


Traitement de la migraine chez l'adulte
Rapport en soutien au guide d'usage optimal

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé



Traitement de la migraine chez l'adulte

Rapport en soutien au guide d'usage optimal

Rédaction

Marie-Chloé Boulanger

Collaboration

Marie-Pierre Rousseau

Isabelle Dufort

Coordination scientifique

Frédéric St-Pierre

Direction

Catherine Truchon

Ann Lévesque



Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteure principale

Marie-Chloé Boulanger, Ph. D.

Collaboratrice interne

Isabelle Dufort, Ph. D.

Marie-Pierre Rousseau, B. Pharm., M. Sc.

Coordonnateur scientifique

Frédéric St-Pierre, Ph. D.

Directrice adjointe

Ann Lévesque, Ph. D.

Directeur ou directrice

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Repérage de l'information scientifique

Renaud Lussier, Ph. D., M.S.I.

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Bureau – Méthodes, données et éthique

Adriana Freitas, Ph. D.

Jocelyne Guillot, M.A.

Claire-Marie Legendre, Ph. D.

Soutien administratif

Laura Guiol

Équipe de l'édition

Jean Talbot

Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de

Catherine Lavoie, révision linguistique

Marie St-Amour, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025

ISBN 978-2-555-01778-8 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2025

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Traitement de la migraine. Rapport en soutien rédigé par Marie-Chloé Boulanger. Québec, Qc : INESSS; 2025. 57 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ces travaux, les membres du comité d'experts sont :

M^{me} Sarah-Yan Chagnon, pharmacienne communautaire, pharmacie Martin Chouinard et Stéphane Villeneuve, Québec

M. Nicolas Dugré, pharmacien, Groupe de médecine de famille (GMF) Sacré-Coeur, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Marzieh Eghtesadi, médecin de famille, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D^{re} Emmanuelle Lapointe, neurologue, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, CIUSSS de l'Estrie

D^r Donald Rivest, neurologue, clinique Neuro-Lévis, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) Chaudière-Appalaches

Lectrice et lecteurs externes

Pour ces travaux, les lecteurs externes sont :

M. Stéphane Côté, pharmacien, professeur de clinique, Faculté de pharmacie de l'Université Laval

D^r Stéphane Ledoux, neurologue, Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval, CISSS de Laval

D^{re} Heather Pim, neurologue, Clinique des céphalées du CHUM et professeure adjointe à l'Université de Montréal

Futurs utilisateurs

M^{me} Marie-Claude Boivin, pharmacienne, responsable de la formation pratique, Faculté de pharmacie de l'Université Laval

D^r Samuel Boudreault, médecin de famille, directeur du programme de résidence en médecine de famille, Université Laval, CISSS Lanaudière

D^{re} Nathalie Champoux, médecin de famille, professeure agrégée de clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

M^{me} Marie-Pierre Charron, infirmière praticienne spécialisée, Clinique de santé Jacques-Cartier, CIUSSS Estrie-CHUS

M^{me} Jodiane Couture, pharmacienne, CIUSSS Estrie-CHUS

M. François Forest, pharmacien, GMF Saguenay, CISSS Saguenay-Lac-St-Jean

M. Samuel Gagné, infirmier praticien spécialisé, CISSS Chaudière-Appalaches

M^{me} Caroline Normand, infirmière praticienne spécialisée, CISSS Laurentides

M^{me} Julie Poirier, infirmière praticienne spécialisée, CISSS Chaudière-Appalaches

Patients, usagers, proches aidants et citoyens

Pour ces travaux, les personnes vivant avec la migraine qui ont été consultées et qui ont accepté d'être citées sont :

M^{me} Camille Brunet-Villeneuve

M^{me} Gabrielle Desjardins

M. Florian Farez

M^{me} Rose Frappier

M^{me} Chantale Frenette

M^{me} Kerma Jean-Marie

M^{me} Nour El Kerdoudi

M^{me} Marie-France Lemire

M^{me} Isabelle Lessard

M^{me} Chantale Normand

M^{me} Marie Pagé

Autres contributions

L'Institut tient à aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

D^r Samuel Boudreault, médecin de famille, directeur du programme de résidence en médecine de famille, Université Laval, CISSS Lanaudière

D^{re} Anne Gosselin-Brisson, médecin, clinique familiale des Basses-Laurentides, CISSS Laurentides

M^{me} Caroline Normand, infirmière praticienne spécialisée, clinique familiale des Basses-Laurentides, CISSS Laurentides

Déclaration d'intérêts

Les membres de l'équipe de projet de l'INESSS déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts et de rôles. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce projet.

Les membres du comité consultatif et les lecteurs externes ont déclaré les situations mentionnées ci-dessous.

M. Nicolas Dugré : honoraires versés à titre de président de l'entreprise de formation continue Pharmascope; honoraires versés à titre de conférencier par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), le CIUSSS de l'Estrie, le CISSS du Bas-St-Laurent, la Fédération des pharmaciens du Québec (FPQ), le groupe Brunet/Jean-Coutu et l'Association des pharmaciens des établissements en santé

(APES); honoraires versés à titre d'auteur par la FMOQ et l'Ensemble IQ; honoraires versés à titre de membre du comité consultatif de l'INESSS pour l'évaluation à des fins de remboursement de l'atogépant.

D^{re} Marzieh Eghtesadi : honoraires versés à titre de membre de comités scientifiques consultatifs et de conférencière par Lundbeck, Abbvie, LillyCanada et TEVA.

D^{re} Emmanuelle Lapointe : honoraires versés, en lien avec la migraine, à titre de consultante par Abbvie et Lundbeck et à titre de conférencière par Abbvie, l'Association des médecins omnipraticiens de l'Estrie et l'Université de Sherbrooke. Honoraires versés, en lien avec la sclérose en plaques et la neuromyéélite optique, à titre de consultante par EMD Serono, Novartis, Sanofi-Genzyme, Alexion, Horizon et à titre de conférencière par EMD Serono, Novartis, Hoffman-Laroche, Biogen et Sanofi-Genzyme.

D^r Donald Rivest : honoraires versés à titre de membre de comités consultatifs par Abbvie et Lunbeck (2023-2024), honoraires versés à titre d'investigateur principal pour une étude observationnelle sur le traitement de la migraine avec anti-CGRP (Aimovig-Étude Magic 2018-2019) et sur une étude avec la toxine botulinique dans le traitement de la migraine épisodique (Abbvie). Participant au comité céphalée de l'Association des neurologues du Québec (ANQ) pour faciliter l'accès aux services de neurologie dans le domaine des céphalées et l'élaboration d'un projet pour l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM) (2023-2024).

M. Stéphane Côté : honoraires reçus à titre de conférencier par Abbvie, Pfizer et Lilly.

D^r Stéphane Ledoux : honoraires versés à titre de membre d'un comité consultatif national par Abbvie (ubrogépant, atogépant et toxine botulinique) en octobre 2024 et d'un comité consultatif régional par Lundbeck (eptinézumab) en mai 2024.

D^{re} Heather Pim : honoraires reçus à titre de membre d'un comité conseil et de conférencière pour Abbvie, Eli Lilly, Lundbeck, Miravo, Novartis, Pfizer et Teva, ainsi que le remboursement de dépenses de déplacement pour participer à ces activités. Présidente du conseil d'administration de Migraine Québec.

