

# Présentation d'un modèle de traitement de la migraine au Canada



# Table des matières

**3**

**Principales conclusions**

**4**

**Des renseignements pertinents**

**5**

**Possibilité de développer un modèle de soins pour la migraine**

**8**

**Le modèle de soins de la migraine**

**15**

**Considérations relatives à la mise en œuvre**

**17**

**Annexe A**  
**Méthodologie**

**18**

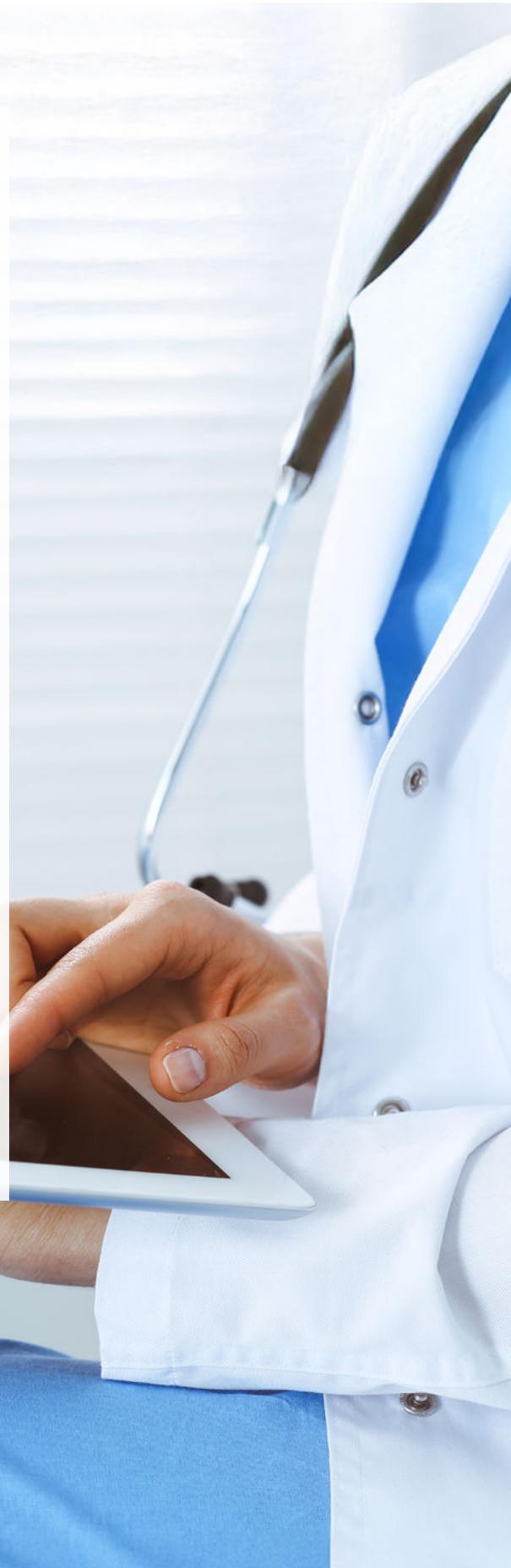
**Annexe B**  
**Thèmes des séances de dialogue avec les patients**

**20**

**Annexe C**  
**Bibliographie**

## Principales conclusions

- Les patients participants nous ont dit que les personnes souffrant de migraines ont du mal à accéder aux soins et qu'elles assument trop souvent l'entière responsabilité de naviguer dans le système par elles-mêmes, de s'informer sur les soins qui pourraient leur convenir et de faire pression pour accéder à ces soins.
- Les patients et les prestataires de soins de santé nous ont dit que le système de traitement de la migraine est inondé de diagnostics erronés, d'incohérences dans la gestion de la migraine et d'un manque d'éducation, de sensibilisation et de ressources pour les praticiens qui cherchent à fournir des soins pour la gestion de la migraine.
- Sur la base de ces lacunes, nous proposons un modèle de soins centré sur la personne afin d'améliorer le traitement de la migraine : soulager la douleur, minimiser les perturbations et aider les personnes à faire ce qui compte le plus pour elles.
- La mise en œuvre de ce modèle exige une meilleure planification du système afin de garantir les bons soins au bon moment, pour que les patients puissent passer sans problème des services de soins primaires aux services de soins spécialisés. Un élément clé de la mise en œuvre est d'aider les gens à comprendre quand et comment se faire soigner.
- Or, l'éducation sur la migraine présente des lacunes. Pour combler ce manque de compréhension, il faut sensibiliser les gens au fait que la migraine est un trouble cérébral et clarifier les options de soins disponibles.
- Pour renforcer la prise en charge de la migraine et accroître les capacités des praticiens, il est prouvé que les équipes interprofessionnelles sont utiles aux professionnels de la santé.
- Les décideurs doivent également mettre en évidence l'impact total de la migraine et les leviers politiques et financiers susceptibles de réduire son coût social et économique.



# Des renseignements pertinents

Pour faire progresser la mise en œuvre du modèle de traitement de la migraine, cinq considérations essentielles sont apparues :

**1. Transfert de soins entre les niveaux de soins et à l'intérieur de ceux-ci :**

Des structures et du soutien sont nécessaires pour permettre les transitions entre les différents niveaux de soins, afin que les patients reçoivent les bons soins au bon moment. Pour faciliter le transfert des soins, il faut notamment disposer de directives et normes claires et harmonisées pour les prestataires (p. ex., boîtes à outils, aides à la décision intégrées dans les flux de travail et dossiers médicaux électroniques [DME]), renforcer la capacité et l'aisance des prestataires de soins primaires à fournir des soins aux personnes souffrant de migraines, identifier et rendre opérationnels les défenseurs des traitements contre les céphalées/migraines (p. ex., télémentorat, consultations brèves, conseillers), trouver des solutions efficaces dans le cadre du processus d'orientation et créer des ressources pour les patients afin de les aider à s'orienter (p. ex., imprimés, agents conversationnels IA). Ces soutiens faciliteront les transitions entre le point d'accès initial et le bon endroit dans le système, entre les soins primaires et les soins spécialisés, et entre les soins spécialisés et les soins primaires.

**2. Interaction avec les modèles de financement :**

Idéalement, un modèle de soins pourrait s'appliquer sans effort à différents modèles de financement afin de soutenir l'ensemble des soins liés à la migraine. Cependant, il existe aujourd'hui de nombreux obstacles à ce type de modèle interprofessionnel. Parmi les problèmes à résoudre, citons l'exigence actuelle d'obtenir une ordonnance d'un neurologue (plutôt que d'une infirmière praticienne ou d'un prestataire de soins primaires) pour recevoir un remboursement d'assurance; les pénalités pour les patients qui sont vus par un autre médecin de famille pour les maux de tête que celui où ils sont inscrits; et la possibilité limitée de transférer les responsabilités administratives au sein d'une équipe multidisciplinaire (p. ex., pharmacien et infirmière praticienne) afin d'optimiser le temps consacré aux soins d'un spécialiste.

**3. Couverture des médicaments et des appareils de traitement :** Les défenseurs peuvent travailler avec les assureurs pour mettre à jour les critères, moderniser les listes de médicaments et de dispositifs couverts

et supprimer les étapes administratives qui ne sont pas alignées sur les modèles de pratique (p. ex., les autorisations de spécialistes pour les médicaments prescrits en soins primaires) afin que le coût pour les personnes atteintes de migraines soit moins un obstacle à l'accès aux soins fondés sur des données probantes et recommandés par les lignes directrices.

**4. Éducation des patients :** Pour jouer un rôle actif au sein de leur équipe soignante, les patients ont besoin de ressources actualisées qui reflètent les plus récentes données et connaissances. Les prestataires de soins de santé peuvent fournir du matériel de soutien (p. ex., une liste de questions clés que les patients devraient poser à leurs prestataires) et intégrer ces outils dans les flux de travail de la pratique (p. ex., le prestataire ajoute des notes sur la migraine dans le DME et un document de ressource imprimable est fourni pour être téléchargé ou envoyé par courriel). Les outils émergents tels que l'IA peuvent être utilisés pour résumer et réécrire les données probantes dans un style adapté aux patients, ainsi que pour faciliter la navigation dans le système. L'engagement par l'intermédiaire de groupes ou réseaux de patients plus représentatifs au niveau provincial permettra d'apporter aux patients des différentes régions du Canada un soutien plus concret et plus spécifique aux systèmes de santé.

**5. Capacité et formation des prestataires de soins de santé :** Le développement des capacités et la formation des prestataires de soins de santé peuvent inclure la création de boîtes à outils ou de fiches de conseils alignées sur l'ensemble du continuum de soins; des normes et des plans d'amélioration de la qualité mis en œuvre au niveau régional pour des soins plus cohérents, centrés sur la personne et efficaces; des possibilités d'utiliser des outils d'IA pour aider les prestataires à proposer les meilleures options de médication et de traitement en fonction des caractéristiques particulières du patient; et l'exploitation des possibilités de formation existantes en matière de santé pour inclure la migraine.

## Possibilité de développer un modèle de soins pour la migraine

Un modèle de soins pour la migraine au Canada devrait mettre l'accent sur les composantes fondamentales (p. ex., les principes, les approches et les structures) nécessaires pour fournir des soins axés sur les résultats et centrés sur la personne dans l'ensemble du pays. Les systèmes de santé canadiens ne disposent pas d'un tel modèle pour élaborer des programmes, organiser des ressources, structurer des aides ou allouer des fonds. Il en résulte une approche disparate du traitement de la migraine, de sorte que les patients reçoivent des soins qui ne répondent pas à leurs besoins. Les défenseurs des patients et les professionnels de la santé avec lesquels nous nous sommes entretenus nous ont dit que le système actuel ne répondait pas aux besoins des personnes souffrant de migraine. Nous pouvons faire mieux.

La Canadian Headache Society (CHS) a demandé au Conference Board du Canada (CBoC) d'établir un modèle proposé pour la prestation de soins aux personnes atteintes de migraines qui pourrait être appliqué à l'ensemble des systèmes de santé canadiens. Notre recherche s'est appuyée sur la littérature, quatre séances de dialogue avec un total de 20 personnes souffrant de migraines, et une table ronde avec 14 professionnels de la santé et leaders ayant une expertise dans le traitement de la migraine et la mise en place de systèmes de santé. (Voir l'annexe A, Méthodologie.)



