

Migraine

Heather Gilmour et Kathryn Wilkins

Résumé

Objectifs

Le présent article fournit des estimations de la prévalence et de l'incidence de la migraine chez les Canadiens de 12 ans et plus. Il analyse en outre les associations avec certains facteurs sociodémographiques et diverses caractéristiques de la santé. Enfin, il examine certains indicateurs de la santé ainsi que la consommation de médicaments et l'utilisation des soins de santé, de même que les attitudes, en comparant les migraineux et les non-migraineux.

Sources des données

Les résultats se fondent sur les composantes transversale et longitudinale des ménages des trois premiers cycles (1994-1995, 1996-1997 et 1997-1998) de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada. L'information sur l'hospitalisation est tirée de la Base de données sur la morbidité hospitalière tenue à jour par l'Institut canadien d'information sur la santé.

Techniques d'analyse

Les estimations de la prévalence et de l'incidence de la migraine ont été établies par recoupements. Les associations de la migraine avec différents facteurs ont été analysées grâce à des modèles de régression logistique généralisée.

Principaux résultats

En 1998-1999, la prévalence de la migraine était plus élevée chez les femmes, les 25 à 54 ans, les Blancs et les membres des ménages à faible revenu. La cote exprimant le risque d'obtenir un diagnostic de migraine était particulièrement élevée chez les femmes souffrant déjà de sinusite, de bronchite ou d'emphysème comparativement à celles qui n'en souffraient pas. Chez les hommes, la cote exprimant la possibilité d'un tel risque était associée à la présence d'arthrite ou de rhumatisme déjà diagnostiqués.

Mots-clés

Comorbidité, maux de tête, études longitudinales

Auteurs

Heather Gilmour (613-951-1679; gilmhea@statcan.ca) et Kathryn Wilkins (613-951-1769; wilkkat@statcan.ca) travaillent à la Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Un nombre de Canadiens souffrent de maux de tête récurrents et potentiellement aigus communément appelés « migraine » (voir *Qu'est-ce que la migraine?*). L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) a révélé que quelque 8 % des Canadiens de 12 ans et plus — près de deux millions — ont été diagnostiqués comme migraineux.

Selon des études antérieures, la migraine a de grandes répercussions sur la productivité et sur le style de vie¹⁻⁷. Elle peut faire perdre des jours de travail, saper le rendement, limiter les activités et perturber les relations. En outre, les coûts directs des consultations médicales, des visites aux urgences et des traitements pharmaceutiques liés à la migraine sont considérables. La migraine serait aussi à l'origine de la perte de sept millions de jours de travail par an au Canada⁸. Une étude américaine récente estime que les migraineux sont alités 112 millions de jours par an, ce qui coûte 13 milliards de dollars (U.S.) aux employeurs, en raison des jours de travail manqués et d'un rendement déficient au travail, sans compter le milliard de dollars de coûts directs qu'entraînent les soins médicaux⁶. (Les coûts directs comprennent ceux qui sont associés aux consultations médicales et aux médicaments⁶.) Cela dit, et bien que l'impact de la migraine soit appréciable, l'étendue et l'importance de ce problème de santé chez les Canadiens restent bien peu connues.

Sources des données

La présente analyse est basée sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), pondérée pour représenter la population des 10 provinces du Canada. Lancée en 1994-1995, l'ENSP est conçue pour recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population canadienne. Elle couvre la population à domicile et les personnes qui vivent en établissement de santé dans les provinces et les territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes et les bases des Forces canadiennes ainsi que dans certaines régions éloignées. L'ENSP compte une composante transversale et une composante longitudinale. Les personnes qui font partie du panel longitudinal seront suivies pendant une période allant jusqu'à 20 ans.

Échantillon transversal : Les échantillons transversaux du 1^{er} et du 2^e cycles (1994-1995 et 1996-1997) sont composés des participants du panel longitudinal et des autres membres de leur ménage ainsi que des personnes sélectionnées dans les échantillons supplémentaires (acquisition d'unités d'échantillonnage additionnelles), dans certaines provinces. En 1994-1995, la grande majorité des interviews ont été faites en personne, mais la plupart de celles de 1996-1997 étaient téléphoniques, les personnes membres des échantillons supplémentaires ayant été sélectionnées par composition aléatoire. L'échantillon transversal de 1998-1999 (3^e cycle) était essentiellement composé des membres du panel longitudinal et des personnes habitant avec eux. Dans ce cas aussi, la plupart des interviews étaient téléphoniques. Bien qu'aucune unité d'échantillonnage additionnelle n'ait été ajoutée à l'échantillon du 3^e cycle, les enfants nés en 1995 ou après et les immigrants arrivés au Canada après 1994 ont été ajoutés à l'échantillon par sélection aléatoire, pour en maintenir la représentativité. En outre, pour remplacer la partie de l'échantillon perdue par attrition, on a communiqué avec des personnes des ménages qui faisaient partie de l'échantillon original, mais dont les membres n'avaient pas répondu en 1994-1995, pour leur demander de participer en 1998-1999.

Les données sociodémographiques et certaines données sur la santé obtenues pour chaque membre des ménages participants figurent dans le Fichier général. Le Fichier santé comprend les renseignements détaillés sur la santé recueillis pour une personne sélectionnée au hasard dans chaque ménage participant, ainsi que les autres renseignements sur la santé de cette personne qui figurent aussi dans le Fichier général.

Dans les ménages des échantillons additionnels de la composante transversale, une personne bien informée a été invitée à fournir des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé de chacun des membres du ménage, pour les verser dans le Fichier général. Dans chaque ménage participant, une personne — pas nécessairement la personne bien informée en question — a en outre été sélectionnée pour fournir des renseignements détaillés sur sa santé; ces renseignements ont été versés dans le Fichier santé.

Dans le cas des membres du panel longitudinal du 2^e et du 3^e cycles (1996-1997 et 1998-1999), la personne qui fournissait les

renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé était celle qui avait été sélectionnée au hasard dans le ménage pour le 1^{er} cycle (1994-1995); cette même personne fournissait habituellement les renseignements sur la santé de chaque membre de son ménage pour le 2^e et 3^e cycles. Dans le cas des ménages ajoutés à l'échantillon transversal pour l'enquête 1998-1999 (immigrants, jeunes enfants et membres des ménages n'ayant pas participé au 1^{er} cycle), la personne sélectionnée au hasard pour donner des renseignements détaillés la concernant était aussi la personne qui fournissait des renseignements sur tous les membres du ménage pour le Fichier général.

L'échantillon de 1994-1995 de la composante des ménages couvrant les 10 provinces et les territoires comptait 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer à l'enquête. Après l'application d'un tri de sélection pour assurer la représentativité de l'échantillon, le champ d'observation comprenait encore 20 725 ménages. Dans 18 342 d'entre eux, la personne sélectionnée au hasard avait 12 ans et plus. De ces personnes, 17 626 ont répondu au questionnaire détaillé sur la santé, ce qui représente un taux de réponse de 96,1 %.

En 1996-1997, le taux de réponse global pour la population à domicile était de 82,6 %. Le taux de réponse des personnes de 2 ans et plus sélectionnées au hasard dans ces ménages s'élevait à 95,6 %. Enfin, le taux de réponse des participants de 0 an et plus sélectionnés au hasard atteignait 98,5 %.

Échantillon longitudinal : Sur 17 626 personnes sélectionnées au hasard en 1994-1995, 14 786 satisfaisaient aux critères d'admissibilité au panel longitudinal, de même que 468 personnes au sujet desquelles on a recueilli uniquement des renseignements généraux. En outre, 2 022 des 2 383 personnes de moins de 12 ans sélectionnées au hasard satisfaisaient aux critères d'admissibilité au panel longitudinal. Ainsi, 17 276 personnes remplissaient les conditions pour être réinterviewées en 1996-1997, et 16 677 d'entre elles vivaient encore en 1998-1999. On a obtenu un taux de réponse de 93,6 % pour les membres du panel longitudinal en 1996-1997, et un taux de réponse de 88,9 % pour la totalité du panel en 1998-1999. Des 16 168 membres du panel longitudinal ayant participé à l'enquête en 1996-1997, 15 670 ont fourni des renseignements complets, c'est-à-dire des renseignements généraux et des renseignements détaillés sur leur santé pour les deux cycles de l'enquête, compte tenu des décès ou des placements en établissement. Pour 1998-1999, le nombre correspondant s'élevait à 14 619 personnes. Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ENSP sont décrits de façon plus détaillée dans les rapports déjà publiés^{9,10}.

Les données sur les radiations des registres des hôpitaux pour des cas de migraine ont été tirées de la Base de données sur la morbidité hospitalière pour 1997-1998. Cette base de données est tenue à jour par l'Institut canadien d'information sur la santé. Les données en question sont tirées du formulaire de radiation que les hôpitaux canadiens remplissent à la fin du séjour de chacun de leurs patients.

Le présent article étudie la prévalence de la migraine au Canada. Il se fonde sur les données transversales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1998-1999. De plus, les données longitudinales de tous les membres de l'échantillon pour les trois cycles, soit de 1994-1995 à 1998-1999, offrent ici l'occasion unique d'estimer l'incidence de la migraine et d'identifier les facteurs qui y sont associés (voir *Sources des données, Techniques d'analyse, Limites* et les *Définitions supplémentaires* en annexe).

La migraine est diagnostiquée chez une personne sur douze

Selon l'ENSP de 1998-1999, quelque deux millions de Canadiens de 12 ans et plus ont été diagnostiqués comme souffrant de migraine (tableau 1). À cet égard, un nombre beaucoup plus élevé — plus de trois millions — avait été signalé dans des études canadiennes antérieures^{8,11}. Cet écart tient vraisemblablement aux différences de définition de la migraine (voir *Définition de la migraine dans l'ENSP*). Dans l'ENSP, on demande aux participants s'ils ont

eu des migraines diagnostiquées, tandis que, dans les autres études, on définit la migraine en posant aux participants des questions sur un ensemble spécifique de symptômes identifiés par l'*International Headache Society*¹². Par exemple, on a pu leur demander dans ces études si leurs maux de tête étaient ressentis d'un seul côté de la tête, s'ils étaient lancinants ou accompagnés de nausées, de vomissements ou de sensibilité à la lumière ou au bruit. Étant donné que de nombreux migraineux ne sont jamais effectivement diagnostiqués comme tels^{1,13-15}, les données de l'ENSP sous-estiment vraisemblablement la prévalence de la migraine.