De plus, parmi les 12 personnes vivant avec la migraine qui ont été consultées dans le cadre de ces travaux, 3 personnes ont déclaré être des membres bénévoles du conseil d'administration de Migraine Québec, dont une qui sera prochainement porte-parole pour l'organisme et 2 personnes sont travailleurs autonomes employés par Migraine Québec.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	IV
SIGLES ET ACRONYMES.....	VI
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE ET DESCRIPTION DES DOCUMENTS RETENUS.....	3
1.1 Méthodologie.....	3
1.2 Description des documents retenus.....	3
2 ARGUMENTAIRES, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS.....	5
2.1 Généralités.....	5
2.1.1 Grossesse et allaitement.....	8
2.2 Principes de traitements généraux.....	9
2.3 Traitement aigu.....	10
2.3.1 Objectif de traitement.....	10
2.3.2 Choix de traitement.....	11
2.3.3 Principes de traitement.....	13
2.3.4 Posologies.....	18
2.3.5 Précautions et contre-indications.....	21
2.4 Prophylaxie de la migraine.....	24
2.4.1 Objectif de traitement.....	24
2.4.2 Choix de traitement.....	25
2.4.3 Principes de traitement.....	29
2.4.4 Posologies.....	34
2.4.5 Précautions et contre-indications.....	36
2.5 Consultation en milieu spécialisé.....	41
3 PERSPECTIVES DES PERSONNES VIVANT AVEC LA MIGRAINE.....	44
FORCES ET LIMITES.....	48
IMPACT CLINIQUE ET MISE EN ŒUVRE.....	49
MISE À JOUR.....	51
RÉFÉRENCES.....	52

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Doses recommandées dans les monographies.....	18
Tableau 2	Doses recommandées dans les GPC.....	19
Tableau 3	Recommandations posologiques issues des GPC et des monographies.....	34
Tableau 4	Consultation en milieu spécialisé.....	42

RÉSUMÉ

Problématique

La migraine est une maladie neurologique souvent incapacitante qui peut avoir des répercussions importantes sur la qualité de vie. Environ 12 % de la population canadienne est aux prises avec la migraine. La migraine peut être classifiée comme épisodique ou chronique selon le nombre de jours de migraine ou de céphalée par mois. Il y a toutefois un continuum entre les conditions épisodique et chronique. Ainsi, la migraine épisodique peut s'aggraver, et même, dans certains cas, se chroniciser avec le temps.

Le traitement de la migraine repose sur plusieurs classes pharmacologiques, ce qui rend le choix de traitement plus complexe. D'autre part, l'efficacité des médicaments varie d'une personne à l'autre, et des enjeux de tolérabilité, plus particulièrement pour le traitement prophylactique, surviennent souvent. Dans de nombreux cas, plusieurs essais sont requis avant d'arriver à une solution thérapeutique adéquate.

Dans l'objectif de mieux outiller les intervenants de première ligne pour le traitement de la migraine, l'Association des neurologues du Québec a mandaté l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux d'élaborer un outil clinique pour le traitement de la migraine, ce qui a été entériné par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Méthodologie

Pour répondre au mandat, une revue rapide sur les meilleures pratiques cliniques pour le traitement de la migraine a été effectuée à partir de publications répertoriées dans des bases de données bibliographiques et dans d'autres sources d'information. L'analyse de l'information a été faite dans une perspective de contextualisation de la pratique québécoise, en se basant notamment sur des éléments de contexte législatif, réglementaire et organisationnel propres au Québec, puis sur la perspective des différentes parties prenantes consultées. Pour recueillir la perspective des parties prenantes, un comité consultatif formé de cliniciens de différentes spécialités et expertises a été créé et une consultation de personnes qui vivent avec la migraine a été réalisée. Enfin, des lecteurs externes spécialistes du domaine d'intérêt ainsi que des futurs utilisateurs qui n'avaient pas participé aux travaux ont apprécié la qualité globale des travaux, leur acceptabilité et leur applicabilité.

Principaux constats

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information colligée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les constats et messages clés suivants ont été considérés comme porteurs pour soutenir l'harmonisation de la pratique clinique et mieux outiller les professionnels de la santé dans la prise en charge des personnes qui vivent avec la migraine.

Informers les professionnels de la santé sur les options de traitements disponibles et leur usage

Les nombreux médicaments disponibles pour le traitement de la migraine sont issus de plusieurs classes pharmacologiques et incluent, entre autres, des médicaments d'exception ainsi que des médicaments n'ayant pas l'approbation de Santé Canada pour traiter la migraine. Cela peut donc soulever plusieurs questions en première ligne quant à l'utilisation appropriée de ces médicaments. Afin de bien soutenir le clinicien dans le choix du traitement, l'outil clinique de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux inclut : 1) un algorithme général pour clarifier la séquence d'utilisation des différentes options de traitement, 2) des tableaux détaillant les modalités d'usage des molécules dont l'efficacité a été démontrée pour le traitement de la migraine, y compris certains éléments à considérer dans leur choix.

Favoriser la décision partagée

Bien que l'importance de la décision partagée ait été soulignée par toutes les parties prenantes consultées au cours des travaux, ce type de décision nécessite que la personne soit bien informée, notamment, des choix de traitements disponibles, mais également des principaux avantages et inconvénients associés à ces choix. L'outil clinique met donc en valeur la discussion avec la personne lors du choix du traitement et inclut également, en annexe, plusieurs éléments à aborder dans cette discussion pour bien informer la personne et ainsi faciliter la décision partagée tout en favorisant son engagement dans le traitement. À cet effet, l'outil souligne également l'importance de l'adoption de saines habitudes de vie et de l'utilisation d'un calendrier de céphalées par la personne, puisque celui-ci est essentiel pour bien établir le diagnostic et assurer un suivi approprié.

Faciliter le maintien des suivis en première ligne

L'accès aux milieux plus spécialisés peut parfois être plus difficile et occasionner des délais de traitement pour les personnes qui vivent avec la migraine. Pour optimiser la prise en charge en première ligne et limiter les consultations en milieu spécialisé aux situations qui le nécessitent, l'outil clinique clarifie dans un premier temps les objectifs du traitement de la migraine de même que les critères de succès et d'échec à considérer pour assurer une transition adéquate entre les traitements et faciliter le suivi en première ligne. Par ailleurs, la disponibilité du conseil numérique pour répondre à certaines questions cliniques de la première ligne ainsi que les différentes situations pour lesquelles considérer une consultation en milieu spécialisé sont précisées dans l'outil clinique pour limiter les consultations non pertinentes.

Recommandations et outil clinique

À la suite du processus itératif et de la triangulation de l'information recensée, une série de constats et de recommandations ont été formulés. Présents au cœur de ce rapport, ceux-ci sont aussi intégrés dans le guide d'usage optimal découlant des travaux et destinés principalement aux professionnels de la santé de première ligne, notamment aux médecins de famille, aux infirmières praticiennes spécialisées et aux pharmaciens.

Conclusion

Sans se substituer au jugement clinique, cet outil clinique devrait soutenir la pratique, notamment en fournissant de l'information et des repères en lien avec les traitements pharmacologiques disponibles, leur usage et les situations qui requièrent l'avis d'un médecin spécialiste. Les retombées potentielles dépendront toutefois de la diffusion du guide d'usage optimal associé à ce rapport, ainsi que de l'appropriation de l'information clinique et des recommandations par les professionnels de la santé concernés.

SUMMARY

Treatment of migraine in adults

Issues

Migraine is a neurological condition that is often debilitating and can have a significant impact on quality of life. Approximately 12% of the Canadian population is living with migraine. Migraine can be categorized as episodic or chronic depending on the number of days of migraine or headache per month. However, there is a continuum between episodic and chronic conditions. Thus, episodic migraine can worsen and, in some cases, become chronic over time.

Migraine treatment relies on several pharmacological classes, which complexifies the treatment choice. Furthermore, the effectiveness of medications varies from one person to another, and issues of tolerability, especially for prophylactic treatment, often arise. In many cases, several trials are required before an adequate therapeutic solution is found.

To improve the tools available to primary care practitioners to treat migraine, the Association des neurologues du Québec commissioned the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux to develop a clinical tool for migraine treatment, which was approved by the ministère de la Santé et des Services sociaux.

Methodology

To fulfill the mandate, a rapid review of best clinical practices for migraine treatment was conducted based on publications listed in bibliographic databases and other sources of information. The information was analyzed from the perspective of contextualizing Quebec practice, based in particular on legislative, regulatory, and organizational factors specific to Quebec and on the perspectives of the various stakeholders consulted. To gather the perspectives of stakeholders, an advisory committee made up of clinicians from different specialties and areas of expertise was created, and a consultation with people living with migraine was conducted. Finally, external readers who are specialists in the field of interest, as well as future users who did not participate in the work, assessed the overall quality, acceptability, and applicability of the work.

Main findings

After analyzing all of the information gathered and completing the iterative process with the advisory committee members, the following key findings and messages were considered promising to support the harmonization of clinical practice and to better equip healthcare professionals to care for people living with migraine.

Inform healthcare professionals about available treatment options and their use

The many medications available for the treatment of migraine belong to several pharmacological classes and include, among others, exception drugs (reimbursed in presence of specific criteria or conditions) and medications that have not been approved

by Health Canada for the treatment of migraine. This can raise several questions at the primary care level regarding the appropriate use of these medications. To support clinicians in their choice of treatment, this clinical tool includes: 1) a general algorithm to clarify the sequence of use of the various treatment options, 2) tables outlining the usage conditions of the molecules that have been shown to be effective in treating migraine, including certain factors to consider when choosing them.

