



HAL
open science

**Prise en charge médicale de la migraine en Lorraine:
résultats d'une enquête auprès de 702 patients se
plaignant de céphalées au centre de Médecine
Préventive de Nancy**

Laure Cassat

► **To cite this version:**

Laure Cassat. Prise en charge médicale de la migraine en Lorraine: résultats d'une enquête auprès de 702 patients se plaignant de céphalées au centre de Médecine Préventive de Nancy. Sciences du Vivant [q-bio]. 2002. hal-01739085

HAL Id: hal-01739085

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01739085v1>

Submitted on 20 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Double

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2002

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
N° 56



THÈSE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Laure CASSAT

Le 18 juin 2002

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE LA MIGRAINE EN LORRAINE :

Résultats d'une enquête auprès de 702 patients se plaignant de céphalées au centre
de Médecine Préventive de Nancy

Examineurs de la thèse :

M. DE KORWIN	Professeur		Président
M. VESPIGNANI	Professeur	}	
M. GUILLEMIN	Professeur	}	Juges
M. AUBRÈGE	Docteur en Médecine	}	
Mme AUBRY	Docteur en Médecine	}	

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Laure CASSAT

Le 18 juin 2002

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE LA MIGRAINE EN LORRAINE :

Résultats d'une enquête auprès de 702 patients se plaignant de céphalées au centre
de Médecine Préventive de Nancy



Examineurs de la thèse :

M. DE KORWIN	Professeur		Président
M. VESPIGNANI	Professeur	}	
M. GUILLEMIN	Professeur	}	Juges
M. AUBRÈGE	Docteur en Médecine	}	
Mme AUBRY	Docteur en Médecine	}	



FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Asseseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Henry COUDANE

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur François STREIFF

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Pierre ARNOULD – Roger BENICHOUX – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – François STREIFF – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Pierre BERNADAC – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOÏNE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur François PLENAT

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Jean-Claude HOFFFEL – Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON – Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM

Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie cellulaire)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Philippe CANTON – Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur Bernard LEGRAS – Professeur François KOHLER

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Marie-Claire LAXENAIRE – Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS

Professeur Hervé BOUAZIZ

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Michel WEBER – Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Henri HEPNER – Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Gérard FIEVE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI – Professeur Pierre KAMINSKY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Paul VERT – Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Pierre DROUIN – Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Antoine RASPILLER – Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27^{ème} section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeur Tan XIAODONG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK
Docteur Sophie FREMONT – Docteur Isabelle GASTIN – Dr Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Christian BEYAERT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION
Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIIEWSKI – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Mickaël KRAMER

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur Jean-Claude HUMBERT – Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Louis FRANCO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel DUC
Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Claude HURIET
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur René-Jean ROYER
Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIENSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

À NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE,

Monsieur le Professeur J.D. DE KORWIN
Professeur de Médecine Interne

Nous sommes honorés qu'il ait accepté la présidence de cette thèse, et le remercions vivement de ses conseils, de son soutien aux moments difficiles et de sa gentillesse.

Qu'il veuille bien trouver ici le sincère témoignage de notre reconnaissance.

À NOS JUGES,

Monsieur le Professeur H. VESPIGNANI,
Professeur de Neurologie

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de juger cette thèse et nous le prions de croire en notre plus profond respect.

Monsieur le Professeur F. GUILLEMIN
Professeur d'Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention

Nous le remercions du temps qu'il nous a consacré, de l'intérêt qu'il a porté à notre travail et des nombreux conseils qu'il nous a donné.
Qu'il trouve ici le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Docteur A. AUBRÈGE
Docteur en Médecine

Nous le remercions de nous avoir inspiré ce sujet, de nous avoir soutenu tout au long de ce travail.
Nous le remercions pour sa disponibilité et sa gentillesse.
Qu'il soit assuré de notre respectueuse reconnaissance.

A Madame le Docteur C. AUBRY

Qu'elle soit assurée de notre reconnaissance pour l'autorisation qu'elle nous a donnée de travailler au Centre de Médecine Préventive, pour son accueil chaleureux et sa gentillesse.
Qu'elle trouve ici le témoignage de notre amitié.

A Monsieur le Professeur P. MICHEL, de l'Université de Bordeaux II

Nous le remercions d'avoir répondu à nos questions.
Ses travaux concernant la migraine ont suscité notre intérêt et ont constitué une base à l'élaboration de notre travail.

À mes grand parents, Gaspard et Emilie.

À mes parents, pour leur soutien.

À Séverine, Pierre et Catherine, mes frères et sœurs.

À Marie.

À Thierry, pour sa patience.

À tout le reste de ma famille.

À tous ceux qui ont participé à la réalisation de cette thèse, notamment au personnel du Centre de Médecine Préventive qui m'a accueillie chaleureusement.

Merci à Mme Leprat, orthoptiste au Centre de Médecine Préventive, qui m'a apporté une aide précieuse.

SERMENŒT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIÈRES

<u>INTRODUCTION</u>	19
----------------------------	----

~~~~~

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| <b><u>PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE</u></b> | 20 |
|---------------------------------------------------------|----|

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| <b><u>I. Définition de la migraine</u></b> | 21 |
|--------------------------------------------|----|

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| 1) La migraine sans aura selon l'Internationale Headache Society | 21 |
|------------------------------------------------------------------|----|

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| 2) La migraine avec aura selon l'IHS | 22 |
|--------------------------------------|----|

|                              |    |
|------------------------------|----|
| 3) Autres types de migraines | 22 |
|------------------------------|----|

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| 4) Diagnostics différentiels de la céphalée migraineuse | 23 |
|---------------------------------------------------------|----|

|                                                |    |
|------------------------------------------------|----|
| <b><u>II. La prévalence de la migraine</u></b> | 25 |
|------------------------------------------------|----|

|              |    |
|--------------|----|
| 1) En France | 25 |
|--------------|----|

|             |    |
|-------------|----|
| 2) Ailleurs | 26 |
|-------------|----|

|                                                                                 |           |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>III. <u>Migraine et qualité de vie</u></b>                                   | <b>29</b> |
| 1) L'étude GEM                                                                  | 30        |
| 2) L'étude GAZEL                                                                | 31        |
| 3) L'étude du GRIM                                                              | 31        |
| <b>IV. <u>L'utilisation des soins</u></b>                                       | <b>33</b> |
| 1) <u>Les consultations</u>                                                     | 33        |
| A. Fréquence des « consultants » chez les migraineux                            | 33        |
| B. Types de médecins consultés et fréquence des consultations                   |           |
| C. Facteurs liés à l'attitude de consultation                                   | 35        |
| 2) <u>Les examens complémentaires</u>                                           | 36        |
| A. L'étude française du GRIM                                                    | 36        |
| B. L'étude MIG ACCESS                                                           | 37        |
| C. Conclusion                                                                   | 37        |
| 3) <u>Attitudes thérapeutiques</u>                                              | 38        |
| <b>V. <u>Approches concernant la prise en charge médicale du migraineux</u></b> | <b>40</b> |

~~~~~

DEUXIEME PARTIE : ETUDE DESCRIPTIVE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DANS UN ECHANTILLON DE MIGRAINEUX

43

I. Introduction

44

II. Patients et méthode

45

1) Population de départ 45

2) Echantillonnage 45

3) Recueil des données 46

4) Détermination du nombre de sujets nécessaires 49

5) Analyse statistique 49

III. Résultats

52

1) Données de l'échantillon total 52

A. Données socio-économiques 52

a) *Sexe ratio* 52

b) *Répartition par tranches d'âges* 53

c) *Répartition selon le statut marital* 54

B. Caractéristiques cliniques	54
a) Répartition selon la fréquence des crises dans l'année	54
b) Répartition selon l'âge de début des crises	55
C. Evaluation de la qualité de vie de l'échantillon total	55
2) <u>Comparaison du groupe des sujets « consultants » au groupe des sujets « non consultants »</u>	57
A. Données socio-économiques	58
a) Sexe	58
b) Répartition des âges	58
c) Statut marital	58
d) Statut professionnel	59
B. Données cliniques	59
a) Type de migraine	59
b) Fréquence des crises	60
c) Age de début des crises	60
C. Attitudes thérapeutiques	61
D. Qualité de vie	62
3) <u>Analyse des motifs de « non consultation » chez ceux n'ayant jamais consulté</u>	65
4) <u>Etude de l'échantillon des migraineux « consultants »</u>	66
A. Types de médecins consultés	66
B. Fréquences des consultations	67
C. Analyse de la prise en charge médicale selon le mode de consultation	67

a) <i>Comparaison médecin généraliste seul et autres modes de consultation</i>	67
➤ La fréquence des crises	69
➤ L'âge de début des crises	70
➤ Le sexe	70
➤ La situation familiale	71
➤ Nombre de traitements de la crise et de traitements de fond prescrits	71
➤ Qualité de vie	73
b) <i>Comparaison de la prise en charge par le médecin généraliste à la prise en charge par un autre médecin</i>	73
➤ Fréquence de consultation	74
➤ Pose d'un diagnostic	74
➤ Prescription d'examens complémentaires	76
c) <i>Comparaison de la prise en charge par le médecin généraliste à la prise en charge par le neurologue</i>	77
➤ Fréquence de consultation	77
➤ Pose d'un diagnostic	77
➤ Prescription d'examens complémentaires	78
d) <i>Analyse de la grille de satisfaction concernant le contenu de la consultation</i>	79

IV. <u>Discussion</u>	83
------------------------------	----

V. <u>Conclusion</u>	99
-----------------------------	----

~~~~~

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| <b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b> | 102 |
|-----------------------------|-----|

~~~~~

<u>ANNEXES</u>	106
-----------------------	-----

INTRODUCTION

La migraine est une pathologie chronique qui touche actuellement **12% de la population française** (3, 4, 5).

On a pu constater à travers les diverses études réalisées:

- Qu'elle détériore la qualité de vie des personnes atteintes (3, 12, 13)
- Qu'il existe un fort taux d'automédication (8, 10, 15, 18)
- Qu'elle génère un coût socio-économique non négligeable par la multiplication d'examens divers et l'absentéisme professionnel (15, 17)
- Qu'elle reste sous diagnostiquée et sous traitée, avec seulement un migraineux sur deux qui consulte (8, 10, 16, 18, 19)

S'il est vrai que très longtemps les moyens thérapeutiques étaient pauvres, depuis quelques années sont apparus sur le marché des traitements spécifiques qui ont montré leur efficacité.

Par ailleurs, le diagnostic de migraine reste purement clinique avec des critères précis et homogénéisés par l'**International Headache Society** (1), permettant à tout praticien de pouvoir faire ce diagnostic sans recours la plupart du temps à des examens para cliniques inutiles.

Or qu'en est-il en pratique pour les migraineux ayant déjà consulté un médecin? Un diagnostic est-il systématiquement fait ? Ont-ils réellement accès à des traitements spécifiques ? Sont-ils plus soumis à des examens inutiles lorsqu'ils consultent plusieurs médecins? Y a-t-il des différences de prise en charge entre médecins généralistes et médecins spécialistes ? Et sont-ils réellement pris au sérieux par ces médecins?

On pourrait penser que si les migraineux étaient pris en charge médicalement, ils pourraient bénéficier d'un diagnostic précis basé sur un examen clinique attentif, avec un minimum d'examens complémentaires ; et qu'une stratégie thérapeutique bien spécifique serait mise en place.

L'effort restant à faire pour une meilleure prise en charge de la migraine doit-il être fait par les migraineux en les incitant à consulter et/ou par le corps médical en ne considérant plus la migraine avec fatalisme?

PREMIERE PARTIE :
REVUE DE LA LITTERATURE

I. DEFINITION DE LA MIGRAINE

En 1988, l'Internationale Headache society (IHS) a clairement défini des critères de diagnostic de la migraine (1, 2).

Auparavant, la définition de la migraine n'était pas précise et les études épidémiologiques réalisées avant cette date utilisaient chacune leurs propres critères, ce qui rendait toutes comparaisons difficiles.

Ces critères de diagnostic sont des critères cliniques, un simple examen clinique attentif et un interrogatoire sérieux permettant de les individualiser et de poser le diagnostic de migraine devant un patient présentant des céphalées répétées.

1. Les critères de la migraine sans "aura" selon l'IHS.

(La migraine sans aura était auparavant nommée migraine "commune")

- A. Au moins cinq crises répondant aux critères B à D.
- B. Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures, sans traitement.
- C. Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes:
 - unilatérale,
 - pulsatile,
 - modérée ou sévère,
 - aggravation par les activités physiques de routine, telle que montée ou descente des escaliers
- D. Durant les céphalées, au moins l'un des caractères suivants :
 - nausée et/ou vomissement.
 - photophobie et phono phobie.
- E. Au moins l'un des caractères suivants:
 - l'histoire, l'examen physique et neurologique ne suggèrent pas une affection codée dans les groupes 5 à 11 (céphalées symptomatiques),
 - ou bien celles-ci ont été écartées par les investigations complémentaires,
 - ou bien celles-ci existent mais les crises migraineuses ne sont pas survenues pour la première fois en relation temporelle étroite avec ces affections.

2. Les critères de la migraine avec "aura" (auparavant nommée migraine classique ou accompagnée):

A. Au moins deux crises correspondant aux critères B

B. Au moins 3 des 4 caractéristiques suivantes:

- un ou plusieurs symptômes de l'aura, totalement réversibles et indiquant une perturbation corticale focale ou une perturbation du tronc cérébral
- le symptôme de l'aura se développe progressivement sur plus de quatre minutes et en cas de deux ou plusieurs symptômes, ils surviennent successivement;
- la durée de chacun des symptômes de l'aura n'excède pas 60 minutes. S'il y a plusieurs symptômes, la durée acceptée est augmentée en conséquence;
- la céphalée fait suite à l'aura après un intervalle libre de moins de 60 minutes mais peut parfois commencer avant l'aura ou lui être contemporaine.

C. Au moins un des caractères suivants:

- l'histoire, l'examen physique et neurologique ne suggèrent pas de désordre organique;
- l'histoire, l'examen physique et neurologique suggèrent un désordre organique mais celui-ci est écarté par la neuro-imagerie ou tout autre procédé de laboratoire;
- un désordre organique existe mais les crises migraineuses ne sont pas apparues pour la première fois en liaison temporelle avec celui-ci.

Dans l'aura typique, on reconnaît 4 grands groupes de perturbations neurologiques :

- des perturbations visuelles homonymes (aura visuelle)
- des paresthésies et /ou un engourdissement unilatéral (aura sensitive);
- une faiblesse unilatérale (aura motrice);
- une aphasie ou des difficultés de parole inclassables (aura aphasique).

On retrouve souvent ces différents types d'aura associés.

3. Autres types de migraine :

-La migraine avec aura prolongée : dont les critères correspondent à ceux de la migraine avec aura mais où au moins l'un des symptômes dure plus de 60 minutes et moins de 7 jours, ceci sans anomalie neuroradiologique.

-La migraine hémiplésique familiale : les critères sont ceux de la migraine avec aura, celle ci comportant une hémiparésie. Il faut par ailleurs qu'au moins l'un des parents au premier degré ait des crises identiques.

-La migraine basilaire : critères de la migraine avec aura et deux ou plusieurs symptômes de l'aura correspondent aux symptômes suivants :

- symptômes visuels intéressants, à la fois, les champs nasaux et temporaux des deux yeux,
- dysarthrie
- vertige
- bourdonnement d'oreille
- hypoacousie
- diplopie
- ataxie
- paresthésies bilatérales
- parésies bilatérales
- baisse du niveau de conscience.

-L'aura migraineuse sans céphalée

-La migraine ophtalmoplégique : dont les critères sont la survenue d'au moins deux crises de céphalée avec parésie d'un ou plusieurs nerfs oculomoteurs (III, IV, VI), une lésion parasellaire ayant été éliminée par les investigations appropriées.

-La migraine rétinienne : correspondant à la survenue d'au moins deux crises avec scotome ou cécité monoculaire durant moins de 60 minutes, la céphalée faisant suite aux symptômes visuels avec un intervalle libre de moins de 60 minutes, mais pouvant les précéder ; l'examen ophtalmologique étant normal en dehors des crises.

-Les syndromes périodiques de l'enfant : ils peuvent précéder la migraine ou leur être associés.

Ils correspondent au vertige paroxystique bénin de l'enfant (épisodes brefs, multiples, de déséquilibre, d'anxiété, avec souvent nystagmus et vomissements, l'examen neurologique étant normal) et à l'hémiplégie alternante de l'enfant (début avant l'âge de 18 mois, attaques répétées d'hémiplégie atteignant un côté ou l'autre du corps associées à d'autres phénomènes paroxystiques tels qu'accès de contractures, mouvements choréo-athétosiques, nystagmus...ceci avec l'existence d'un déficit mental ou neurologique)

4. Diagnostics différentiels de la céphalée migraineuse :

-L'algie vasculaire de la face : il s'agit là d'une affection à prédominance masculine, caractérisée par une douleur intense, centrée sur un œil toujours du même côté, durant 3 heures au maximum, se répétant de une à cinq fois en 24 heures et s'accompagnant de signes vasomoteurs (larmoiement, rhinorrhée...)

-Les céphalées de cause locale : glaucome, sinusite...

-Les céphalées iatrogènes ou succédant à l'absorption de certaines substances : les dérivés nitrés, l'alcool...

-Les céphalées de tension : se caractérisent par une douleur plus diffuse, moins pulsatile, moins intense, avec peu ou pas de signes digestifs. Ce type de céphalée peut coexister avec des céphalées migraineuses.

-Les céphalées de l'HTA paroxystique, notamment dans les cas de phéochromocytomes, mais le contexte est alors évocateur.

-Les hémorragies méningées.

-Les céphalées par abus de médicaments : qui représentent un risque d'aggravation des céphalées, notamment en fréquence chez les migraineux consommant beaucoup d'antalgiques, particulièrement ceux à base de codéine ou caféine et le tartrate d'ergotamine.

-Quant aux diagnostics différentiels de l'aura, ils correspondent principalement aux épilepsies et aux accidents vasculaires cérébraux.

II. LA PREVALENCE DE LA MIGRAINE

1. Prévalence en France :

A. Une étude épidémiologique a été réalisée en France en 1989 :

Il s'agit là de la première étude réalisée à l'échelle d'un pays entier afin de déterminer la prévalence de la migraine dans la population générale (3, 4).

Les études épidémiologiques précédentes sont difficilement comparables car les critères diagnostics n'étaient pas uniformisés.

Cette étude de 1989 a donc été réalisée en se basant sur les critères IHS de la migraine.

Elle s'est déroulée en plusieurs étapes :

-dans un premier temps : échantillonnage réalisé selon la méthode des quotas (utilisant l'âge, le sexe, la profession et le lieu de résidence), échantillon représentatif de la population française de 15 ans et plus, comportant 4204 sujets.

-deuxième étape : sélection de « céphalalgiques » par enquête téléphonique (interrogation simple sur l'existence de céphalées et leur fréquence), 1471 sujets, soit 35% de la population initiale s'est déclarée céphalalgique.

-la troisième étape a consisté en une enquête approfondie au domicile, réalisée par des enquêteurs formés de l'IFOP.

Cette enquête approfondie comportait un algorithme diagnostique basé sur les critères IHS de la migraine et permettait de sélectionner :

-Des migraineux « IHS », répondant exactement aux critères

-Des migraineux « borderlines » qui s'écartaient des critères IHS sur un seul critère (soit la durée des crises était comprise entre 2 et 4 heures, soit il existait seulement une photophobie ou une phono phobie, soit le sujet a eu moins de 5 crises avant l'étude)

-Des migraineux « possibles » dont la symptomatologie des crises s'écartait de deux critères ou plus de la définition de l'IHS, mais dont le diagnostic de migraine ne peut être exclu.

-Enfin, des céphalalgiques non migraineux

Les résultats obtenus ont été :

- 8,1% des sujets ont été déclarés migraineux « IHS »
- 4% migraineux « borderline »
- et 10,5% de migraineux « possibles »

Soit un total de **12,1% de migraineux** (« IHS » et « borderlines ») dans la population française, avec une prévalence chez la femme de 16,5% et 8,3% chez l'homme.

B. Résultats récents :

Une deuxième étude à l'échelon national a été réalisée plus récemment en France (5).

Il s'agit de l'étude FRAMIG 99, portant sur 3003 personnes représentatives de la population française âgées de 18 à 65 ans (échantillon également formé sur la méthode des quotas)

Un algorithme diagnostique basé sur les critères IHS et inspiré de celui utilisé dans l'étude ci-dessus a permis de sélectionner uniquement les migraineux « sûrs » (« IHS » et « borderline »)

La prévalence obtenue a été de **12,5% de la population française adulte de 18 à 65 ans.**

Ce taux est donc équivalent à celui trouvé dans l'étude réalisée 10 ans auparavant.

2. Prévalence ailleurs...(6)

Nous ne retiendrons ici, que les études ayant utilisé les critères de l'IHS pour définir les populations de migraineux étudiées (les autres études, utilisant chacune leur propre définition de la migraine sont peu contributives)

A. Etude Danoise :

Cette étude a porté sur 497 hommes et 478 femmes sélectionnés sur la population de Copenhague (7).

Les sujets ont subi un examen clinique général avec un questionnaire permettant de définir le type de céphalée dont ils souffraient.

La prévalence de la migraine trouvée a été de 25% chez les femmes et 8% chez les hommes.

La prévalence de la migraine pour l'année écoulée a été de 15% chez les femmes et 6% chez les hommes.

B. Etude Américaine :

Une enquête postale a été adressée à 15000 ménages américains, représentatifs de la population américaine (8).

20468 personnes ont répondu, âgées de 12 à 18 ans.

Un second questionnaire plus précis a été adressé aux personnes ayant déclaré souffrir de céphalées sévères.

Dans cette étude la prévalence de la migraine sur l'année a été de 17,6% chez les femmes et 6% chez les hommes.

C. Etude Canadienne :

Il s'agit d'une enquête téléphonique réalisée auprès de 24159 ménages canadiens (9, 10).

Les personnes ayant 15 ans et plus et souffrant de céphalées répétées ont subi un interrogatoire plus poussé afin de définir le type de céphalée.

La prévalence obtenue est de 16,5% de migraineux dans la population canadienne

D. Etude Japonaise :

Il s'agit là d'une enquête téléphonique intéressant un échantillon représentatif de la population japonaise (11) ; cet échantillon ayant été sélectionné par la méthode des quotas et concernant uniquement des personnes de 15 ans et plus.

4029 personnes ont ainsi été interrogées.

La prévalence est de 8,4% de migraineux dans la population japonaise, ceci tenant compte de 6,0% de migraineux répondant strictement aux critères IHS et 2,4% de

personnes répondant aux critères sauf pour la durée des crises et le nombre de crises (cela correspond aux migraineux « borderlines » de l'étude française).

III. MIGRAINE ET QUALITE DE VIE

La migraine, bien que n'étant pas létale, est considérée actuellement comme une pathologie chronique, au même titre qu'une insuffisance cardiaque, un rhumatisme...

C'est pourquoi on s'est intéressé progressivement au retentissement de cette « condition pathologique » sur la qualité de vie de l'individu.

Le but des diverses études dites « de qualité de vie » est de mesurer les conséquences qu'une pathologie peut avoir sur la vie d'un individu dans les domaines physique, psychologique et social.

Plusieurs échelles de mesures ont pu être utilisées pour évaluer la qualité de vie de sujets migraineux.

Certaines, dites « génériques » sont des échelles utilisables pour tout problème de santé (et permettant ainsi de comparer la qualité de vie entre divers états pathologiques).

Dans le cadre de la migraine, les plus largement utilisées sont la SF-36 (version longue) et la SF-20 (version courte).

D'autres échelles, dites « spécifiques », permettent de mesurer la qualité de vie dans le cadre d'une pathologie particulière.

Par ailleurs, il est à préciser que la plupart des études de qualité de vie concernant la migraine ont été réalisées sur des échantillons sélectionnés dans des cliniques spécialisées ou chez des spécialistes et généralement dans des populations consultant un médecin et non pas en population générale ; ce qui surestimait probablement les résultats, car les patients consultants dans des centres spécialisés étaient les plus handicapés par leurs céphalées.

Nous n'envisagerons donc ici que des résultats obtenus dans des études faites en « population générale ».

La qualité de vie du patient migraineux a été envisagée sous différents aspects :

-d'une part certaines études ont tenté d'analyser la qualité de vie durant les diverses périodes de la vie du migraineux, autrement dit en phase « critique » (pendant la crise) et en phase « inter critique » (en dehors des crises), et parfois même juste après une crise.

-d'autres études ont voulu comparer la qualité de vie des migraineux à d'autres états pathologiques ou à d'autres types de céphalées.

Ainsi, nous avons retenu :

1. L'étude GEM : (12)

Cette étude avait pour but de comparer la qualité de vie de migraineux à celle d'une population témoin non migraineuse, ainsi qu'à un échantillon d'asthmatiques et à un échantillon de personnes souffrant de douleurs musculosquelettiques chroniques.