Un mal plus répandu chez les femmes

Les estimations de l'ENSP de 1998-1999 montrent que la migraine est trois fois plus répandue chez les femmes (11,7 %) que chez les hommes (3,8 %) (tableau 1). La prévalence plus élevée de la migraine chez les femmes a été bien établie dans des études sur la population au Canada^{8,11}, aux États-Unis^{2,13,16} et dans d'autres pays^{5,14,17-22}. Les fluctuations hormonales que vivent les femmes dans le contexte

Techniques d'analyse

Le croisement des données des fichiers transversaux de la santé de tous les trois cycles de l'ENSP a permis d'estimer la prévalence de la migraine dans la population à domicile de 12 ans et plus. Les données longitudinales du Fichier santé ont, pour leur part, servi à estimer l'incidence. Ainsi, des personnes qui n'avaient pas été diagnostiquées comme migraineuses au cours du 1^{er} cycle (1994-1995), mais qui l'avaient été dans le 2^e et/ou dans le 3^e cycle (1996-1997 et/ou 1998-1999), ont été considérées comme ayant effectivement souffert de migraine.

Les femmes vivant dans un ménage avec un enfant de moins de 1 an étaient exclues de l'analyse des séjours d'au moins 24 heures à l'hôpital, puisqu'il était probable qu'elles aient dû y rester pour accoucher.

La régression logistique généralisée a servi à modéliser la relation entre l'incidence de l'autodéclaration du diagnostic de migraine par un médecin avec divers facteurs sociodémographiques et d'autres facteurs de la santé. Les personnes ayant dit qu'on n'avait pas diagnostiqué leur migraine au cours du 1^{er} cycle ont été considérées comme à risque de devenir migraineuses. Les problèmes de santé

chroniques dont la prévalence était nettement plus élevée chez les migraineux que chez les non-migraineux dans l'un ou l'autre des trois cycles transversaux de l'ENSP ont été inclus dans le modèle. Une variable a en outre été incluse dans le modèle pour tenir compte des données manquantes sur le revenu des ménages pour les deux sexes, mais celle-ci en a été retirée pour l'étude de chaque sexe de façon distincte en raison du petit nombre de répondants. Le niveau de scolarité n'a pas été inclus dans le modèle, puisque les personnes des groupes d'âge les moins avancés n'auraient pas encore atteint leur plus haut niveau de scolarité. (Les relations ne changeaient pas lorsqu'on incluait les niveaux de scolarité dans le modèle.)

Toutes les estimations basées sur les données transversales de l'ENSP ont été pondérées afin d'être représentatives de la population du Canada à la date de chaque cycle d'enquête. Les estimations basées sur les données longitudinales ont aussi été pondérées pour qu'elles soient représentatives de la population du Canada en 1994. Pour tenir compte des effets du plan de sondage, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés selon la méthode *bootstrap*²³⁻²⁵.

de la menstruation, de l'utilisation de contraceptifs oraux, de la grossesse, de la ménopause et de l'hormonothérapie substitutive semblent influencer sur la prévalence de la migraine²⁶. Néanmoins, le ratio des migraineuses aux migraineux reste élevé même dans les groupes d'âge plus avancé, ce qui laisse entendre que d'autres facteurs encore non identifiés pourraient expliquer la plus forte prévalence de la migraine chez les femmes (graphique 1)¹³.

Contrairement à la majorité des problèmes chroniques, qui sont plus courants dans la vieillesse, la migraine touche le plus souvent les adultes, de la jeunesse à l'âge mûr (de 25 à 54 ans).

L'hérédité compte

Bien que la migraine tende à être plus répandue dans certaines familles que dans d'autres, un gène a été identifié comme étant associé à la migraine dans un seul cas rare, soit celui de l'hémiplégie familiale²⁷⁻²⁹. Des facteurs génétiques pourraient, selon certains chercheurs, être partiellement responsables d'un déséquilibre biochimique rendant certains individus plus vulnérables à la migraine quand ils sont exposés à différents déclencheurs (voir *Qu'est-ce que la migraine?*)^{27,30}.

Les données de l'ENSP de 1998-1999 révèlent une proportion nettement plus élevée de diagnostics

Définition de la migraine dans l'ENSP

Pour établir l'existence de problèmes de santé chroniques, dont la *migraine*, les participants à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) se sont vu demander s'ils avaient eu « un problème de santé de longue durée, c'est-à-dire qui a duré ou qui devrait durer six mois ou plus et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé » (voir *Limites*). Outre la migraine, les problèmes de santé chroniques dont il est question dans la présente étude sont les allergies alimentaires, les autres allergies, l'asthme, l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos autres que ceux dus à l'arthrite, l'hypertension, la bronchite ou l'emphysème, la sinusite, les ulcères d'estomac ou intestinaux, le diabète, l'épilepsie, les maladies cardiaques, le cancer, les troubles dus à un accident cérébrovasculaire et l'incontinence urinaire. Seuls les troubles qui ont été associés de façon significative à la migraine dans les analyses à deux variables figurent dans les tableaux 4, 6 et D.

Dans le 2^e et 3^e cycles, des questions de suivi ont été posées lorsque la réponse à la question « Faites-vous des migraines? » ne concordait pas avec la réponse à la même question au cycle précédent. Par exemple, quand la personne avait répondu « Non » à cette question dans le 1^{er} cycle, mais qu'elle y avait répondu « Oui » dans le 2^e cycle, on lui demandait « Quand a-t-on diagnostiqué ce problème? » Si la date mentionnée était antérieure à celle de l'interview précédente, on demandait à la personne : « Donc, vous faisiez des migraines avant la dernière interview? » Par contre, si elle avait dit « Oui » au 1^{er} cycle, puis « Non » au 2^e cycle, on lui posait la question suivante : « Au cours de notre dernière interview [...], on a indiqué que vous faisiez des migraines, mais pas cette fois-ci. Ce problème a-t-il disparu depuis la dernière interview? »

Les participants pouvaient confirmer qu'ils avaient cessé de faire des migraines, ou déclarer qu'il y avait eu erreur dans leurs réponses au 1^{er} cycle et qu'ils n'avaient jamais fait de migraines. L'analyse longitudinale tient ici compte des réponses à ces questions de suivi afin de déterminer le nombre de personnes qui faisaient des migraines au 1^{er} et au 2^e cycles. Plus précisément, les participants ayant déclaré faire des migraines au cycle précédent même quand ils avaient répondu « Non » à ce moment-là étaient considérés comme des migraineux. Inversement, ceux qui avaient répondu « Oui » au cycle précédent en déclarant n'avoir jamais fait de migraines à un cycle ultérieur n'étaient pas considérés comme des migraineux.

Il se peut que ces réponses inconséquentes d'un cycle à l'autre soient dues au fait qu'une autre personne avait fourni les renseignements concernant la personne sélectionnée au cours du 1^{er} cycle, alors que la personne sélectionnée avait elle-même été interviewée directement dans les cycles suivants³¹. Les participants peuvent en outre ne pas avoir clairement compris la question dans un des cycles. Par ailleurs, des personnes n'ayant jamais eu un diagnostic de migraine peuvent avoir consulté un médecin entre deux cycles de l'enquête et obtenu leur diagnostic à ce moment-là. Les questions de suivi ont permis de constater que plus de participants disaient avoir fait des migraines au cours du cycle précédent qu'il n'y en avait disant n'avoir jamais fait de migraines. Ainsi, la correction des réponses en se fondant sur les questions de suivi a pour effet net d'augmenter la prévalence de la migraine dans le 1^{er} cycle et, partant, entraîne une baisse du nombre de nouveaux cas.

de migraine chez les Blancs (8 %) que chez les non-Blancs (6 %) (tableau 1). Des différences génétiques raciales plutôt que des facteurs

Tableau 1
Prévalence de la migraine pour certains facteurs socio-démographiques et pour diverses caractéristiques de la santé, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	Taille de l'échantillon	Population estimative en milliers	Prévalence %
Total	1 197	1 956	7,9
Sexe			
Hommes	268	469	3,8
Femmes	929	1 485	11,7**
Groupe d'âge†			
12 à 24 ans	149	290	5,6
25 à 39 ans	449	679	9,9
40 à 54 ans	382	657	9,9
55 à 69 ans	153	244	6,5
70 ans et plus	64	82	3,4
Race			
Blancs	1 101	1 771	8,1*
Non-Blancs	92	178	5,9
Éducation‡			
Études secondaires ou moins	366	594	7,8
Études postsecondaires partielles ou plus	682	1 070	8,9
Revenu du ménage			
Faible	238	280	8,9
Faible-moyen	312	485	7,9
Moyen-élevé	380	670	7,9
Élevé	213	422	8,1
Fumeur/fumeuse quotidiennement (à un moment quelconque)			
Oui	650	1 016	8,5*
Non	544	935	7,3
Consommation d'alcool			
Régulièrement	540	950	7,0
À l'occasion/auparavant/jamais	654	1 000	8,9**
Épisode dépressif majeur			
Oui	145	220	20,4**
Non	1 024	1 683	7,3

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1998-1999

Nota : Les données faisant défaut pour certaines variables, la somme des données peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

† Toutes les comparaisons par paires ($p \leq 0,05$, données corrigées pour tenir compte des comparaisons multiples) sont significatives, sauf les comparaisons entre les 12 à 24 ans et les 55 à 69 ans ainsi qu'entre les 25 à 39 ans et les 40 à 54 ans.

‡ 25 ans et plus.

* Significativement plus élevé que le taux pour l'autre dimension de la catégorie ($p \leq 0,05$).

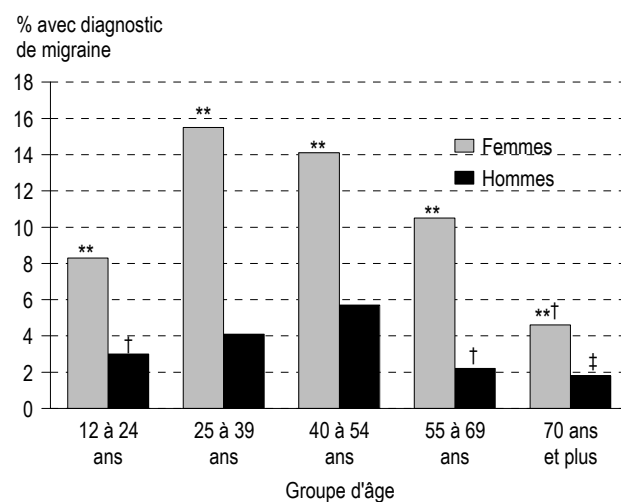
** Significativement plus élevé que le taux pour l'autre dimension de la catégorie ($p \leq 0,01$).

environnementaux ou culturels auraient été suggérés pour expliquer la moindre prévalence de la migraine chez les Canadiens d'ascendance africaine et asiatique, sachant que cette prévalence moins élevée a aussi été constatée chez les Américains de ces deux ascendances³². Pourtant, les résultats des études sur le lien entre la race et la migraine ne concordent pas parfaitement, puisqu'une autre étude réalisée aux États-Unis a révélé que c'était un problème de santé plus répandu chez les Noirs que chez les Blancs³³.