### Qu'est-ce qu'un modèle de soins?

Un modèle de soins est une conception globale de la prestation des services de santé. Il comprend des éléments et des principes fondamentaux. Il est façonné par des modèles théoriques et des cadres conceptuels, des pratiques fondées sur des données probantes et des normes ou lignes directrices définies. Il peut être créé pour être appliqué au niveau d'un système, d'une région ou d'une la pratique.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Davidson et autres, « Beyond the rhetoric ».

## La migraine au Canada

De nombreux Canadiens souffrent de migraine, et la migraine reste l'une des principales causes d'invalidité dans le monde. Des études ont estimé que la prévalence des migraines au Canada se situait entre 8 % et 26 %. Ces valeurs sont probablement sous-estimées, car de nombreuses personnes ne consultent pas pour traiter leurs symptômes et la migraine reste un trouble sous-diagnostiqué et sous-traité.

Les personnes souffrant de migraine sont confrontées à des crises de maux de tête récurrentes et invalidantes, accompagnées d'autres symptômes notables, comme des nausées, des vomissements, de la photophobie et de la phonophobie. Certains patients peuvent également présenter des symptômes visuels, sensoriels, linguistiques et autres symptômes neurologiques. La migraine est souvent classée comme épisodique ou chronique, selon la fréquence des jours de maux de tête dans un mois donné.

La migraine entraîne des charges personnelles et socioéconomiques, notamment de la douleur, une incapacité et la diminution de la qualité de vie.<sup>2</sup> Des disparités sont observées au niveau de la douleur et du handicap, de l'accès aux soins et de la qualité des soins liés à la migraine parmi les groupes marginalisés et mal desservis.<sup>3</sup> Les personnes souffrant de migraine présentent souvent des comorbidités, notamment la dépression, les maladies cardiovasculaires et l'anxiété.<sup>4</sup> Environ 90 % des personnes souffrant de migraine font état d'une douleur modérée à sévère, 75 % d'une altération des fonctions et 33 % d'un besoin de repos au lit pendant une crise de migraine.<sup>5</sup> La migraine constitue un obstacle aux relations, à l'éducation, à la carrière et à bien d'autres activités utiles.

Le coût économique de la migraine implique une forte utilisation du système de santé (p. ex., visites aux prestataires de soins primaires, aux spécialistes et au service des urgences) et une perte de productivité (p. ex., absentéisme et chômage).<sup>6</sup> Une étude réalisée en 2025 a estimé le coût de la migraine pour le payeur public de l'Ontario à 1,1 milliard de dollars sur deux ans.<sup>7</sup>

Une étude de cohorte sur six ans en Alberta a montré que plus de 20 % des personnes souffrant de migraine se sont rendues dans un service d'urgence pour cette raison pendant la durée de l'étude.<sup>8</sup> Les chercheurs ont également constaté une sous-utilisation des médicaments d'urgence et préventifs et une surutilisation des opioïdes.<sup>9</sup> Il est probable que l'on retrouve des schémas similaires dans toutes les provinces du pays, compte tenu des lacunes actuelles dans la prestation des soins pour la migraine à travers le Canada.

## Les défis de la prestation de soins

Au Canada, les personnes souffrant de migraine reçoivent des soins efficaces grâce à des traitements d'urgence et préventifs, à la fois pharmacologiques et non pharmacologiques (p. ex., la neuromodulation, la thérapie cognitivo-comportementale et la modification du mode de vie).<sup>10</sup> Il existe également des spécialistes et des non-spécialistes hautement qualifiés qui fournissent des soins spécifiques pour la gestion des migraines. Il s'agit notamment de neurologues, de médecins de famille et de médecins urgentistes, d'infirmières et d'infirmières praticiennes, de pharmaciens et de praticiens paramédicaux.

2 Graves et autres, « Epidemiology and treatment utilization ».

3 Befus et autres, « A Critical Exploration of Migraine ».

4 Graves et autres, « Migraine Treatment and Healthcare Resource Utilization ».

5 Lipton et autres, « Migraine prevalence, disease burden ».

6 Amoozegar et autres, « The Burden of Illness of Migraine »; Zhang et autres, « The relationship between chronic conditions »; Graves et autres, « Migraine Treatment and Healthcare Resource Utilization »; Cooke et autres, « Migraine Prevalence, Treatment and Impact »; et Lay et autres, « Real-World Healthcare Utilization ».

7 Lay et autres, « Real-World Healthcare Utilization ».

8 Graves et autres, « Migraine Treatment and Healthcare Resource Utilization ».

9 Graves et autres.

10 Tzankova et autres, « Diagnosis and acute management »; Tzankova et autres, « Pharmacologic prevention of migraine »; Medrea et autres, « Updated Canadian Headache Society Migraine Prevention Guideline »; Becker et autres, « Guideline for primary care management »; et Cortel-LeBlanc et autres, « Managing and Preventing Migraine ».

Les soins sont dispensés par des cliniques spécialisées dans les céphalées, des cliniques et des cabinets non spécialisés, des pharmacies et des services d'urgence. Cependant, l'impossibilité d'accéder au bon niveau de soins en temps opportun est un obstacle auquel se heurtent de nombreuses personnes souffrant de migraine.<sup>11</sup>

Les patients nous ont dit que les personnes souffrant de migraines ont du mal à accéder aux soins et qu'elles assument trop souvent l'entière responsabilité de naviguer dans le système par elles-mêmes, de s'informer sur les soins qui pourraient leur convenir et de faire pression pour accéder à ces soins. En outre, même lorsqu'elles accèdent au système de santé pour le traitement de la migraine, elles sont confrontées à des diagnostics erronés<sup>12</sup> ainsi qu'à des incohérences dans la gestion de la migraine.<sup>13</sup>

Le parcours des patients est difficile; or, les prestataires de soins de santé nous ont dit qu'ils avaient, eux aussi, de la difficulté à savoir comment bien soigner les personnes souffrant de migraine. Parmi les difficultés rencontrées, citons le manque de formation sur la migraine, la méconnaissance de leur rôle dans la gestion des migraines, et le manque de temps et de ressources pour prendre en charge les patients souffrant de migraines (y compris les comorbidités<sup>14</sup> et les fluctuations et la variabilité intra-patient<sup>15</sup>).

La gestion des frais qui sont ou non à la charge des patients, l'inaccessibilité des traitements recommandés par les lignes directrices dans chaque juridiction et ne pas pouvoir prescrire certains traitements constituent d'autres défis.

Il est bien connu que les systèmes de santé du Canada peinent à répondre aux besoins de la population, comme en témoignent l'incapacité de nombreux Canadiens d'accéder à des prestataires de soins primaires<sup>16</sup> et les longs délais d'attente pour consulter des spécialistes.<sup>17</sup> Ces obstacles ne sont pas répartis uniformément dans tout le pays : les Canadiens vivant dans des communautés rurales ou mixtes sont moins susceptibles que ceux vivant dans des zones urbaines de consulter un médecin de famille ou un spécialiste.<sup>18</sup> Les soins sont également fragmentés entre les prestataires, ce qui rend la navigation dans le système difficile et contraignante autant pour les patients que pour les prestataires.

Un modèle pancanadien en la matière favoriserait une meilleure gestion de la migraine.

11 Kiarashi et autres, « Factors Associated With, and Mitigation Strategies »; Lanteri-Minet et autres, « Characterizing barriers to care »; et Migraine Canada, « Migraine in Canada ».

12 Lipton et autres, « Patterns of health care utilization ».

13 Lay et autres, « Real-World Healthcare Utilization »; et Graves et autres, « Migraine Treatment and Healthcare Resource Utilization ».

14 Graves et autres, « Epidemiology and treatment utilization »; et Sanderson et autres, « Headache-related health resource utilisation ».

15 Rosignoli et autres, « Applying a biopsychosocial model to migraine ».

16 Institut canadien d'information sur la santé, Accès aux soins primaires.

17 Liddy et autres, « How long are Canadians waiting to access specialty care? »

18 Clark et autres, « Healthcare utilisation among Canadian adults ».

# Le modèle de soins de la migraine

Le modèle de soins pour la migraine au Canada que nous proposons est décrit au graphique 1.

## Modèle pancanadien de soins pour la migraine

Le modèle est axé sur la personne.

La gestion de la migraine comprend trois éléments :

- des services offerts par le système de soins de santé
- l'autogestion et la défense d'intérêts par la personne souffrant de migraine
- le soutien de l'environnement social au sens large

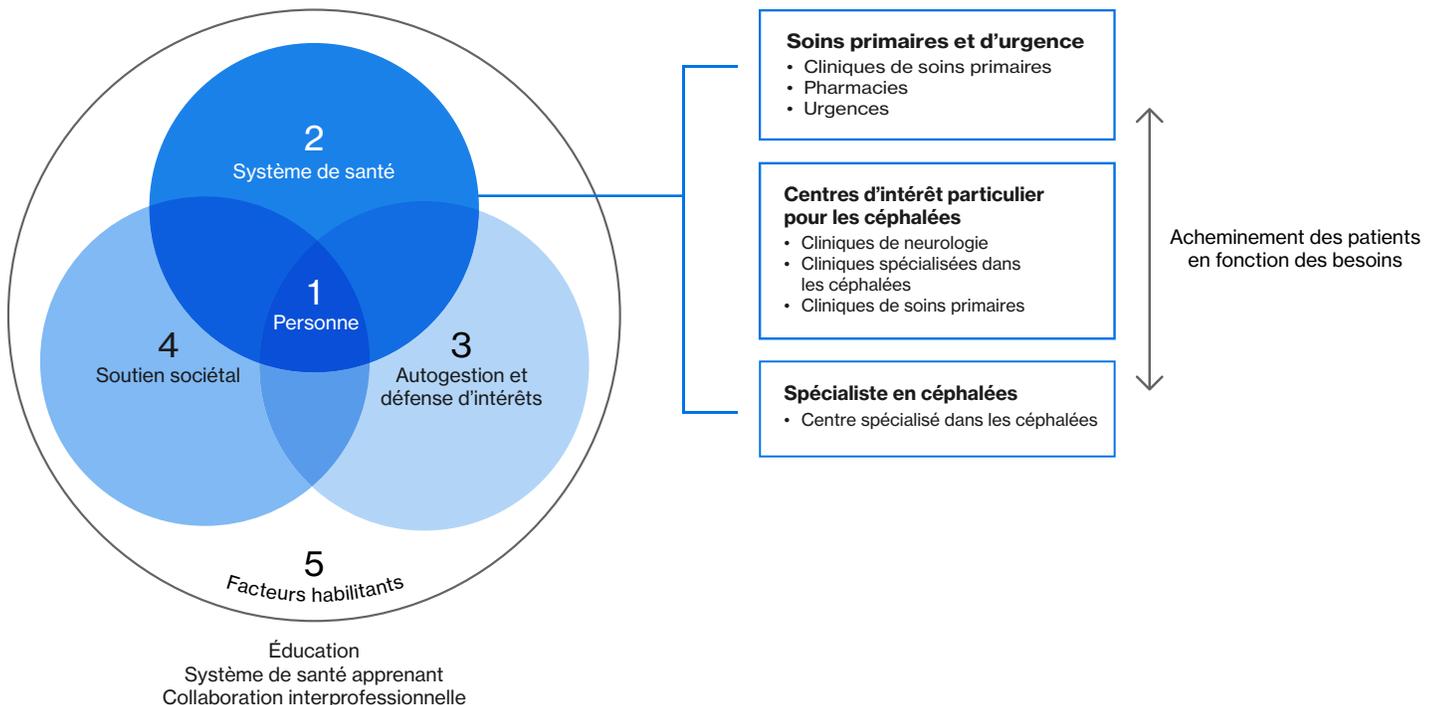
Individuellement, chaque composante joue un rôle important. Ensemble, ces composantes forment un système permettant de réduire la douleur et la souffrance, de soutenir le fonctionnement quotidien et d'apporter une plus grande stabilité dans la vie des personnes souffrant de migraine.