Promoting shared decision-making

Although the importance of shared decision-making was emphasized by all stakeholders consulted during the course of this work, this type of decision requires that the person be well informed, particularly about the treatment options available, but also about the main advantages and disadvantages associated with these options. The clinical tool therefore emphasizes the importance of the discussion when choosing treatment and also includes, in an appendix, several points to be addressed in this discussion in order to keep the person well informed and thus facilitate shared decision-making while promoting their commitment to treatment. To this end, the tool also emphasizes the importance of the person adopting healthy lifestyle habits and using a headache calendar, as this is essential to establish a proper diagnosis and ensure an appropriate follow-up.

Facilitating the maintenance of primary care follow-ups

Access to more specialized care can sometimes be more difficult, resulting in delays of treatment for people living with migraine. To optimize primary care management and limit specialized consultations to situations that require them, the clinical tool first clarifies the objectives of migraine treatment as well as the criteria for success and failure to be considered in order to ensure an adequate transition between treatments and facilitate primary care follow-up. The clinical tool also refers to the conseil numérique (digital advice), to answer certain primary care clinical questions, and specifies certain situations in which a specialized consultation should be considered in order to limit unnecessary consultations.

Recommendations and clinical tool

Following the iterative process and triangulation of the information gathered, a series of findings and recommendations were formulated. They are presented in this report and are also included in the clinical tool. They are primarily intended for primary care health professionals, including family physicians, nurse practitioners, and pharmacists.

Conclusion

Without replacing clinical judgment, this clinical tool should support practice, particularly by providing information and benchmarks related to available pharmacological treatments, their use, and the situations that require the advice of a medical specialist. However, the potential benefits will depend on the diffusion of the clinical tool associated with this report, as well as the adoption of clinical information and recommendations by the concerned healthcare professionals.

SIGLES ET ACRONYMES

ACP	<i>American College of Physicians</i>
AHS	<i>American Headache Society</i> (Société américaine des céphalées)
AINS	anti-inflammatoires non stéroïdiens
AMC	Agence des médicaments du Canada
ANQ	Association des neurologues du Québec
CGRP	peptide relié au gène de la calcitonine
CHS	<i>Canadian Headache Society</i> (Société canadienne des céphalées)
DHS	<i>Danish Headache Society</i> (Société danoise des céphalées)
EAN	<i>European Academy of Neurology</i>
EHF	<i>European Headache Federation</i> –(Fédération européenne des céphalées)
GPC	guides de pratique clinique
GSN	<i>German Society for Neurology</i> (Société allemande de neurologie)
HALT	<i>Headache-Attributed Lost Time</i>
HHS	<i>Hellenic Headache Society</i> (Société hellénique des céphalées)
HIT-6	<i>Headache Impact Test</i>
HURT	<i>Headache Under Response to Treatment</i>
ICHD	<i>International Classification of Headache Disorders</i>
IHS	<i>International Headache Society</i> (Société internationale des céphalées)
IPS	infirmière praticienne spécialisée
MIDAS	<i>Migraine Disability Assessment</i>
MSSS	ministère de la Santé et des Services sociaux
M-TOQ	<i>Migraine Treatment Optimization Questionnaire</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
PGI	<i>Patient Global Impression scales</i>
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RPAM	Régime public d'assurance médicaments
SFC	Société française des céphalées
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>

INTRODUCTION

Problématique

La migraine est caractérisée par des céphalées modérées à sévères, unilatérales et pulsatiles pouvant durer de 4 à 72 heures. Elle peut être accompagnée de nausées, de vomissements, de photophobie ou de phonophobie [IHS, 2018]. Ces attaques sont sévèrement incapacitantes pour la majorité des personnes vivant avec la migraine et nuisent considérablement à leur quotidien [Ples *et al.*, 2023]. La migraine toucherait environ 12 % de la population canadienne et apparaît mondialement parmi les causes majeures d'invalidité [GBD Nervous System Disorders Collaborators, 2024; SIGN, 2023; Tzankova *et al.*, 2023b; WHO, 2001]. Bien que la migraine soit une cause fréquente de consultation en première ligne, elle demeurerait sous-diagnostiquée et sous-traitée [SIGN, 2023; Tzankova *et al.*, 2023b].

De nombreuses options de traitement pharmacologique sont maintenant disponibles pour traiter la migraine, ce qui complexifie le choix du traitement, d'autant plus que ces molécules peuvent avoir des effets indésirables chez plusieurs personnes [Ali *et al.*, 2023; Pringsheim *et al.*, 2012]. En effet, il est estimé que l'observance au traitement préventif serait d'environ 25 % à 6 mois [Ali *et al.*, 2023]. Les traitements contre la migraine peuvent agir pour soulager les crises (traitements aigus de la migraine) ou pour les prévenir (traitements prophylactiques) [Tzankova *et al.*, 2023a; 2023b; Pringsheim *et al.*, 2012]. Des données populationnelles européennes suggèrent que seulement 2 à 14 % des personnes qui devraient prendre un traitement prophylactique pour la migraine le reçoivent [Ali *et al.*, 2023].

Bien que le traitement de la migraine fasse partie de la pratique courante des cliniciens de la première ligne, il y a peu d'outils synthétiques disponibles pour soutenir leur prise de décision concernant le choix du traitement pharmacologique de la migraine.

Contexte de l'amorce des travaux

L'Association des neurologues du Québec (ANQ) a récemment signalé à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) un besoin d'orientation concernant le traitement de la migraine. En effet, la disponibilité de nouveaux agents thérapeutiques pour le traitement de la migraine engendre la nécessité de recommandations actualisées. De plus, des modifications récentes aux préalables nécessaires à une consultation en neurologie suscitent un besoin de directives claires pour la première ligne concernant les critères de référence. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a entériné le besoin et a mandaté l'INESSS pour la réalisation de ces travaux.

Objectifs

Les objectifs de ces travaux sont de recenser les meilleures pratiques cliniques de traitement et de suivi de la migraine afin d'élaborer un outil clinique qui permettra de soutenir les cliniciens de première ligne, p. ex., les médecins de famille, pharmaciens et infirmières praticiennes spécialisées (IPS), dans :

- les choix de traitements aigus et prophylactiques de la migraine à considérer en première ligne;
- les critères de succès et d'échec d'un traitement (aigu et prophylactique);
- les situations pour lesquelles une consultation en neurologie devrait être considérée.

Livrables

- Outil clinique sur le traitement de la migraine
- Rapport en soutien

Aspects exclus

Les aspects et livrables suivants seront exclus des travaux en raison de la portée du mandat initial ou encore parce que des travaux complémentaires ont été effectués en parallèle ou antérieurement par l'INESSS :

- Le diagnostic de la migraine et le traitement des personnes de moins de 18 ans;
- Une revue de la littérature scientifique sur la perspective des patients, de même que sur les aspects organisationnels et éthiques;
- Une analyse économique et d'impact budgétaire à l'égard de l'application des nouvelles recommandations de traitements se trouvant sur les listes de médicaments.

Certaines considérations ou enjeux en lien avec ces aspects seront toutefois relevés à travers l'analyse de la littérature grise ainsi que des consultations auprès des différentes parties prenantes et, le cas échéant, pourront faire l'objet de certaines pistes d'amélioration.

1 MÉTHODOLOGIE ET DESCRIPTION DES DOCUMENTS RETENUS

1.1 Méthodologie

La méthodologie pour mener ces travaux à terme est décrite à l'annexe A du document *Annexes complémentaires*.

1.2 Description des documents retenus

La recherche de littérature a permis de répertorier 1 483 documents. Vingt-et-un documents ont été évalués et jugés de qualité méthodologique adéquate pour leur utilisation selon l'outil d'évaluation AGREE II. Les 21 documents retenus sont les suivants :

1. *Pharmacologic treatments of Acute Episodic Migraine Headache in Outpatient Settings: A Clinical Guideline From the American College of Physicians* [Qaseem et al., 2025b]
2. *Prevention of Episodic Migraine Headache Using Pharmacologic Treatments in Outpatient Settings: A Clinical guideline From the American College of Physicians* [Qaseem et al., 2025a]
3. *Updated Canadian Headache Society Migraine Prevention Guideline with Systematic Review and Meta-analysis* [Medrea et al., 2024]
4. *International Headache Society global practice recommendations for the acute pharmacological treatment of migraine* [Puledda et al., 2024a]
5. *International Headache Society Global Practice Recommendations for Preventive Pharmacological Treatment of Migraine* [Puledda et al., 2024b]
6. *SIGN 155 Pharmacological management of migraine* [Chaplin, 2023]
7. *Headaches in over 12s: diagnosis and management* [NICE, 2021]
8. *Revised Guidelines of the French Headache Society for the diagnosis and management of migraine in adults*
 - a. *Part I: Diagnosis and assessment* [Demarquay et al., 2021b]
 - b. *Part II: Pharmacological treatment* [Ducros et al., 2021]
 - c. *Part III: Non-pharmacological treatment* [Demarquay et al., 2021a]

Ces trois parties comptent pour trois documents dans le PRISMA, mais ils ont été considérés comme un seul document lors de l'évaluation méthodologique, de l'extraction et de l'analyse des recommandations.