L'échelle de mesure utilisée était la SF-36.

620 migraineux ont pu être identifiés selon les critères IHS.

De façon synthétique, les résultats ont montré qu'il existait un fonctionnement diminué dans les huit domaines explorés par la SF-36 (l'activité physique – la limitation liée à des problèmes physiques – la santé psychique – les limitations liées à des problèmes émotionnels – les relations sociales – la vitalité – la douleur physique – la perception générale de l'état de santé) dans le groupe des migraineux par rapport au groupe de non migraineux.

Il n'a pas été montré de différence entre le groupe de migraineux avec aura et le groupe de migraineux sans aura.

On note également que le fonctionnement des huit domaines diminue significativement avec l'augmentation de la fréquence des crises.

La relation qualité de vie et migraine n'a pas été modifiée par l'âge, le sexe ou la classe socio-économique.

La maladie asthmatique ayant une évolution par crises comme la migraine, il a été intéressant de comparer le groupe de migraineux au groupe asthmatique ; cela a permis de montrer que les migraineux ont des scores plus bas dans les domaines des relations sociales, des limitations liées à des problèmes émotionnels, la santé psychique, la douleur et la vitalité.

Ainsi l'impact de la migraine semble plus important sur le fonctionnement social et mental, par rapport à l'asthme et aux douleurs musculosquelettiques chroniques qui ont un impact plus grand sur le fonctionnement physique.

2. L'étude GAZEL : (13)

Il s'agit là d'une étude réalisée sur une cohorte de 20000 employés de EDF-GDF.

2500 céphalalgiques et 2500 non céphalalgiques ont été tirés au sort.
1991 céphalalgiques et 1757 non céphalalgiques ont rempli l'échelle SF-36.
Sur les 1991 céphalalgiques, on comptait 989 migraineux.

Les résultats ont été comparés entre migraineux, céphalées de tension, autres céphalées et non céphalalgiques.

Les résultats obtenus ont montré que la qualité de vie des migraineux était inférieure à celle des céphalées de tension sur presque tous les huit domaines évalués, avec une différence encore plus grande entre migraineux et non céphalalgiques.

3. L'étude du GRIM : (3)

Cette étude a porté sur un échantillon de 833 sujets céphalalgiques issus d'une population représentative de la population française.

Il a été proposé à ces sujets un questionnaire « ad hoc », divisé en trois parties explorant respectivement la qualité de vie pendant la crise, juste après la crise et dans la période inter critique.

Les réponses ont été comparées entre divers groupes établis au moyen d'un questionnaire diagnostique et composés de migraineux dits « sûrs », migraineux « possibles » et sujets non migraineux.

De façon globale, les résultats montrent un impact sur la qualité de vie plus marqué pour le groupe des migraineux sûrs que dans les deux autres groupes.

Cette différence est maximale pour la période critique, avec 70% des migraineux sûrs qui jugent de façon globale les crises comme étant très difficilement supportables ou intolérables ; contre respectivement 42% et 21,5% chez les migraineux possibles et céphalalgiques non migraineux.

Quant à la période inter critique, elle semble également perturbée car 30% des migraineux sûrs estiment que les céphalées constituent un problème majeur dans leur vie quotidienne contre 15% des migraineux possibles et 10% des céphalalgiques non migraineux.

Les perturbations sur la qualité de vie entre les crises sont surtout le fait d'un comportement d'évitement (évitement à l'exposition solaire, à la prise d'alcool, au tabac, à certains aliments, aux efforts physiques...) avec la sensation de ne pas vivre pleinement la vie et la crainte persistante de voir une crise se déclencher, ou encore le retentissement que ces céphalées peuvent avoir sur les relations familiales ou amicales.

On note également des perturbations dans le domaine de la vie professionnelle avec une sensation de ne pas pouvoir se donner à fond dans le travail et une perturbation des relations avec les collègues de travail à cause des maux de tête.

Ainsi, on constate que la migraine, qui est un phénomène douloureux paroxystique, n'interfère pas que ponctuellement sur la vie de l'individu, mais engendre une altération de la qualité de vie qui existe également entre les crises.

IV. L'UTILISATION DES SOINS

1. Les consultations

A. Fréquence des « consultants » chez les migraineux :

Différentes études, réalisées en populations générales ont permis de mettre en évidence qu'environ un migraineux sur deux ne consulte jamais de médecin (les chiffres allant de 30,6% à 66% de migraineux ayant déjà consulté au moins une fois un médecin, selon les études).

Ainsi, l'étude MIGACCESS (14), étude française ayant pour but d'évaluer l'accès aux soins par les migraineux et les facteurs qui y sont associés, a montré que 57% de ces migraineux avaient déjà parlé de leurs céphalées à leur médecin traitant (le groupe comportant 478 sujets), dont 47% des hommes et 60% des femmes.

Une autre étude française, réalisée par P. MICHEL et le GRIM (15) et portant sur un échantillon de 340 migraineux de plus de 15 ans a montré que 56% d'entre eux avaient déjà consulté au moins une fois un médecin dans leur vie à propos de leurs céphalées.

Les taux de consultants retrouvés dans d'autres pays sont à peu près similaires, avec :

-aux Etats Unis, un taux de 66% de migraineux ayant consulté un médecin au moins une fois dans leur vie pour leurs céphalées, dont 68% des femmes et 57% des hommes ; cette enquête ayant porté sur 1720 migraineux issus d'un échantillon total de 20468 personnes âgées de 12 à 80 ans (16).

-une étude danoise incluant 119 sujets migraineux de 25 à 64 ans a montré un taux de 56% de migraineux consultants (17).

-une étude canadienne retrouve un taux de 64% de migraineux ayant eu recours au moins une fois à un médecin sur une population de 445 migraineux (10).

-et une étude japonaise qui fait état d'un taux plus bas de 30,6% de consultants sur 338 migraineux issus d'une population générale représentative de la population japonaise (11).

B. Types de médecins consultés et fréquence des consultations :

Dans toutes les études citées ci-dessus, le médecin généraliste est le médecin le plus fréquemment consulté en première intention.

-Ainsi, l'étude américaine (16) montre que le médecin généraliste est consulté en première intention par 46,4% des femmes et 48,1% des hommes ayant déjà consulté un médecin.

Il reste en tête sur la liste des médecins consultés le plus fréquemment pour 43,8% des femmes et 38,5% des hommes.

Viennent ensuite pour les médecins consultés en première intention :

-les neurologues avec 13,6% des femmes et 10,4% des hommes

-les internistes et pédiatres avec 11,5% des femmes et 14,1% des hommes.

Les neurologues et internistes font également suite aux médecins généralistes sur la liste des médecins consultés le plus fréquemment avec respectivement 12,3% des femmes et 10,3% des hommes pour les neurologues et 14,9% des femmes et 15,4% des hommes pour les internistes.

Les autres médecins consultés en première intention sont les gynécologues, ophtalmologistes, urgentistes et spécialistes de la douleur pour en moyenne 3% des migraineux pour chaque type de médecin.

Par ailleurs, sur les migraineux de cette étude ayant déjà consulté un médecin pour leur migraine, 65,7% des femmes et 57,9% des hommes ont déclaré avoir eu un diagnostic de migraine posé ; et sur l'échantillon total des migraineux, 56% n'ont jamais eu de diagnostic médical de migraine, et sur ces migraineux « non diagnostiqués », 58% n'ont jamais vu de médecin mais 42% ont déjà consulté !

-Dans l'étude française du GRIM (15), où le recours médical a été étudié sur une période de 6 mois précédent l'enquête, on retiendra que plus de 20% des 340 migraineux ont consulté plus d'un médecin généraliste et que sur les 189 sujets ayant eu recours au moins une fois à un médecin dans leur vie, 36% d'entre eux ont eu recours à un autre médecin que leur médecin généraliste dans les six mois.

Les médecins consultés dans ces cas là étant des ophtalmologistes, homéopathes et acupuncteurs.

Quant à la fréquence de consultation, il semble que 7,5% de ceux ayant consulté, l'ont fait mensuellement, 18,8% trimestriellement et 43% moins d'une fois par an.

-L'étude danoise nous montre simplement que sur les 56% des 119 migraineux ayant déjà consulté leur médecin généraliste, 16% ont déjà eu recours à un spécialiste (17).

-Au Canada, 41% des migraineux ayant déjà eu recours au médecin généraliste ont eu recours ultérieurement à un spécialiste, principalement un neurologue (dans 64% des cas), suivi d'internistes, ophtalmologistes, psychiatres, ORL, dentistes et allergologues (10).

Cette étude souligne également que même si un grand nombre de sujets consultent un médecin, beaucoup n'ont pas de suivi par la suite ; ainsi sur un échantillon plus réduit de 138 migraineux, 81% ont eu recours au moins une fois à un médecin, et sur ceux-ci, seulement 36% ont eu un suivi ultérieur à la consultation.

C. Facteurs liés à l'attitude de consultation :

Certaines caractéristiques socio-économiques et certains traits liés aux céphalées ont pu être mis en rapport avec une attitude de consultation dans des populations de migraineux.

- Ainsi, dans les facteurs socio-économiques, on retrouve :

-le sexe : les femmes ont consulté plus que les hommes : 68% des femmes contre 57% des hommes dans l'étude américaine (16).

Et dans une étude française (3) réalisée en médecine libérale : 2/3 des consultants étaient des femmes.

-l'âge : le niveau de consultation augmente avec l'âge.

-le statut marital : les femmes mariées ou qui l'ont été consultent davantage.

-le revenu : n'a pas d'effet significatif dans l'étude américaine (16), mais dans l'étude française (GRIM) il semble que les personnes ayant consulté ont des revenus supérieurs à ceux n'ayant pas consulté.

- Parmi les caractéristiques des céphalées en rapport avec une attitude de consultation, on retrouve :

-les nausées et vomissements, les auras visuelles et auras sensitives : sont les traits les plus souvent associés avec la « consultation » chez la femme. Chez l'homme cela semble se limiter aux nausées et vomissements.

-la démarche de « consultation » est plus fréquente dans les cas avec le plus haut niveau de douleur et quand les crises sont fréquentes.

2. les examens complémentaires :

Concernant la prescription d'examens complémentaires dans le cadre de la migraine, nous avons retenu deux études françaises intéressantes :

A. L'étude Française du GRIM :

En analysant les examens subis au cours des six mois précédents l'enquête (qui comportait 340 migraineux), on constate que 29% d'entre eux ont eu recours à des examens complémentaires, ceux-ci étant représentés par :

-une radiographie simple (crâne, colonne cervicale, sinus) pour 25 % des examens prescrits.

-un examen ophtalmologique pour 25%

-un examen biologique pour 25%

-un scanner, un EEG : représentent chacun 10% des examens prescrits.

Une partie de cette étude comportait une enquête réalisée en médecine libérale, à laquelle ont participé 57 médecins généralistes et 16 spécialistes (neurologues, ophtalmologistes, ORL, hépatogastro enterologues, endocrinologues)

450 dossiers de patients céphalalgiques ayant consulté ces médecins ont été analysés ; les patients étant âgés de 15 ans et plus.

Le diagnostic retenu pour l'analyse était celui d'un algorithme diagnostique basé sur les critères IHS et non pas celui posé par le médecin consulté.

287 migraineux ont été détectés (sur 444 cas de céphalées) ; 51 d'entre eux ont eu des examens complémentaires (soit 17,7%) prescrits durant la consultation ; dont 11 des radiographies du crâne ou des sinus (3,8%) ; 8 des radiographies de la colonne vertébrale (2,8%), 13 un bilan biologique (4,5%) ; 4 un EEG (soit 1,4%) et 6 un scanner cérébral (soit 2,1%) ; 4,5% de ces patients ont été adressés à un ophtalmologiste contre 0,7% à un neurologue.

En analysant la consommation de soins dans les six mois précédents la consultation ; sur 287 migraineux, 47% ont subi au moins un examen complémentaire ; 37% de ces examens étant des radiographies simples (crâne, colonne cervicale, sinus) ; 17% des bilans biologiques ; 18% des examens ophtalmologiques ; 10% des scanners ; 10% des EEG et 8% un bilan digestif.

A noter également que dans cette enquête, spécialistes et généralistes ont prescrit le même nombre d'examens, en moyenne 18 examens pour 100 cas.

B. L'étude MIG ACCESS :

Cette étude qui compare la consommation de soins d'un groupe de migraineux (563 sujets) à un groupe témoin non céphalalgique, montre que 50% des migraineux ont subi au moins un examen complémentaire dans les six mois passés.

Cependant il n'a pas été mis en évidence de différence entre les deux groupes sur le nombre de sujets ayant subi au moins un examen dans les six mois, à l'exception des radiographies ostéoarticulaires (en particulier radiographies du rachis) qui ont été plus fréquentes dans le groupe des migraineux (6% contre 3% dans le groupe témoin).

C. Conclusion :

On constate donc qu'un certain nombre d'examens sont prescrits relativement souvent chez les migraineux, notamment des bilans biologiques, des radiographies du crâne et des cervicales, des EEG.

Pourtant la migraine reste une pathologie de diagnostic clinique, le seul examen pouvant aider en cas de doute diagnostic lorsqu'il y a une anomalie clinique étant le scanner cérébral.

3. Les attitudes thérapeutiques :

A. Etude française MIG ACCESS :

Dans cette étude portant sur 563 migraineux, 72% traitent systématiquement leurs crises (14).

En examinant le médicament utilisé lors de leur dernière crise :

- un antalgique a été utilisé dans presque tous les cas.
- un anti migraineux spécifique dans seulement 2% des cas.

Dans la moitié des cas, le médicament utilisé a été acheté en vente libre et pour 15% le médicament n'a pas été acheté par le migraineux lui-même.

En proposant à ces migraineux une liste non exhaustive des médicaments anti migraineux spécifiques, on constate que :

- seulement 17% connaissent le nom d'au moins un médicament.
- seulement 10% ont dit avoir essayé au moins l'un d'entre eux.

B. Etude française du GRIM :

Sur les 340 migraineux de l'échantillon, 63% prennent un ou plusieurs médicaments au moment des céphalées, les $\frac{3}{4}$ prennent toujours le même médicament.

9,5% prennent un traitement de fond préventif, et 2,7% suivent des séances d'acupuncture ou de kinésithérapie en préventif.

C. Etude française FRAMIG :

Une partie de cette étude, réalisée sur 369 migraineux, étudiait leur comportement thérapeutique (18).

Les résultats ont montré que 91% de ces 369 sujets traitent systématiquement leurs crises ; et dans 48% des cas il s'agit d'une automédication et dans seulement 20% des cas le médicament pris en première intention a été prescrit.

En interrogeant ces migraineux sur les médicaments pris lors de leur dernière crise, on constate qu'il s'agit d'un antalgique (simple ou associé) ou d'un anti inflammatoire non stéroïdien dans 95% des cas ; le paracétamol représentant 36% de ces traitements, suivi de l'aspirine.

Quant aux traitements anti migraineux spécifiques : les triptans sont utilisés par 3% des migraineux, les dérivés de l'ergot de seigle par 2%.

Par ailleurs, pour une même crise, 38,4% des migraineux ont eu recours à un deuxième type de traitement et 10,7% à un troisième type.

A propos des traitements de fond, 5% seulement d'entre eux en avaient un et 4% pensaient que les antalgiques et AINS pris quotidiennement étaient prophylactiques.

D. Etude danoise :

Sur les 119 migraineux de cette étude, 49% des sujets ont déclaré avoir utilisé des médicaments dans l'année passée (35% des hommes et 56% des femmes).

L'aspirine a été utilisée par 31% des migraineux, la fréquence a été de 1 à 3 fois par mois.

Le paracétamol a été utilisé dans 14% des cas.

L'ergotamine ou DHE ont été utilisées dans 17% des cas.

Un traitement de fond existait chez 7% des patients.

E. Etude japonaise :

Sur 338 migraineux, 56,8% prennent uniquement des médicaments en vente libre ; seulement 5,4% se traitent par des médicaments prescrits et 18,6% utilisent les deux.

19,2% ne prennent aucun traitement.

F. Conclusion :

On voit donc à travers ces résultats que la majorité des migraineux prennent un ou plusieurs médicaments au moment des crises, que pour plus de la moitié de ces médicaments il s'agit de traitements antalgiques non spécifiques, pris en auto médication.

Ces antalgiques non spécifiques sont représentés majoritairement par le paracétamol, l'aspirine et les AINS.

On constate que les traitements spécifiques sont sous-utilisés, et que peu de patients prennent un traitement de fond.

V. APPROCHES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DU MIGRAINEUX

La situation actuelle montre donc que :

- environ un migraineux sur deux ne consulte jamais de médecin ;
- lorsqu'il consulte, il n'y a pas toujours un diagnostic posé ;
- certains examens sont prescrits sans véritable utilité diagnostic ;
- il existe un fort taux d'automédication parmi la population migraineuse ;
- les traitements anti migraineux spécifiques semblent sous utilisés ;
- il existe une altération certaine de la qualité de vie du migraineux.

On peut donc se poser la question de la qualité de la prise en charge médicale actuelle du migraineux.

Une étude canadienne a tenté d'explorer les raisons motivant une consultation chez un médecin, les raisons pour les migraineux de ne pas poursuivre un suivi médical après une première consultation et enfin les raisons de n'avoir jamais consulté de médecin (10).

Ainsi, de façon assez logique, on retrouve comme motifs cités motivant une consultation :

- l'espoir que quelque chose pourra être prescrit pour obtenir un soulagement ;
- la lassitude de vivre avec ces céphalées ;
- une inquiétude que les céphalées soient en rapport avec un problème sérieux.

Les raisons citées pour ne pas chercher de suivi sont :

- la disponibilité de médicaments en vente libre aussi ou plus efficaces que les médicaments prescrits ;
- l'expérience de céphalées d'intensité insuffisante ou de fréquence insuffisante pour justifier un suivi.

- un peu plus de la moitié des patients qui ne sont pas retournés voir leur médecin n'étaient pas contents de leur praticien ou ont eu des problèmes avec les médicaments.

Enfin, les raisons citées pour ne jamais avoir consulté :

-la faible fréquence ou l'intensité faible des crises.
-la disponibilité de médicaments aussi ou plus efficaces que ceux obtenus uniquement sur ordonnance.

On retrouve également **dans une étude française** que sur les 344 migraineux interrogés, 45% jugent la médecine actuelle peu ou pas efficace ; et que 31% d'entre eux trouvent que leur médecin prend suffisamment au sérieux leurs maux de tête, contre 31% qui pensent le contraire (15).

On constate qu'il existe un certain degré de mécontentement de la part des migraineux qui ont tenté une prise en charge médicale de leur problème.

On s'interroge donc sur le comportement des médecins face à la migraine.

Une thèse, réalisée par Blandine GOUGEON (19) a notamment étudié les démarches diagnostiques, les examens et traitements prescrits par un échantillon de médecins généralistes.

L'évaluation des connaissances sur la migraine a été réalisée par l'intermédiaire de cas cliniques, QCM et questions ouvertes.

Elle a constaté que seulement 44% de ces médecins généralistes ont reconnu les critères de migraine parmi une liste ; et que les raisons motivant la prescription d'examens complémentaires sont en premier lieu : la crainte exprimée par le patient d'être atteint par un cancer, suivi de céphalées évoluant depuis plus de 6 mois (ce qui semble paradoxal car l'inquiétude devrait plutôt venir de céphalées d'apparition récente !) et les migraines avec aura.

Quant aux attitudes thérapeutiques, elle constate que 23% de ces médecins ont utilisé en traitement de la crise des médicaments ayant des indications uniquement en traitement de fond.

Il existe donc vraisemblablement des carences dans les connaissances médicales des médecins quant à la migraine.

Mais au-delà de l'aspect « diagnostic » et « thérapeutique » de la consultation médicale, il semblerait que les migraineux aient également une volonté de comprendre leur problème.

Ainsi, RUSSELL et PACKARD, dans une enquête intitulée « What does the headache patient want ? » ont interrogé 100 patients venus consulter dans une clinique neurologique (20).

Les patients devaient classer par ordre d'importance une série d'items relatifs aux attentes de la consultation.

Les trois items les plus fréquemment apparus sont :

- une demande d'explication sur leur problème (pour 77% des cas)
- un soulagement de la douleur (pour 69% des cas), la majorité souhaitant « un peu » de soulagement et presque 1/3 souhaitait un soulagement « total ».
- et enfin, une explication sur les médications (pour 32% des cas).

Mais moins d'un tiers a noté le soulagement de la douleur comme premier intérêt, environ la moitié était plus intéressée par des explications sur ce qui causait leur douleur.

Le migraineux est donc demandeur avant tout d'une amélioration de son état (en notant que certains même attendent un soulagement total du problème !), mais également d'explications concernant cette pathologie, ce qui passe bien évidemment par une information et une éducation du patient par le corps médical (21).

DEUXIEME PARTIE :
ETUDE DESCRIPTIVE

I. INTRODUCTION

Comme nous l'avons vu précédemment, la définition de la migraine répond à des critères précis (1, 2)

Tous s'accordent à dire qu'il s'agit d'un diagnostic clinique et que le seul examen complémentaire utile en cas de doute est le scanner cérébral (27)

Par ailleurs, même si la migraine reste une pathologie chronique « incurable », nous avons actuellement de plus en plus de médicaments spécifiques ayant montré leur efficacité sur la crise ; de même il existe un certain nombre de traitements de fond permettant de diminuer la fréquence et l'intensité des crises dans les cas les plus sévères (18, 27)

Cependant, malgré les moyens mis à la disposition des médecins (critères diagnostiques précis, thérapeutiques) il semblerait qu'il y ait une inadéquation entre cette prise en charge médicale et les attentes du migraineux (20), puisqu'on constate une errance médicale de la part de ces patients et l'absence de suivi dans les consultations (moins de 1/3 des consultants ont un suivi réel par un médecin).

On a même mis en évidence l'impression de ne pas être pris au sérieux par leur médecin pour 36 % d'entre eux (15).

Nous avons donc décidé d'interroger un échantillon de migraineux pour déterminer dans un premier temps la proportion de « non consultants » et comparer le groupe des « consultants » au groupe des « non consultants » sur des données socio-économiques, cliniques et de qualité de vie.

Nous avons également interrogé les « non consultants » sur les raisons motivant leur absence de recherche d'un avis médical.

Puis nous nous sommes intéressés à l'échantillon des « consultants » pour comparer le contenu de la prise en charge médicale des migraineux en fonction du ou des médecins consultés.

Enfin, nous avons tenté d'explorer les domaines de satisfaction et d'insatisfaction pour les patients dans cette prise en charge médicale.

II. PATIENTS ET METHODE

Il s'agit d'une étude descriptive de pratique de recours aux soins réalisée d'après une enquête effectuée auprès de patients du Centre de Médecine Préventive de Nancy.

1. Population de départ

Il s'agit de patients convoqués par le centre de Médecine Préventive de Nancy pour effectuer des examens de dépistage gratuits.

Ces patients viennent des départements de Meurthe et Moselle et des Vosges.

Environ 120 sujets de tous âges sont convoqués par jour.

2. Echantillonnage

Les patients sont convoqués par le CMP pour la moitié le matin et l'autre moitié l'après midi.

Les examens de dépistage se déroulent sur la demi-journée où les patients sont accessibles pour l'enquête durant leurs moments d'attente entre deux examens.

Dans un premier temps, nous avons sélectionné les sujets souffrant de céphalées chroniques en posant simplement la question « Etes-vous sujet à des maux de tête ? » après leur avoir exposé le but de notre travail.

Si la personne répondait par l'affirmatif, nous continuions l'interrogatoire avec son accord afin de déterminer s'il s'agissait d'une migraine.

Nous n'avons retenu à cette étape que les sujets de quinze ans et plus, sans limitation supérieure d'âge.

La deuxième étape a consisté en un dépistage des migraineux dans cet échantillon de « céphalalgiques ».

Pour ce faire, nous avons utilisé un algorithme dit « diagnostic », utilisé dans des enquêtes précédentes et fourni par le Professeur P. Michel de Bordeaux (Annexe 1).

Nous avons retranscrit cet algorithme de façon à en faire une lecture directe au fur et à mesure que la personne répondait aux questions correspondantes à cet algorithme (Annexe 2) ; et les personnes déterminées « céphalalgiques non migraineuses » étaient exclues de la suite de l'enquête.

Notre échantillon final ne comportait donc plus que :

-des migraineux dits « IHS » : c'est-à-dire qu'ils remplissaient tous les critères de migraine de l'International Headache Society.

-des migraineux dits « borderline » : qui eux s'écartaient des critères IHS sur un seul point : soit la durée de la crise (comprise alors entre 2 et 4 heures), soit l'existence seulement d'une phono phobie ou d'une photophobie, soit le sujet avait eu moins de 5 crises avant l'enquête.

3. Recueil des données

-Durée de l'enquête :

L'enquête s'est déroulée sur 3 mois (du 10/09/01 au 10/12/01), avec un travail sur 10 semaines pleines, avec 10 demi-journées de présence par semaine du lundi au vendredi.