Plusieurs facteurs clés sont nécessaires pour habilitier l'adoption d'un tel modèle de soins :

- renforcer l'éducation des patients, du public et des prestataires de soins en ce qui concerne la migraine;
- Intégrer une approche de système de santé axée sur l'apprentissage;
- adopter une approche de collaboration interprofessionnelle.

### Graphique 1

Un modèle pancanadien de soins pour la migraine place la personne au centre des composantes du système de santé, de l'autogestion et du soutien sociétal



Source : Le Conference Board du Canada.

## Composantes du modèle de soins

### 1. La personne au centre

Le modèle de soins de la migraine permet d'obtenir les résultats qui importent le plus pour les personnes vivant avec la migraine, en plaçant leurs besoins au centre des préoccupations. Une approche de soins axée sur la personne fait passer l'organisation et la prestation de soins d'une approche centrée sur la maladie, sur le prestataire ou sur le système à une approche centrée sur la perspective et sur les objectifs de la personne souffrant de migraine.<sup>19</sup>

Nous avons organisé quatre séances de dialogue avec 20 patients souffrant de migraines. Nous avons entendu dire que le modèle devrait :

- aider la personne à accéder efficacement et systématiquement à des soins fondés sur des données probantes;
- fournir des soins d'une manière qui n'aggrave pas les perturbations liées à ce trouble.

Pour en savoir plus sur la méthodologie des séances de dialogue avec les patients et sur les thèmes identifiés par notre analyse qualitative, voir les annexes A et B.

« Être bien géré signifie travailler en étroite collaboration et en partenariat avec un prestataire de soins médicaux pour fixer des objectifs et les atteindre. Dans cette relation de coopération, des objectifs à court terme, à moyen terme ou à long terme sont établis conjointement. Le médecin vous suit vraiment et travaille avec vous pour atteindre les objectifs en tous points. »

#### Patient participant

Dans le cadre d'une approche centrée sur la personne, le traitement de la migraine comprend les éléments suivants<sup>20</sup> :

- Système de santé : soins d'urgence et préventifs fondés sur des données probantes et guidés par des lignes directrices, ainsi que gestion des troubles physiques et mentaux concomitants;
- Autogestion et défense d'intérêts du patient : autogestion par le patient des facteurs comportementaux et environnementaux, navigation dans les soins et défense d'intérêts;
- Soutien sociétal : soutien et reconnaissance par la société (p. ex., adaptation du lieu de travail, couverture d'assurance).

### 2. Prestation de soins de santé et organisation du système

#### Identification et diagnostic de la migraine

L'entrée dans le système de santé pour la migraine peut se faire à différents endroits du système, que ce soit dans une clinique de soins primaires, une clinique de neurologie, aux urgences ou dans une pharmacie locale. Peu importe où un patient atteint de migraine se présente pour la première fois, il doit pouvoir accéder au niveau de soins approprié. Il devrait y avoir un processus clair et une capacité dans le système pour que cela se produise.

Les organes de gouvernance peuvent aider les prestataires de soins de santé à être des points d'accès pour les patients et promouvoir une plus grande intégration du système en clarifiant les processus d'orientation et en rendant les conditions d'orientation plus uniformes d'une juridiction à l'autre.

<sup>19</sup> Grudniewicz et autres, « Operationalizing the Chronic Care Model ».

<sup>20</sup> Becker et autres, « Guideline for primary care management »; Medrea et autres, « Updated Canadian Headache Society Migraine Prevention Guideline »; Tzankova et autres, « Diagnosis and acute management »; et Tzankova et autres, « Pharmacologic prevention of migraine ».

Reconnaître les céphalées et diagnostiquer la migraine selon des critères internationalement reconnus<sup>21</sup> est une première étape cruciale. Les différents points d'entrée doivent être capables de le faire, afin de réduire les renvois inutiles, d'atténuer la charge de temps et de coûts associée à la recherche de soins et de traitement appropriés pour le patient, et d'améliorer la qualité de vie du patient.

« Parce que je n'ai pas reçu le traitement nécessaire assez vite, même si j'ai reçu une orientation vers la clinique spécialisée en céphalées, il était déjà un peu trop tard. »

#### **Patient participant**

La sensibilisation et l'éducation des patients et des professionnels de la santé aux céphalées peuvent mener à un diagnostic plus précoce et plus précis et à un traitement plus efficace.<sup>22</sup> Il existe des lignes directrices canadiennes pour le diagnostic de la migraine, la prise en charge d'urgence et la prise en charge préventive<sup>23</sup>. De plus, des ressources éducatives sont disponibles et promues auprès des professionnels de la santé et des patients par CHS, Migraine Canada, Migraine Québec et la Canadian Migraine Society. Cependant, les patients nous ont dit que les prestataires de soins avec lesquels ils étaient en contact ne semblaient pas connaître ces ressources.

#### **Accéder au bon niveau de soins au bon moment**

Le modèle de soins pour la migraine souligne l'importance pour les personnes d'accéder aux soins au niveau approprié et d'avoir des conseils et des systèmes en place pour passer fluidement d'un niveau à l'autre.

Au Canada, comme dans de nombreux autres pays, la prise en charge des céphalées est organisée en trois niveaux<sup>24</sup> :

- **Niveau 1** : Cliniques de soins primaires avec des médecins ou des infirmières praticiennes, certaines cliniques disposant d'infirmières, de pharmaciens, de diététiciens et d'autres services; pharmacies; services d'urgence.
- **Niveau 2** : Cliniques de neurologie ou cliniques de céphalées avec un prestataire de soins de santé qui s'intéresse aux céphalées en particulier et qui a des connaissances en la matière (considérées comme des soins primaires ou secondaires).
- **Niveau 3** : Centres spécialisés dans les céphalées, avec un spécialiste des céphalées et parfois des soins multidisciplinaires offerts par d'autres professionnels de la santé, tels que des infirmières, des psychologues et des physiothérapeutes (considérés comme des soins tertiaires ou quaternaires).

Une étude internationale basée sur des comparaisons entre pays et un consensus d'experts suggère que si un système dispose de ressources adéquates à tous les niveaux, le niveau 1 pourrait répondre à 90 % des besoins des patients, le niveau 2 à 9 % et le niveau 3 au 1 % restant.<sup>25</sup> Cependant, la réalité est que de nombreux Canadiens n'ont pas accès à un prestataire de soins primaires régulier<sup>26</sup> et que notre système est confronté à une pénurie substantielle de médecins de famille et d'infirmières praticiennes,<sup>27</sup> ce qui affecte ces proportions.

21 Headache Classification Committee of the International Headache Society, « The International Classification of Headache Disorders ».

22 Becker et autres, « Migraine Prevalence, Diagnosis, and Disability ».

23 Tzankova et autres, « Diagnosis and acute management ».

24 Steiner et autres, « Structured headache services ».

25 Steiner et autres, « Recommendations for headache service organisation ».

26 Institut canadien d'information sur la santé, Accès aux soins primaires.

27 Santé Canada, « Les soins offerts aux Canadiens ».

Un manque de capacité de soins primaires (y compris les limites en termes de connaissances et de nombre de prestataires) empêche non seulement les patients de recevoir des soins primaires appropriés, mais crée également un obstacle pour le retour des patients au niveau 1 après la consultation des spécialistes, à un niveau où leurs soins seraient gérés de manière plus appropriée. Les patients qui sortent de soins spécialisés sans avoir ensuite accès aux soins primaires peuvent devenir orphelins. Cela signifie qu'ils ne peuvent plus bénéficier de niveaux de soins plus élevés, mais qu'ils ne peuvent pas non plus accéder au soutien des niveaux inférieurs pour les aider à gérer la migraine.

Passer d'un niveau de soins à l'autre crée aussi parfois un décalage dans l'échange d'informations entre les spécialistes et les médecins première ligne. Des instructions claires pour les soins à la maison font souvent défaut pour les patients qui n'ont plus besoin de soins spécialisés. Enfin, des renvois inappropriés ou multiples vers des niveaux supérieurs prolongent l'attente pour les personnes qui ont besoin de soins avancés.

L'élaboration de processus et le respect de lignes directrices pourraient favoriser le transfert sans heurt des patients entre les différents niveaux. Ainsi, le processus d'orientation est un domaine clé à améliorer. Parmi les solutions possibles figure la mise en place de plateformes numériques d'orientation et de systèmes centralisés d'orientation ou de triage.

### 3. Autogestion et défense d'intérêts

La migraine est une affection variable, dynamique et complexe. Sa fréquence, sa durée et sa gravité diffèrent d'un patient à l'autre, comme ses symptômes et l'impact sur la capacité des gens à fonctionner.<sup>28</sup> Les patients ont des antécédents médicaux et des comorbidités différents, des réponses et des préférences individuelles aux traitements, ainsi que des objectifs et des circonstances de vie particuliers.