9. *Aids to management of headache disorders in primary care (2nd edition): on behalf of the European Headache Federation and Lifting the Burden: the Global Campaign against Headache* [Steiner et al., 2019]
10. *Diagnosis and management of migraine in ten steps.* [Eigenbrodt et al., 2021]
11. *The American Headache Society Consensus Statement: Update on integrating new migraine treatments into clinical practice* [Ailani et al., 2021]
12. *Treatment of migraine attack and preventive treatment of migraine, S1 guideline* [Diener et al., 2022]
13. *Reference programme: diagnosis and treatment of headache disorders and facial pain* [Schytz et al., 2021]
14. *Calcitonin gene-related peptide targeting therapies are a first line option for the prevention of migraine: An American Headache Society position statement update* [Charles et al., 2024]
15. *European Headache Federation (EHF) consensus on the definition of effective treatment of a migraine attack and of triptan failure* [Sacco et al., 2022b]
16. *Hellenic Headache Society Recommendations for the Use of Monoclonal Antibodies Targeting the Calcitonin Gene-Related Peptide Pathway for the Prevention of Migraine Cluster Headache-2023* [Mitsikostas et al., 2023]
17. *European Headache Federation guideline on the use of monoclonal antibodies targeting the calcitonin gene related peptide pathway for migraine prevention-2022 update* [Sacco et al., 2022a]
18. *Headache: pregnancy and breastfeeding. Recommendations of the Spanish Society of Neurology's Headache Study Group* [Gonzalez-Garcia et al., 2022]
19. *Consensus recommendations on the preventive treatment of migraine* [Calleja-Hernandez et al., 2023]

Les annexes A et B du document *Annexes complémentaires* présentent respectivement la stratégie de repérage de la littérature ainsi que le processus de sélection des documents. Pour plus d'information, les annexes C à E du document *Annexes complémentaires* fournissent la liste des documents exclus et les raisons de l'exclusion, les caractéristiques des documents retenus ainsi que les résultats de l'évaluation de la qualité méthodologique.

2 ARGUMENTAIRES, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Cette section présente l'information extraite des guides de pratique clinique (GPC) ainsi que l'information contextuelle et le savoir expérientiel des parties prenantes consultées, qui ont été pris en considération pour répondre aux questions d'évaluation. Au terme de la triangulation des données, l'information et les recommandations cliniques sont présentées dans des encadrés bleus et jaunes, respectivement.

2.1 Généralités

Information tirée des documents

La 3^e édition de la classification internationale des céphalées (ICHD-3), publiée en 2018 par la Société internationale des céphalées (IHS) présente des critères diagnostiques pour les différents types de céphalées [IHS, 2018] qui sont repris par plusieurs des GPC retenus dans le cadre des présents travaux pour énumérer les critères diagnostiques de la migraine [Diener *et al.*, 2022; Ailani *et al.*, 2021; Demarquay *et al.*, 2021b; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019].

De plus, plusieurs des GPC retenus proposent des critères pour distinguer la migraine épisodique et la migraine chronique. Ainsi, trois d'entre eux considèrent une migraine comme épisodique si les céphalées surviennent à une fréquence inférieure à 15 épisodes par mois [Chaplin, 2023; Demarquay *et al.*, 2021b; NICE, 2021; Steiner *et al.*, 2019]. La Fédération européenne des céphalées (EHF) ajoute également que la migraine épisodique se caractérise par des épisodes récurrents à une fréquence de 1 ou 2 par mois, mais pouvant varier de 1 par année à 2 par semaine, ou plus, sans présence de symptôme entre les crises [Steiner *et al.*, 2019]. En accord avec les critères diagnostiques de l'ICHD-3 [IHS, 2018], plusieurs GPC considèrent une migraine comme chronique à partir de 15 jours ou plus de céphalées par mois, dont 8 ayant des caractéristiques migraineuses, durant plus de 3 mois [Chaplin, 2023; Ailani *et al.*, 2021; Demarquay *et al.*, 2021b; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019]. Le GPC du *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) précise que la migraine épisodique et la migraine chronique sont un continuum de la même condition et que les personnes vivant avec la migraine chronique pourraient bénéficier des mêmes traitements que les personnes vivant avec la migraine épisodique [Chaplin, 2023]. La Société canadienne des céphalées (CHS) fait également un rapprochement entre la migraine chronique et la migraine épisodique à haute fréquence (8-14 jours de migraine par mois) et souligne que la migraine épisodique à haute fréquence, comme la migraine chronique, est très invalidante [Medrea *et al.*, 2024]. À cet égard, il semble que la distinction entre la migraine épisodique et la migraine chronique sera réévaluée dans la prochaine version de l'ICHD, en cours de mise à jour [Goadsby *et al.*, 2024].

Plusieurs GPC soulignent l'importance de l'utilisation d'un calendrier ou d'un journal de céphalées comme aide au diagnostic ou pour évaluer l'efficacité d'un traitement [Qaseem *et al.*, 2025a; Medrea *et al.*, 2024; Calleja-Hernandez *et al.*, 2023; Chaplin, 2023; Demarquay *et al.*, 2021b; Ducros *et al.*, 2021; NICE, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019]. Ils proposent par ailleurs d'y consigner les éléments suivants : toutes les céphalées et leur sévérité [Chaplin, 2023; Demarquay *et al.*, 2021b], la prise de médicament [Calleja-Hernandez *et al.*, 2023; Chaplin, 2023; Demarquay *et al.*, 2021b; Schytz *et al.*, 2021], les jours de menstruation [Chaplin, 2023] ainsi que les activités quotidiennes manquées [Chaplin, 2023]. Un GPC ajoute que la consignation d'information supplémentaire concernant l'alimentation, le sommeil, le stress et les thérapies complémentaires suivies pourrait également être utile [Chaplin, 2023].

Plusieurs documents proposent l'utilisation d'échelles standardisées, soit comme aide au diagnostic ou pour évaluer l'effet d'un traitement [Charles *et al.*, 2024; Medrea *et al.*, 2024; Puleda *et al.*, 2024b; Calleja-Hernandez *et al.*, 2023; Mitsikostas *et al.*, 2023; Diener *et al.*, 2022; Demarquay *et al.*, 2021b; Ducros *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019]. Les échelles les plus souvent mentionnées dans les documents repérés sont le *Migraine Disability Assessment* (MIDAS) et le *Headache Impact Test* (HIT-6) [Charles *et al.*, 2024; Medrea *et al.*, 2024; Puleda *et al.*, 2024b; Calleja-Hernandez *et al.*, 2023; Chaplin, 2023; Mitsikostas *et al.*, 2023; Diener *et al.*, 2022; Ailani *et al.*, 2021; Demarquay *et al.*, 2021b]. Les échelles *Headache Under Response to Treatment* (HURT) [Eigenbrodt *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019], *Headache-Attributed Lost Time* (HALT-30 or HALT-90) [Steiner *et al.*, 2019], *Migraine Treatment Optimization Questionnaire* (M-TOQ) [Demarquay *et al.*, 2021b] et *Patient Global Impression scales* (PGI) [Puleda *et al.*, 2024b] sont également mentionnées, mais moins fréquemment.