Le revenu, le niveau de scolarité et la migraine

Les études ne sont pas plus claires sur le rapport entre la migraine et la situation socioéconomique. Des chercheurs américains ont constaté une prévalence plus élevée de la migraine chez les membres des ménages à faible revenu que chez les autres^{2,13,19}. Toutefois, ce rapport entre la migraine et le revenu n'a pas été constaté dans les études canadiennes antérieures^{3,8,11}, pas plus d'ailleurs que dans les recherches effectuées dans d'autres pays^{21,22}. Il n'a pas non plus été observé dans le 1^{er} ou le 3^e cycles de l'ENSP (1994-1995 et 1998-1999), peut-

Graphique 1
Prévalence de la migraine selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1998-1999

† Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

‡ Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

** Significativement plus élevé que le taux pour les hommes ($p \leq 0,01$).

Qu'est-ce que la migraine?

La migraine est un trouble biochimique complexe causant des maux de tête récurrents souvent caractérisés par des douleurs lancinantes d'un côté de la tête. Ces maux de tête s'accompagnent parfois de nausées, de vomissements, de sensibilité à la lumière ou au bruit ou de troubles oculaires et peuvent être aussi exacerbés par le mouvement ou l'activité physique³⁴. Une crise de migraine peut durer de plusieurs heures à plusieurs jours et la douleur, combinée avec les symptômes associés, peut être incapacitante. La fréquence des crises varie : de deux ou trois par année à deux ou plus par semaine^{4,11}.

D'après les recherches actuelles, la migraine commencerait dans le cerveau, soit dans le tronc cérébral, soit dans le cortex occipital. Les impulsions de ces régions stimuleraient les terminaisons nerveuses des vaisseaux sanguins des méninges, causant la dilatation et l'inflammation de ces vaisseaux qui gênent la douleur de la migraine. Certains chercheurs estiment que la migraine et les céphalées tensionnelles sont des troubles distincts, tandis que d'autres estiment qu'ils sont aux deux pôles d'un même trouble et ne diffèrent que par leur gravité³⁵.

La migraine peut être avec ou sans aura, et ce, chez le même individu³⁶. (L'aura s'entend des symptômes neurologiques pouvant se manifester de 20 minutes à 1 heure avant le début de la céphalée. Ces symptômes peuvent comprendre des troubles oculaires ou sensoriels comme une vision embrouillée, des engourdissements et des picotements. Dans certains cas, ils peuvent accompagner la céphalée, alors que dans d'autres, la céphalée ne les suit pas.) La migraine sans aura est caractérisée par une céphalée subite, sans

aucun avertissement. (L'ENSP ne fait pas de distinction entre les sous-types de migraine.)

La cause exacte de la migraine est inconnue, mais divers facteurs sont réputés la provoquer chez certaines personnes. Ces « déclencheurs » sont l'alcool, les fromages vieillis, les renforçateurs d'arôme ou les agents de conservation des aliments, le sommeil irrégulier, les changements hormonaux (souvent liés à la menstruation), le stress et l'anxiété ainsi que des facteurs environnementaux³⁴.

Les médicaments utilisés pour traiter la migraine sont des analgésiques sur ordonnance ou non, des agonistes de la sérotonine qui ont pour effet de faire avorter les crises et des médicaments typiquement utilisés pour traiter d'autres problèmes de santé (antidépresseurs, bêta-bloquants ou hormones de substitution, par exemple)^{34,37}. Le recours à diverses thérapies sans médicaments peut aussi être envisagé pour traiter la migraine, comme la rétroaction biologique, la thérapie de relaxation, l'acupuncture et la physiothérapie³⁸. Cela dit, et bien que l'ENSP comprenne des questions sur la consommation de médicaments et sur le recours aux traitements de rechange ou complémentaires en général, on ne sait pas si les participants ont été poussés par la migraine à consommer ces médicaments et à suivre ces traitements. Une autre question de l'ENSP consiste à demander aux migraineux s'ils suivent un traitement ou prennent des médicaments contre la migraine, mais les catégories de réponse (médicament, régime alimentaire, exercice/physiothérapie, autre) ne permettent pas d'identifier des médicaments ou des traitements particuliers (voir *Limites*).

être parce que la taille plus réduite des échantillons ne permettait pas de détecter une association statistique significative, ou peut-être à cause d'une erreur de déclaration (voir *Limites*). Néanmoins, en 1996-1997, quand l'ENSP a porté sur un échantillon beaucoup plus important, les données ont révélé une prévalence légèrement supérieure de la migraine chez les participants des ménages dont le revenu était le plus faible, comparativement à ceux des ménages dont le revenu était plus élevé (graphique 2).

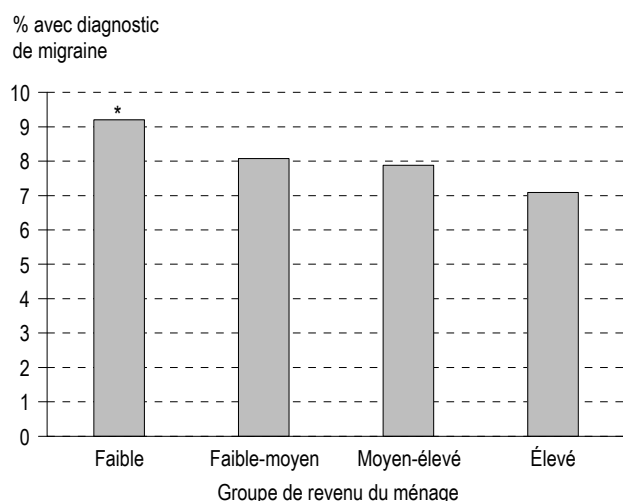
La « causalité inversée » pourrait, selon certains chercheurs, expliquer la prévalence plus élevée de la migraine chez les membres des ménages à faible revenu, en ce sens que les migraineux auraient un revenu plus faible ou perdraient des emplois, conséquence directe de leur situation^{7,13,35,39,40}. Pour

explorer cette possibilité, les données sur les changements de revenu ont été analysées grâce à la composante longitudinale de l'ENSP. Or, chez les 16 ans et plus vivant dans des ménages où l'emploi était la principale source de revenu, les proportions de migraineux et de non-migraineux ayant subi une baisse du revenu de leur ménage entre le 1^{er} et le 3^e cycles ne différaient pas nettement. Toutefois, la courte période de comparaison et l'absence de données sur le revenu personnel pourraient expliquer l'inexistence d'une association entre la baisse du revenu et un diagnostic de migraine.

Les auteurs d'études canadiennes antérieures avaient constaté que les migraineux tendent à être plus scolarisés que les non-migraineux^{3,8}. Les données de l'ENSP qui témoignent du lien entre le

Graphique 2

Prévalence de la migraine selon le groupe de revenu du ménage, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997†



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1996-1997

† Aucune différence significative n'a été constatée en 1998-1999.

* Significativement plus élevé que le taux pour le groupe de revenu « élevé » ($p \leq 0,05$, données corrigées pour tenir compte des comparaisons multiples).

niveau de scolarité et la migraine correspondent en partie aux résultats de ces recherches. Bien que les écarts observés en 1998-1999 n'aient pas été statistiquement significatifs, les données du 1^{er} et du 2^e cycles révèlent une prévalence plus élevée de migraine diagnostiquée chez les participants ayant fait au moins des études postsecondaires partielles, comparativement à ceux qui n'avaient tout au plus fait que des études secondaires (tableau A en annexe). Cette constatation est curieuse, compte tenu du rapport inversé entre le revenu et la prévalence de la migraine dont il a été fait état plus haut. Néanmoins, aux États-Unis, la prévalence de la migraine (basée tant sur les symptômes que sur un autodiagnostic) s'est révélée inversement proportionnelle au niveau de scolarité³³.

Relations avec l'usage du tabac et la dépression

L'ENSP de 1998-1999 a fait état d'une prévalence plus élevée de la migraine chez les personnes qui fument ou fumaient tous les jours par opposition à

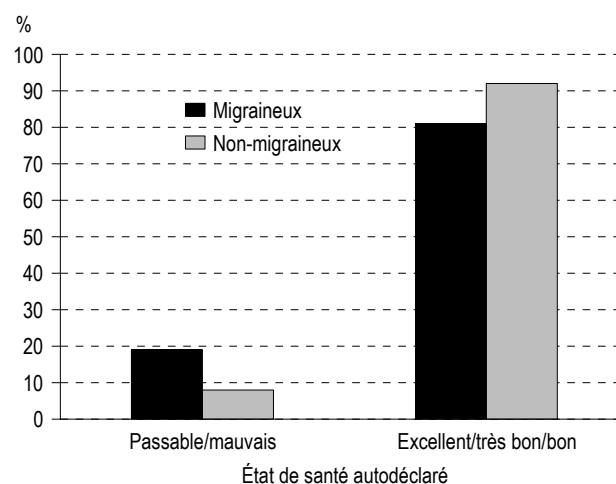
celles qui fument ou fumaient à l'occasion ou qui n'avaient jamais fumé (tableau 1). Cette observation concorde avec les résultats de recherches antérieures selon lesquels le tabagisme serait associé à la migraine^{33,41}.

En 1998-1999, la prévalence de la migraine était moins élevée chez les personnes qui déclaraient prendre un verre d'alcool au moins une fois par mois que chez celles qui buvaient moins souvent, ne buvaient plus ou n'avaient jamais bu d'alcool. Les migraineux évitent peut-être de boire de l'alcool parce que cela risque de déclencher une migraine. Certaines recherches ne témoignent toutefois d'aucun lien entre la migraine et la consommation ou l'abus d'alcool^{33,42}, quoiqu'une étude ait révélé que les migraineux avec aura étaient particulièrement susceptibles de dépendre ou d'abuser de l'alcool ou de drogues illicites⁴¹.

La prévalence de la migraine était près de trois fois plus élevée chez les personnes ayant déclaré souffrir de dépression au cours des 12 mois précédant l'interview que chez les autres (20 % comparativement à 7 %). D'autres études ont aussi établi un lien entre la migraine et la dépression, les troubles émotifs et l'angoisse⁴¹⁻⁴⁴.

Graphique 3

État de santé autodéclaré des migraineux et des non-migraineux, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1998-1999

Nota : Le test du chi carré porte sur 500 coefficients de pondération bootstrap et inclut la correction de deuxième ordre de Rao-Scott⁴⁵ pour tenir compte de la complexité du plan de sondage.

Khi-carré = 48,21, $df = 1$, $p \leq 0,001$.