Les personnes souffrant de migraine sont censées être responsables de l'autogestion des aspects de leur maladie après le diagnostic et sont les principaux navigateurs et coordonnateurs de leurs propres soins.

Les personnes bien informées et autonomisées peuvent mieux gérer leur migraine au quotidien et à long terme, défendent mieux leurs intérêts et participent plus pleinement à leur plan de soins.

Les patients bien informés connaissent les différentes phases de la migraine, comprennent les avantages des thérapies abortives et préventives, et sont conscients que les changements de mode de vie peuvent être bénéfiques. Les patients autonomisés ont une meilleure efficacité personnelle, sont capables de défendre leurs soins et peuvent appliquer les connaissances, les compétences et le soutien nécessaires à la gestion de leur maladie. Une éducation et une autonomisation efficaces améliorent la relation entre le prestataire et le patient, donnent aux patients un plus grand sentiment d'autonomie et de contrôle, augmentent l'adhésion du patient aux plans de soins et, en fin de compte, améliorent la qualité de leur vie.<sup>29</sup>

« Même avec les meilleurs soins, je devais vraiment insister. Une fois que je l'ai fait, j'ai l'impression que [mon prestataire] a vraiment compris et qu'il m'a offert beaucoup d'aide au fil des ans. »

#### Patient participant

### 4. Soutien sociétal

Le soutien sociétal est un élément essentiel de la prise en charge de la migraine.<sup>30</sup> Les patients interrogés sur leur réseau de soutien ont indiqué que la famille et les amis, les groupes de défense des patients et le lieu de travail étaient des éléments importants. Cependant, bien que ces trois éléments soient très importants, ils ont déclaré que la migraine affectait leur capacité à maintenir ces relations ou à interagir optimalement avec ces réseaux.

28 Lipton et autres, « Risk factors for migraine disease progression ».

29 Pescador Ruschel et autres, « Migraine Headache ».

30 D'Amico et autres, « Are Depressive Symptomatology, Self-Efficacy, and Perceived Social Support? »

La famille et les amis constituent un réseau de soutien important pour les personnes souffrant de migraine. Ces groupes soutiennent les changements de mode de vie, interviennent pour demander de l'aide ou assument les responsabilités de la vie.<sup>31</sup> Ils favorisent également les comportements sains, réduisent la solitude et augmentent même l'observance du traitement.<sup>32</sup> Cependant, le rôle du soutien offert par la famille et les amis peut être difficile à gérer.<sup>33</sup>

C'est là que les groupes de patients, de défense et de professionnels, tels que la Canadian Headache Society, Migraine Canada, Migraine Québec et la Canadian Migraine Society, peuvent apporter leur aide. Ces organismes disposent de ressources que les personnes atteintes de migraine et les prestataires de soins peuvent trouver utiles<sup>34</sup>, comme offrir des renseignements fondés sur des données probantes et sur l'expérience, entretenir des réseaux de pairs, organiser des campagnes de sensibilisation, plaider en faveur des soins et soutenir la recherche. Parmi les exemples de ressources, on peut citer les trousseaux d'éducation des patients pour la gestion de la migraine<sup>35</sup>, les programmes d'activités<sup>36</sup> et les groupes de soutien en ligne.<sup>37</sup>

Les lieux de travail offrent un soutien significatif grâce à des assurances médicales qui couvrent les traitements et les soins, des horaires flexibles qui permettent aux personnes souffrant de migraines d'ajuster leurs heures de travail, l'adaptation de l'environnement de travail pour créer des espaces pour les personnes sensibles à la migraine, et des collègues solidaires qui peuvent aider à garantir que les personnes qui souffrent de migraines disposent de réseaux et de ressources pour gérer leurs responsabilités.<sup>38</sup>

Ces aides sont importantes compte tenu de l'impact de la migraine sur la vie professionnelle et la productivité.<sup>39</sup> En l'absence de soutien adéquat, les gens se retrouvent dans l'obligation de quitter leur emploi, de changer de carrière ou de réduire leur temps de travail. Cela a des conséquences personnelles, financières (salaire net et couverture des soins de santé) et émotionnelles.<sup>40</sup>

« J'ai perdu dix ans de carrière à cause de la migraine. J'ai perdu mes avantages sociaux et j'ai perdu l'accès à tous les médicaments que j'aurais pu avoir auparavant. »

#### **Patient participant**

Outre les absences, le présentisme entraîne une perte de productivité. Les personnes souffrant de migraine essaient de travailler, mais sont moins efficaces en raison de la douleur, d'autres symptômes, de l'imprévisibilité des crises, des comorbidités, de l'impact émotionnel, du sous-traitement et du sous-diagnostic, et de la stigmatisation.<sup>41</sup> Les patients participants estiment que le manque de compréhension de la migraine par le grand public rend difficile la demande d'adaptations (p. ex., éclairage faible sur le lieu de travail) qui les aideraient à mieux fonctionner.

La stigmatisation de la migraine est un obstacle au soutien social. Elle empêche les personnes qui en souffrent de chercher de l'aide et les isole encore plus des personnes et des programmes qui pourraient mieux les aider.<sup>42</sup> La stigmatisation trouve son origine dans la méconnaissance de la migraine et conduit les personnes souffrant de migraine à intérioriser la stigmatisation, ce qui engendre des sentiments de honte, de culpabilité et d'isolement.

31 Migraine Canada, « Migraine and relationships ».

32 D'Amico et autres, « Are Depressive Symptomatology, Self-Efficacy, and Perceived Social Support? »

33 Leonardi et autres, « Chapter 2 - Societal and Personal Impact of Migraine »; et Buse et autres, « Life With Migraine ».

34 Migraine Canada, « Migraine and Relationships »; et Canadian Migraine Society, « A Chronic Migraine Primer ».

35 Migraine Canada, « Patient Education Resource Kit ».

36 Migraine Québec, « Programmation d'activités ».

37 Canadian Migraine Society, « Find Support ».

38 Begasse de Dhaem et autres, « Migraine in the workplace ».

39 Leonardi et autres, « Chapter 2 - Societal and Personal Impact of Migraine »; et Buse et autres, « Life With Migraine ».

40 Begasse de Dhaem et autres, « Migraine in the workplace ».

41 Begasse de Dhaem et Sakai.

42 Parikh et autres, « Migraine ».

La stigmatisation est à l'origine de discriminations sur le lieu de travail, dans les soins de santé et dans les relations personnelles.<sup>43</sup> Elle a également un impact sur les structures sociales, telles que les politiques et le financement.<sup>44</sup> Par exemple, malgré la forte prévalence de la migraine et son impact socioéconomique, les professionnels de la santé interrogés nous ont dit qu'il n'existait qu'un nombre limité de formations cliniques consacrées au traitement de la migraine.

## 5. Facteurs habilitants : Facteurs qui favorisent un modèle de soins

### Éducation

L'éducation est un outil transversal nécessaire à l'amélioration des résultats pour les patients.<sup>45</sup> Nous avons entendu dire que le manque de connaissances sur la migraine compromet la capacité de notre système de santé à fournir des soins efficaces aux personnes qui en sont atteintes.

Les prestataires de soins de santé, les patients et leurs réseaux de soutien, les décideurs et la société dans son ensemble ont besoin d'une formation supplémentaire :

- L'amélioration de la formation des prestataires de soins de santé sur la migraine augmenterait la capacité des systèmes de santé à répondre à la demande des patients et à fournir des soins cohérents et de haute qualité.
- L'identification et la diffusion de ressources éducatives réputées et fondées sur des données probantes permettraient aux personnes souffrant de migraine de s'informer sur leur maladie et sur les traitements potentiels ou les changements de mode de vie, afin qu'elles puissent participer de manière significative aux décisions relatives aux soins.
- En recueillant et en partageant de meilleurs renseignements sur le nombre réel de personnes souffrant de migraine au niveau de la population, les décideurs politiques et les responsables des systèmes de santé seront mieux à même d'évaluer avec précision et de satisfaire les demandes d'accès aux soins pour la migraine.



- Une meilleure compréhension des céphalées par le public réduirait la stigmatisation de la migraine et encouragerait un plus grand nombre de personnes souffrant de migraine à chercher des soins ou de l'aide.

« Je pense que ce qui crée de bons soins, c'est une très bonne éducation. »

**Patient participant**

### Le système de santé apprenant

Le modèle de soins pour la migraine comprend une composante de système de santé en apprentissage qui lui permettra d'évoluer et de soutenir la prestation de soins pour la migraine, et de maximiser son utilité. L'approche d'un système de santé apprenant combine la recherche et l'amélioration de la qualité avec les opérations de soins de santé pour la génération, la synthèse, l'assimilation et l'affinement rapides des preuves afin d'améliorer les soins.<sup>46</sup>

« La recherche progresse, mais la communication de la recherche est encore très en retard. »

**Patient participant**

43 Tana et autres, « Health equity, care access and quality in headache ».

44 Parikh et autres, « Migraine ».

45 Smith et autres, « Migraine Education Improves Quality of Life »; et Lagman-Bartolome et autres, « Headache Education Active-Waiting Directive ».

46 Unité de SOUTIEN SRAP de l'Ontario, « Learning Health System ».

Il existe de nombreux domaines à explorer pour l'amélioration de la qualité et les travaux de recherche, qui permettraient d'améliorer le modèle de soins, son adoption et son impact. En voici quelques exemples :

- savoir comment les charges de travail sont actuellement réparties entre les différents niveaux de soins, ce qui permettrait de mesurer l'impact des changements de politique, de pratique et de lignes directrices cliniques;
- comprendre les risques et les avantages, les outils et les mesures de sécurité nécessaires pour que davantage de médicaments contre la migraine (p. ex., les triptans) soient disponibles en vente libre;
- renforcer les stratégies de mobilisation des connaissances pour lutter contre la désinformation en évolution rapide;
- mesurer le retour sur investissement des programmes de soutien à la migraine sur le lieu de travail.

### Collaboration interprofessionnelle

L'efficacité du traitement de la migraine peut être grandement améliorée par une collaboration interprofessionnelle structurée (p. ex., équipes multidisciplinaires) ou non structurée.<sup>47</sup>

De nombreux patients atteints de migraines sont soignés par plusieurs prestataires de soins (neurologues, médecins de première ligne, infirmières, diététiciens, pharmaciens, kinésithérapeutes, acupuncteurs, etc.). Les patients participants ont déclaré que leur équipe de soins comptait de nombreux prestataires différents, mais ils ont souligné que les soins fournis n'étaient souvent pas coordonnés ou séquentiels, ce qui entraîne des retards et introduit le risque de parcours de soins contradictoires.