Le GPC de l'EHF indique que d'éviter certains déclencheurs pourrait contribuer favorablement à la prise en charge de la migraine, en favorisant la prévention des crises de migraine, mais que ces facteurs déclencheurs ne sont pas toujours évitables [Steiner *et al.*, 2019]. Par ailleurs, la Société danoise des céphalées (DHS) et la Société française des céphalées (SFC) soulignent qu'un comportement d'évitement pourrait aussi nuire à la qualité de vie des personnes vivant avec la migraine [Demarquay *et al.*, 2021b; Eigenbrodt *et al.*, 2021]. Les trois GPC rapportent que le rôle des facteurs déclencheurs est souvent surestimé [Demarquay *et al.*, 2021b; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019]. Toutefois, plusieurs GPC indiquent que l'adoption de saines habitudes de vie (alimentation équilibrée, sommeil suffisant, gestion du stress et exercice physique) pourrait être bénéfique pour les personnes vivant avec la migraine [Qaseem *et al.*, 2025a; Qaseem *et al.*, 2025b; Calleja-Hernandez *et al.*, 2023; Ailani *et al.*, 2021; Demarquay *et al.*, 2021b; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019].

Perspectives des parties prenantes

Les avis des membres du comité sont assez partagés concernant l'ajout d'une section sur le diagnostic. Certains jugent peu probable que l'outil soit consulté à des fins diagnostiques par les professionnels de la première ligne. Selon eux, il serait préférable de mettre de l'avant dans l'outil : les critères d'amorce de traitements aigu et prophylactique, les éléments à considérer pour juger de l'efficacité d'un traitement (ou de son échec), ainsi que ce qu'il faut faire en présence de comorbidités. Par ailleurs, étant donné la publication par l'INESSS d'un outil clinique présentant, entre autres, les critères diagnostiques de la migraine, soit le document « Indications justifiant le recours à l'imagerie pour le diagnostic d'une céphalée » [INESSS, 2019], les parties prenantes sont d'avis que l'ajout d'hyperliens vers cet outil et le site Web de l'ICHD-3 serait suffisant. Ils soulignent qu'il serait également pertinent de présenter les définitions de l'ICHD-3 de la migraine épisodique et de la migraine chronique dans l'outil clinique.

Les membres du comité consultatif estiment qu'il est important de mentionner l'usage d'un calendrier de migraine dans l'outil, puisque celui-ci contribue à une meilleure prise en charge et à un meilleur suivi en fournissant de l'information précise sur l'état migraineux de la personne et l'évolution de sa condition. Les éléments d'information qu'ils jugent essentiels à leur pratique sont : la fréquence et l'intensité des céphalées, la prise de médicaments, les déclencheurs et les répercussions sur les activités quotidiennes. Ils soulignent par ailleurs que plusieurs applications mobiles sont maintenant disponibles à cet égard, ce qui pourrait être pertinent à mentionner dans l'outil, car tous les professionnels de la santé ne sont pas au courant et plusieurs personnes qui vivent avec la migraine apprécient ces outils.

La majorité des membres du comité considèrent que c'est une bonne habitude à prendre d'utiliser une échelle standardisée de type HIT-6 ou MIDAS pour vérifier si un traitement fonctionne. Toutefois, tous les membres s'accordent pour dire que dans la pratique, peu ont recours aux échelles et il n'est pas réaliste de les imposer à la première ligne. De plus, un des membres ajoute que l'usage d'échelles standardisées n'est pas obligatoire pour la plupart des agents thérapeutiques, puisque le critère de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour les médicaments d'exception est basé sur la fréquence des crises. Selon eux, le calendrier est plus souvent employé en pratique et peut être suffisant pour un clinicien expérimenté. Il est donc suggéré de proposer l'utilisation d'échelles standardisées dans l'outil, sans toutefois les imposer à la première ligne.

Concernant l'information sur les déclencheurs et les saines habitudes de vie présentée dans les GPC repérés, il a été proposé d'inclure dans l'outil la mention d'encourager l'adoption de saines habitudes de vie, ce qui pourrait contribuer à éviter des crises.

2.1.1 Grossesse et allaitement

Information tirée des documents

Certains GPC indiquent que la migraine a souvent tendance à s'améliorer durant la grossesse, plus particulièrement après le premier trimestre [Gonzalez-Garcia *et al.*, 2022; Ducros *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021], mais également pendant l'allaitement [Gonzalez-Garcia *et al.*, 2022]. Certains documents précisent toutefois que cette amélioration serait propre à la migraine sans aura, puisque que la migraine avec aura aurait plutôt tendance à persister ou même, à s'aggraver durant la grossesse [Gonzalez-Garcia *et al.*, 2022; Ducros *et al.*, 2021]. De plus, la migraine chronique ne s'améliorerait pas toujours durant la grossesse [Gonzalez-Garcia *et al.*, 2022]. Un GPC recommande d'expliquer que la migraine peut être traitée durant la grossesse et l'allaitement, mais d'éviter formellement l'automédication [Ducros *et al.*, 2021]. Le document suggère d'expliquer que la migraine ne change pas l'issue globale de la grossesse, mais qu'elle est associée à un risque accru d'hypertension gravidique et de prééclampsie [Ducros *et al.*, 2021]. Un GPC ajoute de discuter des grossesses prévues, en cours ou passées lors des rencontres de suivis, si cela est jugé approprié [Chaplin, 2023].

Perspectives des parties prenantes

Les membres du comité consultatif suggèrent de ne pas inclure le traitement de la migraine pendant la grossesse dans l'outil étant donné que la migraine tend, de toute façon, à diminuer durant la grossesse et que lorsqu'elle persiste, cela demande des connaissances plus ciblées qui vont au-delà de la portée de cet outil. Ils ajoutent toutefois qu'une référence en neurologie durant la grossesse n'est pas envisageable, car les délais d'accès sont trop longs, et proposent donc de mettre de l'avant dans l'outil clinique certaines ressources d'information fiables, comme le centre-IMaGe et le conseil numérique, pour soutenir les professionnels de première ligne dans leur prise de décision.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – GÉNÉRALITÉS

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les parties prenantes, les éléments suivants ont été retenus :

- La migraine est une maladie neurologique souvent incapacitante qui peut se présenter avec ou sans aura. Pour plus de détails sur les critères diagnostiques des principaux types de céphalée, consulter l'outil de l'INESSS « [Indications cliniques justifiant le recours à l'imagerie pour le diagnostic d'une céphalée](#) » ou [ICHD-3.org](#).
- Bien que la migraine épisodique et la migraine chronique sont un continuum de la même condition, la migraine peut généralement être considérée :
 - **épisodique** lorsque la fréquence des jours de céphalées est inférieure à 15 jours par mois, et

- **chronique** lorsque la fréquence des jours de céphalées est de 15 jours ou plus par mois, dont 8 jours par mois répondent aux critères de la migraine, et ce, pendant plus de 3 mois.
- Afin d’informer le diagnostic et d’effectuer le suivi d’un traitement, la tenue d’un calendrier de migraine en format papier ou par le biais de l’utilisation d’une application devrait être encouragée, notamment pour consigner la fréquence et l’intensité des céphalées, la prise de médicament et leur efficacité, les déclencheurs (y compris les menstruations) et l’impact sur les activités quotidiennes.
 - Au besoin, un questionnaire standardisé (p. ex., HIT-6 ou MIDAS) pourrait également être utilisé pour aider à mesurer l’impact de la migraine sur la qualité de vie.
- Le traitement pendant la **grossesse et l’allaitement** n’est pas inclus dans cet outil. Généralement, les approches non pharmacologiques (adaptation de la charge de travail, gestion du stress, repos, acupuncture, nutrition et hydratation adéquate) sont favorisées avant d’envisager une pharmacothérapie. En cas de besoin de pharmacothérapie, certaines ressources sont disponibles dont le [Centre-IMAGe](#) et le [conseil numérique](#) pour les professionnels qui y ont accès (p. ex., médecins, IPS de première ligne).

2.2 Principes de traitements généraux

Information tirée des documents

La majorité des GPC soulignent également l’importance de la discussion avec le patient [Calleja-Hernandez *et al.*, 2023; Chaplin, 2023; Mitsikostas *et al.*, 2023; Ailani *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; NICE, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019]. Plusieurs GPC indiquent que le traitement devrait être individualisé en tenant compte des préférences de la personne [Qaseem *et al.*, 2025a; Medrea *et al.*, 2024; Chaplin, 2023; Mitsikostas *et al.*, 2023; Ailani *et al.*, 2021; Ducros *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; NICE, 2021] et de la présence de comorbidités [Charles *et al.*, 2024; Medrea *et al.*, 2024; Chaplin, 2023; Mitsikostas *et al.*, 2023; Ducros *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; NICE, 2021; Schytz *et al.*, 2021]. La CHS ajoute également les éléments suivants : l’efficacité du traitement, le profil d’effets indésirables, l’impact sur la qualité de vie de la personne, la sévérité des crises de la migraine, la planification d’une grossesse et la prise d’une contraception adéquate [Medrea *et al.*, 2024] et le GPC de l’American College of Physicians (ACP) ajoute de prendre en considération le coût dans le choix de la prophylaxie [Qaseem *et al.*, 2025a].