Limites

Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) sont autodéclarées, voire déclarées par une autre personne que l'intéressé, de sorte que la mesure dans laquelle elles sont inexactes en raison d'une erreur de déclaration est inconnue. Aucune source indépendante ne permet de confirmer le diagnostic de migraine ou d'autres problèmes de santé. Pour les besoins de l'ENSP, la détermination de la migraine est donc fondée sur une autodéclaration des diagnostics cliniques (voir *Définition de la migraine dans l'ENSP*) et non sur des questions au sujet des symptômes de la migraine comme ceux des critères de l'*International Headache Society* utilisés dans la plupart des études analytiques récentes⁴⁶. Cela dit, étant donné que bien des migraineux ne consultent pas un médecin^{1,12,19} et que beaucoup de ceux qui le font ne sont pas diagnostiqués comme tels^{12,24}, il est vraisemblable que l'ENSP sous-estime la prévalence de la migraine. La prudence s'impose donc lorsqu'il faut comparer les estimations de la prévalence de la migraine fondées sur les données de l'ENSP avec celles des autres enquêtes sur la population.

Les caractéristiques des personnes chez qui on a diagnostiqué la migraine (comme dans l'ENSP) peuvent différer de celles des migraineux qui n'ont pas eu ce diagnostic. Par exemple, une étude réalisée aux États-Unis a démontré que les migraineuses et les migraineux des ménages à revenu élevé étaient plus susceptibles que les migraineux du sexe masculin ou les migraineux à faible revenu d'avoir obtenu un diagnostic de migraine¹⁵. Si cela vaut aussi au Canada, les données de l'ENSP sous-estimeraient la prévalence de la migraine dans les ménages à faible revenu comparativement aux ménages à revenu élevé, ainsi que chez les hommes comparativement aux femmes.

L'ENSP est une enquête générale sur la population; elle n'a donc pas été conçue pour recueillir des renseignements détaillés sur les migraineux. Par exemple, on ne demande pas aux participants d'identifier des sous-types de migraine (avec ou sans aura) ou de déclarer la fréquence ou la durée de leurs migraines. En outre, les antécédents migraineux des participants avant le 1^{er} cycle de l'enquête ne sont aucunement connus. Par conséquent, ceux qui n'ont pas déclaré de diagnostic de migraine en 1994-1995 sont réputés ne pas avoir fait de migraines avant. Qui plus est, nul ne sait si les participants migraineux disent qu'ils ont déjà fait des migraines ou qu'ils en ont fait récemment. Enfin, puisque les questions de l'ENSP sur la migraine ne couvrent que les personnes de 12 ans et plus, la prévalence et l'incidence de la migraine chez les enfants sont impossibles à déterminer.

Bien que l'ENSP recueille des données autodéclarées sur les séjours d'au moins 24 heures à l'hôpital et sur les consultations de professionnels de la santé, les raisons de ces contacts avec le système de soins de santé ne sont pas connues. Il n'y a pas de données sur les traitements en clinique externe, ni sur les visites aux urgences.

Une période d'observation de plus de quatre ans serait préférable pour examiner les taux d'incidence et la relation temporelle entre les facteurs de risque et la manifestation subséquente de la migraine; cela sera possible dans les cycles de données longitudinales à venir.

Comme aucun des trois cycles n'a permis d'obtenir de renseignements sur le revenu individuel, seul le revenu des ménages a servi à étudier la relation entre la prévalence de la migraine et le revenu. Il n'a pas été possible de déterminer dans quelle proportion les migraineux qui vivent avec d'autres personnes contribuent au revenu total du ménage.

Dans le 2^e et le 3^e cycles, les personnes qui avaient déclaré avoir eu un diagnostic de migraine se sont fait demander si elles suivaient un traitement ou prenaient un médicament et si le traitement était un médicament, un régime alimentaire, de l'exercice/de la physiothérapie (3^e cycle seulement) ou un autre traitement. Nul ne sait toutefois comment les participants ont interprété le mot « traitement ». Ils auraient pu croire qu'il ne s'agissait que d'un traitement prescrit ou recommandé par un médecin, ou le considérer aussi comme un traitement qu'on s'administre soi-même, par exemple en prenant des médicaments en vente libre ou en ayant recours à la médecine non traditionnelle. Cela dit, on a aussi demandé aux répondants quels médicaments ils prenaient. Les médicaments contre la migraine comme tels ne figurent pas dans la liste du questionnaire, quoique certains médicaments pouvant être utilisés pour la traiter (les analgésiques et la codéine, par exemple) y figurent.

Même si certaines indications laissent entrevoir des associations entre la migraine et l'épilepsie^{47,48} ainsi que les traumatismes crâniens⁴⁹, le nombre de personnes faisant partie de l'échantillon de l'ENSP qui ont déclaré souffrir d'épilepsie ou avoir eu de tels traumatismes est trop peu élevé pour pouvoir en tirer des estimations fiables. Par conséquent, ces problèmes de santé ne sont pas inclus dans le modèle à variables multiples. De plus, une analyse multivariée distincte tenant compte de l'utilisation de contraceptifs oraux chez les jeunes filles et les femmes de 12 à 49 ans n'a révélé aucune association significative avec la migraine.

Une santé de passable à mauvaise

Dans la population en général, l'état de santé autodéclaré tend à empirer avec l'âge, d'où l'augmentation de la prévalence des affections chroniques et des autres problèmes de santé associés au vieillissement⁵⁰. En dépit de l'âge relativement peu élevé des migraineux, toutefois, ils ont été proportionnellement plus nombreux que les non-migraineux à déclarer avoir une santé passable ou mauvaise dans l'enquête de 1998-1999 (graphique 3). Inversement, les non-migraineux étaient nettement plus susceptibles qu'eux de déclarer leur santé bonne, très bonne ou excellente.

Bon nombre de migraineux ne reçoivent aucun traitement

Bien que la migraine soit incurable, les épisodes peuvent habituellement être traités grâce à des médicaments ou des thérapies sans médicaments, voire par une combinaison de ces deux approches (voir *Qu'est-ce que la migraine?*). Néanmoins, d'après des études antérieures, bien des migraineux ne cherchent aucunement à se faire traiter^{1,5,12}. Les données de l'ENSP indiquent cependant qu'une proportion croissante de migraineux ont déclaré recevoir des traitements. En 1998-1999, la proportion de migraineux diagnostiqués comme tels

ayant déclaré avoir été traités était nettement plus élevée qu'en 1996-1997 (56 % comparativement à 48 %; $p \leq 0,001$, données non présentées). Cette augmentation pourrait être attribuable à une sensibilisation accrue à la migraine et aux nouvelles découvertes pharmaceutiques.

Le traitement de la migraine est quelque peu sporadique selon les données de l'ENSP. Chez les participants ayant déclaré souffrir de migraine en 1996-1997 (2^e cycle) et en 1998-1999 (3^e cycle), le tiers (33 %) de ceux qui n'avaient suivi aucun traitement au cours du 2^e cycle ont déclaré avoir été traités au cours du 3^e cycle — surtout avec des médicaments. Par contre, le quart seulement (25 %) des migraineux qui avaient été traités au cours du 2^e cycle ne l'ont pas été au cours du 3^e. Ces constatations peuvent refléter le caractère intermittent des épisodes de migraine et peut-être aussi le fait que les traitements sont insatisfaisants, qu'ils ont des effets secondaires indésirables ou qu'ils coûtent cher.

La santé et la consommation de médicaments

Les déclarations de restriction de leurs activités, de douleur et de consommation de médicaments étaient plus fréquentes chez les participants ayant été

Tableau 2
Certains indicateurs de la santé et consommation de médicaments, migraineux et non-migraineux, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	Migraineux	Non-migraineux
Restriction de l'activité (%)	25,5**	12,9
Habituellement sans douleurs ou malaises (%)	72,6**	87,4
Au cours des deux dernières semaines :		
ont réduit leurs activités (%)	22,8**	10,5
sont restés alités (%)	13,9**	5,6
nombre moyen de jours d'incapacité	1,8**	0,8
Au cours du dernier mois, ont pris :		
des analgésiques (%)	83,8**	63,2
de la codéine/du Demerol®/de la morphine (%)	15,8**	3,9
des antidépresseurs (%)	10,3**	3,6

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1998-1999

** Significativement plus élevé que le taux pour les non-migraineux ($p \leq 0,01$).

Tableau 3
Utilisation des soins de santé et attitudes des migraineux et des non-migraineux, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	Migraineux	Non-migraineux
	%	%
Au moins sept consultations de professionnels de la santé au cours des 12 mois précédents	32,9**	15,6
Séjour à l'hôpital au cours des 12 mois précédents [†]	9,7**	6,1
Ont eu besoin de soins pour des problèmes physiques au cours des 12 mois précédents, mais ne les ont pas obtenus	10,5**	4,0
Préfèrent se traiter eux-mêmes plutôt que consulter un médecin [‡]	25,6**	21,8

Source des données : Enquête nationale sur la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1998-1999

[†] Les femmes ayant un enfant de moins d'un an sont exclues, étant donné qu'elles auraient probablement passé au moins 24 heures à l'hôpital pour l'accouchement.

[‡] 18 ans et plus.

** Significativement plus élevé que le taux pour les non-migraineux ($p \leq 0,01$).

diagnostiqués comme migraineux que chez les autres (tableau 2, tableau B en annexe). Il n'a toutefois pas été possible de déterminer si ces différences étaient effectivement attribuables à la migraine. En 1998-1999, les migraineux étaient plus susceptibles que les non-migraineux de déclarer que leurs activités avaient été restreintes (26 % comparativement à 13 %). Cependant, seule une infime proportion des personnes dont les activités étaient limitées (0,5 %, données non présentées) avaient déclaré que la raison fondamentale de cette restriction était la migraine. Des proportions plus importantes de migraineux ont dit que, au cours des deux semaines qui avaient précédé leur interview de l'ENSP, ils avaient été alités ou avaient dû réduire leurs activités en raison d'une maladie ou d'une blessure. Les migraineux ont aussi déclaré un nombre moyen de journées d'incapacité (1,8) plus élevé que les non-migraineux (0,8), pour cette période de deux semaines.

Cela dit, et bien que la plupart des participants aient déclaré avoir rarement des douleurs ou des malaises, la proportion de migraineux à l'avoir dit était nettement moins élevée que celle des non-migraineux. Au cours du mois précédant leur interview de l'ENSP, les migraineux avaient aussi été plus susceptibles que les non-migraineux de prendre des analgésiques, de la codéine, du Demerol® ou de la morphine, ainsi que des antidépresseurs.

De fréquents utilisateurs des soins de santé

Même si les migraineux semblent n'être traités que sporadiquement pour leur migraine, ils sont relativement nombreux à utiliser les soins de santé (tableau 3, tableau C en annexe). En 1998-1999, à l'instar des deux premiers cycles de l'ENSP, les migraineux étaient plus susceptibles que les non-migraineux d'avoir consulté au moins 7 fois un professionnel de la santé au cours des 12 mois précédant leur interview de l'ENSP. Pourtant, en 1998-1999, une proportion nettement plus élevée de migraineux que de non-migraineux (26 % comparativement à 22 %) ont déclaré préférer se soigner eux-mêmes plutôt que consulter un médecin.