La collaboration interprofessionnelle permet, par exemple, aux prestataires de soins primaires de faire appel à l'expertise de neurologues ou de spécialistes des maux de tête.

Les infirmières et les psychologues peuvent assurer l'éducation des patients et le soutien en matière de santé mentale, et guider l'utilisation des médicaments. Les pharmaciens peuvent informer les patients, aider à identifier la migraine, assurer la gestion des soins, vérifier le dosage et identifier les interactions médicamenteuses. L'essentiel est que les prestataires de soins de santé mettent en place des mécanismes de communication, de définition d'objectifs communs et de prise de décision éclairée.

La collaboration entre les professions pour l'élaboration et la diffusion d'outils et de conseils, de matériel pédagogique et de ressources renforce leur validité et leur utilité, utilise des principes pratiques pour permettre aux équipes pluridisciplinaires de travailler en collaboration et harmonise le langage et la pratique.



47 Wallasch et autres, « Multidisciplinary integrated headache care »; McCutcheon et autres, « Impact of interprofessional primary care practice »; et Bosch et autres, « Interprofessional collaboration in health care ».

# Considérations relatives à la mise en œuvre

Pour faire progresser la mise en œuvre du modèle de traitement de la migraine, cinq considérations essentielles sont apparues :

## **1. Transfert de soins entre les niveaux de soins et à l'intérieur de ceux-ci :**

Des structures et du soutien sont nécessaires pour permettre les transitions entre les différents niveaux de soins, afin que les patients reçoivent les bons soins au bon moment. Pour faciliter le transfert des soins, il faut notamment disposer de directives et normes claires et harmonisées pour les prestataires (p. ex., boîtes à outils, aides à la décision intégrées dans les flux de travail et dossiers médicaux électroniques [DME]), renforcer la capacité et l'aisance des prestataires de soins primaires à fournir des soins aux personnes souffrant de migraines, identifier et rendre opérationnels les défenseurs des traitements contre les céphalées/migraines (p. ex., télémentorat, consultations brèves, conseillers), trouver des solutions efficaces dans le cadre du processus d'orientation et créer des ressources pour les patients afin de les aider à s'orienter (p. ex., imprimés, agents conversationnels IA). Ces soutiens faciliteront les transitions entre le point d'accès initial et le bon endroit dans le système, entre les soins primaires et les soins spécialisés, et entre les soins spécialisés et les soins primaires.

## **2. Interaction avec les modèles de financement :**

Idéalement, un modèle de soins pourrait s'appliquer sans effort à différents modèles de financement afin de soutenir l'ensemble des soins liés à la migraine. Cependant, il existe aujourd'hui de nombreux obstacles à ce type de modèle interprofessionnel. Parmi les problèmes à résoudre, citons l'exigence actuelle d'obtenir une ordonnance d'un neurologue (plutôt que d'une infirmière praticienne ou d'un prestataire de soins primaires) pour recevoir un remboursement d'assurance; les pénalités pour les patients qui sont vus par un autre médecin de famille pour les maux de tête que celui où ils sont inscrits; et la possibilité limitée de transférer les responsabilités administratives au sein d'une équipe multidisciplinaire (p. ex., pharmacien et infirmière praticienne) afin d'optimiser le temps consacré aux soins d'un spécialiste.

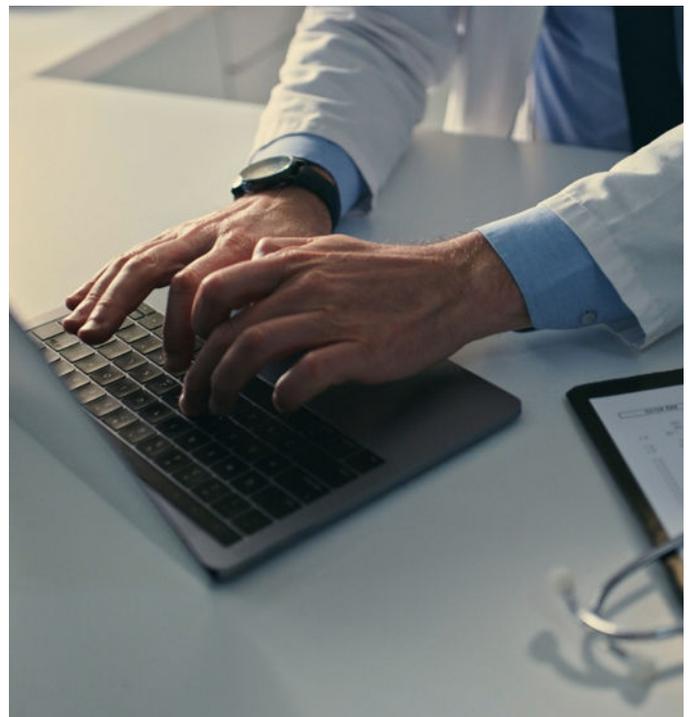
## **3. Couverture des médicaments et des appareils de traitement :**

Les défenseurs peuvent travailler avec les assureurs pour mettre à jour les critères, moderniser les listes de médicaments et de dispositifs couverts et supprimer les étapes administratives qui ne sont pas alignées sur les modèles de pratique (p. ex., les autorisations de spécialistes pour les médicaments prescrits en soins primaires) afin que le coût pour les personnes atteintes de migraines soit moins un obstacle à l'accès aux soins fondés sur des données probantes et recommandés par les lignes directrices.

**4. Éducation des patients :** Pour jouer un rôle actif au sein de leur équipe soignante, les patients ont besoin de ressources actualisées qui reflètent les plus récentes données et connaissances. Les prestataires de soins de santé peuvent fournir du matériel de soutien (p. ex., une liste de questions clés que les patients devraient poser à leurs prestataires) et intégrer ces outils dans les flux de travail de la pratique (p. ex., le prestataire ajoute des notes sur la migraine dans le DME et un document de ressource imprimable est fourni pour être téléchargé ou envoyé par courriel). Les outils émergents tels que l'IA peuvent être utilisés pour résumer et réécrire les données probantes dans un style adapté aux patients, ainsi que pour faciliter la navigation dans le système. L'engagement par l'intermédiaire de groupes ou réseaux de patients plus représentatifs au niveau provincial permettra d'apporter aux patients des différentes régions du Canada un soutien plus concret et plus spécifique aux systèmes de santé.

**5. Capacité et formation des prestataires de soins de santé :** Le développement des capacités et la formation des prestataires de soins de santé peuvent inclure la création de boîtes à outils ou de fiches de conseils alignées sur l'ensemble du continuum de soins; des normes et des plans d'amélioration de la qualité mis en œuvre au niveau régional pour des soins plus cohérents, centrés sur la personne et efficaces; des possibilités d'utiliser des outils d'IA pour aider les prestataires à proposer les meilleures options de médication et de traitement en fonction des caractéristiques particulières du patient; et l'exploitation des possibilités de formation existantes en matière de santé pour inclure la migraine.

Les organisations clés qui sont en mesure d'appliquer les éléments du modèle sont celles qui sont chargées de sensibiliser et de défendre les soins aux personnes atteintes de migraine, qui sont responsables de la formation des prestataires de soins de santé, qui participent à l'élaboration et à la diffusion des normes de pratique et des parcours de soins, et qui sont responsables des décisions en matière de financement et de politique. Les principaux acteurs de la mise en œuvre du modèle sont les patients, les prestataires de soins de santé (médecins de première ligne, infirmières praticiennes, pharmaciens, neurologues) et les décideurs.



## Annexe A

# Méthodologie

## À propos de la recherche

Pour élaborer le modèle de soins, le Conference Board du Canada a cherché à répondre aux questions suivantes :

1. Résultats pour les patients : Quels sont les résultats qui comptent pour les personnes qui souffrent de migraine?
2. Modèles intégrés : Quels sont les éléments d'un modèle de soins pour la migraine?
3. Alignement : Comment les composantes devraient-elles être structurées pour prendre en compte les résultats qui comptent pour les patients?
4. Mise en œuvre : Quels sont les obstacles et les éléments facilitateurs à prendre en compte lors de la mise en œuvre du modèle de soins?

Nous avons examiné la littérature grise et universitaire, organisé des séances de dialogue avec des patients et tenu une table ronde avec des prestataires de soins de santé, des responsables de systèmes et des représentants de l'industrie.

## Méthodes détaillées

### Séances de dialogue avec les patients

Au cours de la première phase du projet, nous avons organisé des groupes de discussion avec des patients afin de comprendre les résultats qui comptent pour les personnes souffrant de migraine. Nous avons suivi la méthodologie du groupe d'expérience développée par le Value Institute for Health and Care de l'Université du Texas à Austin. La méthodologie est basée sur une approche de théorie ancrée qui utilise des méthodes inductives pour générer des idées, réunit des petits groupes de personnes ayant des expériences médicales communes pour discuter de leur expérience vécue, et applique une technique de modération légère pour faciliter la discussion. Notre approche a été examinée et approuvée par Veritas IRB (2024-3626-19415-1).

Nous avons animé quatre séances de dialogue avec 20 patients participants en décembre 2024 et janvier 2025. Ces patients ont été recrutés en Colombie-Britannique, en Ontario, au Québec et en Nouvelle-Écosse. Les membres du comité consultatif de recherche (CCR) du projet ont communiqué des renseignements sur l'étude et les critères d'admissibilité à leurs réseaux de patients. Les participants potentiels ont ensuite contacté la chercheuse principale, qui a répondu aux questions et distribué le formulaire de consentement éclairé. Une fois que les participants potentiels ont confirmé leur consentement, la chercheuse principale les a inscrits à l'une des quatre séances. Tous les participants ont été diagnostiqués comme souffrant de migraine

chronique, mais deux d'entre eux ont également décrit leur expérience lorsque leur migraine était épisodique.