Perspectives des parties prenantes

Les membres du comité consultatif sont d'accord avec tous les éléments mentionnés dans les GPC concernant le choix de traitement. Toutefois, ils mentionnent que les interactions médicamenteuses pourraient également être prises en considération. L'ensemble de ces éléments a donc été retenu dans l'outil clinique.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – CHOIX DE TRAITEMENT

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les parties prenantes, les éléments suivants ont été retenus :

- Le choix des traitements de la migraine découle d'une discussion avec la personne concernant ses préférences, l'impact de la migraine sur sa qualité de vie, les comorbidités, les effets indésirables et les interactions médicamenteuses, l'efficacité et le coût du traitement, la planification d'une grossesse et la présence d'une contraception adéquate. Consultez l'annexe A sur l'éducation thérapeutique pour plus d'information.

2.3 Traitement aigu

2.3.1 Objectif de traitement

Information tirée des documents

L'ensemble des GPC qui abordent le sujet s'accordent pour dire que le traitement aigu vise l'arrêt complet ou la diminution de la douleur et des symptômes associés [Chaplin, 2023; Sacco *et al.*, 2022b; Ducros *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019]. Certains GPC indiquent que l'effet devrait être obtenu en deux heures ou moins et être soutenu pour un minimum de 24 heures sans la présence d'effets indésirables [Puledda *et al.*, 2024a; Chaplin, 2023; Sacco *et al.*, 2022b; Ducros *et al.*, 2021]. D'autres objectifs sont également mis de l'avant dans au moins un GPC, soit : un rétablissement de la capacité à effectuer les activités quotidiennes [Ailani *et al.*, 2021], un besoin minimal d'une deuxième dose ou de médication de secours [Ailani *et al.*, 2021], une réduction de l'utilisation des ressources [Ailani *et al.*, 2021], peu ou pas d'effets indésirables [Puledda *et al.*, 2024a; Sacco *et al.*, 2022b; Ailani *et al.*, 2021] et un coût minimal [Ailani *et al.*, 2021].

Par ailleurs, trois GPC recommandent de vérifier l'efficacité d'un traitement aigu sur au moins 3 crises de migraine distinctes avant de conclure à un échec de traitement [Chaplin, 2023; Ducros *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019].

Perspectives des parties prenantes

Les membres du comité consultatif sont d'accord avec l'information tirée des GPC et trouvent pertinent de préciser dans l'outil que l'objectif du traitement aigu est l'obtention d'un soulagement des symptômes dans un délai de 2 heures ou moins et pour une durée d'au moins 24 heures, ainsi que le retour à un état fonctionnel, et ce, sans effets indésirables intolérables. Ils sont aussi d'accord que lorsqu'un traitement aigu n'atteint pas cet objectif pour 3 crises de migraine ou plus, il devrait être considéré comme un échec, et ce, peu importe que les 3 crises soient consécutives ou non. Il n'y a pas non plus de considération concernant une période de temps déterminée pour l'occurrence de ces 3 crises, puisque la fréquence de ces dernières est variable d'une personne à l'autre. Ils soulignent toutefois l'importance de vérifier une prise adéquate de la médication, c'est-à-dire un médicament pris à la dose cible, et ce, dès l'apparition de la céphalée, avant de conclure à un échec du traitement.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – OBJECTIF DE TRAITEMENT AIGU

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les parties prenantes, les éléments suivants ont été retenus :

- L'**objectif** est de réduire la douleur et les autres symptômes associés à la migraine, en 2 heures ou moins, et sur une période d'au moins 24 heures, sans effets indésirables intolérables.
- **Échec au traitement** : lorsque l'objectif n'est pas atteint pour au moins trois crises de migraine, malgré un traitement pris précocement et à dose adéquate.

2.3.2 Choix de traitement

Information tirée des documents

Certains GPC de pratique clinique indiquent que tous les adultes vivant avec la migraine devraient avoir accès à un traitement aigu [Ailani *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019]. Plusieurs GPC recommandent l'essai d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en premier choix [Puledda *et al.*, 2024a; Chaplin, 2023; Diener *et al.*, 2022; Eigenbrodt *et al.*, 2021; NICE, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019]; toutefois, certains GPC indiquent que les triptans pourraient également être proposés en premier choix [Chaplin, 2023; NICE, 2021], particulièrement en présence de crises sévères [Puledda *et al.*, 2024a; Ducros *et al.*, 2021]. Par ailleurs, lorsqu'un triptan est inefficace, différentes stratégies sont mises de l'avant dans les GPC retenus :

- 1) un deuxième triptan pourrait être essayé [Puledda *et al.*, 2024a; Chaplin, 2023; Diener *et al.*, 2022; Ailani *et al.*, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019];
- 2) une formulation différente pourrait être essayée [Puledda *et al.*, 2024a; Chaplin, 2023; Ailani *et al.*, 2021; Ducros *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019];

- 3) une combinaison entre un triptan et un AINS serait possible [Puledda *et al.*, 2024a; Chaplin, 2023; Diener *et al.*, 2022; Ducros *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; NICE, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019]. Des GPC suggèrent d'ailleurs que la combinaison d'un triptan avec le naproxène serait plus efficace que l'utilisation des agents séparément [Qaseem *et al.*, 2025b; Diener *et al.*, 2022; Steiner *et al.*, 2019]).

Enfin, certains GPC indiquent qu'un gépant peut être utilisé si les triptans et les AINS sont inefficaces ou non tolérés [Puledda *et al.*, 2024a; Diener *et al.*, 2022; Ailani *et al.*, 2021; Ducros *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021].

Perspectives des parties prenantes

Selon les membres du comité consultatif, il est important que les triptans soient parmi les premiers choix de stratégies de traitement. Ils mentionnent que les triptans sont encore perçus comme des molécules plus à risque et que les cliniciens de première ligne ont tendance à repousser leur utilisation, alors qu'ils ne devraient pas. Il est proposé que les AINS et les triptans soient considérés comme une option de traitement de première intention et puisque la majorité des personnes auront déjà essayé un AINS avant de consulter, il ne devrait pas y avoir un trop long délai avant l'essai d'un triptan. Par ailleurs, ils déconseillent l'essai de plusieurs AINS avant les triptans.

Par ailleurs, bien qu'ils ne soient pas actuellement inscrits sur les listes de la RAMQ pour le traitement aigu de la migraine, les membres du comité consultatif sont en accord avec les GPC et considèrent que les gépants constituent une option de traitement valable lorsque les triptans et les AINS ont déjà été tentés ou sont contre-indiqués. Ils ajoutent par ailleurs que l'utilisation des combinaisons de traitements aigus avec un gépant serait également pertinente pour traiter les crises de la migraine, lorsque les autres options ont échoué. Ces combinaisons seraient utilisées dans la pratique; toutefois, peu de données sont disponibles pour soutenir leur utilisation.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – CHOIX DE TRAITEMENT AIGU

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information et du processus itératif avec le comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Option 1 - choisir un médicament parmi les classes suivantes;
 - AINS (*si cette option n'a pas déjà été tentée par la personne avant la consultation*)
 - Triptan (*devrait être privilégié en présence de crises sévères*).

En cas d'échec ou de réponse partielle.

- Option 2 - choisir parmi :
 - une autre formulation ou voie d'administration (AINS ou triptan)
 - un autre triptan
 - une combinaison triptan-AINS¹

S'il y a contre-indication ou intolérance aux triptans ou réponse partielle ou échec à l'option 2.

- Option 3 - choisir parmi :
 - gépant²
 - gépant combiné à un triptan ou AINS³

¹ La combinaison triptan-AINS aurait une efficacité supérieure à ces deux produits utilisés en monothérapie.

² L'ubrogépant et le rimégépant sont les deux seuls gépants approuvés pour le traitement aigu de la migraine par Santé Canada. Ils ne sont toutefois pas inscrits sur les listes de la RAMQ.

³ Peu de données sont disponibles concernant l'efficacité et l'innocuité des combinaisons de traitements aigus avec les gépants. Il est toutefois de l'opinion des membres du comité consultatif que ces combinaisons pourraient constituer des options de traitement valables chez les personnes qui n'ont pas répondu aux autres traitements et qui n'ont pas d'intolérance ou de contre-indication.