Nous n'avons pas pu avoir accès à tous les sujets présents car ils étaient mobiles tout au long de la journée et ne passaient pas tous aux mêmes examens.

D'un point de vue pratique, le recueil des données ne s'est pas fait en auto remplissage, nous étions présents aux côtés du sujet durant tout le remplissage des divers questionnaires.

La durée du remplissage allant de 10 à 30 minutes en moyenne selon le type et le nombre de questionnaires que le sujet devait remplir.

Nous avons proposé un certain nombre de questionnaires à notre échantillon de migraineux :

-Le questionnaire 1 (Annexe 3) :

Il comportait des données socio-économiques dont une partie était reprise sur les questionnaires du Centre de Médecine Préventive afin d'éviter d'importuner les patients avec les mêmes questions.

Ces données regroupaient l'âge, le sexe, le statut marital et professionnel.

-Le questionnaire 2 (Annexe 4) :

Il regroupait des données d'ordre historique, clinique et thérapeutique sur la migraine, ainsi qu'une évaluation de la qualité de vie.

Ces données sont :

- L'âge de début de la maladie
- La fréquence des crises
- Les traitements essayés (la personne devait entourer les médicaments essayés sur une liste non exhaustive de médicaments de la crise et de traitements de fond)
- Une grille de qualité de vie comportant 20 questions

Enfin, nous demandions au migraineux interrogé s'il avait déjà consulté au moins une fois un médecin dans sa vie pour ses céphalées.

Si la réponse était « oui », nous l'invitions à remplir le questionnaire 3, sinon il remplissait le questionnaire 4.

-Le questionnaire 3 (Annexe 5) :

Celui-ci n'était rempli que par les migraineux ayant déjà consulté un médecin. Ils remplissaient un questionnaire par médecin consulté. Les données recueillies sont :

- Le type de médecin consulté
- La fréquence de consultation, avec le choix entre :
 - Une seule fois
 - Occasionnellement
 - Assez régulièrement (plusieurs fois dans l'année)
 - Très régulièrement (au moins une fois/mois)
- Le diagnostic posé par ce médecin pour les céphalées, avec le choix entre :
 - Aucun
 - Migraine
 - Céphalée de tension
 - Algie vasculaire de la face
 - Autre
- Les examens complémentaires prescrits pour ce problème, avec le choix entre :
 - Aucun
 - Prise de sang
 - Radiographie
 - Scanner cérébral
 - Electroencéphalogramme
 - Autre

Enfin, nous proposons au sujet une série de 14 items concernant certains aspects de la prise en charge médicale de ses céphalées par le médecin considéré.

Les possibilités de réponse à ces items étant OUI / NON ou NE SAIT PAS.

Ces items exploraient la satisfaction du patient interrogé sur la qualité de l'examen clinique réalisé par le médecin consulté, sa satisfaction sur les informations fournies concernant la maladie, les effets indésirables des médicaments, leur utilisation. Ils exploraient également la satisfaction du patient sur l'écoute reçue, sur l'efficacité des traitements prescrits.

-Le questionnaire 4 (Annexe 6) :

Il ne concernait que les migraineux n'ayant jamais consulté de médecin. Il explorait les motifs de « non consultation » de ces sujets.

4. Détermination du nombre de sujets nécessaires :

Nous avons fait appel pour ce point au service Epidémiologie et évaluation clinique et nous nous sommes appuyés sur les résultats d'une étude épidémiologique Française : MIG ACCESS (14)

Cette étude comparait le recours au médecin généraliste d'un échantillon de migraineux au recours au médecin généraliste d'un échantillon témoin de non migraineux issus de la même population de départ.

Il a été mis en évidence que 76 % du groupe des migraineux a consulté au moins une fois dans les six mois précédents l'enquête contre seulement 69 % du groupe témoin.

La différence était de 7 % entre les deux groupes.

Nous avons admis que cette différence était due à des consultations motivées par la migraine.

Dans la population ayant consulté au centre de médecine préventive en 2000, 82 % des sujets avaient consulté leur médecin généraliste une fois dans l'année.

En supposant que les migraineux ne consultant pas pour leurs céphalées recourent au médecin généraliste comme cette population générale, on pourra mettre en évidence un recours au médecin généraliste chez ceux qui consultent leur médecin généraliste pour leur migraine de plus de 7% par rapport à ceux qui ne consultent pas pour ce motif en incluant 312 sujets par groupes, et de plus de 10 % en incluant 139 sujets par groupes (au risque $\alpha = 5\%$).

Soit :

139 sujets ayant consulté leur médecin généraliste pour migraine

139 sujets n'ayant jamais consulté leur médecin généraliste pour migraine.

5. Analyse statistique :

Les données ont été recueillies sur une base de données.

Nous disposons :

-Du fichier « patient », regroupant :

➤ Des données qualitatives :

- Socio-économiques
- Cliniques

Pour ces données, des calculs d'effectifs réels et proportionnels ont été réalisés.

- Le statut de « consultant » ou « non consultant »
- Thérapeutiques :

Nous avons calculé le nombre moyen de médicaments essayés (médicaments de la crise, médicaments spécifiques de la crise, et médicaments de fond)

➤ Des données quantitatives :

Il s'agit des données de l'échelle de qualité de vie (nommée QVM) comportant 20 items (23)

Ce questionnaire présente une structure multifactorielle qui permet une analyse quantitative de la qualité de vie globale mais également dans des axes fonctionnel, psychologique et social, ainsi qu'une évaluation de la gêne occasionnée par le traitement.

Un index global est donc calculé, correspondant à la moyenne des réponses faites aux 20 items du questionnaire en sachant que pour chaque item les modalités de réponse sont :

- 1=pas du tout
- 2=un peu
- 3=modérément
- 4=beaucoup
- 5=énormément.

Ainsi, plus la moyenne est élevée et plus la qualité de vie est altérée.

Les index fonctionnel, psychologique, social et thérapeutique correspondent aux moyennes des réponses faites aux items correspondants à chacun des axes :

- axe psychologique : items 8, 9, 10, 11, 12, 17
- axe fonctionnel : items 1, 2, 3, 4, 13, 14, 15
- axe social : items 16, 18, 19, 20
- axe thérapeutique : items 5, 6, 7

-Du fichier « médecin » :

Regroupant des données qualitatives :

- type de médecin
- fréquence de consultation chez ce médecin
- diagnostic posé par ce médecin
- examens prescrits par ce médecin
- grille de satisfaction (comportant 14 items)

Nous avons calculé les effectifs réels et proportionnels pour ces données, également pour chacun des items de la grille de satisfaction.

-Comparaisons :

Dans un premier temps, nous avons comparé les résultats obtenus pour les différentes données du fichier patient en fonction de leur statut de « consultant » ou « non consultant »

Puis nous avons établi des relations entre les fichiers patients et médecins afin d'analyser les caractéristiques différentes des patients en fonction de leur mode de consultation, c'est-à-dire une comparaison des données des patients selon qu'ils ont consulté uniquement un médecin généraliste ou bien qu'ils ont consulté un spécialiste ou plusieurs médecins.

Puis nous avons comparé les données du fichier médecin en fonction du médecin consulté (médecins généralistes versus autres médecins ; puis médecins généralistes versus neurologues)

Pour ces comparaisons, nous avons utilisé soit un test du Chi 2, soit un test exact de Fischer si les effectifs n'étaient pas suffisants.

Pour les comparaisons du nombre moyen de traitements des crises et de fond essayés et pour les comparaisons des différents index de qualité de vie entre les divers groupes étudiés, nous avons utilisé un test t de Student.

Le seuil de signification retenu pour ces tests est 0.05

III. RESULTATS

1. Données de l'échantillon total :

Nous avons interrogé 702 personnes ayant déclaré souffrir de maux de tête.

L'algorithme diagnostique nous a permis de mettre en évidence :

-259 migraineux « IHS »

-87 migraineux « borderline»

-356 céphalalgiques non migraineux.

Soit **346** migraineux, ce qui représente **49,29%** de l'échantillon de céphalalgiques interrogés.

Cet échantillon de migraineux est composé de **74,86 %** de migraineux IHS et **25,14%** de migraineux borderlines.

A. Données socio-économiques :

a) Sexe ratio :

Sur les 346 migraineux, nous avons **273** femmes et **73** hommes, soit un sexe ratio de **3,74**.

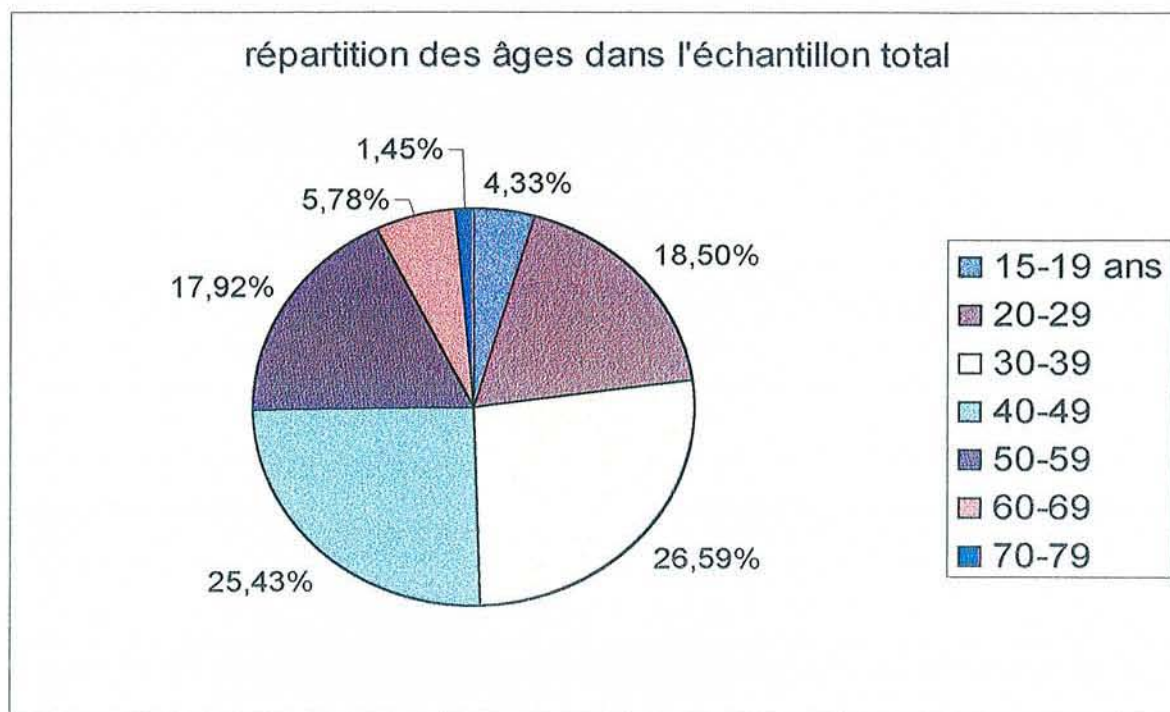
b) Répartition par tranches d'âges :

Tranches d'âges	Hommes	Femmes
15-19 ans	7 (9.59%)	8 (2.93%)
20-29 ans	15 (20.54%)	49 (17.95%)
30-39 ans	19 (26.02%)	73 (26.74%)
40-49 ans	12 (16.44%)	76 (27.84%)
50-59 ans	13 (17.82%)	49 (17.95%)
60-69 ans	6 (8.22%)	14 (5.13%)
70-79 ans	1 (1.37%)	4 (1.46%)
>80 ans	0	0
TOTAL	73	273

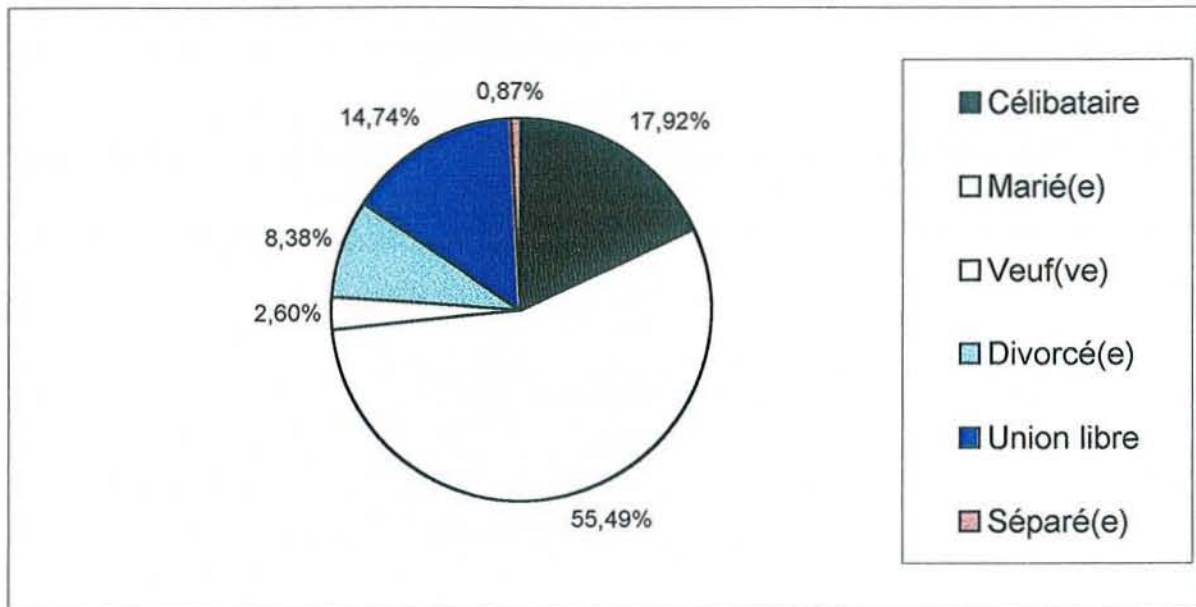
L'âge médian pour les hommes est de **38,82 ans**.

L'âge médian pour les femmes est de **40,46 ans**.

Près de 90% de notre échantillon se situe dans la fourchette « 20-59 ans » avec un peu plus de 50% de sujets âgés de 30 à 49 ans.



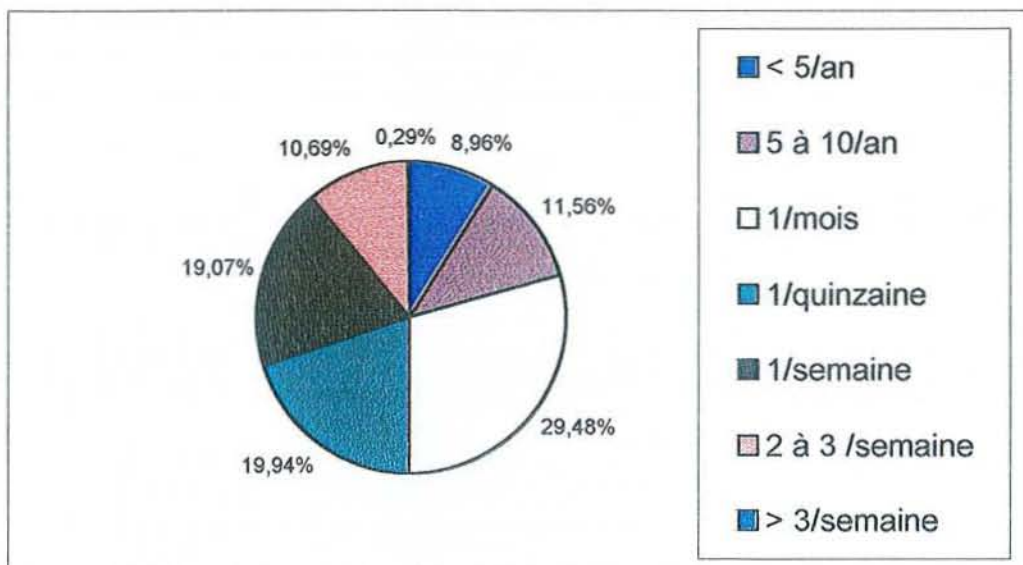
c) Répartition selon le statut marital :



On constate donc une nette prédominance des sujets mariés qui représentent 55% de l'échantillon, suivis des célibataires puis des sujets vivants en union libre ; ainsi les 2/3 vivent en couple.

B. Caractéristiques cliniques :

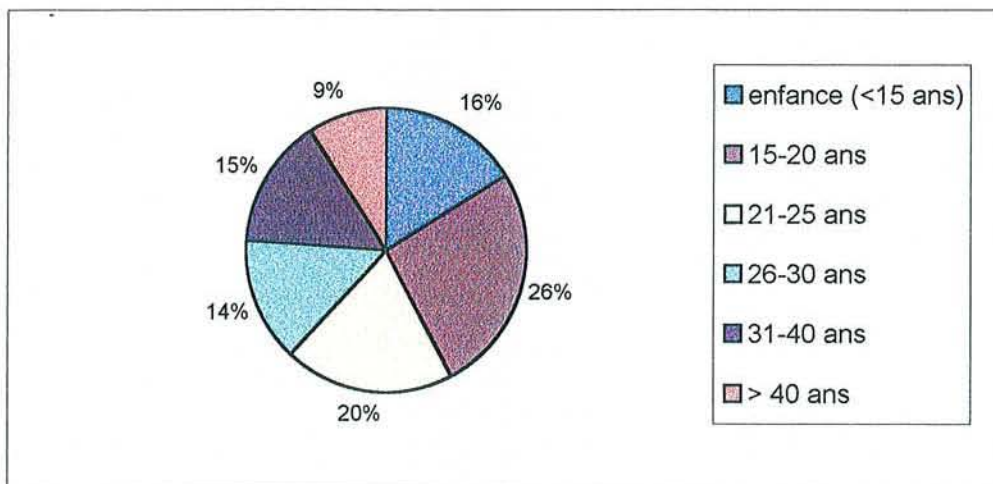
a) Répartition selon la fréquence des crises dans l'année passée :



On constate que les 3 / 4 ont au moins une crise par mois et près de 50% au moins deux crises par mois.

Le pic modal est à une crise par mois.

b) Répartition selon l'âge de début de la maladie :



76% des sujets de l'échantillon ont débuté les crises avant l'âge de 30 ans.
42% avant l'âge de 20 ans.

C. Evaluation de la qualité de vie de l'échantillon total :

Variable	Nombre	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
Index global	346	1.8	0.5	1.0	3.6
Index fonctionnel	346	1.7	0.6	1.0	3.7
index psychologique	346	2.0	0.7	1.0	4.7
Index social	346	1.9	0.8	1.0	4.3
index thérapeutique	346	1.4	0.5	1.0	4.3

On constate donc que les index les plus mauvais concernent l'axe psychologique (index à 2,0) où on trouve également le maximum le plus élevé (4,7), et l'axe social (index à 1,9)

L'index global est plutôt bas à 1,8.

Pour chaque axe exploré, nous avons analysé les index obtenus à chaque item :

Variable	Nombre	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
Item 1	346	2,3	1,1	1,0	5,0
Item 2	346	2,2	1,1	1,0	5,0
Item 3	346	2,0	1,1	1,0	5,0
Item 4	346	1,7	1,1	1,0	5,0
Item 5	346	1,2	0,6	1,0	5,0
Item 6	346	1,8	1,1	1,0	5,0
Item 7	346	1,1	0,4	1,0	5,0
Item 8	346	1,6	1,0	1,0	5,0
Item 9	346	1,1	0,5	1,0	5,0
Item 10	346	1,4	0,8	1,0	5,0
Item 11	346	1,4	0,7	1,0	5,0
Item 12	346	2,2	1,2	1,0	5,0
Item 13	346	2,7	1,2	1,0	5,0
Item 14	346	1,7	1,0	1,0	5,0
Item 15	346	1,9	1,0	1,0	5,0
Item 16	346	1,7	0,9	1,0	5,0
Item 17	346	1,5	0,9	1,0	5,0
Item 18	346	2,1	1,1	1,0	5,0
Item 19	346	1,8	1,1	1,0	5,0
Item 20	346	1,8	1,0	1,0	5,0

Ainsi, dans l'axe fonctionnel, ont été explorés: (-)

- la perturbation liée à la douleur (item 1)
- la perturbation liée à la durée des crises (item 2)
- la perturbation liée à la fréquence des crises (item 3)
- la perturbation liée à la présence d'autres troubles dus à la migraine (tels que nausées, vomissements, phono et photophobie)
- les perturbations du travail liées à la migraine
- les perturbations des activités quotidiennes.

Les perturbations les plus importantes sont liées à la douleur (index à 2.3), à la durée et à la fréquence des crises (index respectivement à 2.2 et 2.0)

Pour l'axe psychologique, ont été explorés : (-)

- les perturbations liées à la crainte d'avoir une crise
- les perturbations liées au sentiment d'être différent des autres
- les perturbations liées au sentiment d'être mal compris
- les perturbations liées à un sentiment de tristesse
- les perturbations liées à une irritabilité
- les perturbations de l'activité sexuelle dues à la migraine

On note une plus importante perturbation liée à l'irritabilité occasionnée par la migraine (index à 2.2), suivi d'une crainte d'avoir une crise (index à 1.6), puis perturbation de l'activité sexuelle, puis sentiment d'être mal compris et tristesse.

Enfin, dans l'axe social, ont été explorés : (-)

- les perturbations des relations avec la famille, l'entourage et amis
- les perturbations du sommeil
- les perturbations de l'alimentation
- les perturbations des loisirs.

Là, on note un index plus élevé pour les perturbations du sommeil, suivi de l'alimentation et des loisirs, et enfin les relations avec la famille.

On remarque que sur la totalité des items, la fatigue occasionnée par la migraine (index à 2.7) et la douleur (index à 2.3) sont les éléments ayant occasionné le plus de perturbation dans la vie des sujets de l'échantillon.

Ce qui a occasionné le moins de perturbation semble être le traitement et le fait d'avoir dû consulter un médecin (index respectivement à 1.1 et 1.2).

2. Comparaison du groupe des sujets « consultants » au groupe des sujets « non consultants » :

Sur les 346 migraineux de l'échantillon, **206** ont déjà consulté au moins une fois un médecin et **140** n'ont jamais consulté ; soit **59,54%** de « consultants » dans notre échantillon.

Nous avons comparé le groupe « consultants » au groupe « non consultants » sur différents points :

A. Données socio-économiques :

a) Sexe :

	Non consultants	consultants	TOTAL
Hommes	35	38	73
Femmes	105	168	273
TOTAL	140	206	346

52.05% des hommes ont déjà consulté contre **61.54%** des femmes.

Le groupe des « non consultants » est constitué à 75% de femmes et 25% d'hommes ; celui des « consultants » est constitué de 81,55% de femmes et 18,45% d'hommes.

Cependant, nous n'avons pas constaté de différence statistiquement significative pour la répartition des sexes entre le groupe « consultants » et le groupe « non consultants » (Test de Fischer ; $p=0,18$)

b) Répartition des âges :

L'âge moyen des « non consultants » est de **38.3 ans**, celui des « consultants » est de **42 ans** ; la différence est statistiquement significative entre consultants et non consultants (Chi 2 ; $p=0,009$)

c) Statut marital :

Situation Maritale	NON CONSULTANT	CONSULTANT	Total
Célibataire	8,67%	9,25%	17,92%
Marié(e)	20,81%	34,68%	55,49%
Veuf(ve)	1,15%	1,45%	2,60%
Divorcé(e)	2,89%	5,49%	8,38%
Union libre	6,07%	8,67%	14,74%
Séparé(e)	0,87%	0%	0,87%
total	40,46%	59,54%	100,00%

Dans les deux groupes, on constate une majorité de sujets mariés ou vivants en couple, suivi des célibataires.

Dans le groupe des « consultants », les sujets mariés représentent 58,25% du groupe, suivi des célibataires (15,53%), puis des sujets vivants en union libre (14,56%)

Dans le groupe des « non consultants », les sujets mariés représentent 51,43% du groupe, suivi des célibataires puis des sujets vivants en union libre.

Il y a un peu plus de « mariés » dans le groupe des consultants et plus de célibataires dans le groupe des non consultants ; cependant la différence n'est pas statistiquement significative (test de Fischer, $p=0,22$)

d) Statut professionnel :

La proportion d'actifs dans le groupe « consultants » (63,11%) et le groupe « non consultants » (62,14%) est équivalente.

Il y a un peu plus d'étudiants dans le groupe non consultants (7,86% contre 3,88% dans le groupe consultants) et un peu plus de femmes au foyer (15% contre 12,62% chez les consultants).

Cependant, la différence n'est pas statistiquement significative entre les deux groupes en ce qui concerne la répartition des statuts professionnels (test de Fischer, $p=0.23$)

B. Données cliniques :

a) Type de migraine :

	Non consultants	Consultants	Total
Migraineux « IHS »	95	164	259
Migraineux « borderline »	45	42	87
Total	140	206	346

Les migraineux « IHS » sont majoritairement représentés dans les deux groupes avec une proportion de 79,61% dans le groupe des « consultants » et 67,86% dans le groupe des « non consultants »

Les « borderline » sont donc légèrement plus nombreux dans le groupe « non consultants » (32,14% contre 20,39%).