Les séances ont été enregistrées dans Microsoft Teams, transcrites dans Teams (180 pages) et gérées dans NVivo. La chercheuse principale a codé les transcriptions à l'aide de codes ouverts et fermés. Les codes sélectionnés *a priori* étaient basés sur les dimensions des résultats significatifs pour les patients décrits par Liu, Bozic et Teisberg (2017) : i. le confort, soit le soulagement de la souffrance physique ou émotionnelle; ii. la capacité, soit la capacité à fonctionner et à faire les choses qui les définissent en tant qu'individu; et iii. le calme, soit la capacité à vivre sans que leur état ou son traitement ne les perturbe.<sup>1</sup>

Nous avons utilisé la méthode du cadre qualitatif pour décrire les thèmes en fonction des catégories de résultats pour les patients (c.-à-d. le confort, la capacité et le calme). Nous avons également identifié des thèmes qui soutiennent la formation des éléments inclus dans le modèle de soins de la migraine (p. ex., les soins centrés sur le patient, les relations avec l'équipe de soins, l'éducation).

Les résultats qualitatifs présentés dans le rapport nous ont aidés à élaborer le modèle de soins. Nous avons également inclus des citations directes pour étayer et illustrer le contenu. Une description des résultats qualitatifs est présentée à l'annexe B.

### Analyse de la littérature

Dans la deuxième phase du projet, nous voulions comprendre les composantes potentielles d'un modèle de soins pour la migraine. Pour ce faire, des analyses ciblées de la littérature grise et universitaire ont été réalisées. Nous avons recherché sur Google et Google Scholar des sites Web, des rapports, des présentations et des figures décrivant des exemples de modèles de soins, leurs composantes et leurs principes pour la migraine et d'autres maladies chroniques. Nous avons consulté la littérature universitaire pour comprendre les concepts théoriques et conceptuels qui sous-tendent les modèles de soins pour la migraine (p. ex., le modèle de soins chroniques). Nous avons extrait des renseignements sur les composantes du modèle (p. ex., les composantes essentielles, le contexte, les intrants, les principes), la transformation ou la mise en œuvre du système et la perspective ou l'expérience du patient. Ces renseignements ont permis de concevoir et de décrire les composantes du modèle de soins.

1 Liu et autres, « Value-based Healthcare ».

Nous avons également procédé à des analyses ciblées afin de recueillir des renseignements sur l'épidémiologie de la migraine, l'utilisation des ressources de santé et les défis actuels en matière de prestation de soins. Ces résultats ont été utilisés pour fournir un contexte.

Les résultats ont été examinés par les membres du comité d'évaluation des risques afin d'en vérifier la pertinence et l'importance. Les membres du CCR nous ont également fait part d'autres références à prendre en considération.

#### Table ronde

Dans la troisième phase du projet, le Conference Board du Canada s'est efforcé de formuler des constats sur la mise en œuvre du modèle de soins. Nous avons organisé et animé une table ronde virtuelle de 2,5 heures dans Microsoft Teams en décembre 2024. Quatorze dirigeants spécialisés de l'industrie, du traitement de la migraine, de la défense d'intérêts des patients et prestataires de soins, et de la transformation du système ont été invités. Douze de ces participants étaient membres du comité directeur du projet et du comité d'évaluation des risques. Nous avons également invité deux autres personnes issues de l'industrie et de la transformation du système.

Les participants ont reçu une vue d'ensemble des composantes du modèle de soins. Nous avons utilisé des questions préparées d'avance pour que les participants discutent de l'identité des acteurs du changement, des besoins, des disponibilités et des obstacles qui existent dans le système :

- la prestation de soins fondés sur des données probantes (accès, prestation, systèmes apprenants);
- l'optimisation de l'utilisation des professionnels de la santé (niveaux de soins appropriés, transition entre les niveaux, accès);
- le soutien aux soins intégrés (structures/processus organisationnels, fonctionnels, structurels, de services et cliniques);
- l'intégration d'une approche centrée sur le patient (patients, prestataires, système);
- l'exploitation des synergies (connectivité entre les composantes, leviers) et l'atténuation des frictions (objectifs, professions, système/prestataire/patient).

Le CBoC a enregistré et transcrit la table ronde dans Teams. À partir de la discussion, nous avons ensuite élaboré des considérations pour la mise en œuvre du modèle de soins, des idées pratiques et des exemples.

## Annexe B

# Thèmes des séances de dialogue avec les patients

### Soulagement de la douleur et de la souffrance

Les patients participants souhaitent avoir accès à des soins qui soulagent les souffrances physiques, mentales et émotionnelles causées par la migraine. Ils ont expliqué qu'ils devaient se battre contre la douleur, contre les symptômes et contre leurs prestataires de soins de santé pour formuler un plan de gestion qui tienne compte non seulement de la douleur, mais aussi des autres symptômes et des comorbidités.

« Je pense que c'est l'une des raisons pour lesquelles la migraine est si difficile à gérer, car elle peut être plus invalidante avec moins de douleur, ou moins invalidante avec plus de douleur. »  
**Patient participant**

Bien qu'ils comprennent que les traitements peuvent varier d'un individu à l'autre et qu'il faut du temps pour qu'une intervention soit efficace, ils ont subi des retards inutiles pour recevoir des soins ou pour qu'un prestataire de soins de santé trouve le bon traitement. Cela ajoute du stress et de l'anxiété; de plus, le mauvais traitement peut aggraver la migraine au lieu de la soulager. Les participants ont également fait état d'un manque de sensibilisation des prestataires de soins de santé, qui n'ont peut-être pas la capacité de fournir les derniers traitements recommandés par les lignes directrices. Ils ont également admis que les patients eux-mêmes peuvent ne pas comprendre l'importance d'adhérer à un certain protocole et peuvent trouver difficile de suivre les recommandations d'un prestataire de soins de santé, en particulier lorsqu'ils ne savent pas pourquoi certaines décisions sont prises. Les patients participants ont également déclaré qu'ils ne pouvaient pas payer de leur poche certains médicaments, traitements ou interventions. Ces capacités varient également d'une province à l'autre.

## Fonctionnement

Les patients participants sont frustrés et préoccupés par le fait que leurs symptômes de migraine et les effets secondaires des traitements provoquent de nombreux dysfonctionnements dans leur vie. Ils ne s'attendent pas nécessairement à vivre normalement, mais ils veulent un modèle de soins qui atténue les dysfonctionnements dus à la migraine et qui favorise une meilleure qualité de vie. Ils veulent être en mesure d'en faire plus et d'être plus cohérents dans ce qu'ils peuvent faire.

« La situation était sous contrôle à un moment donné, mais elle est devenue totalement incontrôlable. J'ai tellement peur d'égrener ma vie et de me retrouver dans un état où je ne peux plus fonctionner et où je n'arrive plus à tenir le coup. C'est comme si du sable nous glissait entre les doigts; que l'on maîtrise une partie de la situation, et puis quelque chose change. »

**Patient participant**

« J'ai deux adolescents. Pour moi, une journée idéale consiste à pouvoir être là, à être présente, et non pas d'être en mode survie, comme préparer le dîner et faire la lessive. J'aimerais me remettre au travail, mais je ne suis pas rendue là. Désolée. Ça vient me chercher. »

**Patiente participante**

Les patients participants ont décrit la migraine comme une maladie invisible, dont l'expérience diffère d'une personne à l'autre. Ils ont eu l'impression de devoir faire des efforts pour être entendus par les prestataires de soins de santé sur leurs difficultés. Une fois que les prestataires ont compris à quel point la migraine les affectait, ils ont été pris au sérieux et ils ont reçu un plan de soins qui répondait à leurs objectifs personnels de gestion de la migraine. En outre, le manque de compréhension du public à l'égard de la migraine signifie que la plupart des lieux de travail ne sont pas au courant des adaptations qui pourraient être proposées pour aider les employés (p. ex., éclairage tamisé).

## Perturbation

La migraine, son traitement et sa prise en charge peuvent perturber considérablement la vie des patients, notamment leur capacité à vivre correctement et à conserver leur travail, leurs centres d'intérêt et leurs relations. Les patients participants ont déclaré qu'ils se sentaient maîtres de la situation lorsque leurs symptômes étaient bien gérés.

« Ma version idéale d'une bonne gestion, c'est pouvoir faire des plans, ne pas m'inquiéter, ne pas y penser en permanence. Et lorsque la migraine survient, pouvoir prendre une pilule et savoir qu'elle va m'aider, que ça ne m'incapacitera pas ou ne m'obligera pas à annuler des projets. »

**Patient participant**

Le diagnostic de la migraine est souvent tardif, ce qui signifie que les personnes concernées vivent trop longtemps avec des douleurs et d'autres symptômes non traités. Les patients participants ont déclaré que le public et les prestataires de soins de santé devraient être davantage sensibilisés à la migraine et à ses effets débilissants. Il devrait également y avoir un accès aux médecins de première ligne qui peuvent poser un diagnostic, élaborer un plan de soins ou orienter le patient vers un spécialiste.

« Mon médecin généraliste ne m'a jamais diagnostiqué et je n'ai jamais eu de traitement préventif pendant toutes les années où j'avais une ou deux migraines par mois. Mais lorsque la fréquence a commencé à être alarmante, je n'ai pas pu consulter mon médecin généraliste. En six mois, je suis passé d'une ou deux migraines par mois à 30 par mois et à une invalidité totale. »

**Patient participant**

Garantir l'accès au bon niveau de soins est un défi pour les patients. Cette difficulté peut résulter de l'absence d'un prestataire de soins primaires, de l'impossibilité d'être orienté vers un spécialiste ou du besoin d'attendre longtemps avant d'avoir rendez-vous. Pour certains, cela signifie qu'ils ne sont pas en mesure d'accéder aux traitements appropriés ou d'établir un plan de soins en temps opportun.

« Il a fallu deux ans à mon médecin généraliste pour remplir correctement les documents. Finalement, je les ai remplis moi-même et j'ai demandé à mon médecin généraliste de les envoyer pour moi. »

**Patient participant**

Lorsque les patients interagissent avec le système de santé et reçoivent des soins pour la migraine, ils disent avoir été confrontés à des incohérences dans les soins fournis et dans le processus utilisé pour être orienté vers un spécialiste. Une fois qu'ils ont vu un spécialiste, les participants ont dit avoir l'impression d'être traités comme des patients temporaires, ballottés entre les différents prestataires. Cette incohérence et cette instabilité peuvent donner au patient l'impression qu'il n'est pas soutenu, causer de la déception et engendrer une fatigue du système de soins de santé.