2.3.3 Principes de traitement

Information tirée des documents

Plusieurs GPC conseillent de prendre la médication le plus rapidement possible, au début de la céphalée, afin d'optimiser l'efficacité du traitement [Qaseem *et al.*, 2025b; Puledda *et al.*, 2024a; Chaplin, 2023; Diener *et al.*, 2022; Sacco *et al.*, 2022b; Ailani *et al.*, 2021; Ducros *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019]. L'IHS indique que l'ubrogépant pourrait même être administré durant le prodrome [Puledda *et al.*, 2024a], ce dernier étant défini par l'ICHD-3 comme une phase symptomatique survenant juste avant la céphalée ou l'aura, selon le cas, et pouvant durer jusqu'à 48 heures. La fatigue, une humeur dépressive ou exaltée, des fringales ou un appétit inhabituel sont parmi les symptômes communs du prodrome [IHS, 2018].

Un GPC mentionne que, bien que l'administration d'un triptan soit souvent plus facile par voie orale, les voies d'administration non orales pourraient être utiles :

- lorsqu'une réponse plus rapide est requise [Sacco *et al.*, 2022b; Schytz *et al.*, 2021];
- en présence de nausées ou de vomissements [Qaseem *et al.*, 2025b; Puledda *et al.*, 2024a; Chaplin, 2023; Ailani *et al.*, 2021; Ducros *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021]; dans ce cas, il serait également possible d'ajouter un antiémétique au traitement aigu [Qaseem *et al.*, 2025b; Puledda *et al.*, 2024a; Chaplin, 2023; Diener *et al.*, 2022; Ducros *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019].

En cas de réponse inadéquate à un triptan, le GPC du SIGN indique la possibilité de prendre une deuxième dose 2 heures après la première prise [Chaplin, 2023]; ceci n'est toutefois pas recommandé en l'absence complète de réponse [Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019]. L'IHS souligne également d'éviter la prise de 2 triptans différents durant les mêmes 24 heures [Puledda *et al.*, 2024a].

Par ailleurs, plusieurs GPC précisent que les opioïdes [Qaseem *et al.*, 2025b; Chaplin, 2023; Diener *et al.*, 2022; Ducros *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019] et les barbituriques [Qaseem *et al.*, 2025b; Chaplin, 2023; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019] ne sont pas recommandés pour le traitement de la migraine.

Plusieurs GPC rapportent qu'une consommation d'analgésiques à plus de 15 jours par mois ou de triptans ou d'une combinaison de médicaments pour le traitement aigu de la migraine à plus de 10 jours par mois augmente le risque de céphalées médicamenteuses [Chaplin, 2023; Ailani *et al.*, 2021; Ducros *et al.*, 2021; NICE, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019]. Toutefois, des GPC plus récents, soit ceux de la CHS et de l'IHS, indiquent que ce risque est augmenté lors d'une prise de traitement aigu de plus de 8 à 10 jours par mois [Medrea *et al.*, 2024; Puledda *et al.*, 2024a]. Par ailleurs, trois GPC précisent que les gépants n'ont pas été associés à des céphalées médicamenteuses [Puledda *et al.*, 2024a; Ailani *et al.*, 2021; Ducros *et al.*, 2021].

Les GPC présentent les céphalées médicamenteuses comme des céphalées qui surviennent 15 jours ou plus par mois et qui apparaissent à la suite d'une prise fréquente de traitement aigu durant plus de 3 mois [Qaseem *et al.*, 2025b; Chaplin, 2023; Ailani *et al.*, 2021; Ducros *et al.*, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019]. Certains GPC indiquent que la personne devrait être informée des risques de céphalées médicamenteuses dès le début d'un traitement aigu [Qaseem *et al.*, 2025b; Chaplin, 2023; Ducros *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019] ainsi que du risque de chronicisation de la migraine associé à une prise fréquente de traitements aigus [Puledda *et al.*, 2024a; Ducros *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021]. De plus, un GPC précise que les personnes qui continuent à surconsommer des médicaments pour le traitement aigu de la migraine tout en recevant un traitement préventif pourraient avoir besoin d'un ajustement de traitement [Ailani *et al.*, 2021].

Ainsi, certains GPC recommandent de limiter à moins de 10 jours par mois la prise de traitements aigus [Puledda *et al.*, 2024a], de triptans ou de combinaisons de médicaments [Ducros *et al.*, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019], et à moins de 15 jours par mois la consommation d'analgésiques [Ducros *et al.*, 2021; Schytz *et al.*, 2021].

En présence de céphalées médicamenteuses, le GPC canadien indique que bien qu'il soit parfois nécessaire d'effectuer un sevrage, ce n'est pas toujours le cas et que l'amorce d'une prophylaxie, sans sevrage, pourrait constituer une solution adéquate pour plusieurs personnes [Medrea *et al.*, 2024]. Cependant, les autres GPC donnent des indications différentes concernant la marche à suivre en présence de céphalées médicamenteuses; plusieurs appuient un sevrage immédiat [Chaplin, 2023; Eigenbrodt *et al.*, 2021; NICE, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019]. Toutefois, deux GPC proposent également l'option d'un retrait progressif, soit sur une période de 2 à 4 semaines [Steiner *et al.*, 2019] ou en réduisant la prise de la médication à un maximum de 2 jours par semaine [Schytz *et al.*, 2021]. Plusieurs GPC proposent de considérer l'amorce d'une prophylaxie en parallèle du sevrage [Chaplin, 2023; Eigenbrodt *et al.*, 2021; NICE, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019].

Les GPC recommandent d'orienter en milieu spécialisé, dans le contexte de céphalées médicamenteuses, les personnes qui utilisent des opioïdes forts [NICE, 2021] ou qui sont à haut risque de symptômes de sevrage importants [Schytz *et al.*, 2021]; qui ont des comorbidités importantes [NICE, 2021; Schytz *et al.*, 2021]; qui ont échoué à plusieurs tentatives de sevrage [NICE, 2021] ou qui vivent avec la migraine chronique [Eigenbrodt *et al.*, 2021].

Un GPC mentionne que la migraine avec aura est associée à un risque plus élevé d'accident vasculaire cérébral ischémique. Il recommande donc d'éduquer la personne afin de prévenir les événements cardiovasculaires en encourageant la cessation tabagique, en vérifiant régulièrement la pression artérielle, en encourageant l'exercice physique régulier et en prescrivant des contraceptifs sans estrogène (progestérone seulement), [Ducros *et al.*, 2021]. Ce dernier point est par ailleurs cohérent avec le protocole de contraception du Québec qui recommande de ne pas utiliser de contraceptifs contenant des estrogènes lors de la présence de migraine avec aura [INSPQ, 2024].

Perspectives des parties prenantes

Tous les membres du comité consultatif sont d'accord pour dire qu'une prise rapide de la médication est cruciale et que l'ubrogéant pourrait même être pris durant le prodrome, deux éléments qu'il serait pertinent selon eux de rappeler dans l'outil. Ils précisent toutefois que la notion de prodrome n'est pas nécessairement claire pour plusieurs personnes, bien que certaines savent très bien le reconnaître lorsqu'il survient. Ainsi, ils jugeaient pertinent d'ajouter dans l'outil une brève description du prodrome puisque cela pourrait favoriser une prise adéquate de l'ubrogéant.

Les membres du comité consultatif soulignent également que le choix de l'agent et de la formulation devrait se faire selon les caractéristiques de la migraine (p. ex., crise nocturne ou présence de vomissements) et ajoutent que les réponses aux triptans sont différentes d'une personne à l'autre. Ils sont par ailleurs d'accord avec l'information présentée dans les GPC indiquant que les voies d'administration intranasale et sous-cutanée agissent plus rapidement. Il a également été mentionné qu'une formulation sublinguale pourrait être utilisée en présence de nausées ou de vomissements puisque celle-ci est absorbée par la muqueuse de la bouche. La possibilité d'inclure deux triptans sur la même prescription a été évoquée par un des membres du comité consultatif, afin que la personne puisse essayer un deuxième triptan sans revoir un prescripteur si le premier ne fonctionne pas. Toutefois, il a également été mentionné que lors d'un échec à un triptan, il faudrait d'abord essayer d'en connaître la cause avant d'essayer un autre triptan.