La différence est statistiquement significative entre les deux groupes (test exact de Fischer, $p=0.016$)

b) Fréquence des crises :

Fréquence des crises	Non consultants (n=140)	Consultants (n=206)
<5 crises /an	9.29 %	8.74 %
5 à 10 crises /an	15.71 %	8.74 %
1 crise /mois	30 %	29.13 %
1 crise /15ème	20 %	19.9 %
1 crise /sem	19.29 %	18.93 %
2 à 3 crises /sem	5.71 %	14.08 %
> 3 crises /sem	0	0.49 %

En comparant la répartition des fréquences des crises dans les deux groupes, nous constatons qu'elles sont à peu près identiques, seule la tranche « 2 à 3 crises par semaine » est plus fréquente chez les consultants que chez les non consultants.

Cependant, globalement la différence n'est pas statistiquement significative entre les deux groupes en ce qui concerne la répartition des fréquences des crises (Chi 2 ; $p=0,08$)

En regroupant les fréquences de crises en trois catégories (< 1crise/mois ; entre 1 crise/mois et 1/semaine ; >1 crise/semaine), nous ne mettons pas en évidence de différence (test de Fisher ; $p=0.11$)

c) Âges de début des crises :

âges	Non consultants (%)	Consultants (%)
Enfance (<15ans)	12.14	18.93
15-20 ans	21.43	29.13
21-25 ans	21.43	18.45
26-30 ans	18.57	11.17
31-40 ans	15.71	14.08
>40ans	10.71	8.25

Il n'y a pas de différence statistiquement significative (test du Chi 2, $p=0.12$) quant à la distribution des âges de début de la maladie entre « consultants » et « non consultants ».

On constate des chiffres plus élevés pour les âges « enfance à 20 ans » chez les consultants et des chiffres plus élevés pour les âges supérieurs à 20 ans chez les non consultants.

En regroupant les classes en trois catégories (< 20ans – 21 à 30 ans et > 30 ans), on met en évidence une différence significative (Chi 2, p=0.02)

C. Attitudes thérapeutiques :

Le nombre de traitements de la crise déjà essayés par ceux ayant déjà consulté (moyenne = 2,7 médicaments) est significativement supérieur au nombre de traitements de la crise essayés par ceux n'ayant jamais consulté (moyenne = 1,4 médicaments) (test de Student, $p < 10^{-4}$)

On note chez les « consultants » un maximum de 11 médicaments différents essayés et chez les « non consultants » un maximum de 4 médicaments essayés.

Quant aux traitements de fond, aucun des 140 « non consultants » n'en n'avait essayé et chez les « consultants », la moyenne du nombre de traitements essayés était de 0,57 médicament avec un maximum de 8 médicaments différents testés.

Médicaments de la crise essayés (exprimé en % de sujets ayant essayé le produit) :

Médicament	Non consultants	consultants	Test exact de Fischer (p=)
EFFERALGAN	62.86	67.96	0.35
PROPOFAN	9.29	24.27	3.5 X 10⁻⁰⁴
DIANTALVIC	13.57	28.16	0.0015
KLIPAL	0.00	1.46	0.27
GYNERGENE CAFEINE	0.00	18.45	1.16 X 10⁻⁰⁹
MIGWELL	0.00	7.77	3.00 X 10⁻⁰⁴
DIERGOSPRAY	0.00	5.34	0.0037
DHE injectable	0.00	2.43	0.08
NARAMIG	0.00	9.22	4.50 X 10⁻⁰⁵
ZOMIG	0.71	24.27	1.27 X 10⁻¹¹
IMIGRANE CP	0.00	4.37	0.0125
IMIGRANE INJ	0.00	1.46	0.27
IMIGRANE PN	0.00	5.83	0.002

On constate que les différences concernent principalement des traitements dits « spécifiques » de la crise, et certains antalgiques de niveau 2 selon l'OMS.

Les traitements spécifiques les plus souvent essayés sont les dérivés de l'ergot de seigle (gynergène caféiné, migwell, diergospray) et les nouveaux triptans (naramig, zomig).

Les médicaments injectables ont peu été utilisés.

Médicaments de fond essayés :

Médicament	% de consultants ayant essayé
AVLOCARDYL	9.71
HEMIPRALON	0.97
LOPRESSOR	0.49
PROPRANOLOL	1.46
SELOKEN	0.49
DHE cp et sirop	10.19
IKARAN	2.91
SEGLOR	10.68
TAMIK	8.74
DESERNIL	0.49
NOCERTONE	0.49
SANMIGRAN	4.37
SIBELIUM	4.37
VIDORA	1.94

D. Qualité de vie :

Nous avons comparé les index des deux groupes : « consultants » et « non consultants »

Il s'agit d'une part de l'index global, puis des index fonctionnel, psychologique, social et thérapeutique.

Ainsi, les consultants ont un index global ($m=1.91$) significativement supérieur aux non consultants ($m=1.52$) ($p<10^{-4}$), ce qui signifie que leur qualité de vie est globalement plus mauvaise que celle des non consultants.

En analysant chaque axe exploré par cette échelle de qualité de vie, nous constatons que l'index fonctionnel est plus important chez les consultants ($m=1.83$) que chez les non consultants ($m=1.49$) de façon significative ($p<10^{-4}$).

Nous constatons la même chose avec l'index psychologique (2.13 chez les consultants et 1.67 chez les non consultants, $p<10^{-4}$), ainsi que avec l'index social (2.06 chez les consultants et 1.58 chez les non consultants, $p<10^{-4}$) et l'index thérapeutique (1.46 chez les consultants et 1.21 chez les non consultants, $p<10^{-4}$).

L'index le plus élevé chez les consultants est donc l'index psychologique, suivi de l'index social ; on constate la même chose à moindre degré chez les non consultants.

Tableau récapitulatif des résultats précédents : (S=significatif ; NS=non significatif).

	Population totale (n=346)	Consultants (n=206)	Non consultants (n=140)	Test statistique (consultants/non consultants)
Type de migraine :				Test exact de Fischer :
-IHS	259	164	95	Fischer :
-borderline	87	42	45	p=0.016 (S)
Sexe :				Test exact de Fischer :
-femmes	273	168	105	Fischer :
-hommes	73	38	35	p=0.18 (NS)
Répartition des âges :				
-15-19 ans	4.33 %			
-20-29 ans	18.5 %			
-30-39 ans	26.59 %	Age moyen :	Age moyen :	
-40-49 ans	25.43 %	42 ans	38.3 ans	p=0.009 (S)
-50-59 ans	17.92 %			
-60-69 ans	5.78 %			
-70-79 ans	1.45 %			
->80 ans	0			
Statut marital :				
-célibataires	17.92 %	9.25 %	8.67 %	
-marié(e)s	55.49 %	34.68 %	20.81 %	Test du Chi 2 :
-veuf(ve)s	2.60 %	1.45 %	1.15 %	p=0.22 (NS)
-divorcé(e)s	8.38 %	5.49 %	2.89 %	
-union libre	14.74 %	8.67 %	6.07 %	
-séparés	0.87 %	0 %	0.87 %	
Fréquence des crises :				
-<5 / an	8.96 %	8.74 %	9.29 %	
-5 à 10 / an	11.56 %	8.74 %	15.71 %	Test du Chi 2 :
-1 / mois	29.48 %	29.13 %	30 %	p=0.08 (NS)
-1 / 15 ^{ème}	19.94 %	19.90 %	20 %	
-1 / semaine	19.07 %	18.93 %	19.29 %	
-2 à 3 / semaine	10.69 %	14.08 %	5.71 %	
->3 / semaine	0.29 %	0.49 %	0 %	
Age de début des crises :				
-enfance (<15ans)	16 %	18.93 %	12.14 %	
-15-20 ans	26 %	29.13 %	21.43 %	Test du Chi 2 :
-21-25 ans	20 %	18.45 %	21.43 %	p=0.12 (NS)
-26-30 ans	14 %	11.17 %	18.57 %	
-31-40 ans	15 %	14.08 %	15.71 %	
->40 ans	9 %	8.25 %	10.71 %	
Nb moyen de médicaments de la crise essayés		2.7	1.4	Test t de Student :
				p<10⁻⁰⁴
Nb moyen de traitements de fond essayés		0.57	0	

3. analyse des motifs de « non consultation » dans l'échantillon des non consultants :

Motif	Effectif	Pourcentage
Médecine actuelle peu efficace	0	0%
Douleur ou fréquence insuffisante des crises	58	41.4%
Médicaments en vente libre suffisent	57	40.7%
Ne sait pas	5	3.6%
Autre motif	59	42.1%

Plusieurs possibilités de réponses étaient possibles.

Les motifs les plus souvent exprimés sont donc :

-une intensité en douleur et fréquence pas suffisante pour justifier une consultation médicale.

-une efficacité suffisante des médicaments en vente libre.

-les motifs « autres » exprimés sont :

- Une négligence par manque de temps (11 sujets)
- La notion négative qu'il n'y a pas grand-chose à faire, transmise par un proche souffrant également de migraine (16 sujets)
- Certains n'ont pas consulté car pensent savoir d'où viennent les céphalées (ont identifié un facteur déclenchant parmi lesquels ont été cités : le tabac, la fatigue, le travail sur ordinateur, le chocolat, l'alcool, les repas gras...) (concerne 22 sujets)
- Certains sont « anti médicaments » (4 sujets)

Il est intéressant de noter qu'environ 9% des motifs exprimés concernent des sujets qui au contact d'un migraineux de leur entourage ont acquis l' « à priori » que l'on ne peut rien faire pour soulager la migraine.

Et si une partie de ceux qui ne consultent pas n'a effectivement pas de bénéfice à tirer d'une consultation médicale, ces derniers au contraire pourraient éventuellement tirer un bénéfice d'un avis médical.

4. Etude de l'échantillon des migraineux « consultants » :

Notre échantillon est constitué de 206 sujets qui ont déjà consulté au moins une fois un médecin.

Parmi eux, 164 sont migraineux IHS (79,61%) et 42 sont migraineux borderlines (20,39%)

Ces 206 sujets ont consulté au total 272 médecins avec :

- 154 ayant vu un seul médecin (74.75%)
- 40 ayant vu deux médecins (19.42%)
- 9 ayant vu trois médecins (4.37%)
- 2 ayant vu quatre médecins (0.97%)
- 1 ayant vu cinq médecins (0.49%)

A. Types de médecins consultés :

Spécialité	Effectif	Pourcentage
Médecin généraliste	199	73.2
Neurologue	34	12.5
Gynécologue	8	2.94
Ophtalmologiste	7	2.57
ORL	7	2.57
Acupuncteur	5	1.84
Homéopathe	6	2.21
Autres	6	2.21

Les médecins les plus souvent consultés sont donc les généralistes (73.2% des médecins consultés).

La deuxième catégorie de médecins consultés sont les neurologues.

Les autres catégories sont consultées dans des proportions nettement moindres avec environ 3% pour les gynécologues, ophtalmologistes, ORL.

A noter que sur les 7 consultants ayant vu un ophtalmologiste, 5 y ont été sur l'initiative du médecin généraliste ; de même pour les 7 sujets ayant vu un ORL, 4 y étaient adressés par leur médecin généraliste.

La catégorie « autres » regroupe des hépato-gastro-entérologues, un oncologue et des rhumatologues.

B. Fréquences des consultations :

fréquence	effectif	pourcentage
Une seule fois	53	19.48 %
Occasionnellement	133	48.90 %
Assez régulièrement	76	27.94 %
Très régulièrement	10	3.68 %

(Un des sujets n'a pas été comptabilisé car il s'agissait d'une migraineuse suivie par son mari qui est médecin généraliste)

On constate que les 2/3 des médecins sont consultés de façon occasionnelle ou une seule fois, et qu'il existe un « suivi » uniquement chez 1/3 des médecins consultés.

C. Analyse de la prise en charge médicale selon le mode de consultation :

a) Comparaison Médecin généraliste seul et autres modes de consultation :

Parmi notre groupe de consultants, 154 n'ont vu qu'un seul médecin, dont 138 uniquement un médecin généraliste.

Nous avons comparé ce groupe (n=138) pris en charge uniquement par un médecin généraliste au reste des consultants, c'est-à-dire des sujets ayant vu un autre type de médecin ou plusieurs médecins, afin d'essayer de mettre en évidence des facteurs liés à une attitude de « nomadisme médical » ou de consultation directe du spécialiste.

Ce deuxième groupe est constitué de 67 sujets dont :

- 15 ont vu un seul médecin :

- 3 ont vu un ophtalmologiste
- 3 un gynécologue
- 4 un neurologue
- 3 un homéopathe
- 1 un acupuncteur
- 1 un oncologue

(À noter que nous avons écarté un sujet dont la prise en charge s'est faite par son mari qui est médecin généraliste, et un sujet ayant consulté un dentiste spécialisé dans les céphalées selon ses dires)

- 40 ont vu deux médecins dont :

- 4 ont vu 2 médecins généralistes
- 4 ont vu 1 médecin généraliste et 1 ORL
- 2 ont vu 1 médecin généraliste et 1 gynécologue
- 2 ont vu 1 médecin généraliste et 1 acupuncteur
- 1 a vu 1 neurologue et 1 acupuncteur
- 2 ont vu 1 médecin généraliste et 1 ophtalmologiste
- 2 ont vu 1 médecin généraliste et 1 homéopathe
- 3 ont vu 1 médecin généraliste et 1 hépatogastroentérologue.
- 20 ont vu 1 médecin généraliste et 1 neurologue

-9 ont vu 3 médecins dont :

- 3 ont vu 2 médecins généralistes et 1 neurologue
- 2 ont vu 1 médecin généraliste, 1 neurologue et 1 gynécologue
- 1 sujet a vu 2 médecins généralistes et 1 ophtalmologiste
- 1 sujet a vu 1 médecin généraliste, 1 neurologue et 1 ORL
- 1 sujet a vu 1 médecin généraliste, 1 neurologue et un rhumatologue.
- 1 sujet a vu 1 médecin généraliste, 1 ophtalmologiste et 1 gynécologue.

-2 ont vu 4 médecins dont :

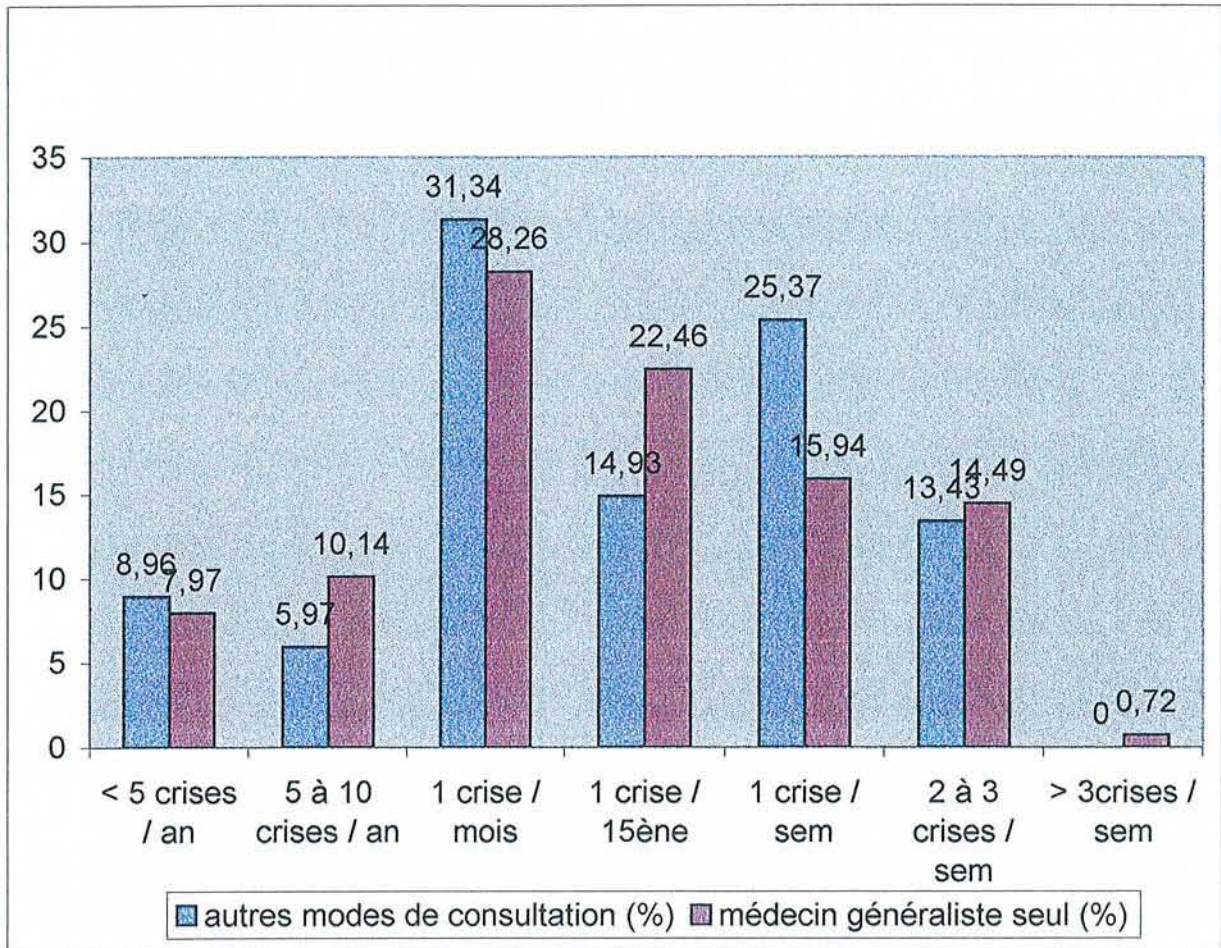
- 1 sujet a vu 2 médecins généralistes, 1 psychiatre et 1 ORL
- 1 sujet a vu 1 médecin généraliste, 1 neurologue, 1 ORL et un hépatogastroentérologue.

-1 sujet a vu 5 médecins dont :

- 2 médecins généralistes, 1 homéopathe, 1 neurologue et 1 acupuncteur.

Ainsi nous avons comparé ces deux groupes : médecin généraliste seul (n=138) versus « autres modes de consultation » (n=67) sur divers aspects :

➤ la fréquence des crises :



La proportion de sujets ayant eu « 5 à 10 crises / an » et « 1 crise / 15ème » est plus importante dans le groupe ayant vu uniquement un médecin généraliste.

Dans l'autre groupe, les fréquences « 1 / mois » et « 1 / semaine » prédominent.

Cependant, la différence de fréquence de crise entre les deux groupes n'est pas statistiquement significative (Chi 2, p =0,54).

Donc ceux qui ont accédé directement au spécialiste ou ceux qui ont consulté plusieurs médecins n'ont pas des crises plus fréquentes que ceux n'ayant consulté que le médecin généraliste dans notre échantillon.

➤ L'âge de début des crises :

	Autres modes de consultations (% de sujets)	Médecin généraliste vu seul (% de sujets)
Enfance (<15 ans)	19.40	18.12
15-20 ans	32.84	27.54
21-25 ans	20.90	17.39
26-30 ans	17.91	7.97
31-40 ans	7.46	17.39
>40 ans	1.49	11.59

Jusque l'âge de 25 ans, il semblerait que les proportions soient équivalentes dans les deux groupes.

A 26-30 ans, la proportion de ceux ayant consulté d'autres médecins que le seul généraliste est plus importante.

Puis la tendance s'inverse avec une nette prédominance de sujets n'ayant vu qu' un médecin généraliste chez ceux ayant débuté les crises après 30 ans.

La différence entre le groupe ayant consulté uniquement un médecin généraliste (n=138) et le groupe ayant consulté d'autres médecins (n=66) est statistiquement significative (Chi 2, p=0.0196) en ce qui concerne l'âge de début des crises.

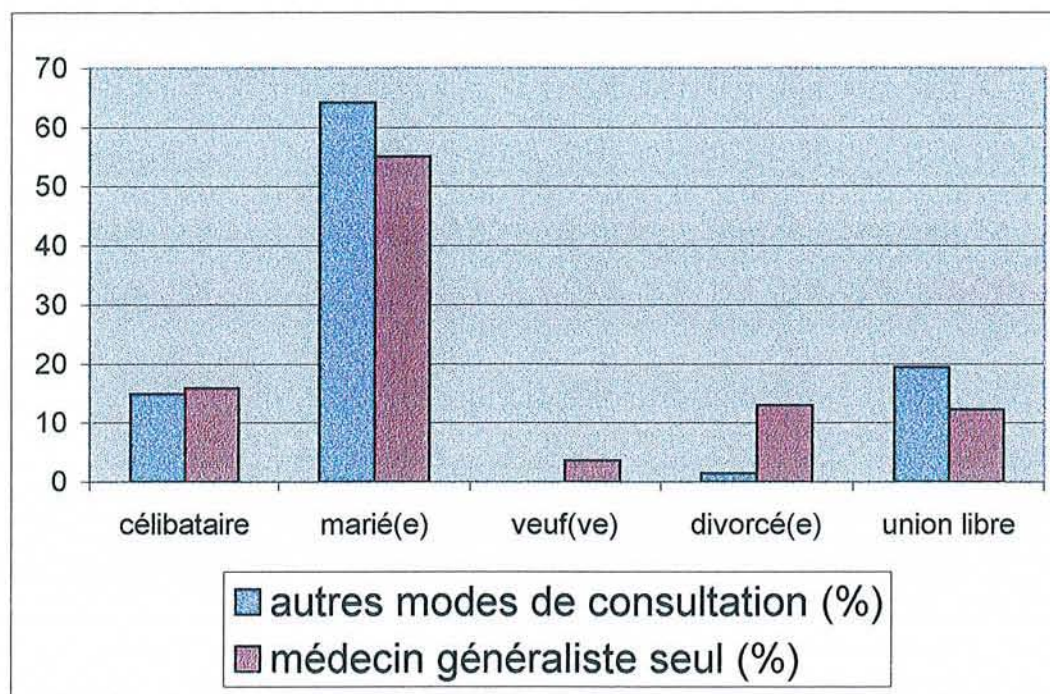
➤ Le sexe :

La répartition des sexes entre les deux groupes est à peu près équivalente :

On compte 81,16 % de femmes dans le groupe ayant vu uniquement un médecin généraliste contre 83,58 % de femmes dans l'autre groupe.

La différence de répartition des sexes dans les deux groupes n'est pas statistiquement significative (test de Fisher ; p=0,8467)

➤ Situation familiale



Les sujets mariés sont un peu plus représentés dans le groupe « autres modes de consultation » que dans le groupe ayant consulté uniquement un médecin généraliste (64.18% contre 55.07%) ; de même que les sujets vivant en union libre (19.40% contre 12.35%)

Il y a une différence statistiquement significative entre les deux groupes quant à la répartition des situations familiales (Chi 2 ; $p=0,0250$)

➤ Nombre de traitements de la crise et de traitements de fond prescrits :

Les sujets ayant vu un autre médecin que le médecin généraliste ou ayant vu plusieurs médecins ont eu plus de traitements de la crise prescrits ($m=2.85$) que ceux n'ayant vu qu'un médecin généraliste ($m=2.65$)

Cependant la différence n'est pas statistiquement significative (test de Student, $p=0.40$).

Nous avons également comparé ces deux groupes sur le nombre de traitements spécifiques de la crise prescrits.

Ainsi, des traitements spécifiques sont plus souvent prescrits chez ceux qui ont vu un spécialiste directement ou plusieurs médecins ($m=0,77$) que ceux ayant vu uniquement un médecin généraliste ($m=0,53$), mais la différence n'est pas statistiquement significative (test de Student, $p=0,06$).

Par contre, les sujets ayant vu d'autres médecins que le médecin généraliste seul ont eu plus de traitements de fond prescrits ($m=0.91$) que ceux n'ayant vu qu'un médecin généraliste ($m=0.40$) ; la différence est statistiquement significative dans ce cas (test de Student, $p=0.0002$)

Tableau récapitulatif des résultats précédents : (S=significatif ; NS=non significatif).