Tableau 4
Certains problèmes de santé des migraineux et des non-migraineux, selon le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	Migraineux	Non-migraineux
	%	%
Problèmes de santé chroniques		
Allergies alimentaires		
Femmes	15,1**	7,2
Hommes	10,4†*	5,2
Autres allergies		
Femmes	42,7**	25,4
Hommes	28,4*	20,2
Asthme		
Femmes	16,5**	7,9
Hommes	9,4†	7,2
Arthrite ou rhumatisme		
Femmes	22,7†*	18,7†
Hommes	16,5*	11,0
Maux de dos autres que l'arthrite		
Femmes	25,2**	13,2
Hommes	25,9**	12,5
Hypertension		
Femmes	10,5	13,0
Hommes	10,9†	9,0
Bronchite chronique ou emphysème		
Femmes	5,1**	2,6
Hommes	--	2,1
Sinusite		
Femmes	12,6**	5,7
Hommes	10,8†**	3,6
Ulcères d'estomac ou intestinaux		
Femmes	6,5**	2,6
Hommes	6,0†*	2,5
Au moins trois problèmes de santé chroniques (autres que la migraine)		
Femmes	26,7**	13,7
Hommes	18,7**	8,5
Épisode dépressif majeur		
Femmes	13,0**	4,9
Hommes	6,8†*	2,9

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1998-1999

† Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

‡ Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

-- Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

* Significativement plus élevé que le taux pour les non-migraineux ($p \leq 0,05$).

** Significativement plus élevé que le taux pour les non-migraineux ($p \leq 0,01$).

Un pourcentage plus élevé de migraineux que de non-migraineux avaient passé au moins une nuit à l'hôpital au cours des 12 mois précédant leur interview. Bien que la migraine ne nécessite pas généralement d'hospitalisation, les épisodes graves peuvent exiger un séjour à l'hôpital (l'ENSP ne

Tableau 5
Prévalence de la migraine, population à domicile de 12 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, territoires non compris, 1994-1995 et 1998-1999

	1994-1995	1998-1999
	%	%
Femmes		
12 à 24 ans	7,4	8,3
25 à 54 ans	12,8	14,8**
55 ans et plus	6,6	8,1
Tous les groupes d'âge confondus	10,1	11,7**
Hommes		
12 à 24 ans	5,3	3,0***
25 à 54 ans	4,5	4,9
55 ans et plus	2,8	2,1†
Tous les groupes d'âge confondus	4,3	3,8

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillons transversaux, Fichier santé, 1994-1995 et 1998-1999

† Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,5 %.

** Significativement plus élevé que le taux pour 1994-1995 ($p \leq 0,01$).

permet pas d'identifier la cause de l'hospitalisation). D'après les registres des hôpitaux pour 1997-1998, près de 10 000 (9 895) radiations après un séjour d'au moins une journée à l'hôpital faisaient état d'un diagnostic de migraine.

Cela dit, et même s'ils consultent des professionnels de la santé et sont hospitalisés plus fréquemment que les non-migraineux, une plus forte proportion de migraineux (10 % comparativement à 4 %) ont déclaré que, au cours des 12 mois précédant leur participation à l'ENSP, ils avaient eu besoin de soins médicaux pour des problèmes de santé physique, sans les avoir obtenus.

Autres problèmes de santé chroniques

Chez les migraineux, d'autres problèmes de santé expliquent peut-être en partie la forte utilisation qu'ils font des soins de santé (tableau 4, tableau D en annexe). En effet, près de 3 migraineuses et 2 migraineux sur 10 ont déclaré souffrir d'autres troubles chroniques. La prévalence des allergies alimentaires et autres, de l'arthrite ou du rhumatisme, des maux de dos autres que l'arthrite, de la sinusite et des ulcères d'estomac ou intestinaux était nettement plus élevée chez les migraineux des deux sexes que chez les non-migraineux. Les participants ont peut-être pu confondre la nécessité d'éviter certains aliments déclencheurs de crises de migraine avec des allergies alimentaires comme telles. De

même, la consommation fréquente d'analgésiques peut, chez les migraineux, contribuer à la prévalence plus élevée des ulcères d'estomac. Par ailleurs, la prévalence de l'asthme, de la bronchite chronique ou de l'emphysème est nettement plus élevée chez les migraineuses que chez les non-migraineuses. Les résultats de l'Enquête sur la santé menée en Ontario en 1990 illustrent bien ces constatations. Par opposition aux non-migraineux, les migraineux ont en effet, selon cette enquête, une incidence nettement plus élevée du rhume des foies et des allergies assimilées, de l'arthrite et du rhumatisme, ainsi que des allergies et des maladies de la peau de même que des maux de dos³. Enfin, la prévalence d'un épisode dépressif majeur était plus élevée chez les migraineux des deux sexes, comme en témoignent les résultats d'études antérieures selon lesquels les migraineux auraient un risque plus élevé de vivre un tel épisode^{41-44,51}.

Cela dit, comme les migraineux peuvent souffrir d'autres problèmes de santé chroniques susceptibles de nécessiter fréquemment la consultation d'un médecin, il se peut qu'ils aient plus de possibilités que d'autres de parler de leurs maux de tête et donc d'être diagnostiqués comme migraineux.

La migraine devient-elle plus répandue?

Selon les rapports publiés dans d'autres pays, la prévalence et l'incidence de la migraine tendent à augmenter⁵²⁻⁵⁵. Au Canada, une comparaison de la prévalence de la migraine en 1978-1979 et en 1998-1999 indique une progression significative de ce trouble chez les femmes de 45 à 64 ans⁵⁰.

Sur une période beaucoup plus courte, les données transversales du 1^{er} cycle (1994-1995) et du 3^e cycle (1998-1999) de l'ENSP montrent que la prévalence estimative de la migraine diagnostiquée chez les femmes de 25 à 54 ans — le groupe d'âge où la migraine est le plus répandue — a augmenté de deux points, passant de 13 % à 15 % (tableau 5). Par contre, chez les jeunes hommes (de 12 à 24 ans), elle a chuté, passant de 5 % à 3 % entre le premier et le troisième cycles.

L'augmentation du nombre de cas de migraine diagnostiqués pourrait être partiellement attribuable à une sensibilisation accrue à ce trouble tant chez

Tableau 6

Rapports de cotes corrigés pour la migraine en 1996-1997 ou 1998-1999, selon certaines caractéristiques en 1994-1995, population à domicile de 12 ans et plus[†], Canada, territoires non compris

Caractéristiques en 1994-1995	Femmes		Hommes		Femmes et hommes	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Sexe						
Femmes	...	...	...	...	3,0**	2,1 - 4,1
Hommes	...	...	...	...	1,0	...
Groupe d'âge						
12 à 24 ans	5,0**	2,5 - 10,2	2,3	0,8 - 6,8	4,5**	2,5 - 8,2
25 à 54 ans	2,9**	1,6 - 5,5	2,8*	1,2 - 6,7	3,1**	1,8 - 5,2
55 ans et plus [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Race						
Blancs [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Non-Blancs	0,7	0,3 - 1,6	1,3	0,4 - 3,7	0,8	0,5 - 1,5
Groupe de revenu du ménage						
Faible	1,3	0,9 - 2,0	1,6	0,8 - 3,5	1,4	1,0 - 2,0
Élevé [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Épisode dépressif majeur						
Oui	1,5	0,8 - 2,7	1,7	0,6 - 4,5	1,5	0,9 - 2,4
Non [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Allergies alimentaires						
Oui	0,9	0,4 - 2,1	1,5	0,2 - 14,9	1,0	0,5 - 2,0
Non [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Autres allergies						
Oui	0,9	0,5 - 1,5	0,5	0,3 - 1,2	0,8	0,5 - 1,2
Non [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Asthme						
Oui	0,9	0,3 - 2,3	--	--	0,8	0,3 - 1,7
Non [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Arthrite ou rhumatisme						
Oui	0,9	0,5 - 1,5	2,7*	1,2 - 6,1	1,2	0,7 - 1,9
Non [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Maux de dos autres que l'arthrite						
Oui	1,6	1,0 - 2,7	1,4	0,6 - 3,2	1,6*	1,0 - 2,4
Non [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Bronchite ou emphysème						
Oui	2,4*	1,1 - 5,1	--	--	2,2*	1,1 - 4,3
Non [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Sinusite						
Oui	2,2*	1,1 - 4,2	--	--	1,9*	1,0 - 3,5
Non [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Ulcères d'estomac ou intestinaux						
Oui	1,2	0,5 - 2,6	2,6	0,7 - 9,6	1,5	0,8 - 2,8
Non [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Au moins sept consultations d'un médecin						
Oui	1,1	0,6 - 1,7	0,8	0,3 - 1,9	1,0	0,7 - 1,6
Non [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Autoévaluation de la santé						
Excellente, très bonne ou bonne	0,6	0,4 - 1,0	0,8	0,3 - 1,9	0,6*	0,4 - 1,0
Passable ou mauvaise [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Fumeur/fumeuse quotidiennement (à un moment quelconque)						
Oui	1,1	0,7 - 1,6	1,2	0,6 - 2,5	1,2	0,8 - 1,6
Non [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Consommation d'alcool						
Régulièrement	0,8	0,5 - 1,1	0,9	0,4 - 1,9	0,8	0,6 - 1,1
À l'occasion/auparavant/jamais [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995 à 1998-1999

Nota : Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance avec une limite inférieure ou supérieure de 1,0 étaient significatifs.

[†] Individus n'ayant déclaré aucune migraine en 1994-1995.

[‡] Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est toujours de 1,0.

* $p \leq 0,05$.

** $p \leq 0,01$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

-- Exclu de l'analyse multivariées parce que l'échantillon trop petit déstabilisait le modèle de régression.

les patients que chez les médecins. De même, l'existence et la connaissance de nouveaux médicaments et de nouvelles possibilités de traitement peuvent avoir incité des personnes qui n'avaient jusque-là jamais été diagnostiquées comme migraineuses à consulter un médecin. Cela dit, si l'augmentation du nombre de cas de migraine diagnostiqués chez les femmes peut aussi refléter une prévalence accrue de ce trouble, la baisse du nombre de cas diagnostiqués chez les garçons et les hommes de 12 à 24 ans reste inexplicée.

Une incidence plus élevée chez les femmes

Les données longitudinales de l'ENSP pour les trois cycles, c'est-à-dire de 1994-1995 à 1998-1999, ont révélé que l'incidence cumulative des cas de migraine nouvellement diagnostiqués sur une période de quatre ans chez les 12 ans et plus s'élevait à 3,8 pour 100 habitants. Elle est nettement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (5,7 % comparativement à 1,9 %; données non présentées).