« Avoir un rendez-vous est tout simplement impossible. Je pense que dans ce pays, c'est dur de consulter quelqu'un qui puisse vous traiter assez régulièrement pour que ça fasse une différence. Le problème, c'est le système lui-même. »

**Patient participant**

Plutôt que de commencer avec un nouveau prestataire de soins, les patients participants souhaitent un modèle qui permette aux patients, le cas échéant, de formuler des objectifs de plan de soins (objectifs à court, moyen et long terme) et d'établir un partenariat avec leurs prestataires.

Reconnaissant les limites du temps qu'un spécialiste peut passer avec un patient, les patients participants ont estimé qu'il était très utile d'avoir accès à des équipes interprofessionnelles où un autre prestataire peut passer du temps à répondre aux questions, où des rendez-vous hybrides peuvent être organisés avec un spécialiste des maux de tête et un prestataire de soins paramédicaux, ou encore où des technologies comme l'IA ou les visites virtuelles peuvent être utilisées pour équilibrer l'efficacité et le dialogue avec le patient.

Il convient de mettre davantage l'accent sur les soins préventifs et de rémunérer adéquatement les prestataires de soins de santé qui fournissent des soins préventifs. Les patients participants ont estimé que disposer de plus d'opportunités, d'outils et de ressources pour parler aux prestataires de soins de santé des options d'autogestion et des soins préventifs pourrait atténuer le caractère perturbateur de la migraine.

Le temps passé à gérer la migraine, le temps perdu au travail ou à d'autres activités importantes, et le temps passé à accéder aux soins perturbent également la vie des personnes atteintes de migraine. La prise en charge de la migraine, en particulier pour les patients souffrant de migraine chronique, demande beaucoup de temps et d'effort. Un patient participant a estimé qu'il lui fallait 15 à 20 heures par semaine pour gérer sa migraine. L'absence de travail pour cause de migraine peut également entraîner la perte d'un emploi à temps plein et des prestations qui financent le traitement de la migraine. Les patients des communautés rurales et éloignées ont fait part des avantages des rendez-vous virtuels, compte tenu de la distance à parcourir pour les visites en personne.

## Annexe C

# Bibliographie

Amoozegar, Farnaz, Zaeem Khan, Mariana Oviedo-Ovando, Stephanie Sauriol et Driss Rochdi. « The Burden of Illness of Migraine in Canada: New Insights on Humanistic and Economic Cost ». *Canadian Journal of Neurological Sciences* 49, n° 2 (mars 2022) : 249–62. <https://doi.org/10.1017/cjn.2021.75>.

Becker, Werner J., Ted Findlay, Carmen Moga, N. Ann Scott, Christa Harstall et Paul Taenzer. « Guideline for primary care management of headache in adults ». *Canadian Family Physician* 61, n° 8 (août 2015) : 670–9. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4541429/>.

Becker, Werner J., Jonathan P. Gladstone et Michel Aubé. « Migraine prevalence, diagnosis, and disability ». *Canadian Journal of Neurological Sciences* 34, n° 4 (novembre 2007) : S3–S9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18064751/>.

Befus, Deanna R., Megan Bennett Irby, Remy R. Coeytaux et Donald B. Penzien. « A Critical Exploration of Migraine as a Health Disparity: The Imperative of an Equity-Oriented, Intersectional Approach ». *Current Pain and Headache Reports* 22, n° 79 (5 octobre 2018). <https://doi.org/10.1007/s11916-018-0731-3>.

Begasse de Dhaem, Olivia et Fumihiko Sakai. « Migraine in the workplace ». *eNeurologicalSci* 27 (6 juin 2022) : 100408. <https://doi.org/10.1016/j.ensci.2022.100408>.

Bosch, Brennan et Holly Mansell. « Interprofessional collaboration in health care: Lessons to be learned from competitive sports ». *Canadian Pharmacists Journal* 148, n° 4 (juillet 2015) : 176–79. <https://doi.org/10.1177/1715163515588106>.

Buse, Dawn C., Kristina M. Fanning, Michael L. Reed, Sharron Murray, Paula K. Dumas, Aubrey Manack Adams et Richard B. Lipton. « Life With Migraine: Effects on Relationships, Career, and Finances From the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study ». *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 59, n° 8 (septembre 2019) : 1286–99. <https://doi.org/10.1111/head.13613>.

Institut canadien d'information sur la santé. *Accès aux soins primaires : de nombreux Canadiens connaissent des difficultés*. ICIS, 5 décembre 2024. <https://www.cihi.ca/fr/acces-aux-soins-primaires-et-virtuels-visites-a-lurgence-pour-des-conditions-propices-aux-soins/acces-aux-soins-primaires-de-nombreux-canadiens-connaissent-des>.

Canadian Migraine Society. « A Chronic Migraine Primer for Friends and Family », 18 février 2024. <https://static1.squarespace.com/static/5fbaa6b75d27c00d596e9fbc/t/65d2318f61b3205079827893/1708274065118/A+Migraine+Guide+for+Friends+%26+Family+0224.pdf>.

–. « Find Support ». CMS, s.d. <https://www.migrainesociety.ca/support>.

Clark, Kirsten, Philip St. John, Verena Menec, Denise Cloutier, Nancy Newall, Megan O'Connell et Robert Tate. « Healthcare utilisation among Canadian adults in rural and urban areas – The Canadian Longitudinal Study on Aging ». *Canadian Journal of Rural Medicine* 26, n° 2 (avril-juin 2021) : 69–79. [https://doi.org/10.4103/CJRM.CJRM\\_43\\_20](https://doi.org/10.4103/CJRM.CJRM_43_20).

Cooke, Lara J. et Werner J. Becker. « Migraine Prevalence, Treatment and Impact: The Canadian Women and Migraine Study ». *Canadian Journal of Neurological Sciences* 37, n° 5 (2010) : 580–87. <https://doi.org/10.1017/s0317167100010738>.

Cortel-LeBlanc, Miguel A., Serena L. Orr, Maeghan Dunn, Daniel James et Achelle Cortel-LeBlanc. « Managing and Preventing Migraine in the Emergency Department: A Review ». *Annals of Emergency Medicine* 82, n° 6 (1<sup>er</sup> décembre 2023) : 732–51. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2023.05.024>.

D'Amico, Domenico, Licia Grazzi, Gennaro Bussone, Marcella Curone, Paola Di Fiore, Susanna Usai, Matilde Leonardi, Ambra Mara Giovannetti, Silvia Schiavolin et Alberto Raggi. « Are Depressive Symptomatology, Self-Efficacy, and Perceived Social Support Related to Disability and Quality of Life in Patients with Chronic Migraine Associated to Medication Overuse? Data from a Cross-Sectional Study ». *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 55, n° 5 (mai 2015) : 636–45. <https://doi.org/10.1111/head.12534>.

Davidson, Patricia, Elizabeth Halcomb, L. Hickman, J. Phillips et B. Graham. « Beyond the rhetoric: what do we mean by a “model of care”? » *Australian Journal of Advanced Nursing* 23, n° 3 (mars-mai 2006) : 47–55. <https://www.ajan.com.au/archive/Vol23/Vol23.3-7.pdf>.

Graves, Erin B., Brittany R. Gerber, Patrick S. Berrigan, Eileen Shaw, Tara M Cowling, Marie-Pier Ladouceur et Joanna K. Bougie. « Epidemiology and treatment utilization for Canadian patients with migraine: a literature review ». *Journal of International Medical Research* 50, n° 9 (septembre 2022) : 03000605221126380. <https://doi.org/10.1177/03000605221126380>.

Graves, Erin, Tara Cowling, Suzanne McMullen, Paul Ekwaru, Tram Pham, Michelle Mayer, Marie-Pier Ladouceur, Martine Hubert, Joanna Bougie et Farnaz Amoozegar. « Migraine Treatment and Healthcare Resource Utilization in Alberta, Canada ». *Canadian Journal of Neurological Sciences* 51, n° 4 (juillet 2024) : 546–56. <https://doi.org/10.1017/cjn.2023.299>.

Grudniewicz, Agnes, Carolyn Steele Gray, Pauline Boeckxstaens, Jan De Maeseneer et James Mold. « Operationalizing the Chronic Care Model with Goal-Oriented Care ». *Patient* 16, n° 6 (2023) : 569–78. <https://doi.org/10.1007/s40271-023-00645-8>.

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). « The International Classification of Headache Disorders, 3rd Edition ». *Cephalgia: An International Journal of Headache* 38, n° 1 (janvier 2018) : 1–211. <https://doi.org/10.1177/0333102417738202>.

Santé Canada. « Les soins offerts aux Canadiens : l'avenir de l'effectif en santé au Canada – Étude sur l'éducation, la formation et la répartition de l'effectif en santé au Canada ». Gouvernement du Canada, Dernière modification le 30 janvier 2025. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humaines-sante/etude-education-formation-repartition-effectif.html>.

Institute for Health Metrics and Evaluation. « 2021 Global Burden of Disease (GBD) study », consulté le 15 janvier 2025. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.

Kiarashi, Jessica, Juliana VanderPluym, Christina L. Szperka, Scott Turner, Mia T. Minen, Susan Broner, Alexandra C. Ross, Amanda E. Wagstaff, Marissa Anto, Maya Marzouk et autres. « Factors Associated With, and Mitigation Strategies for, Health Care Disparities Faced by Patients With Headache Disorders ». *Neurology* 97, n° 6 (10 août 2021) : 280–89. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000012261>.

Lagman-Bartolome, Ana Marissa, Valerie Lawler et Christine Lay. « Headache Education Active-Waiting Directive: A Program to Enhance Well-Being During Long Referral Wait Times ». *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 58, n° 1 (2018) : 109–17. <https://doi.org/10.1111/head.13194>.

Lanteri-Minet, Michel, Elizabeth Leroux, Zaza Katsarava, Richard B. Lipton, Fumihiko Sakai, Manjit Matharu, Kristina Fanning, Aubrey Manack Adams, Katherine Sommer, Michael Seminerio et autres. « Characterizing barriers to care in migraine: multicountry results from the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes – International (CaMEO-I) study ». *The Journal of Headache and Pain* 25, n° 34 (19 août 2024). <https://doi.org/10.1186/s10194-024-01834-y>.

Lay, Christine, Ana Marissa Lagman-Bartolome, Amnah Awan, Bijal Shah-Manek, Jackie Fleischer, Ana Rusu, Purva Barot, Christian Iconaru, Shane Golden, Ali Tehrani et autres. « Real-World Healthcare Utilization and Costs in Migraine Patients in Ontario, Canada ». *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 3 février 2025, 1–16. <https://doi.org/10.1017/cjn.2024.367>.