	Groupe ayant vu uniquement un médecin généraliste (n=138)	Groupe ayant vu un autre type de médecin ou plusieurs médecins (n=67)	Tests statistiques de comparaison des deux groupes
Sexe : -hommes -femmes	18.84 % 81.16 %	16.42 % 83.58 %	Test exact de Fischer : p=0.85 (NS)
Statut marital: -célibataires -marié(e)s -veuf(ve)s -divorcé(e)s -union libre -séparés	15.94 % 55.07 % 3.62 % 13.04 % 12.32 % 0.00 %	14.93 % 64.18 % 0.00 % 1.49 % 19.40 % 0.00 %	Test du Chi 2 : p=0.025 (S)
Fréquences des crises : -<5 / an -5 à 10 / an -1 / mois -1 / 15 ^{ème} -1 / semaine -2 à 3 / semaine ->3 / semaine	7.97 % 10.14 % 28.26 % 22.46 % 15.94 % 14.49 % 0.72 %	8.96 % 5.77 % 31.34 % 14.93 % 25.37 % 13.43 % 0.00 %	Test du Chi 2 : p=0.54 (NS)
Age de début des crises : -enfance (<15ans) -15-20 ans -21-25 ans -26-30 ans -31-40 ans ->40 ans	18.12 % 27.54 % 17.39 % 7.97 % 17.39 % 11.59 %	19.40 % 32.84 % 20.90 % 17.91 % 7.46 % 1.49 %	Test du Chi 2 : p=0.0196 (S)
Nb moyen de médicaments de la crise essayés	2.65	2.85	Test du Chi 2 : p=0.40 (NS)
Nb moyen de médicaments spécifiques de la crise essayés	0.53	0.77	Test du Chi 2 : p=0.06 (NS)
Nb moyen de traitements de fond essayés	0.40	0.91	Test du Chi 2 : p=2.10⁻⁰⁴ (S)

➤ Qualité de vie :

L'index global est plus élevé dans le groupe ayant vu plusieurs médecins ou un spécialiste directement (index=1.97) que dans le groupe ayant vu un médecin généraliste seul (index=1.89), donc ceux consultant d'autres médecins ont une qualité de vie plus altérée que ceux voyant uniquement un MG ; la différence cependant n'est pas statistiquement significative (p=0.34)

Par ailleurs, pour les différents axes explorés, on obtient :

	Médecin généraliste vu seul	Autre mode de consultation	p
Index fonctionnel	1.77	1.94	0.055
Index psychologique	2.12	2.16	0.726
Index social	2.01	2.16	0.246
Index thérapeutique	1.50	1.38	0.212

On ne constate donc pas non plus de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne les quatre axes explorés par notre échelle de qualité de vie.

b) Comparaison de la prise en charge par le médecin généraliste à la prise en charge par un autre médecin.

Pour chaque médecin consulté, nous avons fait remplir un questionnaire nous indiquant la fréquence de consultation, le diagnostic posé, les examens prescrits puis l'avis du patient sur certains aspects de la prise en charge médicale.

Nous avons comparé les résultats des médecins généralistes aux résultats des autres médecins.

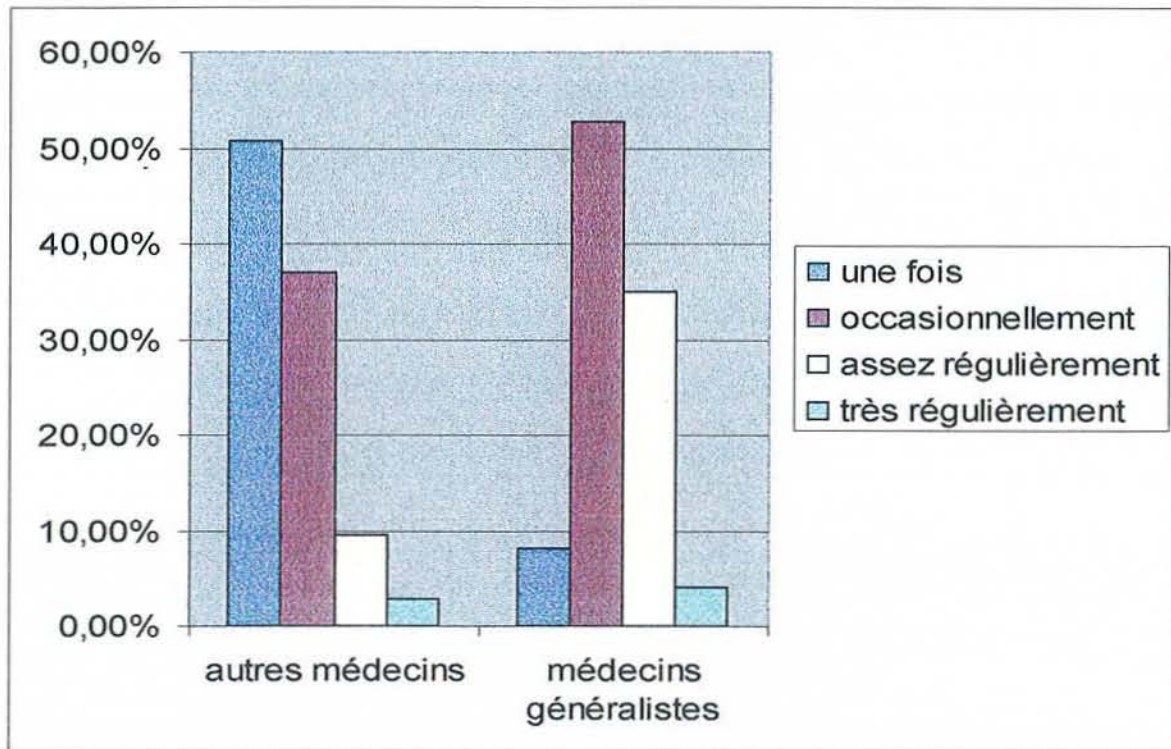
N'ayant pas pu individualiser chaque type de médecin car les effectifs n'étaient pas assez nombreux, nous les avons regroupés.

Nous comparons donc les médecins généralistes (n=197) au groupe « autres médecins » (n=73) comportant :

- 34 neurologues (représentent 47% de ce groupe)
- 8 gynécologues
- 7 ophtalmologistes
- 7 ORL
- 5 acupuncteurs

- 6 homéopathes
- 6 « autres »

➤ Fréquence de consultation :



Dans le groupe des médecins généralistes (n=197), les fréquences « occasionnelles », « assez régulière » et « très régulière » prédominent, alors que la fréquence « une seule fois » prédomine dans le groupe des autres médecins (n=73).

Cette différence de fréquence entre les deux groupes est statistiquement significative (Chi 2, $p < 10^{-4}$)

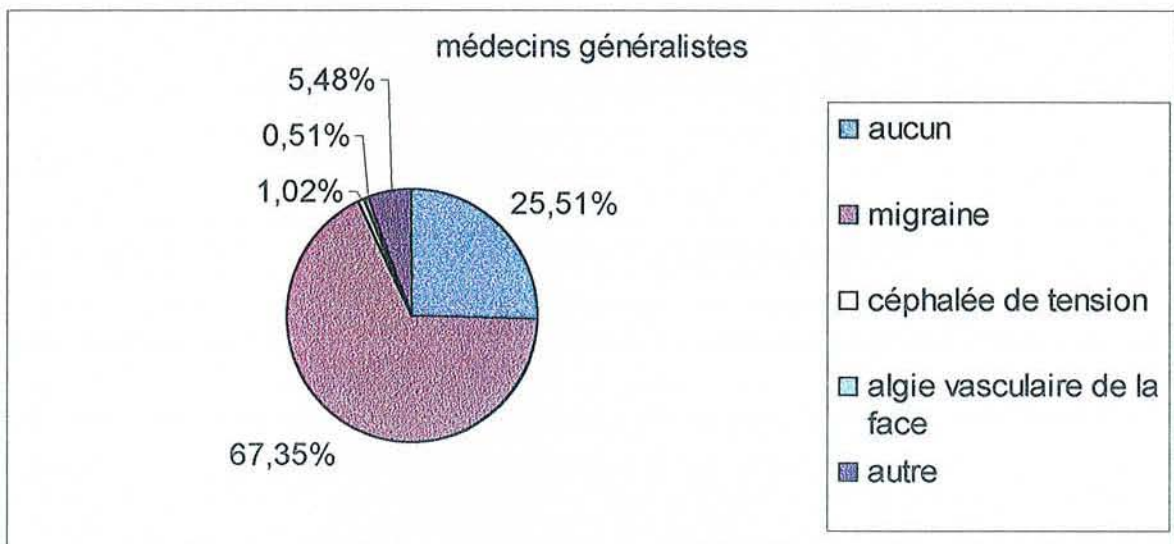
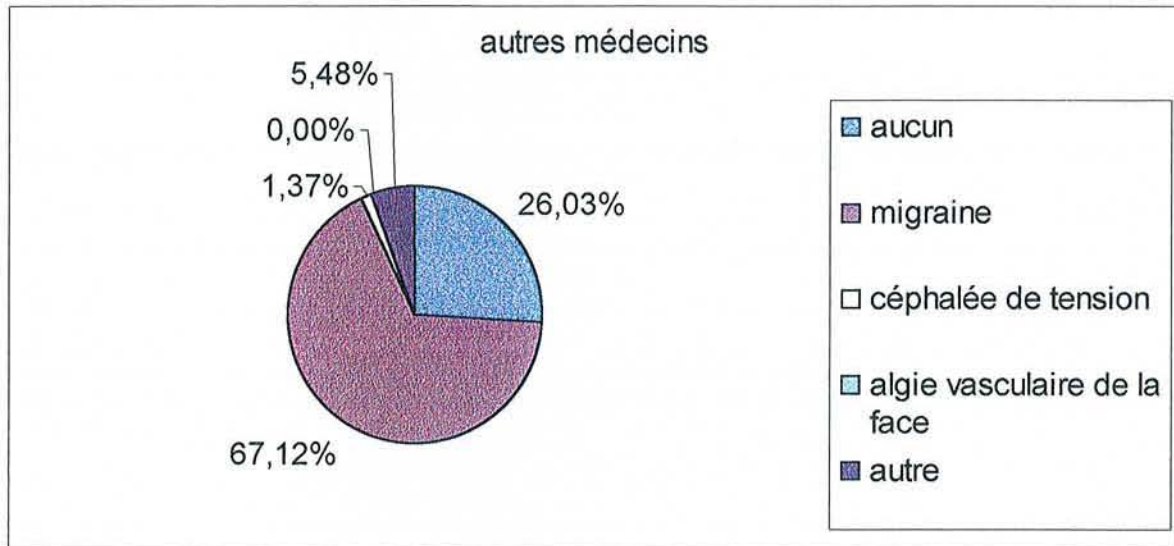
Les autres médecins ne sont pour 50% consultés qu'une seule fois ou occasionnellement, moins de 13% ont un suivi assez ou très régulier.

➤ Pose d'un diagnostic :

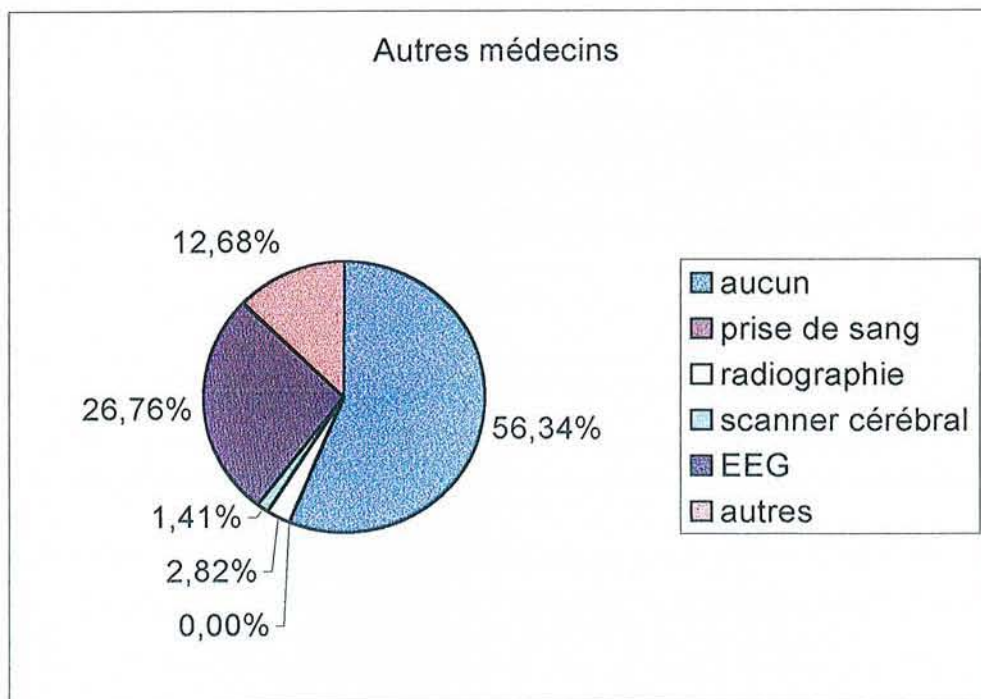
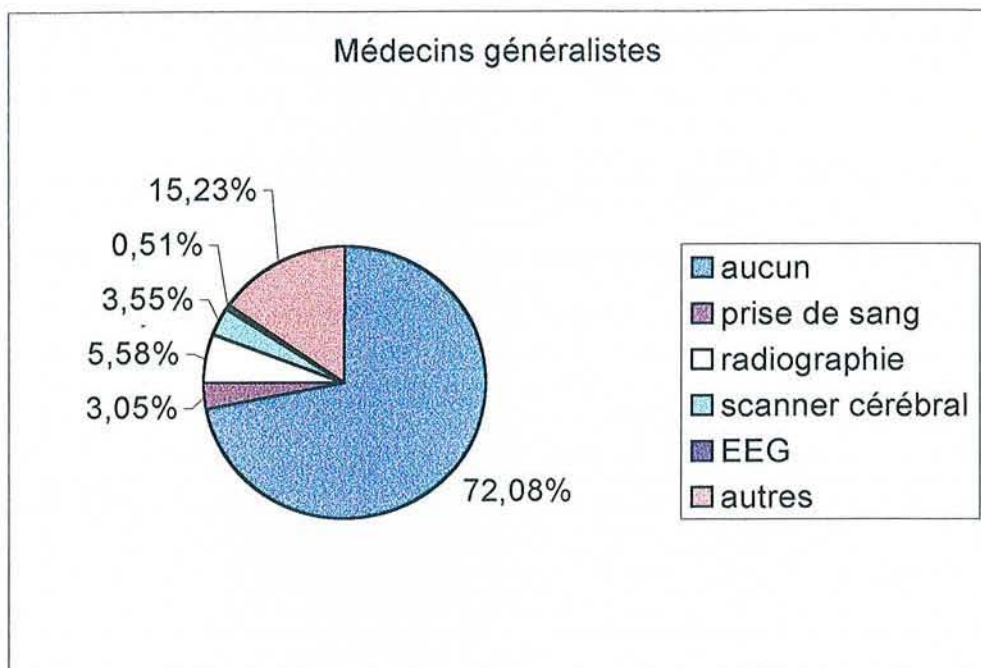
67,35% des médecins généralistes ont fait un diagnostic de migraine contre 67,12% des autres médecins.

On constate également que dans $\frac{1}{4}$ des cas, aucun diagnostic n'est fait, que ce soit dans le groupe médecins généralistes ou le groupe des autres médecins.

Statistiquement, il n'y a pas de différence entre les deux groupes sur la fréquence des diagnostics posés (Chi2, p=0.97)



➤ Prescription d'examens complémentaires :



Nous constatons une différence statistiquement significative entre les deux groupes quant à la prescription d'examens complémentaires (Chi2, $p < 10^{-04}$)

La principale différence semble porter sur la prescription d'EEG qui est nettement plus fréquente dans le groupe « autres médecins » que dans le groupe des médecins généralistes (26.76% contre 0.51%).

Par contre, la prescription de scanners cérébraux semble être plus le fait des médecins généralistes que des autres (3.55% contre 1.41%)

La catégorie « autre » regroupe chez les généralistes les prescriptions de consultations spécialisées (patients adressés chez l'ophtalmologiste, le neurologue, l'ORL...)

De même, la prescription d'examens complémentaires semble plus fréquente dans le groupe des autres médecins que dans le groupe des médecins généralistes, puisque 72% des médecins généralistes n'ont prescrit aucun examen contre seulement 56.34% des autres médecins.

c) Comparaison de la prise en charge par le médecin généraliste et le neurologue :

➤ Fréquence de consultation :

63.64% des neurologues consultés ne l'ont été qu'une seule fois, 27.27% occasionnellement, 6.06% assez régulièrement et 3.03% très régulièrement.

En comparant ces fréquences de consultation aux fréquences de consultation des médecins généralistes, on constate une différence statistiquement significative (Chi2, $p < 10^{-04}$)

Les médecins généralistes sont donc vus plus fréquemment que les neurologues.

➤ Diagnostics posés :

87.88% des neurologues consultés ont fait un diagnostic de migraine (contre 67.35% des médecins généralistes).

Seuls 3.03% des neurologues n'ont fait aucun diagnostic chez les patients qui les ont consultés (contre 25.51% des médecins généralistes consultés).

La différence entre médecins généralistes et neurologues en ce qui concerne les diagnostics posés est statistiquement significative (Chi2, $p = 0.0057$)

➤ Examens complémentaires :

54.55% des neurologues consultés ont réalisé un EEG, 33.36% n'ont fait aucun examen complémentaire, 3.03% ont fait réaliser un scanner cérébral et 6% d'autres examens.

En comparant aux examens prescrits par les médecins généralistes, on constate une différence statistiquement significative (Chi2, $p < 10^{-03}$).

Tableau récapitulatif des résultats précédents (S=significatif ; NS=non significatif).

	Neurologues (n=34)	<i>Tests statistiques (comparaisons neurologues versus médecins généralistes)</i>	Médecins généralistes (n=197)	<i>Tests statistiques (comparaisons médecins généralistes versus autres médecins)</i>	Autres médecins (n=73)
<u>Fréquences des consultations :</u>					
-une fois	63.64 %	<i>Test du Chi 2 : $p < 10^{-04}$ (S)</i>	8.12 %	<i>Test du Chi 2 : $p < 10^{-04}$ (S)</i>	50.68 %
-occasionnellement	27.27 %		52.79 %		36.99 %
-assez régulièrement	6.06 %		35.03 %		9.59 %
-très régulièrement	3.03 %		4.06 %		2.74 %
<u>Diagnostics posés :</u>					
-aucun	3.03 %	<i>Test du Chi 2 : $p = 0.0057$ (S)</i>	25.51 %	<i>Test du Chi 2 : $p = 0.97$ (NS)</i>	26.03 %
-migraine	87.88 %		67.35 %		67.12 %
-céphalée de tension	3.03 %		1.02 %		1.37 %
-algie vasculaire de la face	0.00 %		0.51 %		0.00 %
-autre	6.06 %		5.48 %		5.48 %
<u>Examens prescrits :</u>					
-aucun	36.36 %	<i>Test du Chi 2 : $p < 10^{-03}$ (S)</i>	72.08 %	<i>Test du Chi 2 : $p < 10^{-04}$ (S)</i>	56.34 %
-bilan sanguin	0.00 %		3.05 %		0.00 %
-radiographie	0.00 %		5.58 %		2.82 %
-TDM cérébrale	3.03 %		3.55 %		1.41 %
-EEG	54.55 %		0.51 %		26.76 %
-autre	6.06 %		15.23 %		12.68 %

d) Analyse de la grille de satisfaction concernant le contenu de la consultation :

Nous avons récapitulé les résultats aux différents items dans un tableau, où apparaissent les pourcentages des réponses prédéfinies (oui/non/ne sait pas) faites par les sujets concernant les divers médecins consultés :

		médecins généralistes	autres médecins	neurologues
il m'a examiné attentivement pour faire un diagnostic	OUI	37,06	77,78	93,94
	NON	60,91	19,44	6,06
	NSP	2,03	2,78	-
il m'a expliqué ce qu'il constatait pendant l'examen	OUI	24,37	36,11	45,45
	NON	70,56	47,22	33,33
	NSP	5,08	16,67	21,21
il m'a expliqué clairement ce que j'ai et comment cela va évoluer	OUI	24,87	41,67	54,55
	NON	73,10	56,94	45,45
	NSP	2,03	1,39	-
il m'a prescrit assez d'examens complémentaires pour être sûr du diagnostic	OUI	44,90	62,50	75,76
	NON	42,86	9,72	15,15
	NSP	12,24	27,78	9,09
il a été attentif à ce qui m'inquiète	OUI	79,19	80,56	78,79
	NON	17,77	15,28	21,21
	NSP	3,05	4,17	-
il a pris le temps de m'écouter	OUI	95,43	88,89	81,82
	NON	4,06	11,11	18,18
	NSP	0,51	-	-
il m'a pris au sérieux	OUI	83,76	83,33	78,79
	NON	11,17	13,89	18,18
	NSP	5,08	2,78	3,03
il a répondu clairement aux questions que je lui ai posées	OUI	63,45	54,17	63,64
	NON	17,26	15,28	15,15
	NSP	19,29	30,56	21,21
il a tenu compte de mon avis pour prendre une décision sur les traitements qu'il m'a prescrits	OUI	58,06	50,00	40,00
	NON	37,63	39,66	46,67
	NSP	4,30	10,34	13,33
il m'a expliqué la façon de prendre ces médicaments	OUI	90,91	94,44	96,67
	NON	8,56	1,85	-
	NSP	0,53	3,70	3,33
il m'a expliqué les effets secondaires de ces traitements	OUI	37,97	20,37	30,00
	NON	59,89	74,07	63,33
	NSP	2,14	5,56	6,67
la consultation m'a aidé à mieux comprendre mon mal	OUI	29,95	31,94	51,52
	NON	65,99	63,89	45,45
	NSP	4,06	4,17	3,03
il m'a rassuré sur la nature de mes maux de tête	OUI	46,70	55,56	69,70
	NON	49,75	38,89	30,30
	NSP	3,55	5,56	-
le(s) traitements prescrits m'ont aidé et amélioré mon état	OUI	55,61	53,33	50,00
	NON	41,18	41,67	43,33
	NSP	3,21	5,00	6,67

Pour chaque item, les comparaisons ont permis de montrer :

- Il y a une différence statistiquement significative dans les réponses faites au premier item entre le groupe des médecins généralistes (n=197) et le groupe des autres médecins consultés (n=73) (Chi2, $p < 10^{-04}$)

De même, la différence est significative entre le groupe des médecins généralistes et le groupe des neurologues (n=34) (Chi2, $p < 10^{-04}$)

Les neurologues ont donc donné plus souvent satisfaction aux sujets qui les ont consultés quant à la réalisation d'un examen clinique que les médecins généralistes.

- Concernant le deuxième item sur les explications fournies sur les données de l'examen clinique, on constate également une différence significative entre médecins généralistes et les autres médecins (Chi2, $p = 4 \times 10^{-04}$) et entre médecins généralistes et neurologues (Chi2, $p < 10^{-04}$)

Les neurologues étant toujours ceux qui ont donné le plus d'explications aux sujets qui les ont consultés.

- Quant aux explications données sur la maladie et son évolution, la différence est toujours significative entre médecins généralistes et neurologues (Chi2, $p = 0.0021$), les neurologues donnent donc apparemment plus d'explications que les généralistes.

Il y a également une différence significative entre médecins généralistes et les autres médecins (Chi2, $p = 0.0276$)

- En ce qui concerne la satisfaction des sujets sur la prescription d'examens complémentaires, on constate de nouveau une plus grande satisfaction chez ceux qui ont consulté un neurologue que ceux ayant consulté un généraliste (Chi2, $p = 0.0036$)

Cette différence est également significative entre médecins généralistes et autres médecins (Chi2, $p < 10^{-04}$), en faveur des « autres » médecins.

- Pour l'attention des médecins portée aux inquiétudes des patients, il n'y a pas de différence significative entre les différents groupes (médecins généralistes versus autres médecins : Chi2, $p = 0.81$ et médecins généralistes versus neurologues : Chi2, $p = 0.55$)

- Pour le temps consacré à l'écoute des patients :
Il n'y a pas de différence entre médecins généralistes et les autres médecins (Chi2, $p = 0.08$), mais il y a une différence entre neurologues et généralistes (Chi2, $p = 0.0068$) en faveur de ces derniers.

- Pour la sensation d'être pris au sérieux par les médecins consultés, il n'y a pas de différence entre médecins généralistes et les autres médecins (Chi2, p=0.62) et entre généralistes et neurologues (Chi2, p=0.47)

Dans l'ensemble, les patients ont la sensation d'avoir été pris au sérieux par les médecins qu'ils ont consulté.

- Pour les réponses claires aux questions des patients :

On ne constate pas non plus de différences significatives entre les groupes :

Médecins généralistes versus autres médecins : Chi2, p=0.14

Médecins généralistes versus neurologues : Chi2, p=0.93

- Quant aux items sur la thérapeutique :

Seuls 40 à 58% des sujets estiment que le médecin consulté a tenu compte de leur avis pour la thérapeutique. Il n'a pas été mis en évidence de différence entre médecins généralistes et les autres médecins concernant les réponses faites à cet item (Chi2, p=0.18), ni entre généralistes et neurologues (Chi2, p=0.06)

Par contre, 90 à 96% des sujets estiment avoir reçu des explications sur la façon de prendre les médicaments.

On constate une différence entre les groupes médecins généralistes et autres médecins (Chi2, p=0.04) , mais pas de différences entre généralistes et neurologues (Chi2, p=0.08)

Pour les informations sur les effets secondaires des médicaments, seuls 20 à 37% des sujets estiment en avoir reçu.