Ainsi, les femmes sembleraient nettement plus susceptibles que les hommes de souffrir de migraine. Néanmoins, les données peuvent légèrement sous-estimer l'incidence de la migraine chez les hommes, car les questions sur la migraine dans l'ENSP ne s'adressent qu'aux 12 ans et plus. Une enquête sur la population des adolescents et des jeunes adultes des États-Unis a en effet révélé que l'incidence de la migraine chez les sujets du sexe masculin plafonnait avant l'âge de 12 ans, alors qu'elle plafonne à partir de cet âge pour l'autre sexe⁵⁶. Parallèlement, selon une autre étude, l'âge du diagnostic de la migraine plafonnait entre 10 et 14 ans pour les garçons, comparativement à 20 à 24 ans pour les femmes⁵³.

Qui est à risque?

Pour mieux comprendre qui est susceptible de souffrir de migraine, il vaut la peine de comparer la morbidité de base et les caractéristiques sociodémographiques des participants qui ont déclaré avoir été nouvellement diagnostiqués comme migraineux en 1996-1997 ou en 1998-1999 avec celles des autres. Les problèmes de santé chroniques

associés à la migraine dans l'analyse à deux variables et les facteurs signalés dans les études ont été inclus dans les analyses à plusieurs variables (les problèmes chroniques déclarés dans d'autres études comprenaient les allergies alimentaires⁵⁷ et la dépression^{41-44,51}).

Les variables du nombre de consultations d'un médecin et de l'état de santé général ont été incluses dans le modèle pour refléter la possibilité que les gens qui voient fréquemment un médecin soient plus susceptibles que les autres d'obtenir un diagnostic de migraine. Les variables de l'usage du tabac et de la consommation d'alcool ont aussi été incluses.

Comme en témoignent les tendances de la prévalence et de l'incidence de la migraine, la cote exprimant le risque d'en souffrir est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, de même que parmi les 12 à 24 ans et les 25 à 54 ans (tableau 6). Même compte tenu des effets de l'état de santé général, de la fréquence de la consultation d'un médecin et de divers facteurs liés à la migraine, les femmes ayant déjà été diagnostiquées comme souffrant de bronchite chronique ou d'emphysème avaient une cote exprimant le risque d'être diagnostiquées comme migraineuses plus élevée que celle des autres femmes. Il en va de même des personnes souffrant de bronchite chronique ou d'emphysème, pour qui la cote exprimant le risque de souffrir de migraine demeure importante, et ce, même en tenant compte de l'usage quotidien du tabac. La migraine a d'ailleurs déjà été associée à des troubles respiratoires comme la bronchite et l'asthme⁵⁸⁻⁶¹, d'où l'existence possible d'un rapport biologique ou de facteurs de risque partagés.

La cote exprimant le risque d'un nouveau diagnostic de migraine est en outre plus élevée pour les femmes souffrant de sinusite. Comme la sinusite peut causer des maux de tête, le risque plus élevé de migraine chez les femmes déjà diagnostiquées comme souffrant de sinusite peut refléter la difficulté de distinguer initialement la sinusite de la migraine.

Chez les hommes, l'incidence de la migraine est associée à un diagnostic antérieur d'arthrite ou de rhumatisme. Pour les deux sexes combinés, les maux de dos non arthritiques sont nettement associés à la manifestation subséquente de la migraine.

La possibilité d'une origine commune de la migraine et de l'ostéoarthrite, deux troubles où l'inflammation est présente, a fait l'objet d'une étude⁶². Néanmoins, le facteur génétique étudié n'indique aucunement que l'association comorbide entre les deux problèmes soit causée par une pathophysiologie commune. Les migraineux seraient en outre, selon une autre étude, de deux à quatre fois plus susceptibles que les non-migraineux de déclarer souffrir de douleurs aux articulations, de maux de dos, de maux d'estomac ou de douleurs au cou. D'après cette même étude, ils auraient peut-être une plus forte propension que les autres à déclarer éprouver de la douleur, ou un seuil de la douleur moins élevé⁶³. Une théorie fondée sur le rôle éventuel de l'inflammation neurogène dans plusieurs problèmes de santé comme la migraine, l'asthme, la rhinite, l'arthrite rhumatoïde et la fibromyalgie postule que ces affections peuvent être exacerbées par l'exposition à des produits chimiques dans l'environnement⁶⁴.

Des liens ont en outre été observés entre l'utilisation de contraceptifs oraux et la migraine⁶⁵. Cependant, l'ajout, dans un modèle à variables multiples distinct, d'une variable tenant compte de la prise de tels contraceptifs chez les jeunes filles et les femmes de 12 à 49 ans n'a révélé aucun lien significatif avec la migraine (données non présentées). Chez certaines femmes, la migraine pourrait avoir précédé l'utilisation de contraceptifs oraux ou, encore, les migraineuses peuvent éviter de les prendre de crainte que la fréquence ou l'intensité de leurs maux de tête n'augmentent.

Mot de la fin

Les résultats de la première enquête canadienne longitudinale sur la santé, l'Enquête nationale sur la santé de la population, permettent ici d'obtenir une estimation de l'incidence de la migraine et d'étudier les facteurs de risque qui y sont associés. La migraine est un problème de santé relativement répandu, puisque près de deux millions de Canadiens disaient qu'ils avaient été cliniquement diagnostiqués comme migraineux en 1998-1999. Même s'ils déclarent préférer se soigner eux-mêmes, les migraineux utilisent davantage les soins de santé que les

non-migraineux. Les résultats laissent aussi entendre qu'ils estiment avoir plus de difficulté à obtenir les soins de santé dont ils croient avoir besoin. Cela tient peut-être en partie au caractère difficile à soigner de la migraine ou aux troubles chroniques plus nombreux dont tendent à souffrir les migraineux. La proportion de migraineux qui sont traités demeure faible, ce qui pourrait indiquer qu'il faut les sensibiliser davantage aux possibilités de traitement.

L'analyse tend aussi à démontrer que la prévalence de la migraine a augmenté chez les femmes de 25 à 54 ans au cours des dernières années; elle est particulièrement élevée chez les membres des ménages à faible revenu, chez les Blancs et chez les personnes souffrant d'autres problèmes de santé chroniques.

Comme il fallait s'y attendre, les risques de souffrir de migraine sont particulièrement élevés pour les femmes et pour les membres des deux sexes de moins de 55 ans. Même en tenant compte du nombre de consultations d'un médecin, plusieurs affections chroniques demeurent nettement associées à la migraine; ce sont des troubles ostéomusculaires, inflammatoires et respiratoires.

Il est toutefois difficile de mettre le doigt sur les facteurs précis qui sont associés à la migraine, sachant qu'une affection peut-être attribuable à des interactions entre divers facteurs génétiques et sociodémographiques, ainsi qu'avec les conditions ambiantes. Néanmoins, l'analyse longitudinale peut contribuer à la compréhension des facteurs de risque potentiels, de sorte qu'elle pourrait à la longue mener à la compréhension des causes de la migraine et des moyens de la contrôler, voire de la prévenir. ●

Remerciements

Les auteurs remercient Marie P. Beudet et Claudio Pérez pour leur aide et pour leurs conseils.

Références

1. J. Edmeads, H. Findlay, P. Tugwell *et al.*, « Impact of migraine and tension-type headache on lifestyle, consulting behaviour, and medication use: a Canadian population survey », *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 20, 1993, p. 131-137.
2. S. Kryst et E. Scherl, « A population-based survey of the social and personal impact of headache », *Headache*, 34, 1994, p. 344-350.
3. T. To et K. Wu, « Health care utilization and disability of migraine: The Ontario Health Survey », *Canadian Journal of Public Health*, 86(3), 1995, p. 195-199.
4. W.F. Stewart, R.B. Lipton et D. Simon, « Work-related disability: results from the American migraine study », *Cephalalgia*, 16, 1996, p. 231-238.
5. F. Sakai et H. Igarashi, « Prevalence of migraine in Japan: a nationwide survey », *Cephalalgia*, 17, 1997, p. 15-22.
6. X.H. Hu, L.E. Markson, R.B. Lipton *et al.*, « Burden of migraine in the United States: Disability and economic costs », *Archives of Internal Medicine*, 159, 1999, p. 813-818.
7. P. Stang, M. Von Korff, B.S. Galer, « Reduced labor force participation among primary care patients with headache », *Journal of General Internal Medicine*, 13, 1998, p. 296-302.
8. W.E.M. Pryse-Phillips, H. Findlay, P. Tugwell *et al.*, « A Canadian population survey on the clinical, epidemiologic and societal impact of migraine and tension-type headache », *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 19, 1992, p. 333-339.
9. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
10. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
11. B. O'Brien, R. Goeree et D. Streiner, « Prevalence of migraine headache in Canada: a population-based survey », *International Journal of Epidemiology*, 23(5), 1994, p. 1020-1026.
12. R.B. Lipton, W.F. Stewart et D. Simon, « Medical consultation for migraine: results from the American Migraine Study », *Headache*, 38, 1998, p. 87-66.
13. W.F. Stewart, R.B. Lipton, D.D. Celantano *et al.*, « Prevalence of migraine headache in the United States: relation to age, income, and other sociodemographic factors », *Journal of the American Medical Association*, 267(1), 1992, p. 64-69.
14. M.B. Russell, B.K. Rasmussen, P. Thorvaldsen *et al.*, « Prevalence and sex-ratio of the subtypes of migraine », *International Journal of Epidemiology*, 24(3), 1995, p. 612-618.
15. R.B. Lipton, W.F. Stewart, D.D. Celantano *et al.*, « Undiagnosed migraine headaches: a comparison of symptom-based and reported physician diagnosis », *Archives of Internal Medicine* 152, 1992, p. 1273-1278.
16. P.E. Stang et J.T. Osterhaus, « Impact of migraine in the United States: data from the National Health Interview Survey », *Headache*, 33, 1993, p. 29-35.
17. P. Henry, P. Michel, B. Brochet *et al.*, « A nationwide survey of migraine in France: prevalence and clinical features in adults », *Cephalalgia*, 12(4), 1992, 229-237.
18. R.T. Haimanot, B. Seraw, L. Forsgren *et al.*, « Migraine, chronic tension-type headache, and cluster headache in an Ethiopian rural community », *Cephalalgia*, 1, 1995, p. 482-488.
19. B.K. Rasmussen, « Epidemiology of migraine », *Biomedicine and Pharmacotherapy*, 49, 1995, p. 454-455.
20. T.W. Wong, K.S. Wong, T.S. Yu *et al.*, « Prevalence of migraine and other headaches in Hong Kong », *Neuroepidemiology*, 14(2), 1995, p. 82-91.
21. P.M. Lavados et E. Tenhamm, « Epidemiology of migraine headache in Santiago, Chile: a prevalence study », *Cephalalgia*, 17(7), 1997, p. 770-777.
22. L.J. Launer, G.M. Terwindt et M.D. Ferrari, « The prevalence and characteristics of migraine in a population-based cohort, the GEM study », *Neurology*, 53, 1999, p. 536-542.
23. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
24. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 283-310.
25. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical Association*, Baltimore, août 1999.
26. S.D. Silberstein, « Menstrual migraine », *Journal of Women's Health and Gender-based Medicine*, 8(7), 1999, p. 919-931.
27. M. Gawel, « Unlocking the mystery of migraine », *Headlines*, 7(4), 1998, p. 1-4.
28. M. Larkin, « The Genetics of Migraine (JAMA Migraine Information Center) », disponible à <http://www.ama-assn.org/special/migraine/newsline/briefing/genetics.html>, site consulté le 3 décembre 1999.
29. M. Gervil, V. Ulrich, J. Kaprio *et al.*, « The relative role of genetic and environmental factors in migraine without aura », *Neurology*, 53, 1999, p. 995-999.
30. E. Hamel, « Current concepts of migraine pathophysiology », *Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 6 (Supplément A), 1999, p. 9A-14A.
31. M. Shields, « Enquête nationale sur la santé de la population – Déclaration par procuration », *Rapports sur la santé*, 12(1), 2000, p. 23-44 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
32. W.F. Stewart, R.B. Lipton et J. Liberman, « Variation in migraine prevalence by race », *Neurology*, 47, 1996, p. 52-59.
33. P. Stang, B. Sternfeld et S. Sidney, « Migraine headache in a prepaid health plan: ascertainment, demographics, physiological, and behavioral factors », *Headache*, 36, 1996, p. 69-76.
34. American Medical Association, « Type of headache (JAMA Migraine Information Centre) », disponible à <http://www.ama-assn.org/special/migraine/support/educate/types.html>, site consulté le 1^{er} décembre 1999.