Leonardi, Matilde, Erika Guastafierro, Claudia Toppo et Domenico D'Amico. « Chapter 2 - Societal and Personal Impact of Migraine » dans *Handbook of Clinical Neurology*, Jerry W. Swanson et Manjit Matharu, éd. Vol. 198 : 23–29. Migraine Biology, Diagnosis, and Co-Morbidities. Elsevier, 2023. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-823356-6.00015-9>.

Liddy, Clare, Isabella Moroz, Ewan Affleck, Emma Boulay, Sarah Cook, Lois Crowe, Neil Drimer, Laurie Ireland, Pamela Jarrett, Susan MacDonald et autres. « How long are Canadians waiting to access specialty care? Retrospective study from a primary care perspective ». *Canadian Family Physician* 66, n° 6 (juin 2020) : 434–44.

Lipton, R. B., M. E. Bigal, M. Diamond, F. Freitag, M. L. Reed et W. F. Stewart. « Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy ». *Neurology* 68, n° 5 (30 janvier 2007) : 343–49. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000252808.97649.21>.

Lipton, R. B., A. I. Scher, T. J. Steiner, M. E. Bigal, K. Kolodner, J. N. Liberman et W. F. Stewart. « Patterns of health care utilization for migraine in England and in the United States ». *Neurology* 60, n° 3 (11 février 2003) : 441–48. <https://doi.org/10.1212/wnl.60.3.441>.

Lipton, Richard B., Dawn C. Buse, Stephanie J. Nahas, Gretchen E. Tietjen, Vincent T. Martin, Elin Löf, Thomas Brevig, Roger Cady et Hans-Christoph Diener. « Risk factors for migraine disease progression: a narrative review for a patient-centered Approach ». *Journal of Neurology* 270, n° 12 (2023) : 5692–710. <https://doi.org/10.1007/s00415-023-11880-2>.

Liu, Tiffany C., Kevin J. Bozic et Elizabeth O. Teisberg. « Value-based Healthcare: Person-centered Measurement: Focusing on the Three C's ». *Clinical Orthopaedics and Related Research* 475, n° 2 (février 2017) : 315–17. <https://doi.org/10.1007/s11999-016-5205-5>.

McCutcheon, Livia R. M., Stuart T. Haines, Ruta Valaitis, Deborah A. Sturpe, Grant Russell, Ahlam A. Saleh, Kevin A. Clauson et Jeannie K. Lee. « Impact of Interprofessional Primary Care Practice on Patient Outcomes: A Scoping Review ». *Sage Open* 10, n° 2 (1<sup>er</sup> avril 2020) : 2158244020935899. <https://doi.org/10.1177/2158244020935899>.

Medrea, Ioana, Paul Cooper, Marissa Langman, Claire H. Sandoe, Farnaz Amoozegar, Wasif M. Hussain, Ana C. Bradi, Jessica Dawe, Meagan Guay, Francois Perreault, and others. « Updated Canadian Headache Society Migraine Prevention Guideline with Systematic Review and Meta-analysis ». *Canadian Journal of Neurological Sciences* 52, n° 3 (2025) : 450-72. <https://doi.org/10.1017/cjn.2024.285>.

Migraine Canada. « Migraine & Relationships ». Migraine Canada, s.d. <https://migrainecanada.org/migraine-relationships/>.

—. *Migraine in Canada: Report Card on Access to Care and Treatment*. Phelpston (Ontario) : s.d. [https://migrainecanada.org/wp-content/uploads/2024/10/MCReport-Card\\_Final.pdf](https://migrainecanada.org/wp-content/uploads/2024/10/MCReport-Card_Final.pdf).

—. « Patient Education Resource Kit: Migraine Management in one source! » Migraine Canada, 2025. <https://migrainecanada.org/patient-education-resource-kit-migraine-management-in-one-source/>.

Migraine Québec, Migraine. « Programmation d'activités de Migraine Québec ». Migraine Québec, s.d. <https://www.migrainequebec.org/fr/activites>.

Unité de SOUTIEN SRAP de l'Ontario, « Learning Health System ». USSO, s.d. <https://ossu.ca/resources/learning-health-system/>.

Parikh, Simy K., Joanna Kempner et William B. Young. « Stigma and Migraine: Developing Effective Interventions ». *Current Pain and Headache Reports* 25, n° 75 (6 décembre 2021). <https://doi.org/10.1007/s11916-021-00982-z>.

Parikh, Simy K. et William B. Young. « Migraine: Stigma in Society ». *Current Pain and Headache Reports* 23, n° 8 (9 février 2019). <https://doi.org/10.1007/s11916-019-0743-7>.

Pescador Ruschel, Marco A. et Orlando De Jesus. « Migraine Headache » dans *StatPearls*. Treasure Island (FL) : StatPearls Publishing, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560787/>.

Ramage-Morin, Pamela L. et Heather Gilmour. « Prevalence of migraine in the Canadian household population ». *Health Reports* 25, n° 6 (juin 2014) : 10–6. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2014006/article/14033-eng.pdf?st=irTaux3V>.

Rosignoli, Chiara, Raffaele Ornello, Agnese Onofri, Valeria Caponnetto, Licia Grazi, Alberto Raggi, Matilde Leonardi et Simona Sacco. « Applying a biopsychosocial model to migraine: rationale and clinical implications ». *The Journal of Headache and Pain* 23, n° 1 (11 août 2022). <https://doi.org/10.1186/s10194-022-01471-3>.

Sanderson, Joanna C., Emily B. Devine, Richard B. Lipton, Lisa M. Bloudek, Sepideh F. Varon, Andrew M. Blumenfeld, Peter J. Goadsby, Dawn C. Buse et Sean D. Sullivan. « Headache-related health resource utilisation in chronic and episodic migraine across six countries ». *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 84, n° 12 (décembre 2013) : 1309–17. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2013-305197>.

Smith, Timothy R., Robert A. Nicholson et James W. Banks. « Migraine Education Improves Quality of Life in a Primary Care Setting ». *Headache: The Journal of Head*

## Remerciements

Cette recherche a été menée en collaboration avec la Canadian Headache Society grâce à un financement de Lundbeck Canada.

De nombreux collègues du Conference Board du Canada ont contribué à donner vie à cette recherche. Chad Lever, (ancien) directeur, M.Sc., MBA, a conçu ce projet; Eddy Nason, directeur, M.Phil., a assuré la direction générale et la supervision du projet; et Maaïke de Vries, associée principale de recherche, Ph.D., a été la chercheuse principale. Nous remercions Bambi Tinuoye, analyste de recherche, M.Sc., MHIS, pour ses commentaires sur les versions préliminaires de cette recherche. Le présent document a été conçu par Sarah Casselman, graphiste principale.

Nous remercions les 20 personnes qui ont participé aux séances de dialogue avec les patients et les 14 personnes qui ont participé à la table ronde sur la mise en œuvre du modèle de soins.

Nous souhaitons également remercier les membres du comité directeur et du comité consultatif de recherche qui ont soutenu cette recherche :

Membres du comité directeur :

- **Wendy Gerhart**, directrice générale, Migraine Canada
- **Sean Kelly**, gestionnaire principal, Accès au marché, Lundbeck Canada
- **Alexander Melinyshyn**, neurologue, London Spine Centre; collaborateur médical, Migraine Canada
- **Nicola Otter**, PDG, Canadian Headache Society
- **François Perreault**, neurologue, CHUM, Université de Montréal; conseil d'administration, Migraine Québec

Membres du comité consultatif de recherche :

- **Farnaz Amoozegar**, neurologue, professeur clinique agrégé, Cumming School of Medicine, département des neurosciences cliniques, University of Calgary; sous-spécialiste des céphalées, Calgary Headache Assessment and Management Program.
- **Michael Boivin**, pharmacien consultant et concepteur de formation continue, CommPharm Consulting Inc.
- **Suzanne Christie**, neurologue, Ottawa Headache Centre; directrice, fellowship en céphalées, Université d'Ottawa; présidente, Canadian Headache Society
- **James Kim**, médecin de famille, professeur clinique adjoint, University of Calgary; membre du comité scientifique, Migraine Canada; comité directeur, auteur/auteur principal des lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada; membre du Global NASH Council
- **William Kingston**, neurologue, directeur du site de neurologie adulte, directeur de la Headache Medicine Fellowship, directeur de la Sunnybrook Headache Clinic, au Sunnybrook Health Sciences Centre; professeur adjoint, Temerty School of Medicine, University of Toronto; directeur de la Canadian Headache Society
- **Valerie Lawler**, infirmière praticienne, Centre for Headache, Division de neurologie, Women's College Hospital, University of Toronto; comité de planification du Comité scientifique, Canadian Headache Society
- **Kim Simmonds**, directrice générale, Primary Care Alberta (suppléants : Lynn Phillips, directrice intérimaire, Health Evidence and Policy Unit, gouvernement de l'Alberta; Dan Marchand, directeur provincial principal, Alberta Health Services)

## Présentation d'un modèle de traitement de la migraine au Canada

Le Conference Board du Canada

Pour citer ce rapport : Conference Board du Canada, La. *Présentation d'un modèle de traitement de la migraine au Canada*, Ottawa, Le Conference Board du Canada, 2025.

Nos prévisions et travaux de recherche reposent souvent sur de nombreuses hypothèses et sources de données et présentent ainsi des risques et incertitudes. Ces renseignements ne doivent donc pas être perçus comme une source de conseils spécifiques en matière de placement, de comptabilité, de droit ou de fiscalité. Le Conference Board du Canada assume l'entière responsabilité des résultats et conclusions de cette recherche.

Ce document est disponible sur demande dans un format accessible aux personnes ayant une déficience visuelle.

Agent d'accessibilité, Le Conference Board du Canada

Tél. : 613-526-3280 ou 1-866-711-2262

Courriel : [accessibility@conferenceboard.ca](mailto:accessibility@conferenceboard.ca)

Publié au Canada | Tous droits réservés | Entente n° 40063028



**Le Conference Board du Canada**



AERIC Inc. est un organisme de bienfaisance indépendant enregistré au Canada qui exerce ses activités sous le nom de Le Conference Board du Canada, une marque déposée de The Conference Board, Inc.



Des idées qui résonnent...