Il y a une différence entre médecins généralistes et les autres médecins : Chi2, p=0.03

Il n'y a pas de différence entre médecins généralistes et neurologues : Chi2, p=0.29

- Enfin, pour les items explorant l'impact de la consultation sur le sujet :

Seuls 29 à 51% des sujets estiment que la consultation les a aidés à mieux comprendre leurs céphalées, sans différence entre généralistes et les autres médecins (Chi2, p=0.94) et entre médecins généralistes et neurologues (Chi2, p=0.05)

Les médecins consultés n'ont réussi à rassurer que 46 à 69% des sujets qui les ont consultés (sans différence entre les trois groupes considérés)

De même, seuls 50 à 55% des médecins consultés ont pu améliorer l'état des migraineux qui les ont consultés par les traitements prescrits, et ceci sans différence entre les groupes :

Médecins généralistes et les autres médecins : Chi2, p=0.80

Médecins généralistes et neurologues : Chi2, p=0.60

IV. DISCUSSION

Nous avons été confrontés dans un premier temps au dépistage des migraineux dans notre population de départ.

Afin de pouvoir nous comparer aux études épidémiologiques récentes, nous avons décidé d'utiliser un algorithme diagnostique élaboré à partir des critères IHS de la migraine.

Cet algorithme a été validé et utilisé dans de nombreuses études Françaises (22)

Nous n'avons pas pu déterminer l'incidence exacte de la migraine dans la population des consultants du Centre de Médecine Préventive pour des raisons pratiques, car il nous a été impossible d'avoir accès à tous les consultants à un moment ou un autre, ceux-ci étant répartis dans trois secteurs distincts.

Cependant, nous avons mis en évidence que pour quasiment un sujet sur deux se plaignant de céphalées récurrentes dans notre échantillon, il s'agissait d'une migraine ; ce qui est un reflet de la fréquence relativement élevée de la migraine dans la population générale.

Par ailleurs, nous avons pris comme acquis que les migraineux « borderline » sont considérés comme migraineux, bien que ne répondant pas exactement aux critères définis par l'IHS.

Nous nous sommes pour cela appuyés sur les résultats obtenus lors d'une étude précédente mettant en évidence le caractère trop restrictif de ces critères IHS.

Ainsi, l'étude du GRIM de 1989 a comparé des sujets définis comme migraineux « IHS » et répondant strictement aux critères, à des sujets « borderline » pour qui des dérogations aux critères ont été appliquées (3)

Les comparaisons ont porté sur des variables cliniques (âge, sexe, intensité des crises, fréquence des crises, ancienneté de la maladie) et aucune différence n'a été mise en évidence entre ces deux sous groupes, permettant de considérer les « borderline » comme de vrais migraineux.

Nous avons donc pris comme acquise cette conclusion afin d'obtenir des résultats comparables aux études épidémiologiques précédemment réalisées en France ; nous avons donc utilisé les mêmes critères d'inclusion que celles-ci.

Nous avons cherché à réaliser cette étude sur une population générale, tout d'abord parce que nous voulions avoir accès à des migraineux n'ayant jamais consulté de médecins et également par souci de se rapprocher le plus possible de ce que nous rencontrons comme formes cliniques de la migraine dans la population générale, sans avoir une surestimation des formes sévères qui auraient modifié les attitudes de consultation.

1. Données socio-économiques et cliniques de notre échantillon total de migraineux :

Nous avons pu établir un certain nombre de similitudes entre les résultats obtenus dans notre échantillon et les résultats d'échantillons issus de populations représentatives de la population française.

Ainsi :

-**le sexe ratio** de notre échantillon (3,74) est très proche de celui trouvé dans une étude française réalisée par P.Henry en collaboration avec le GRIM en 1989 (4), où sur un échantillon de 340 migraineux (dont 230 IHS et 110 borderlines) le sexe ratio était de 3,84.

De même dans l'étude FRAMIG de 1999 le sexe ratio était proche de 3 (5)

La prépondérance féminine de la migraine est une caractéristique qui a déjà été confirmée par de nombreuses études épidémiologiques réalisées en population générale, avec un sexe ratio compris entre 2 et 4 selon les études.

L'hypothèse de l'influence des variations hormonales cycliques chez la femme comme déclencheur de crises pourrait expliquer cette prédominance féminine de la migraine.

-la répartition par âges :

Dans l'étude du GRIM qui a utilisé les mêmes découpages d'âges que nous pour définir la prévalence de la migraine par âge, on retrouve :

- une prévalence maximale de la migraine chez les femmes âgées de 20 à 59 ans avec les prévalences les plus élevées dans les tranches 30 à 39 ans (26%) et 40 à 49 ans (25%), suivies des tranches 50 à 59 ans (19%) et 20 à 29 ans (18%).
- Une prévalence maximale de la migraine chez les hommes âgés de 20 à 59 ans également avec toujours la tranche 30 à 39 ans qui prédomine (9%), suivie de la tranche 20 à 29 ans (8%) puis 40 à 49 ans et 50 à 59 ans (6% chacune).

En analysant nos chiffres, on constate également une prédominance des âges 20 à 59 ans dans les deux sexes ; et pour chaque sexe, les mêmes ordres de grandeur des différentes tranches d'âges que dans les prévalences en population générale :

- Chez les femmes, les tranches d'âges 30 à 39 ans (26.74%) et 40 à 49 ans (27.84%) prédominent, suivies des tranches 20 à 29 ans (17.95%) et 50 à 59 ans (17.95%)
- Chez les hommes, la tranche d'âges 30 à 39 ans prédomine (26.03%), suivie de la tranche 20 à 29 ans (20.55%), puis 40 à 49 ans (16.44%) et 50 à 59 ans (17.81%)

La comparaison nous permet de voir que le profil des âges de notre échantillon est superposable au profil des prévalences par âge de la migraine estimées dans la population française.

Tableau comparatif entre les prévalences par âge de la migraine estimées dans l'étude GRIM et la répartition des âges de notre échantillon :

Ages	Etude du GRIM (prévalences en %)		Notre échantillon (%)	
	hommes	femmes	hommes	femmes
15-19 ans	5	11	9.59	2.93
20-29 ans	8	18	20.54	17.95
30-39 ans	9	26	26.02	26.74
40-49 ans	6	25	16.44	27.84
50-59 ans	6	19	17.82	17.95
60-69 ans	2	8	8.22	5.13
70-79 ans	3	8	1.37	1.46
>80ans	3	6	0.00	0.00

-la fréquence des crises :

En prenant toujours en référence les études françaises, on constate que l'on retrouve la même répartition de fréquence des crises.

Ainsi dans l'étude du GRIM :

- 32% ont 1 crise par mois (29.48% dans notre échantillon)
- 23% ont 1 crise tous les quinze jours (19.94% dans notre échantillon)
- 17% ont 1 crise par semaine (19.07% dans notre échantillon)
- 13% ont de 5 à 10 crises par an (11.56% dans notre échantillon)
- 8% ont 2 à 3 crises par semaine (10.69% dans notre échantillon)
- 4% ont moins de 5 crises par an (8.96% dans notre échantillon)
- 2% ont plus de 3 crises par semaine (0.29% dans notre échantillon)
- 2% des sujets ont répondu « ne sait pas » (nous n'avions pas cette possibilité de réponse dans notre enquête)

On note que le pic modal des deux échantillons est de une crise par mois.

Donc le profil de la fréquence des crises de notre échantillon est identique à celui des fréquences retrouvées dans les échantillons représentatifs.

Par conséquent, en se basant sur la fréquence des crises comme indicateur de sévérité de la migraine, on peut penser que notre échantillon se rapproche de ce qui se passe dans la population française.

2. Qualité de vie de l'échantillon total :

Les index calculés les plus mauvais concernent l'axe psychologique et l'axe social, ce qui confirme que la migraine, outre son retentissement physique (douleur, gêne occasionnée par les symptômes associés...) et fonctionnel (perturbation du travail, fatigue...) a également un retentissement psychologique et social non négligeable qui dépasse le cadre de la crise, car même si nous n'avons pas exploré la qualité de vie au moment des crises et en dehors des crises (notre outil de mesure de qualité de vie ne s'y prêtait pas), certaines questions nous orientent et nous montre bien qu'il existe une crainte persistante de voir survenir une crise, avec parfois la sensation d'être incompris des autres.

L'outil utilisé pour mesurer la qualité de vie a été mis au point par A. RICHARD et collaborateurs et validé en consultation hospitalière et médecine de ville (23) Il a été démontré que les mesures obtenues sont sensibles à la gravité des formes cliniques.

Nous avons choisi cet outil pour sa facilité d'emploi, sa rapidité de remplissage, pour pouvoir comparer les qualités de vie entre divers groupes définis selon leurs attitudes de consultation.

Cependant, en ce qui concerne les résultats obtenus sur notre échantillon total, nous n'avons qu'un élément de référence qui est le résultat obtenu lors de la validation de cet outil sur un échantillon de 50 migraineux vus en consultation de ville.

Les index étaient :

Index global : 2.6 +/- 0.1
Index fonctionnel : 2.8 +/- 0.1
Index psychologique : 2.5 +/- 0.1
Index social : 2.6 +/- 0.1
Index thérapeutique : 1.9 +/- 0.1

Les chiffres obtenus sont plus élevés que les nôtres, cependant la comparaison est difficilement réalisable étant donné qu'il s'agit là d'un échantillon plus restreint constitué uniquement de sujets ayant consulté un médecin, donc pour lesquels on peut supposer une migraine plus invalidante ayant conduit à la consultation.

La plupart des études consacrées à la qualité de vie des migraineux ont utilisé des outils de mesure non spécifiques (notamment la SF-36) et comparé leurs échantillons de migraineux à un échantillon témoin non céphalalgique ou à un échantillon de sujets souffrant d'autres pathologies chroniques.

Le but de notre évaluation de la qualité de vie dans notre échantillon n'était pas de la comparer à d'autres études, mais de comparer entre eux ultérieurement plusieurs groupes de migraineux en fonction de leurs attitudes de consultation.

3. Comparaison du groupe des migraineux « consultants » au groupe des migraineux « non consultants » :

Dans notre échantillon de 346 migraineux, 59.54% de sujets ont consulté au moins une fois un médecin pour leur migraine.

On retrouve le même taux de « consultants » que dans les études précédentes réalisées en populations générales ; notamment 57 % de « consultants » sur 563 migraineux dans l'étude MIGACCESS (14) ; 56% dans l'étude du GRIM (3) et 64% dans une étude Canadienne (9)

-Données socio-économiques :

➤ Le sexe :

Dans notre échantillon, les femmes n'ont pas plus consulté que les hommes.

Dans une étude Américaine portant sur une population représentative de la population Américaine et dont l'échantillon comportait 1720 migraineux, il a été mis en évidence que les femmes avaient consulté plus que les hommes (68% versus 57%) (8)

Cependant, cette caractéristique Américaine n'a pas été retrouvée dans une étude Française portant sur 340 migraineux (15)

Nos chiffres sont donc en accord avec l'étude française, le sexe n'est pas un facteur prédictif de « déjà consulté » dans notre échantillon.

Mais, l'étude américaine, de par son effectif de migraineux nettement supérieur aux études françaises, présente une puissance nettement meilleure.

➤ L'âge :

« Les consultants » sont en moyenne plus âgés que les « non consultants »
On pourrait penser qu'avec l'âge les occasions de voir un médecin se multiplient et augmentent à ce moment l'éventualité de lui parler des céphalées.

On peut également supposer qu'avec l'âge se pose la question de diagnostics différentiels plus inquiétants pour le patient (crainte d'un cancer notamment), ce qui le pousserait à consulter plus facilement.

➤ Statut marital :

Le statut marital ne semble pas être un facteur déterminant dans l'attitude de consultation dans notre échantillon.

Seule une étude américaine a évalué cette donnée sociale et a comparé un groupe de « consultants » à un groupe de « non consultants » .

Il en était ressorti que les femmes mariées ou l'ayant été étaient 30% de plus à avoir consulté que celles jamais mariées (ce qui n'était pas le cas des hommes) et que cette attitude de consultation des femmes vivant en couple venait probablement de l'influence néfaste que la migraine avait sur leur couple (8)

Nous avons étudié dans notre échantillon cette même caractéristique, ainsi :

Dans le groupe des consultants, 74.4% des femmes sont mariées, vivent en union libre ou ont été mariées.

Dans le groupe des non consultants, elles représentent 64.76% des femmes.

Dans notre échantillon, les femmes vivant en couple ou ayant été mariées n'ont pas plus consulté que les autres, la différence n'étant pas statistiquement significative.

- Données cliniques :

➤ Age de début de la maladie :

Nous avons pu constater une différence significative entre « consultants » et « non consultants » sur l'âge de début de la maladie en rassemblant les découpages initiaux en trois catégories (< 20 ans – 21 à 30 ans et > 30 ans).

Les chiffres nous indiquent une proportion plus élevée de sujets ayant débuté les crises avant 20 ans (48.06%) chez les « consultants » (33.57% chez les « non consultants »), probablement dû au caractère anxiogène pour les parents de la survenue de céphalées chez leurs enfants ayant conduit à la consultation.

➤ Fréquence des crises :

Dans notre échantillon, « consultants » et « non consultants » ont la même répartition de fréquence des crises.

Dans la littérature, on retrouve dans l'article de P. MICHEL (4) que les crises des « consultants » sont statistiquement plus fréquentes que celles des « non consultants », avec :

Fréquence des crises	Non consultants (n=151)	Consultants (n=189)
<5 crises /an	6%	2%
5 à 10 crises /an	19%	8%
1 crise /mois	30%	34%
1 crise /15ème	24%	21%
1 crise /sem	12%	21%
2 à 3 crises /sem	7%	8%
> 3 crises /sem	1%	3%
Ne sait pas	1%	3%

Dans cet échantillon, il semblerait que la fréquence « 1 crise par semaine » soit plus fréquente chez les « consultants » (21% contre 12% chez les « non consultants »), ce qui n'est pas le cas dans notre échantillon (environ 19% dans les deux groupes)

Par contre, la fréquence « 2 à 3 par semaine » semble plus fréquente chez les consultants de notre échantillon (14.08% contre 5.71% chez les non consultants), alors que dans leur étude, elles sont équivalentes dans les deux groupes (7% et 8% chez les non consultants et consultants respectivement)

A noter que nous n'avions pas dans notre questionnaire la possibilité de réponse « ne sait pas » et que la personne était obligée de se prononcer sur une estimation de fréquence.

Donc dans notre échantillon, la fréquence des crises n'est pas un facteur déterminant ayant motivé une attitude de « consultation »

- Attitudes thérapeutiques :

Les consultants de notre échantillon ont eu accès à plus de traitements de la crise (que ce soient des traitements spécifiques ou non spécifiques) que les non consultants.

La différence étant due aux médicaments spécifiques, disponibles uniquement sur prescription médicale et à certains antalgiques de niveau 2 sur l'échelle de l'OMS, également disponibles sur prescription médicale.

- Qualité de vie :

Les « consultants » ont un index global significativement supérieur aux non consultants, leur qualité de vie est donc globalement plus mauvaise.

Les index de chaque axe exploré par l'échelle de qualité de vie sont supérieurs chez les « consultants » par rapport aux « non consultants »

Comme nous l'avons vu la qualité de vie est sensible à la gravité de la migraine. Ainsi, de façon logique, nous pouvons penser que ceux qui ont consulté sont les plus handicapés par leur migraine et pour qui le retentissement psychologique et social est le plus important.

Cela dit, nous aurions pu supposer que le fait d'être pris en charge médicalement aurait amélioré leur état, cependant pour aboutir à une telle conclusion, il aurait fallu comparer la qualité de vie avant puis après prise en charge.

4. Etude de l'échantillon des migraineux « consultants » :

- Médecins consultés :

Le médecin généraliste est donc le médecin le plus consulté par les migraineux.

Ce résultat n'est pas surprenant, il coïncide avec les données de la littérature et montre bien que le médecin généraliste est au premier plan dans la prise en charge de la migraine.

La deuxième catégorie de médecins consultés sont les neurologues, ce qui n'étonne pas non plus, puisque le neurologue est « le spécialiste » de la migraine.

Quant aux autres médecins, ils sont vus dans des proportions nettement moindres et souvent en seconde intention.

- Comparaison selon le mode de consultation :

En comparant les consultants ayant vu uniquement un médecin généraliste aux consultants ayant vu uniquement un spécialiste ou ayant vu plusieurs médecins, nous n'avons pas mis en évidence de différence quant au sexe.

Quant à la situation maritale, les sujets mariés ou vivants en union libre sont plus nombreux à avoir consulté un ou plusieurs autres médecins que le seul généraliste. Cette attitude pouvant être liée au retentissement de la migraine sur les relations de couple.

La répartition des fréquences des crises étant identique dans les deux groupes, nous pouvons penser que le fait d'avoir des crises plus fréquentes n'est pas un facteur déterminant conduisant à la consultation d'un ou plusieurs autres médecins que le médecin généraliste.

Par ailleurs, les index de qualité de vie qui représentent également un reflet de la gravité de la migraine (comme la fréquence des crises) sont tous légèrement supérieurs chez ceux ayant vu d'autres médecins que le seul médecin généraliste. Cependant la différence n'est pas significative, donc l'accès à d'autres médecins que le généraliste n'est pas forcément le fait des sujets les plus gravement atteints.

C'est pourquoi on peut penser qu'il existe des facteurs liés au médecin consulté et non pas uniquement aux caractéristiques de la migraine, qui font que certains consultent directement un spécialiste ou vont voir plusieurs médecins.

Quant aux traitements prescrits, la seule différence réside dans le nombre de traitements de fond prescrits.

Les sujets ayant consulté uniquement un médecin généraliste n'ont apparemment pas de bénéfice, quant aux traitements de la crise, à consulter d'autres médecins. Par contre, il semble que l'accès à des traitements de fond soit favorisé par l'accès à d'autres médecins que le seul médecin généraliste.

D'après la fréquence des crises et la qualité de vie, il semblerait que nos deux échantillons soient équivalents en terme de gravité de migraine, donc :

- soit les spécialistes prescrivent trop de traitements de fond.
- soit ce sont les généralistes qui n'en prescrivent pas assez, ce qui semble être l'hypothèse la plus vraisemblable.

Ainsi, on peut penser qu'un certain nombre de migraineux, ne consultant que leur médecin généraliste, pourrait bénéficier d'un traitement de fond pour améliorer leur état.

Il est possible également que les médecins généralistes ne prennent pas l'initiative de la prescription et font appel aux médecins spécialistes quand un traitement de fond est indiqué.

Nous n'avons pas pu aller plus loin dans l'analyse des médicaments prescrits. Nous n'avons pas pu notamment préciser quel médicament avait été prescrit par quel médecin, étant donné que nous faisons appel à la mémoire du patient sur une période pouvant être de plusieurs années car il s'agissait des médicaments qu'il avait pu essayer durant toute sa vie de migraineux (nous avons tenté de limiter le biais de « mémoire » en proposant une liste prédéfinie de médicaments dont la visualisation du nom pouvait raviver la mémoire)

- Comparaison du contenu de la prise en charge selon le médecin consulté :

Nous avons effectué la comparaison en deux temps :

Tout d'abord, nous avons comparé la prise en charge par les médecins généralistes à la prise en charge par les spécialistes (tous confondus).

Puis nous avons comparé médecins généralistes et neurologues, ces deux catégories de médecins étant les plus consultés et étant en effectifs suffisants.

➤ Fréquences des consultations :

Nous avons constaté que les fréquences de consultation les plus élevées (consultations très régulières, assez régulières, occasionnelles) se rencontrent davantage chez les médecins généralistes, alors que les fréquences occasionnelles ou les consultations uniques prédominent chez les autres médecins.

Ce résultat ne fait que souligner le rôle du médecin généraliste, qui certes est le plus fréquemment consulté en première intention, mais qui est également le plus souvent consulté à plusieurs reprises.

Le médecin généraliste est donc en première place pour pouvoir assurer le suivi médical du migraineux.

Les autres médecins ont actuellement un rôle ponctuel dans la prise en charge, probablement pour avis diagnostic ou thérapeutique.

➤ Pose d'un diagnostic :

On constate que le diagnostic de migraine a été posé par la même proportion de médecins généralistes que de spécialistes.

Les proportions des autres diagnostics posés sont également identiques entre médecins généralistes et spécialistes.

En s'intéressant plus particulièrement aux neurologues, on constate que 87.88% d'entre eux ont établi un diagnostic de migraine.

De façon globale les spécialistes pris dans leur totalité et les médecins généralistes n'ont posé aucun diagnostic pour près d'un quart des sujets qui les ont consultés.

Quant aux neurologues, seuls 3% des sujets qui les ont consultés n'ont reçu aucun diagnostic.

Si on considère que nos sujets sont réellement des migraineux (d'après l'algorithme diagnostic), il semblerait d'une part que le neurologue fasse le diagnostic dans des proportions plus importantes que le médecin généraliste, et d'autre part que celui-ci fasse lui-même le diagnostic de migraine dans des proportions plus élevées que le reste des spécialistes consultés par les sujets de notre échantillon.

On peut donc conclure que les médecins généralistes font un diagnostic pour près des 2/3 des migraineux qui viennent les voir, et que 1/4 d'entre eux sont sous diagnostiqués ou « mal diagnostiqués », cela reste un chiffre élevé de « non diagnostiqués » chez ceux qui consultent un médecin généraliste.

Il semblerait donc que l'accès au neurologue apporte un bénéfice en terme de diagnostic posé puisque près de 9 patients sur 10 ayant consulté un neurologue ont reçu un diagnostic de migraine.

Quant aux autres spécialistes (ORL, ophtalmologiste, gynécologue...) que nous n'avons pas pu individualiser, il semblerait qu'un diagnostic de migraine n'est posé que pour un patient sur deux avec 1/4 de « non diagnostiqués »

L'attitude la meilleure pour un migraineux quant à la pose d'un diagnostic semblerait être :

-soit de consulter directement un neurologue

-soit de consulter un médecin généraliste, celui-ci adressant le patient directement au neurologue s'il a un doute diagnostic.

➤ Prescription d'examens complémentaires :

Nous constatons que près de $\frac{3}{4}$ des sujets ayant vu un médecin généraliste n'ont pas eu d'examens complémentaires prescrits, alors que seulement la moitié de ceux ayant vu un spécialiste n'en n'ont pas eu, et un peu plus d'un tiers de ceux ayant vu un neurologue.

Les spécialistes ont tendance à prescrire plus d'examens complémentaires.

En s'intéressant plus particulièrement aux types d'examens prescrits, on constate que les neurologues font passer un EEG à près d'un patient sur deux, et que la prescription de scanner est nettement moindre.

Les prescriptions des médecins généralistes sont constituées surtout de radiographies, prises de sang, et consultations spécialisées.

Dans la littérature, concernant les explorations réalisées dans le cadre de la migraine (IRM, TDM, EEG, biologie...), on constate qu'aucune exploration n'a de valeur diagnostic et que dans l'état actuel des choses, seule la clinique permet de faire le diagnostic (27)

Concernant les EEG, même si des perturbations ont pu être décrites, elles ne sont pas spécifiques de la migraine et n'apportent donc rien au diagnostic.

La seule indication de l'EEG semble être certaines migraines avec auras visuelles atypiques de l'enfant pour lesquelles le diagnostic différentiel est la crise comitiale occipitale.

Le seul examen éventuellement à prescrire est la tomodensitométrie cérébrale, non pas pour poser le diagnostic de migraine, mais pour éliminer un diagnostic différentiel devant une anomalie clinique ou une céphalée devenue atypique.

On s'interroge donc sur le grand nombre d'EEG réalisés par les neurologues, puisque l'indication de l'EEG est très limitée et que même un migraineux avec une aura typique ne justifie pas de cet examen.

Certes, nous n'avons pas la possibilité de contrôler si les sujets ayant eu un EEG souffraient d'auras visuelles atypiques car nous n'avons pas eu le moyen avec notre algorithme, de distinguer migraines communes et migraines avec auras. Cependant il serait étonnant qu'un sujet sur deux voyant un neurologue ait souffert d'auras atypiques.

On peut donc penser que les neurologues prescrivent des EEG qui ne sont pas justifiés dans une pathologie qui reste de diagnostic clinique.

Cette attitude cependant serait à confirmer actuellement car le recul des consultations chez ces neurologues ayant réalisé des EEG est en moyenne de 10 ans dans notre échantillon.

- Analyse de la satisfaction des patients sur le contenu de la consultation :

➤ L'examen clinique :

Environ 60% des sujets vus par un médecin généraliste estiment ne pas avoir été examinés attentivement, contre près de 20% de ceux vus par d'autres médecins et seulement 6% de ceux vus par un neurologue.

On constate donc que les médecins généralistes n'examinent pas suffisamment les sujets venant les consulter pour céphalées (seuls 4 sujets sur 10 estiment avoir été examinés), ce qui n'est pas le cas des neurologues chez qui 9 sujets sur 10 s'estiment correctement examinés.