35. R.B. Lipton et W.F. Stewart, « Prevalence and impact of migraine », *Neurologic Clinics*, 15(1), 1997, p. 1-13.
36. B.K. Rasmussen et J. Olesen, « Migraine with aura and migraine without aura: an epidemiological study », *Cephalalgia*, 12, 1992, p. 221-228.
37. I. Fettes, « Migraine in the menopause », *Neurology*, 53 (Supplément 1), 1999, p. S29-S33.
38. W.E.M. Pryse-Phillips, D.W. Dodick, J.G. Edmeads *et al.*, Guidelines for the nonpharmacologic management of migraine in clinical practice », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 159, 1998, p. 47-54.
39. S.D. Silberstein et R.B. Lipton, « Headache epidemiology, emphasis on migraine », *Neurologic Clinics*, 14(2), 1996, p. 421-434.
40. R.B. Lipton et W.F. Stewart, « Migraine headaches: epidemiology and comorbidity », *Clinical Neuroscience*, 5, 1998, p. 2-9.
41. N. Breslau, « Psychiatric comorbidity in migraine », *Cephalalgia*, 18 (Supplément 22), 1998, p. 56-61.
42. E. Guillem, A. Pelissolo et J.P. Lépine, « Troubles mentaux et migraine : données épidémiologiques », *L'Encéphale*, XXV, 1999, p. 436-442.
43. N. Breslau, G.C. Davis, L.R. Schultz *et al.*, « Joint 1994 Wolff Award Presentation. Migraine and major depression: a longitudinal study », *Headache*, 34, 1994, p. 387-393.
44. N. Breslau, K. Merikangas et C.L. Bowden, « Comorbidity of migraine and major affective disorders », *Neurology*, 44 (Supplément 7), 1994, p. S17-S22.
45. J.N.K. Rao et D.R. Thomas, « Chi-squared tests for contingency tables », *Analysis of Complex Surveys*, publié sous la direction de C.J. Skinner, D. Holt et T.M.F. Smith, New York, Wiley, 1989, p. 89-114.
46. Headache Classification Committee of the International Headache Society, « Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias, and facial pain », *Cephalalgia*, 8 (Supplément 7), 1988, p. 1-96.
47. R.B. Lipton, R. Ottman, B.L. Ehrenberg *et al.*, « Comorbidity of migraine: the connection between migraine and epilepsy », *Neurology*, 44 (Supplément 7), 1994, p. S28-S32.
48. R. Ottman et R.B. Lipton, « Comorbidity of migraine and epilepsy », *Neurology*, 44, 1994, p. 2105-2110.
49. W.G. Speed, « Headache following injury », *Headache, Newsletter of the American Council for Headache Education*, 4(3), 1993, disponible à http://www.achenet.org/_articles/INJURY1.HTM, site consulté le 5 janvier 2000.
50. Statistique Canada, « L'âge mûr », *Rapports sur la santé*, 11(3), 2000, p. 39-52 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
51. A.D. Bott, « The comorbidity of migraine and the mood and anxiety disorder: implications for treatment (CME reviews) », disponible à <http://www.cme-reviews.com>, site consulté le 23 décembre 1999.
52. « Prevalence of chronic migraine headaches-United States, 1980-1989 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 40(20), 1991, p. 331.
53. P.E. Stang, P.A. Yanagihara, J.W. Swanson *et al.*, « Incidence of migraine headache: a population-based study in Olmstead County, Minnesota », *Neurology*, 42, 1992, p. 1657-1662.
54. M. Sillanpää et P. Anttila, « Increasing prevalence of headache in 7-year-old schoolchildren », *Headache*, 36, 1996, p. 466-470.
55. T.D. Rozen, J.W. Swanson, P.E. Stang *et al.*, « Increasing incidence of medically recognized migraine headache in a United States population », *Neurology*, 53, 1999, p. 1468-1473.
56. W.F. Stewart, M.S. Linet, D.D. Celentano *et al.*, « Age- and sex-specific incidence rates of migraine with and without visual aura », *American Journal of Epidemiology*, 134, 1991, p. 111-120.
57. L.E. Mansfield, « The role of food allergy in migraine: a review », *Annals of Allergy*, 58, 1987, p. 313-318.
58. F. Gurkan, A. Ece, K. Haspolat *et al.*, « Parental history of migraine and bronchial asthma in children », *Allergologia et immunopathologia*, 28(1), 2000, p. 15-17.
59. K.L. Merikangas, « Comorbidity of migraine and other conditions in the general population of adults in the United States (abstract) », *Cephalalgia*, 11(Supplément 11), 1991, p. 108-109.
60. D.P. Strachan, B.K. Butland et H.R. Anderson, « Incidence and prognosis of asthma and wheezing illness from early childhood to age 33 in a national British cohort », *British Medical Journal*, 312(7040), 1996, p. 1195-1199.
61. C. Peckham et N. Butler, « A national study of asthma in childhood », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32(2), 1978, p. 79-85.
62. S.J. Peroutka, S.C. Price et K.W. Jones, « The comorbid association of migraine with osteoarthritis and hypertension: complement C3F and Berkson's bias », *Cephalalgia*, 17, 1997, p. 23-26.
63. B. Sternfeld, P. Stang et S. Sydney, « Relationship of migraine headaches to experience of chest pain and subsequent risk for myocardial infarction », *Neurology*, 45, 1995, p. 2135-2142.
64. W.J. Meggs, « Neurogenic inflammation and sensitivity to environmental chemicals », *Environmental Health Perspectives*, 101(3), 1993, p. 234-238.
65. W.J. Becker, « Use of oral contraceptives in patients with migraine », *Neurology*, 53 (Supplément 1), 1999, p. S19-S25.
66. K.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao *et al.*, Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 1994, p. 8-19.
67. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 3^e édition révisée, Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1989.
68. Healthwise Evaluation Project, Final grant report, Healthwise Communities Project, Oregon Health Sciences University, Portland, Oregon, 1999.

Annexe

Définitions supplémentaires

Cinq groupes d'âge ont été formés pour l'analyse : 12 à 24 ans, 25 à 39 ans, 40 à 54 ans, 55 à 69 ans et 70 ans et plus. Toutefois, en raison des contraintes de taille des échantillons, pour l'analyse à variables multiples et la comparaison de la prévalence de la migraine selon le sexe entre les 1^{er} et 3^e cycles, ces cinq groupes d'âge ont été ramenés à trois : 12 à 24 ans, 25 à 54 ans et 55 ans et plus.

La race a été déterminée par la question « Comment décririez-vous, au meilleur de vos connaissances, votre race ou votre couleur? »

Pour l'analyse à une seule variable, quatre groupes de revenu du ménage ont été établis en fonction du nombre de membres du ménage et du revenu total du ménage, toutes sources confondues, pour les 12 mois précédant l'interview.

Groupe de revenu du ménage	Membres du ménage	Revenu total du ménage
Faible	1 ou 2	Moins de 15 000 \$
	3 ou 4	Moins de 20 000 \$
	5 ou plus	Moins de 30 000 \$
Faible-moyen	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Moyen-élevé	1 ou 2	30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	40 000 \$ à 79 999 \$
	5 ou plus	60 000 \$ à 79 999 \$
Élevé	1 ou 2	60 000 \$ ou plus
	3 ou plus	80 000 \$ ou plus

Pour l'analyse à variables multiples, ces quatre groupes de revenu du ménage ont été combinés en deux :

Groupe de revenu du ménage	Membres du ménage	Revenu total du ménage
Faible	1 ou 2	Moins de 15 000 \$
	3 ou 4	Moins de 20 000 \$
	5 ou plus	Moins de 30 000 \$
Faible-élevé	1 ou 2	15 000 ou plus \$
	3 ou 4	20 000 ou plus \$
	5 ou plus	30 000 ou plus \$

Le niveau de scolarité a été étudié pour la population des 25 ans et plus et réparti en deux catégories : études secondaires ou moins et études postsecondaires partielles ou plus.

Deux groupes ont été formés pour classer les types de fumeur/fumeuse, ceux qui avaient fumé quotidiennement à un moment quelconque et les autres. Pour les distinguer, on s'est basé sur les réponses aux questions suivantes : « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? », « Avez-vous déjà fumé des cigarettes à un moment quelconque? » et « Avez-vous déjà fumé des cigarettes tous les jours? »

En raison des contraintes de taille des échantillons, les types de consommation d'alcool ont été limités à deux catégories : ceux et celles qui boivent régulièrement (au moins un verre par mois) et ceux et celles qui boivent à l'occasion, qui buvaient auparavant ou qui n'ont jamais bu.

L'ENSP a recours à la méthodologie de Kessler *et al*⁶⁶ pour mesurer la probabilité d'un épisode dépressif majeur grâce à un sous-ensemble de questions de la *Composite International Diagnostic Interview*. Ces questions couvrent toute une série de symptômes de troubles dépressifs figurant dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM III-R)*⁶⁷. Les réponses à ces questions ont été codées pour obtenir une estimation de la probabilité d'un diagnostic de dépression. Si cette estimation était de 0,9 ou plus (autrement dit une probabilité de 90 % ou plus d'un tel diagnostic), le répondant était considéré comme ayant subi une dépression au cours des 12 mois précédant l'interview.