De nos entretiens avec les sujets interrogés, nous avons pu retenir qu'aucun examen clinique n'est réalisé dans certains cas, la consultation se limitant à une série de questions ; dans d'autres cas, l'examen se limitait à une prise de tension artérielle et auscultation cardio-pulmonaire, les sujets exprimant l'idée d'avoir été examinés « comme d'habitude »

Le premier constat à faire est donc qu'il existe une première erreur dans la prise en charge des migraineux (et tout céphalalgique par extension) par les médecins généralistes : ils n'examinent pas correctement leurs patients et ne font pas suffisamment d'examens neurologiques.

Or, on sait que le diagnostic de migraine est clinique et qu'il nécessite absolument un examen neurologique afin de faire la preuve d'absence d'anomalies cliniques.

Par ailleurs, la prescription d'examens complémentaires découle des données de l'examen clinique, cela supposerait donc que certains examens complémentaires sont prescrits sans support clinique.

Par conséquent, nous sommes amenés à nous interroger sur les motifs amenant le médecin généraliste à ne pas réaliser d'examen neurologique attentif.

Le facteur « temps » nous semble l'explication la plus plausible, car la réalisation d'un examen neurologique demande du temps et le médecin généraliste pourrait être amené à négliger cette partie de la consultation, d'autant plus volontiers qu'il arrive souvent que le premier motif de la consultation ne soit pas la céphalée et que le sujet ne soit abordé qu'en fin de consultation et donc rapidement survolé.

Il serait donc peut être nécessaire dans ce cas que le médecin généraliste prenne l'initiative de fixer avec le patient un rendez-vous ultérieur pour une consultation qui ne concernera que le problème de la migraine ; ainsi le médecin pourra se ménager le temps nécessaire à l'exploration du problème de façon plus approfondie.

Quant aux autres médecins :

- Chez le neurologue où un examen neurologique est a priori réalisé systématiquement, les patients sont satisfaits à plus de 90%.

- Chez les autres médecins : il existe là un facteur de confusion qui est la notion même d'examen clinique.

En effet, si on demande aux sujets ayant vu un ophtalmologiste s'ils sont satisfaits de l'examen clinique de ce médecin, ils répondront oui car le rôle de l'ophtalmologiste pour eux est de faire uniquement un examen des yeux.

On peut donc penser que les sujets rapportent à chaque type de spécialiste un examen clinique précis.

Donc dans ce groupe de médecins « autres » que généralistes (parmi lesquels figurent les neurologues), un certain nombre de réponses positives sur la pratique d'un examen clinique attentif ne signifie pas forcément qu'un examen neurologique a été fait.

Nous ne pouvons donc pas dire effectivement si ces « autres » médecins ont la démarche diagnostic et clinique adaptée à la migraine.

➤ Les informations transmises :

-Explications fournies sur les données de l'examen clinique :

Les réponses obtenues à cet item découlent de la question sur l'examen clinique, en sachant qu'un grand nombre de sujets ayant vu un médecin généraliste et n'ayant pas eu d'examen clinique répondaient « non » ou « ne sait pas » à cette deuxième question.

On constate donc que 70 % des médecins généralistes consultés n'auraient pas donné d'explications sur les données de l'examen clinique, contre 47 % des autres médecins consultés et 33% des neurologues.

Etant donné que 9 sujets sur 10 ayant consulté un neurologue ont fait l'objet d'un examen clinique, on constate qu'il ne reste plus que 4 sujets sur ces 9 qui estiment avoir reçu des explications, contre 3 qui estiment que non et 2 qui ne savent pas.

Il existe donc à ce niveau un manque de communication entre praticien et patient.

-Explications sur la maladie et son évolution :

La réponse à cet item est dépendante en fait du diagnostic posé par le praticien, en sachant que dans ¼ des cas, aucun diagnostic n'est fait (que ce soit chez les médecins généralistes ou les autres médecins).

Il semblerait que celui qui donne le plus d'informations sur la maladie soit le neurologue (explications données par un peu plus de 50 % des neurologues consultés).

Ce résultat, bien que meilleur que ceux des autres médecins, ne semble pas suffisant.

Là encore, il y a un manque de communication entre praticien et patient.

-Réponses aux questions des patients :

Les réponses semblent équilibrées entre les groupes, avec des résultats cependant moyens puisque 15 à 20 % des médecins consultés ne semblent pas avoir répondu clairement aux questions de leurs patients migraineux.

➤ La satisfaction ressentie sur la prescription d'examens complémentaires :

Cet item essayait de savoir si le patient avait l'impression d'avoir eu assez d'examens prescrits par le médecin consulté, ceci même si aucun examen n'avait été effectivement prescrit (et cette idée a été clairement expliquée aux sujets interrogés)

On constate que près de 75% de ceux qui ont consulté un neurologue estiment avoir eu assez d'examens prescrits contre 45% de ceux ayant vu un médecin généraliste.

Le neurologue, qui est celui qui a réalisé le plus souvent un examen clinique attentif et donné des explications sur l'examen, sur la maladie et son évolution, est celui qui donne le plus aux patients l'impression d'avoir eu assez d'examens complémentaires prescrits.

Il existe peut-être là une relation de cause à effet.

Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, un neurologue sur deux a réalisé un EEG, cela pourrait donc expliquer la satisfaction ressentie par ceux qui les ont consultés.

➤ L'empathie :

On constate des résultats plutôt favorables.

La majorité des médecins ont donné satisfaction aux patients sur l'attention qu'ils ont porté à leurs inquiétudes.

De même, la majorité des médecins semblent avoir pris au sérieux les migraineux qui les consultaient.

La seule différence significative constatée semble être le temps accordé à l'écoute par le médecin.

Un plus grand nombre de sujets ont estimé que le médecin généraliste avait pris le temps de les écouter par rapport aux neurologues.

➤ Démarche thérapeutique, résultats :

De façon générale, il semble qu'il n'y ait pas eu de consensus thérapeutique établi entre le praticien et son patient quant à la décision thérapeutique.

Cependant, les praticiens donnent des explications sur la façon de prendre les médicaments presque systématiquement.

Par contre, environ 6 fois sur 10, aucune explication n'est donnée sur les effets indésirables possibles.

Or ces effets secondaires sont généralement source de mauvaise observance thérapeutique (notamment dans les traitements de fond) et donc d'échec thérapeutique.

On sait également que l'abus de certains antalgiques est à l'origine de céphalées iatrogènes surajoutées à la migraine et donc la prescription de ces antalgiques nécessiterait la notification systématique des risques en cas d'abus.

Quant aux effets des traitements ressentis par les sujets, le résultat est mitigé car aucune des trois catégories de médecins étudiées n'a de meilleurs résultats que les autres.

D'après nos résultats, les médecins consultés n'apporteraient un bénéfice thérapeutique qu'à un patient sur deux qui les consultent, ce qui nous semble peu et qui est probablement à l'origine de l'errance médicale que l'on constate chez les migraineux.

Quant à l'aide apportée par les médecins sur la compréhension du mal, les neurologues semblent avoir un plus grand impact (puisque un sujet sur deux semble avoir été aidé par le neurologue qu'il a consulté, contre seulement 29% des sujets ayant vu un médecin généraliste) ; cependant il n'y a pas de différence significative à ce niveau.

De même, la consultation chez un neurologue ne semble pas plus rassurer les patients qu'une consultation chez un médecin généraliste ou un autre médecin.

CONCLUSION

Nous avons obtenu un échantillon de migraineux, superposable aux échantillons représentatifs de la population française obtenus dans des études précédentes en ce qui concerne le sexe, la répartition des migraineux IHS et borderlines, la répartition des âges, la fréquence des crises.

Nous avons mis en évidence dans notre échantillon le même taux de migraineux ayant consulté au moins une fois un médecin que les estimations en population française.

Par contre, en comparant ces migraineux « consultants » à ceux n'ayant jamais consulté pour leur migraine, on retrouve que le sexe n'est pas un facteur prédictif chez les consultants, notre échantillon étant conforme aux données des études françaises, mais pas à celles des données américaines où le sexe féminin est prédominant chez les consultants.

Nous n'avons pas mis non plus en évidence d'influence du statut marital sur l'attitude de consultation (alors que dans une étude Américaine il a été mis en évidence que les femmes mariées ou l'ayant été ont consulté plus que les autres)

Par contre, l'âge des consultants est plus élevé que celui des non consultants, ce qui est conforme aux autres études épidémiologiques.

Quant à la fréquence des crises, ce n'est pas un élément influant sur l'attitude de consultation dans notre échantillon, alors que dans d'autres études la recherche d'une aide médicale augmente avec l'augmentation de la fréquence des crises.

En outre, nous avons pu mettre en évidence que si la fréquence des crises ne diffère pas, la qualité de vie des consultants est plus altérée avec une atteinte d'ordre physique, psychologique, sociale et thérapeutique plus importante chez les consultants, nous donnant ainsi un reflet de la gravité de la migraine qui est donc supérieure chez ceux qui consultent.

L'autre différence mise en évidence est l'accès chez les consultants à plus de traitements de la crise, et notamment les traitements dits « spécifiques » de la crise.

Quant à la consommation de soins dans notre échantillon de migraineux, on constate qu'environ un migraineux sur deux n'a jamais consulté de médecin, ce qui est conforme aux données nationales.

Le médecin généraliste est le médecin le plus consulté et le plus apte à assurer un suivi médical dans la mesure où il est vu avec le plus de régularité par le patient migraineux.

La deuxième catégorie de médecins consultés sont les neurologues qui ont actuellement plus un rôle ponctuel dans la prise en charge, tout comme les autres spécialistes vus par nos migraineux.

En considérant nos sujets comme des migraineux et en considérant les diagnostics réalisés par les divers médecins consultés, les neurologues ont fait un diagnostic de migraine plus fréquemment que les médecins généralistes chez les sujets qui les ont consultés.

On peut donc penser qu'il existe une carence au niveau des connaissances diagnostics des médecins généralistes, et qu'il serait souhaitable d'améliorer la formation de ces derniers sur ce point ; et en cas de doute diagnostique, ces médecins généralistes devraient adresser le migraineux au neurologue.

Par contre, si un certain nombre d'examen complémentaires sont réalisés sans justification dans la migraine (biologie, radiographies...), il semblerait que les médecins généralistes soient les plus abstentionnistes, alors que les neurologues ont tendance à réaliser des électroencéphalogrammes qui n'ont pas montré leur utilité dans le diagnostic de la migraine actuellement.

Cependant, cette tendance est éventuellement à explorer car les neurologues consultés dans notre échantillon et ayant réalisé ces EEG avaient été vus avec un recul de 10 ans en moyenne, les attitudes ont pu évoluer actuellement.

D'autre part, si nous n'avons pas mis en évidence de différences sur le nombre de traitements de la crise et notamment de traitements spécifiques prescrits entre les médecins généralistes et les autres médecins consultés, il semblerait que ceux-ci prescrivent plus de traitements de fond.

Etant donné que nous n'avons pas mis en évidence de différence sur la gravité des formes cliniques entre nos deux groupes (consultants ayant vu uniquement un médecin généraliste et consultants ayant vu un ou plusieurs autres médecins), nous sommes amenés à conclure que les médecins généralistes ne prescrivent pas assez de traitements de fond, par conséquent une partie de leur clientèle de migraineux pourrait obtenir une amélioration de leur état.

Enfin, nous avons pu mettre en évidence qu'un peu plus de la moitié des médecins généralistes n'ont pas donné satisfaction aux sujets qui les ont consultés sur la réalisation d'un examen clinique attentif, alors que les neurologues l'ont fait à plus de 90%.

Il serait donc souhaitable de sensibiliser les médecins généralistes sur ce point et les amener à réaliser systématiquement un examen clinique attentif et notamment neurologique afin de pouvoir avoir une démarche de prescription d'examens complémentaires logique.

Et si nous supposons que l'obstacle premier à cette démarche est le manque de temps, peut-être serait-il souhaitable alors que le médecin généraliste prenne l'initiative de revoir rapidement le patient en se ménageant le temps nécessaire.

Par ailleurs, nous constatons qu'il existe un manque de communication entre praticiens consultés (que ce soit le généraliste, le neurologue ou autre) et patients, notamment sur les explications concernant la maladie et son évolution, puisque 45 à 73% des sujets estiment n'avoir reçu aucune information.

On constate également que si les praticiens expliquent volontiers la façon de prendre les médicaments prescrits, 60 à 74% des sujets estiment n'avoir reçu aucune explication sur les effets secondaires possibles des traitements.

Or une des causes d'échec thérapeutique est la survenue de ces effets secondaires. Il serait donc souhaitable qu'un effort soit fourni par tous les praticiens à ce niveau et qu'ils expriment clairement auprès de leurs patients la possibilité de survenue de ces inconvénients, tout en incitant les patients à consulter de nouveau pour envisager une autre thérapeutique le cas échéant.

Nous savons également qu'une des causes d'aggravation des céphalées dans la migraine est l'abus d'antalgiques, notamment ceux à base de codéine, qui peuvent engendrer des céphalées quotidiennes résistantes, nécessitant parfois un sevrage hospitalier.

Or ces antalgiques sont très largement prescrits et il serait bon que les prescripteurs préviennent systématiquement des risques en cas d'abus.

Enfin, si les sujets considèrent avoir été pris au sérieux par les médecins consultés dans une grande majorité (79 à 83% d'entre eux), ils sont peu à considérer que la consultation les a aidés à mieux comprendre leur mal (30 à 51% d'entre eux), ceci pouvant être la conséquence du manque d'informations fournies par les praticiens.

Quant à l'impact thérapeutique des divers médecins consultés, il semble que médecins généralistes, neurologues et autres médecins n'apportent une amélioration que pour un patient sur deux qui les consulte.

BIBLIOGRAPHIE

1 - 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.**

2 - Henry P.

La migraine selon l'International Headache Society.

***Pathologie Biologie* 1992;vol.40;n°4:273-278.**

3 - Henry P., Duru G., Chazot G., Dartigues J.F. et le GRIM.

La Migraine en France : étude épidémiologique, impact socio-économique et qualité de vie.

***Éditions John Libbey EUROTEXT Paris* 1993**

4 - Henry P., Michel P., Brochet B., Dartigues J.F., Tison S., Salamon R. et le GRIM.
A nationwide survey of migraine in France : prevalence and clinical features in adults.

***Cephalalgia* 1992;12:229-37.**

5 - Lantéri-Minet M., Lucas C., Leroy L.

Caractéristiques des patients migraineux à partir de FRAMIG 99 .

***La lettre du neurologue* 2000 ;IV(suppl.5) :8-10.**

6 - Stewart W.F., Shechter A., Rasmussen B.K.

Migraine prevalence: a review of population-based studies.

***Neurology* 1994;44(suppl.4):S17-S23.**

7 - Rasmussen B.K., Jensen R., Schroll M., et al.

Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study.

***J. Clin. Epidemiol.*1991; 44 : 1147-1157.**

8 - Lipton R.B., Stewart W.F.

Migraine in the United States : a review of epidemiology and health care use.

Neurology 1993;43(suppl.3):S6-S10.

9 - Pryse-Phillips W., Findlay H., Tugwell P., Edmeads J., Murray T.J. , Nelson R.F.
A Canadian Population Survey on the Clinical, Epidemiologic and Societal Impact of
Migraine and Tension-Type Headache.

Can. J. Neurol. Sci. 1992;19:333-339.

10 - Edmeads J., Findlay H., Tugwell P., Pryse-Phillips W., Nelson R.F., Murray T.J.
Impact of Migraine and Tension-Type Headache on Life-Style, Consulting Behaviour,
and Medication Use: A Canadian Population Survey.

Can. J. Neurol. Sci. 1993;20:131-137.

11 - Sakai F., Igarashi H.

Prevalence of migraine in Japan: a nationwide survey.

Cephalalgia 1997;17:15-22.

12 - Terwindt G.M., Ferrari M.D., Tijhuis M., Groenen S.M.A., Picavet H.S.J.,
Laurer L.J.

The impact of migraine on quality of life in the general population: the GEM study.

Neurology 2000;55:624-629.

13 - Michel P., Dartigues J.F., Lindoulsi A., Henry P.

Loss of Productivity and Quality of Life in Migraine Sufferers Among French Workers:
Results From the GAZEL Cohort.

Headache 1997;37:71-78.

14 - Michel P., Pariente P., Duru G., Dreyfuss J.P., Chabriat H., Henry P.

MIG ACCESS: a population-based, nationwide, comparative survey of access to care
in migraine in France.

Cephalalgia 1996;16:50-55.

15 - Michel P., Auray J.P., Chicoye A., Dartigues J.F., Lamure M., Duru G., Henry P., Salamon R., Le GRIM.
Prise en charge des migraineux en France : coût et recours aux soins – Evaluation économique de la migraine en France.
Journal d'Economie Médicale 1993;11 ;N° 2/3 :71-80.

16 - Lipton R.B, Stewart W.F, Simon D.
Medical Consultation for Migraine: Results From the American Migraine Study.
Headache 1998;38:87-96.

17 - Rasmussen B.K., Jensen R., Olesen J.
Impact of headache on sickness absence and utilisation of medical services: a Danish population study.
J. Epidemiol. Community Health 1992;46:443-446.

18 - Lucas C., Lantéri-Minet M., Leroy L.
Comportements thérapeutiques des migraineux : à partir de FRAMIG 99.
La lettre du neurologue 2000 ;IV(suppl.5):14-16.

19 - Gougeon B.
Les médecins généralistes face à la migraine: étude auprès de 86 médecins généralistes de l'Indre et Loire
***1994 Tours
94 TOUR 3079***

20 - Russell C., Packard. M.D.
What does the Headache Patient want?
Headache 1979;19:370-374.

21 - MacGregor E.A.
The doctor and the migraine patient.
Neurology 1997;48(suppl. 3):S16-S20.

22 - Michel P., Henry P., Letenneur L., Jogeix M., Corson A., Dartigues J.F.
Diagnostic screen for assessment of the IHS criteria for migraine by general practitioners.

Cephalalgia 1993;13(suppl. 12):54-59.

23 - Richard A., Henry P., Chazot G., Massiou H., Tison S., Marconnet R., Chicoye A., D'Allens H.

Qualité de vie et migraine: Validation du questionnaire QVM en consultation hospitalière et en médecine générale.

Thérapie 1993;48:89-96.

24 - Barnat M.R., Lake A.E.

Patient Attitudes About Headache

Headache 1983;23:229-237.

25 - Celentano D.D., Stewart W.F., Lipton R.B., Reed M.L.

Medication Use and Disability Among Migraineurs: A National Probability Sample Survey

Headache 1992;32:223-228.

26 - Stewart W.F., Celentano D.D., Linet M.S.

Disability, Physician consultation, and use of prescription medications in a population-based study of headache.

Biomed & Pharmacother. 1989;43:711-718.

27 - Boureau F., Fabre N., Tzourio C.

Explorations de la migraine

In :La Migraine, connaissances descriptives, traitements et prévention éditions INSERM

1998;141-161.

28 - Riou Feiggan G.

La Migraine : retentissement sur la qualité de vie et impact socio-économique

1997, Paris 6, Pitié Salpêtrière

97 PA 061014

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE CORRESPONDANT A L'ALGORITHME

1-Etes-vous sujet à des maux de tête ?

- OUI
- NON

2-Souffrez-vous de la tête tous les jours ?

- OUI
- NON

3-Lorsque vous souffrez de maux de tête, prenez-vous des médicaments ?

- OUI, systématiquement (passez à la question 5) (code 1)
- OUI, le plus souvent (passez à la question 4) (code 2)
- OUI, parfois (passez à la question 4) (code 3)
- NON, jamais (passez à la question 4) (code 4)

4-Lorsque vous ne prenez pas de médicaments, combien de temps durent le plus souvent vos maux de tête ?

- moins de 30 minutes
- de 30 minutes à (moins de) 2 heures
- de 2 heures à (moins de) 4 heures
- de 4 heures à 12 heures
- environ 1 jour
- environ 2 jours
- environ 3 jours
- entre 3 et 7 jours
- plus de 7 jours
- ne sait pas

5-Vous prenez systématiquement un médicament, combien de temps durent le plus souvent vos maux de tête ?

- moins de 30 minutes
- de 30 minutes à (moins de) 2 heures
- de 2 heures à (moins de) 4 heures
- de 4 heures à 12 heures
- environ 1 jour
- environ 2 jours
- environ 3 jours
- entre 3 et 7 jours
- plus de 7 jours
- ne sait pas

6-Quand vous avez mal à la tête, avez-vous habituellement mal en début de crise :

- uniquement dans la moitié droite de votre tête (correspond à « oui »)
- uniquement dans la moitié gauche de votre tête (« oui »)
- tantôt dans la moitié gauche, tantôt dans la moitié droite de votre tête (« oui »)
- tantôt unilatérale, tantôt bilatérale (correspond à « non »)
- toujours bilatérale (« non »)
- à un autre endroit (« non »)
- ne sait pas (« non »)

7-Quand vous avez mal à la tête, ressentez-vous avant tout :

- des battements qui résonnent dans votre tête ou une impression que cela tape dans votre tête (correspond à « oui »)
- une sensation de pression, de bandeau serré autour de la tête (« non »)
- une autre sensation (« non »)
- ne sait pas (« non »)

8-Quel est le retentissement de votre douleur sur vos activités habituelles ?

- douleur faible, poursuite des activités habituelles (« non »)
- douleur modérée, gênante mais n'empêchant pas les activités habituelles (« oui »)
- douleur forte, obligeant à interrompre les activités habituelles (« oui »)
- ne sait pas (« non »)

9-Le plus souvent, vos maux de tête augmentent-ils lorsque vous montez ou descendez des escaliers ?

- OUI
- NON
- ne sait pas

10-Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il :

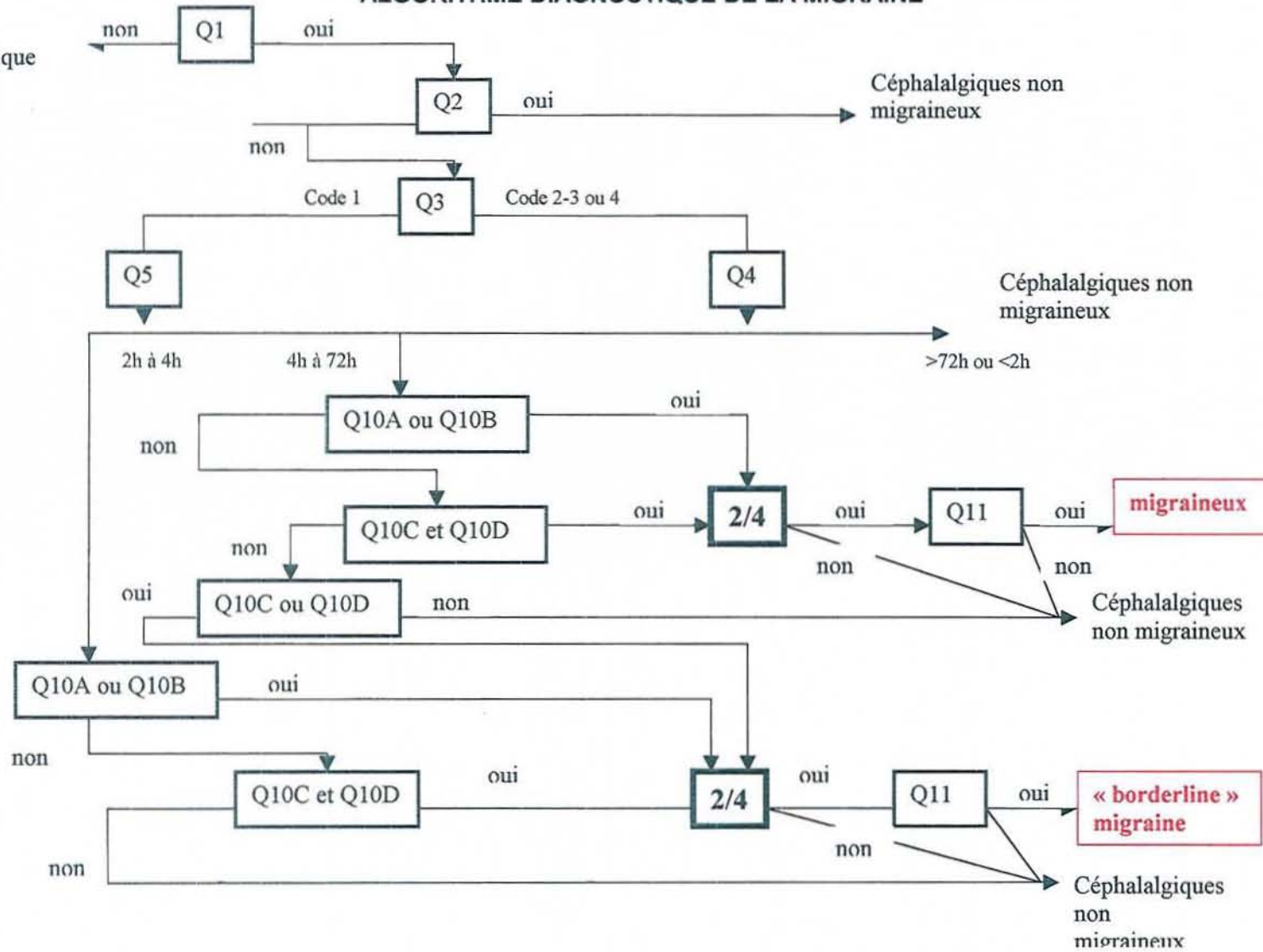
- | | | | |
|-------------------------------------|------|------|--------------|
| -d'avoir envie de vomir ? (10A) | -OUI | -NON | -ne sait pas |
| -d'avoir des vomissements ? (10B) | -OUI | -NON | -ne sait pas |
| -d'être gêné par la lumière ? (10C) | -OUI | -NON | -ne sait pas |
| -d'être gêné par le bruit ? (10D) | -OUI | -NON | -ne sait pas |

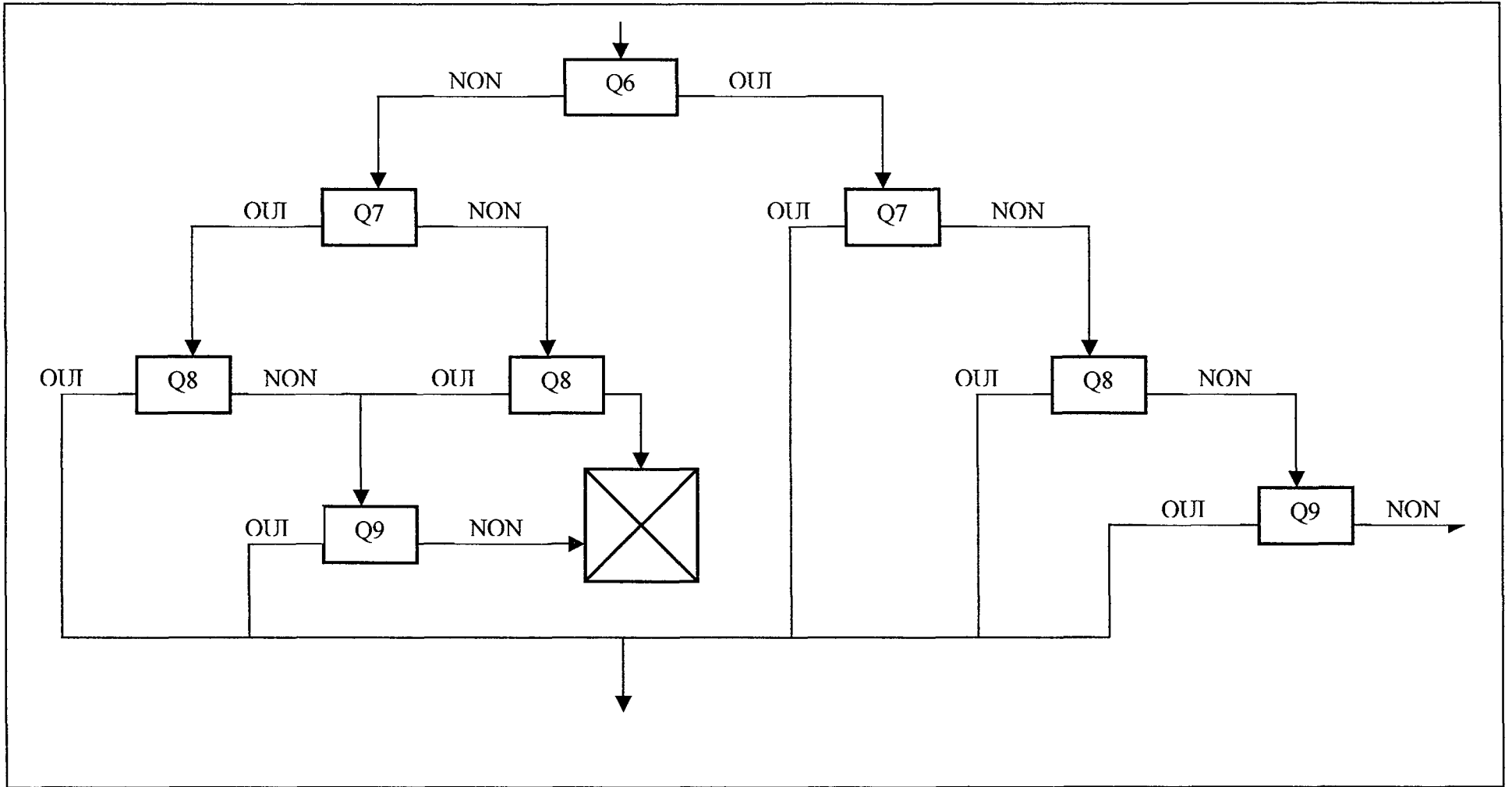
11-Combien de fois avez-vous eu mal à la tête dans votre vie ?

- moins de cinq fois (« non »)
- entre cinq et neuf fois (« oui »)
- dix fois ou plus (« oui »)
- ne sait pas (« non »)

**SUITE ANNEXE 1 :
ALGORITHME DIAGNOSTIQUE DE LA MIGRAINE**

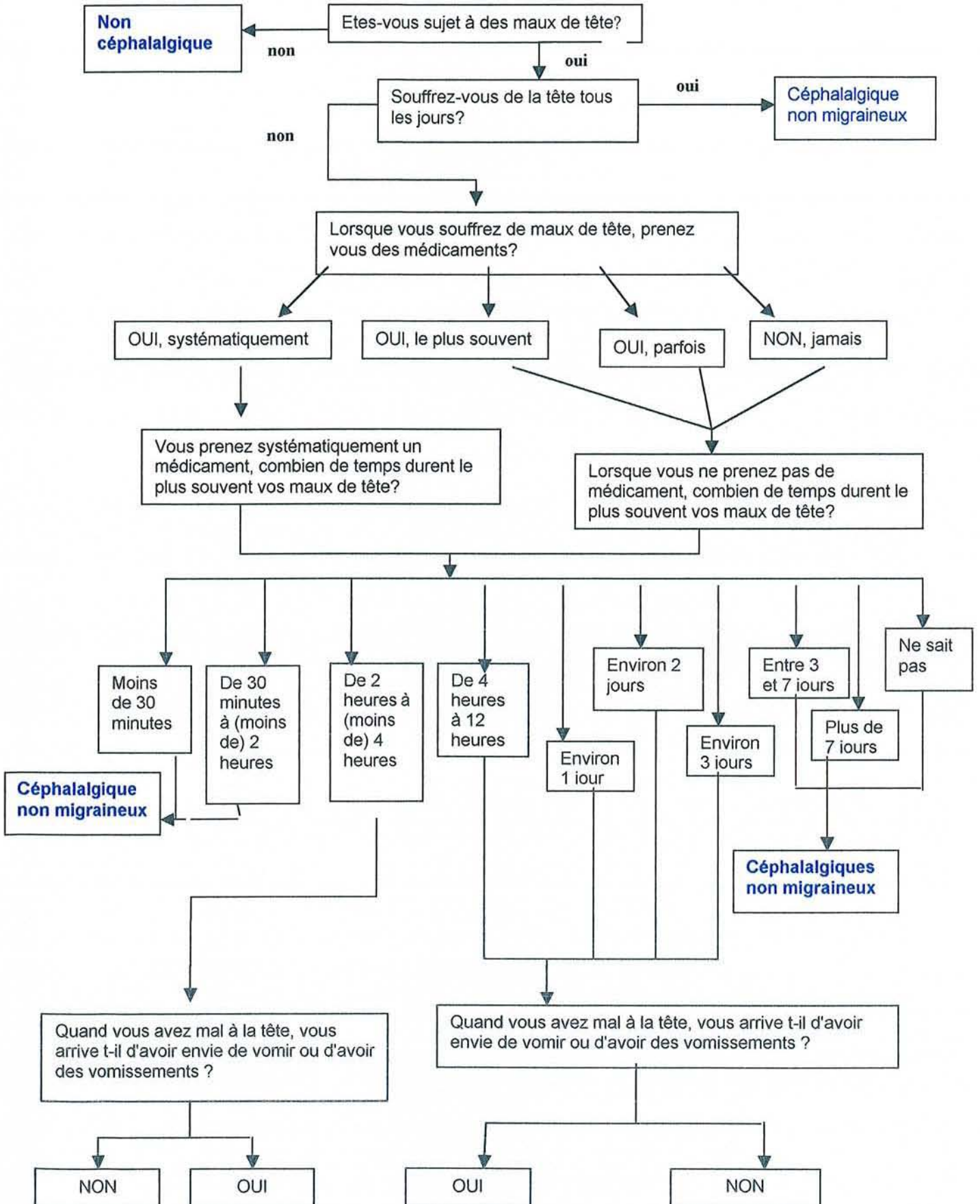
Non
céphalalgique



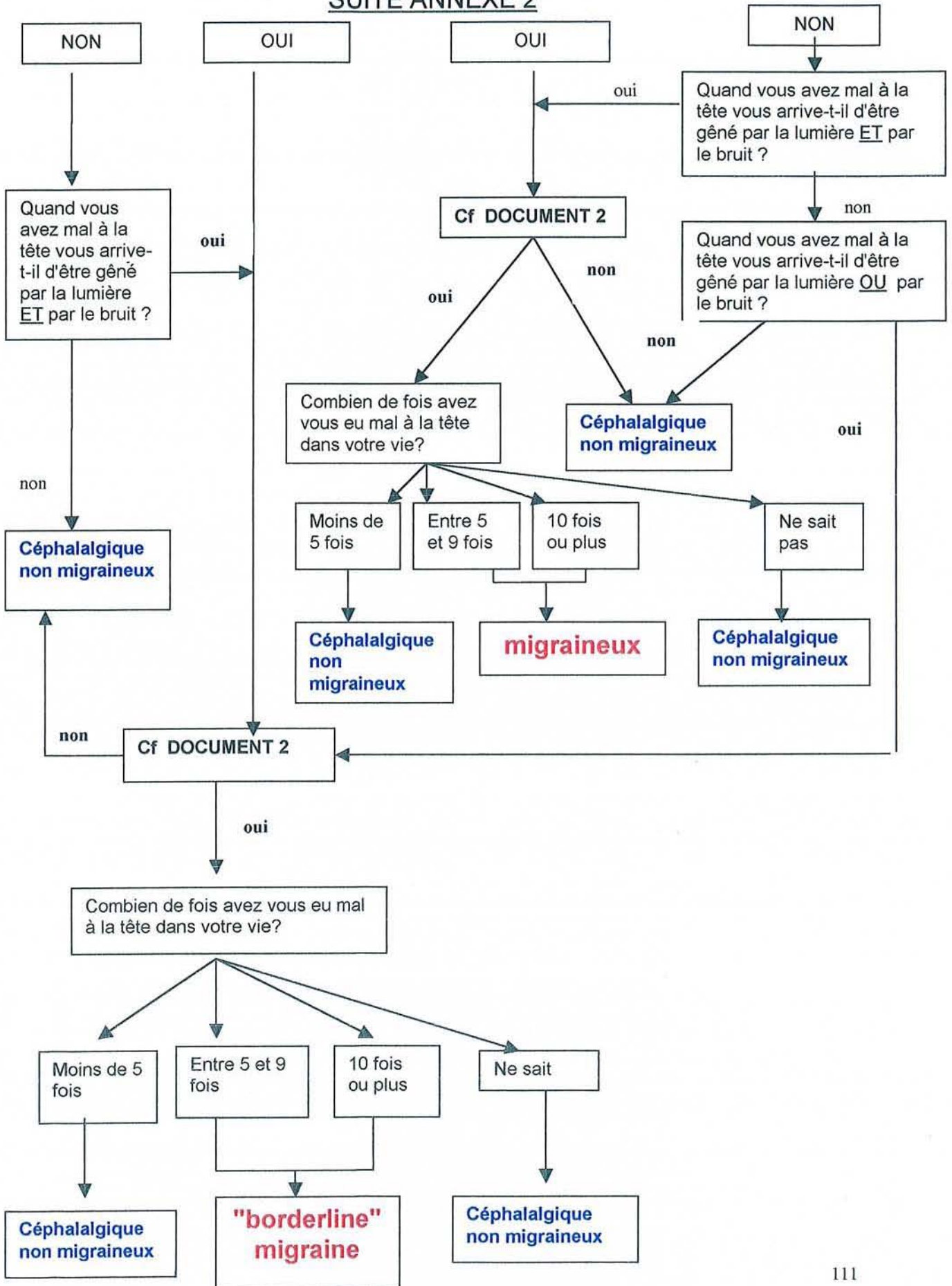


REPRESENTE PAR : 2/4 DANS L'ALGORITHME

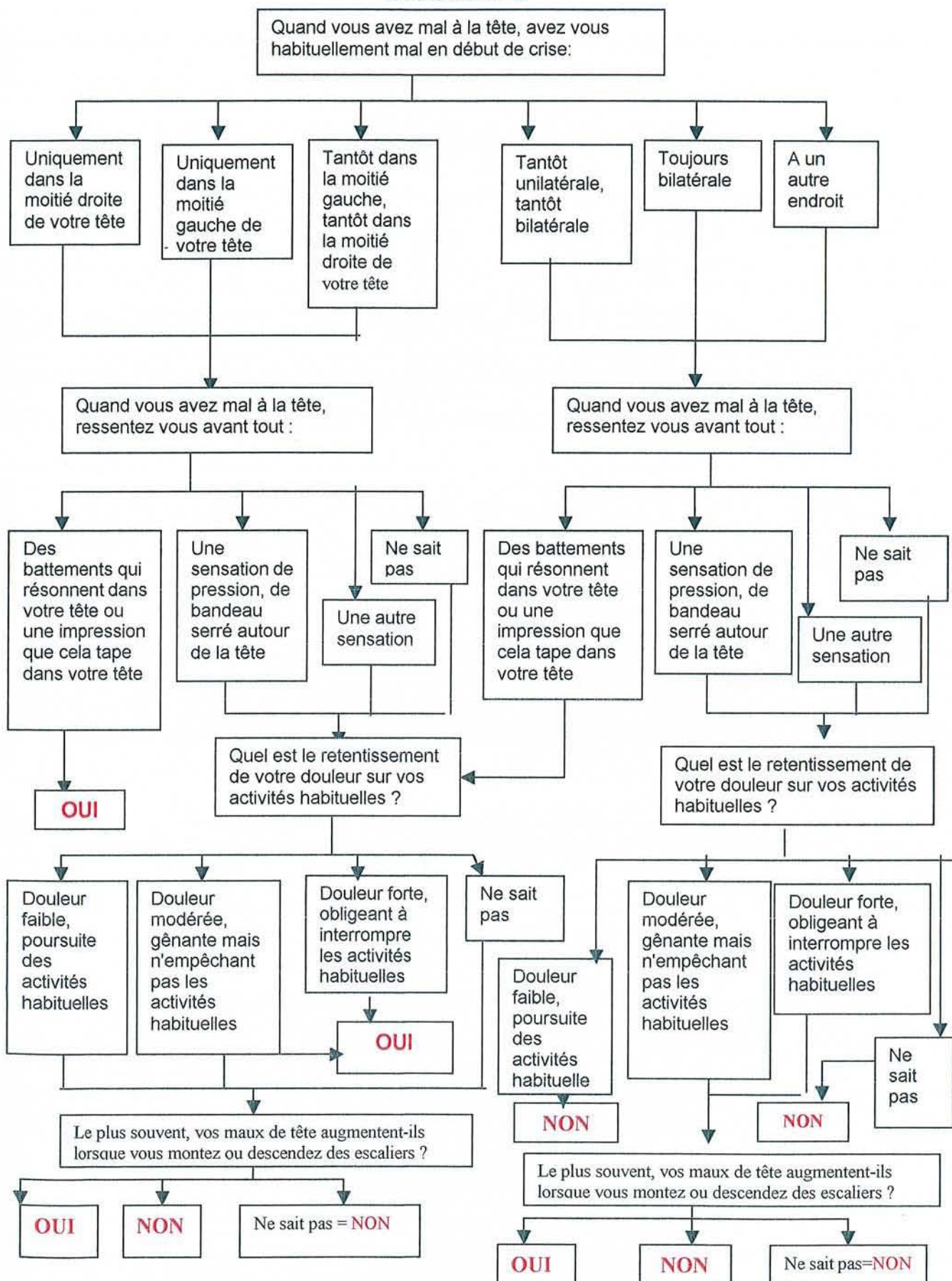
ANNEXE 2 : Transcription de l'algorithme



SUITE ANNEXE 2



SUITE ANNEXE 2
DOCUMENT 2



ANNEXE 3

RENSEIGNEMENTS SOCIO-ECONOMIQUES (Ces données sont reprises sur le questionnaire du CMP)

-Numéro d'identification :

-Date de naissance :

-Sexe : M – F

-Adresse (ville, département):

-situation de famille:

- Célibataire
- Marié(e) ou remarié(e)
- Veuf (ve)
- Divorcé(e)
- En union libre
- Séparé(e)

-situation professionnelle:

Situation actuelle:

- Étudiant
- Actif
- Retraité
- Au foyer

Profession exercée:

ANNEXE 4

QUESTIONNAIRE 2

1-à quel âge avez-vous commencé à avoir ces maux de tête ?

- dans l'enfance
- entre 15 et 20 ans
- entre 20 et 25 ans
- entre 25 et 30ans
- entre 30 et 40 ans
- après 40 ans

**2-à quelle fréquence avez vous eu ces maux de tête durant l'année passée?
(Cocher la case correspondante)**

- <5/an
- 5 à 10 /an
- 1 / mois
- 1 / quinzaine
- 1 / semaine
- 2 à 3 / semaine
- >3 / semaine
- ne sait pas

**3-A partir de cette liste de médicaments, pouvez vous préciser (en les entourant) ceux que vous avez déjà utilisés, ou que vous utilisez actuellement :
(Plusieurs réponses sont possibles)**

-quand vous avez une crise de maux de tête :

Doliprane - Efferalgan - Propofan - Diantalvic - Klipal,...
Gynergène caféiné - Migwell - Diergospray - Dihydroergotamine injectable
Naramig - Imigrane comprimé - Imigrane injectable - Imigrane pulvérisation nasale - Zomig
Autre, préciser:.....

-En traitement de fond quotidien (pour éviter la survenue des douleurs)

Avlocardyl - Hémipralon - Lopressor - Propranolol - Seloken
Dihydroergotamine comprimé ou sirop - Ikaran - Seglor - Tamik
Desernil - Nocertone - Sanmigran - Sibélium - Vidora
Autre, préciser:.....

4-Durant les trois derniers mois, à quel point votre vie a-t-elle été perturbée?

	Pas du tout	Un peu	Modéré-ment	beaucoup	Enormé-ment
Parce que vos crises ont été douloureuses					
Parce que vos crises ont duré longtemps					
Parce que vos crises ont été fréquentes					
Parce que vous avez eu d'autres problèmes dûs à la migraine(nausées, vomissements...)					
Parce que vous avez dû consulter un médecin pour votre migraine					
Parce que vous avez dû éviter certaines choses ou activités à cause de votre migraine					
Par le traitement de votre migraine					
Par la crainte d'avoir une crise de migraine					
Par le sentiment d'être différent des autres à cause de votre migraine					
Par le sentiment d'être mal compris à cause de votre migraine					
Par un sentiment de tristesse dû à votre migraine					
Par une irritabilité due à votre migraine					
Par une perte d'énergie, une fatigue dues à votre migraine					

5-Durant les trois derniers mois, à quel point votre migraine a-t-elle perturbé?

	Pas du tout	Un peu	Modéré-ment	beaucoup	Enormé-ment
Votre travail					
Vos activités quotidiennes					
Vos relations avec votre famille, votre entourage, vos amis					
Votre activité sexuelle					
Votre sommeil					
Votre alimentation					
Vos loisirs					

6-Avez vous déjà parlé de vos maux de tête à un médecin ? OUI – NON

Si la réponse est **oui** à cette question, le **questionnaire 3** est à remplir

Si la réponse est **non** à cette question, le **questionnaire 5** est à remplir

ANNEXE 5

QUESTIONNAIRE 3

Médecin consulté (spécialité):.....
Préciser le mois et l'année de la dernière consultation chez ce médecin:
(à défaut, préciser uniquement l'année)

1-À quelle fréquence estimez vous avoir consulté ce médecin pour vos maux de tête ? (Entourer la réponse correspondante à votre choix)

- une seule fois
- occasionnellement
- assez régulièrement (plusieurs fois dans l'année)
- très régulièrement (au moins une fois par mois)

2-Quel diagnostic a fait ce médecin pour vos maux de tête ?

- aucun
- migraine
- céphalées de tension
- névralgies faciales
- algies vasculaires de la face
- autre, préciser :

3-Quel(s) type(s) d'examens ce médecin vous a t-il fait passer ?

- aucun
- une prise de sang
- une radiographie
- un scanner cérébral
- un électroencéphalogramme
- autre, préciser :

4-Préciser si vous avez été satisfait de ce médecin sur les points suivants à propos de la prise en charge de vos maux de tête

- | | |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Il m'a examiné attentivement pour faire un diagnostic: | oui - non - ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Il m'a expliqué ce qu'il constatait pendant l'examen : | oui - non - ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Il m'a expliqué clairement ce que j'ai et comment cela va évoluer: | oui - non - ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Il m'a prescrit assez d'examens pour être sûr du diagnostic: | oui - non - ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Il a été attentif à ce qui m'inquiète : | oui - non - ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Il a pris le temps de m'écouter : | oui - non - ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Il m'a pris au sérieux : | oui - non - ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Il a répondu clairement aux questions que je lui ai posées : | oui - non - ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Il a tenu compte de mon avis pour prendre une décision sur les traitements qu'il m'a prescrits : | oui - non - ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Il m'a expliqué la façon de prendre ces médicaments | oui - non - ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Il m'a expliqué les effets secondaires possibles de ces Traitements: | oui - non - ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> La consultation m'a aidé à mieux comprendre mon mal : | oui - non - ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Il m'a rassuré sur la nature de mes maux de tête: | oui - non - ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Le(s) traitements prescrits m'ont aidé et amélioré mon état : | oui - non - ne sait pas |

ANNEXE 6

QUESTIONNAIRE 4

Pourquoi n'avoir jamais consulté de médecin pour vos maux de tête ?

- La médecine actuelle ne me semble pas compétente pour prendre en charge mon problème
- Mes douleurs ne sont pas assez intenses ou assez fréquentes pour justifier de consulter un médecin.
- Les médicaments que j'achète librement sans ordonnances en pharmacie sont suffisants pour calmer mes douleurs.
- je ne sais pas
- autre, préciser la raison :



VU

NANCY, le 15 mai 2002

Le Président de Thèse

NANCY, le 17 mai 2002

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur J.D. de KORWIN

Professeur J. ROLAND

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 23 mai 2002

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur C. BURLET

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

En utilisant des critères diagnostiques validés, nous avons exploré plus spécifiquement la prise en charge médicale de la migraine, et notamment étudié les différences pouvant exister entre médecins généralistes (MG) et spécialistes (MS) quant à cette prise en charge.

346 migraineux ont été détectés sur 702 sujets céphalalgiques consultants au Centre de Médecine Préventive de Nancy.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence entre les 206 sujets ayant déjà consulté au moins une fois un médecin et les 140 n'ayant jamais consulté, en ce qui concerne le sexe, le statut marital, la fréquence des crises. Les « consultants » sont plus âgés, ont débuté les crises plus tôt, leur qualité de vie est plus altérée, ils ont accès à plus de médicaments. Le MG est le plus consulté, avec le plus de régularité.

Le diagnostic de migraine est plus fréquemment posé par le neurologue que par le MG ou les autres spécialistes. Des examens sont plus fréquemment prescrits par les MS, notamment le neurologue. La sévérité de la migraine et le nombre de traitements de la crise ne différaient pas entre le groupe de migraineux n'ayant vu qu'un MG et le groupe ayant vu un MS ou plusieurs médecins, par contre ce dernier groupe bénéficiait de plus de traitements de fond.

La satisfaction du patient était plus grande en cas de consultation d'un neurologue par rapport au MG pour l'examen clinique, les explications sur la maladie, la prescription d'examens complémentaires. Par contre, l'écoute du MG était jugée plus importante que celle du neurologue. Un tiers des sujets estimaient ne pas avoir reçu d'explications sur les effets secondaires des médicaments. La moitié était rassurée par la consultation quelque soit le médecin consulté. Les patients ont estimé que les traitements prescrits les avaient aidés.

TITRE EN ANGLAIS :

MEDICAL MANAGEMENT OF MIGRAINE HEADACHE IN LORRAINE:
Results of a study about 702 subjects with headache at the preventive medicine
centre in Nancy

THÈSE MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2002

MOTS CLEFS : Migraine – Prise en charge médicale – Médecin généraliste
Neurologue – Satisfaction – Qualité de vie

INTITULÉ ET ADRESSE DE L' U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