L'*autoévaluation de la santé* était déterminée grâce à la question « En général, diriez-vous que votre santé est : excellente? très bonne? bonne? passable? mauvaise? »

Les participants qui avaient répondu « Oui » à la question « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous passé la nuit comme patient(e) à l'hôpital, dans un foyer de soins infirmiers ou dans une maison de convalescence? » étaient considérés comme ayant eu un *séjour à l'hôpital*. Les femmes vivant dans un ménage avec enfant de moins d'un an étaient exclues de cette catégorie, puisqu'elles avaient probablement dû séjourner à l'hôpital pour l'accouchement.

Le nombre de consultations de professionnels de la santé a été déterminé à partir des réponses à la question « (Sans compter les séjours dans un établissement de santé) au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone un médecin de famille ou un omnipraticien, un spécialiste de la vue ou un autre médecin pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux? » Les réponses étaient groupées en deux catégories, de 0 à 6 visites et 7 visites ou plus.

On a demandé aux participants si, au cours des 12 derniers mois, il y avait eu un moment où ils avaient cru avoir eu besoin de soins de santé pour des troubles physiques mais ne les avaient pas obtenus.

Dans le 3^e cycle (1998-1999), l'ENSP a eu recours à la méthode de l'enquête sur la santé communautaire du *Kaiser Permanente Center for Health Research*⁶⁸ pour déterminer les attitudes sur le fait de se soigner soi-même. Les personnes de 18 ans et plus ont été invitées à répondre aux cinq énoncés suivants en donnant leur opinion sur une échelle de 1 à 5, de « tout à fait d'accord » (1) à « entièrement en désaccord » (5) :

- Je préfère les médecins qui me donnent des choix ou des options et qui me laissent décider moi-même quoi faire (codage inversé).
- Les patients ne devraient jamais remettre en question l'autorité du médecin.

- Je préfère que le médecin assume l'entière responsabilité pour mes soins médicaux.
- De façon générale, à l'exception d'une maladie grave, il vaut mieux prendre soin de sa propre santé que de consulter un médecin (codage inversé).
- Il est presque toujours préférable de consulter un médecin que d'essayer de se soigner soi-même.

Les valeurs ont été recodées de 0 à 4, avec codage inversé dans les deux cas précisés ci-dessus, après quoi on les a ramenées avec une cotation sur un indice de 0 à 20, 0 correspondant à la préférence de s'en remettre à un médecin et 20 à celle de se soigner soi-même. Tous les participants ayant un indice de 15 ou plus (22,1 %) étaient considérés comme préférant se soigner eux-mêmes.

L'utilisation de *pilules contraceptives* a été déterminée en demandant aux jeunes filles et aux femmes de 12 à 49 ans : « Au cours du dernier mois, avez-vous pris des pilules contraceptives? »

Les participants étaient considérés comme ayant une *restriction d'activité* s'ils avaient répondu que, en raison d'un problème physique

ou mental ou d'un problème de santé de longue durée, ils étaient limités dans le type ou la quantité des activités qu'ils pouvaient accomplir à la maison, à l'école ou au travail ou dans d'autres activités comme le transport pour aller travailler ou aller à l'école et en revenir, ainsi que dans leurs activités de loisirs. On entend par problème de santé de longue durée un état qui persiste ou devrait persister 6 mois ou plus.

Les *jours d'incapacité* s'entendent du nombre de jours pendant la période de deux semaines précédant leur interview de l'ENSP durant lesquels les répondants ont été alités ou ont dû réduire leurs activités en raison d'une maladie ou d'une blessure.

On a demandé aux participants s'ils étaient habituellement *sans douleurs ou malaises*. On leur a aussi posé des questions sur les médicaments sur ordonnance ou non qu'ils avaient pris au cours de la dernière année (bien que la raison de la consommation de ces médicaments soit inconnue). Les analgésiques comme l'acide acétylsalicylique, l'acétaminophène, la codéine, le Demerol® et la morphine ainsi que les antidépresseurs sont considérés pour cette analyse.

Tableau A

Prévalence de la migraine pour certains facteurs socio-démographiques et pour diverses caractéristiques de la santé, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 et 1996-1997

	1994-1995			1996-1997		
	Taille de l'échantillon	Population estimative	Prévalence de la migraine	Taille de l'échantillon	Population estimative	Prévalence de la migraine
		en milliers	%		en milliers	%
Total	1 366	1 737	7,3	5 804	1 915	7,8
Sexe						
Hommes	346	510	4,3	1 414	515	4,3
Femmes	1 020	1 226	10,1**	4 390	1 400	11,2**
Groupe d'âge						
12 à 24 ans	230	322	6,3	838	296	5,8
25 à 39 ans	487	594	8,1	2 176	695	9,6
40 à 54 ans	388	538	9,3	1 753	619	9,9
55 à 69 ans	175	200	5,6	754	232	6,3
70 ans et plus	86	80	3,7	283	71	3,2
Race						
Blanc	1 279	1 594	7,4	5 392	1 752	8,0*
Non-Blancs	84	131	5,8	386	156	6,3
Éducation						
Études secondaires ou moins	446	529	6,6	1 916	597	7,4
Études postsecondaires partielles ou plus	687	882	8,2**	3 017	1 013	9,0**
Revenu du ménage						
Faible	366	327	8,0	1 068	297	9,2†
Faible-moyen	390	491	7,2	1 322	500	8,1
Moyen-élevé	426	609	7,5	1 695	627	7,9
Élevé	139	241	6,6	636	220	7,1
Fumeur/fumeuse quotidiennement (à un moment quelconque)						
Oui	790	944	8,1**	3 082	1 009	8,8**
Non	575	791	6,5	2 707	902	6,9
Consommation d'alcool						
Régulièrement	632	867	6,6	2 695	942	7,3
À l'occasion/auparavant/jamais	732	868	8,0**	3 064	962	8,5**
Épisode dépressif majeur						
Oui	214	249	19,9**	639	190	19,1**
Non	1 103	1 397	6,6	4 948	1 634	7,2

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillons transversaux, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

Nota : Les données faisant défaut pour certaines variables, la somme des données peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Toutes les comparaisons par paires sont significatives, sauf les comparaisons entre les 12 à 24 ans et les 55 à 69 ans, entre les 25 à 39 ans et les 40 à 54 ans en 1994-1995 et en 1996-1997, et entre les 12 à 24 ans et les 25 à 39 ans, ainsi qu'entre les 55 à 69 ans et les 70 ans et plus en 1994-1995 ($p \leq 0,01$, données corrigées pour tenir compte des comparaisons multiples).

† Significativement plus élevé que le taux pour le groupe de revenu « élevé » ($p \leq 0,05$, données corrigées pour tenir compte des comparaisons multiples).

* Significativement plus élevé que le taux pour l'autre dimension de la catégorie ($p \leq 0,05$).

** Significativement plus élevé que le taux pour l'autre dimension de la catégorie ($p \leq 0,01$).

Tableau B

Certains indicateurs de la santé et consommation de médicaments, migraineux et non-migraineux, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 et 1996-1997

	1994-1995		1996-1997	
	Migraineux	Non-migraineux	Migraineux	Non-migraineux
Restriction de l'activité (%)	34,1**	15,0	24,5**	12,0
Habituellement sans douleurs ou malaises (%)	66,9**	84,4	73,1**	88,0
Au cours des deux dernières semaines :				
ont réduit leurs activités (%)	26,4**	11,1	18,8**	9,3
sont restés alités (%)	15,4**	6,2	12,7**	5,3
nombre moyen de jours d'incapacité	2,1**	0,8	1,6**	0,8
Au cours du dernier mois, ont pris :				
des analgésiques (%)	87,5**	59,3	85,5**	62,3
de la codéine/du Demerol®/de la morphine (%)	15,2**	3,4	15,3**	3,7
des antidépresseurs (%)	7,5**	2,4	9,5**	3,0

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillons transversaux, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

** Significativement plus élevé que le taux pour les non-migraineux ($p \leq 0,01$).

Tableau C

Utilisation des soins de santé et attitudes des migraineux et des non-migraineux, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 et 1996-1997

	1994-1995		1996-1997	
	Migraineux	Non-migraineux	Migraineux	Non-migraineux
				%
Au moins sept consultations de professionnels de la santé au cours des 12 mois précédents	34,5**	17,2	31,7**	14,6
Séjour à l'hôpital au cours des 12 mois précédents [†]	11,0**	7,6	9,9**	6,8
Ont eu besoin de soins pour un problème physique au cours des 12 mois précédents, mais ne les ont pas obtenus	6,5**	2,6	9,1**	3,6
Préfèrent se soigner eux-mêmes plutôt que consulter un médecin [‡]

Source des données : Enquête nationale sur la population, échantillons transversaux, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

[†] Les femmes ayant un enfant de moins d'un an sont exclues, étant donné qu'elles auraient probablement passé au moins 24 heures à l'hôpital pour l'accouchement. \pm 18 ans et plus.

** Significativement plus élevé que le taux pour les non-migraineux ($p \leq 0,01$).

.. Nombres non disponibles.

Tableau D

Certains problèmes de santé des migraineux et des non-migraineux, selon le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 et 1996-1997

	1994-1995		1996-1997	
	Migraineux	Non-migraineux	Migraineux	Non-migraineux
	%	%	%	%
Problèmes de santé chroniques				
Allergies alimentaires				
Femmes	14,2**	5,8	15,9**	7,6
Hommes	9,8***	4,1	14,5***	4,6
Autres allergies				
Femmes	35,2**	17,4	39,6**	24,3
Hommes	18,5	16	25,4**	18,3
Asthme				
Femmes	13,6**	6,0	14,1**	7,7
Hommes	5,6†	6,2	8,9*	5,9
Arthrite ou rhumatisme				
Femmes	21,0**	15,2	23,7**	17,1
Hommes	17,0**	9,2	14,3**	9,5
Maux de dos autres que l'arthrite				
Femmes	30,9**	12,1	27,1**	13,4
Hommes	32,6**	13,1	23,9**	12,9
Hypertension				
Femmes	11,7	9,8	11,0	11,4
Hommes	9,7†	7,2	11,5	8,6
Bronchite chronique ou emphysème				
Femmes	8,3**	3,3	6,6**	2,9
Hommes	5,7†*	2,3	4,3†*	2,2
Sinusite				
Femmes	14,8**	4,2	12,8**	4,8
Hommes	13,4†**	2,7	8,1†**	3,2
Ulcères d'estomac ou intestinaux				
Femmes	8,5**	2,9	5,6**	2,5
Hommes	9,4†**	2,9	4,5**	2,5
Au moins trois problèmes de santé chroniques (autres que la migraine)				
Femmes	26,7**	10,4	27,2**	12,8
Hommes	18,6**	7,1	16,4**	7,3
Épisode dépressif majeur				
Femmes	17,2**	6,3	11,7**	4,8
Hommes	9,8**	3,4	6,8**	2,7

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillons transversaux, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

† Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

* Significativement plus élevé que le taux pour les non-migraineux ($p \leq 0,05$).

** Significativement plus élevé que le taux pour les non-migraineux ($p \leq 0,01$).