Les membres du comité consultatif sont d'accord avec l'information mentionnée dans les GPC concernant le rôle des antiémétiques pour réduire la nausée et les vomissements. Il a été proposé de bien définir ce rôle dans l'outil afin d'éviter qu'ils soient perçus comme des traitements de crise.

De plus, il a été considéré important de préciser dans l'outil, en accord avec les GPC, que les barbituriques et les opioïdes ne devraient pas être utilisés pour le traitement de la migraine, ces molécules étant encore prescrites à l'occasion par certains professionnels.

Il a été proposé d'indiquer dans l'outil que la consommation fréquente de traitement aigu durant plus de trois mois augmente le risque de céphalées médicamenteuses et de chronicisation de la migraine. Les membres du comité consultatif proposent également de définir la consommation fréquente de traitement en utilisant comme exemple une consommation sur 10 jours ou plus par mois. Ils soulignent toutefois que cela ne devrait pas être employé pour limiter la quantité de médicaments disponible pour la personne, qui doit être en mesure de traiter convenablement ses crises de la migraine, mais plutôt pour indiquer qu'une réévaluation du traitement devrait être entreprise afin de s'assurer entre autres qu'on ait recours à une prophylaxie adéquate. Les membres du comité consultatif ont souligné que l'apparition de céphalées médicamenteuses survient selon un continuum et qu'au-delà du risque absolu, c'est le patron d'utilisation des différentes molécules qui serait à surveiller (p. ex., une augmentation de la consommation au fil du temps) et que l'accent devrait surtout être mis là-dessus plutôt que sur un chiffre précis. L'importance de surveiller les renouvellements en lien avec une augmentation de la consommation et de considérer l'amorce d'une prophylaxie ou son optimisation est également soulignée. Les membres du comité consultatif proposent d'indiquer dans l'outil que les données actuelles ne suggèrent pas d'augmentation du risque de céphalées médicamenteuses lors de l'utilisation de gépants pour le traitement aigu. Il a d'ailleurs été précisé qu'en pratique, certains prescripteurs peuvent favoriser l'usage des gépants chez les personnes vivant avec la migraine épisodique à haute fréquence, plus à risque de céphalée médicamenteuse.

Concernant les risques associés à la prise de contraceptifs contenant des estrogènes en présence de la migraine avec aura, les membres du comité consultatif soulignent que ce risque est variable d'une personne à l'autre et peut difficilement être abordé dans un outil clinique étant donné le nombre d'éléments à considérer dans cette prise de décision. Toutefois, ils soulignent qu'il est important que les professionnels de première ligne soient au courant de ces risques et de la décision partagée qui devrait en découler. Il est proposé d'inclure dans l'outil un énoncé pour avertir le clinicien que cette situation requiert une attention particulière et qu'au besoin, un collègue expérimenté pourrait être consulté.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – PRINCIPES DE TRAITEMENT AIGU

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information et du processus itératif avec le comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Un traitement pharmacologique aigu devrait être offert à toute personne vivant avec la migraine :
 - la médication devrait être prise à dose adéquate, dès l'apparition de la céphalée¹;
 - au besoin, la formulation du traitement devrait être ajustée en fonction des caractéristiques de la migraine (p. ex., apparition rapide, nocturne ou accompagnée de nausées ou de vomissements) ;
 - en présence d'une migraine accompagnée de nausées ou de vomissements, il est également possible d'ajouter un antiémétique au traitement.
- En cas d'absence de réponse à un triptan, en utilisant la bonne voie d'administration et des doses adéquates prises au bon moment, l'essai d'un autre triptan pourrait être considéré.
- Il est possible de répéter la dose d'un triptan lorsqu'une efficacité partielle est observée. Une dose additionnelle ne devrait pas être administrée en l'absence de réponse à la dose initiale, mais un traitement de secours différent pourrait être prévu pour cette situation.
 - La prise de 2 triptans différents durant une période de 24 heures n'est pas souhaitable, mais pourrait être considérée dans certaines situations. Au besoin, consulter un collègue expérimenté.
- La consommation fréquente (p. ex., plus de 10 jours par mois) d'analgésiques ou de triptans pendant plus de 3 mois augmente le risque de céphalées médicamenteuses et de chronicisation de la migraine; cependant, une quantité suffisante de traitement aigu devrait toujours être prévue pour que les crises soient traitées adéquatement.
 - Selon les données disponibles, parmi les traitements aigus, seuls les gépants ne semblent pas associés à un risque accru de céphalées médicamenteuses.

- De l'information sur les céphalées médicamenteuses devrait être fournie à la personne.

i Il est important de demeurer attentif au patron de consommation pour évaluer si un traitement prophylactique devrait être amorcé ou optimisé pour limiter la consommation du traitement aigu.

x Les opioïdes et les barbituriques ne devraient pas être prescrits pour le traitement aigu de la migraine.

- L'utilisation d'un contraceptif oral ne contenant pas d'estrogène serait à privilégier pour les personnes vivant avec la migraine accompagnée d'aura. Toutefois, selon les préférences de la personne, d'autres options pourraient être proposées. L'utilisation d'un contraceptif contenant de l'estrogène en présence de la migraine avec aura n'est pas discutée dans ce guide : pour plus d'information, consulter un collègue expérimenté OU le [protocole de contraception du Québec](#).

¹ Des données scientifiques montrent que l'ubrogéant est plus efficace qu'un placebo lorsqu'il est pris durant le prodrome. Sa prise pourrait donc être tentée dès l'apparition des premiers symptômes chez les personnes capables de reconnaître leur prodrome, phase de la migraine qui précède l'apparition de la céphalée.

2.3.4 Posologies

Information tirée des documents

Le tableau ci-dessous résume l'information sur le dosage issue des monographies des médicaments recommandés pour le traitement aigu de la migraine.

Tableau 1 Doses recommandées dans les monographies

Agents	Posologie	Dose max / 24 h	Références
AINS			
Diclofénac – comprimé	50 mg	100 mg	[Novartis Pharma Canada inc., 2023]
Diclofénac – poudre orale	50 mg (un sachet)	50 mg	[Aralez Pharmaceuticals Canada Inc., 2021a]
Ibuprofène	200-400 mg	1 200 mg	[APOTEX INC., 2022]
Naproxène sodique	550 mg PO STAT puis 275 mg PO q6-8h PRN	1 375 mg	[Atnahs Pharma UK Limited, 2022]
Triptans			
Almotriptan	6,25 à 12,5 mg	25 mg	[Mylan Pharmaceuticals ULC, 2016]
Élériptan	20-40 mg	40 mg	[BGP Pharma ULC, 2023a]
Frovatriptan	2,5 mg	5 mg	[APOTEX INC., 2023b]
Naratriptan	1 - 2,5 mg	5 mg	[APOTEX INC., 2020b]
Rizatriptan – comprimé ou cachet ultra-fondant	5 à 10 mg	20 mg	[Organon Canada Inc., 2021]
Sumatriptan – comprimé	50-100 mg	200 mg	[GlaxoSmithKline Inc., 2022]
Sumatriptan – injection sous-cutanée	6 mg	12 mg	
Sumatriptan – vaporisateur	5 à 20 mg	40 mg	

Agents	Posologie	Dose max / 24 h	Références
Zolmitriptan – comprimé ou cachet ultra-fondant	2,5	10 mg	[Xediton Pharmaceuticals Inc., 2023]
Zolmitriptan – vaporisateur	2,5-5 mg	10 mg	
Combinaison naproxène-sumatriptan			
Naproxène sodique/sumatriptan	500 mg/85 mg	2 doses	[Aralez Pharmaceuticals Canada Inc., 2021b]
Gépants			
Rimégépant	75 mg	75 mg	[Pfizer Canada SRI, 2023]
Ubrogépant	50-100 mg	200 mg	[Corporation AbbVie, 2022]
Antiémétiques			
Métoclopramide	5-10 mg	40 mg	[Pharmascience inc., 2022]
Dompéridone	10 mg	30 mg	[APOTEX INC., 2023a]

Tableau 2 Doses recommandées dans les GPC

Agents	GPC
AINS	
Diclofénac	25-100 mg [Ducros <i>et al.</i> , 2021] 50 mg [Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021] 50-100 mg [Diener <i>et al.</i> , 2022; Steiner <i>et al.</i> , 2019] 50-250 mg [Puledda <i>et al.</i> , 2024a]
Ibuprofène	200-400 mg [Ducros <i>et al.</i> , 2021] 200-600 mg [Diener <i>et al.</i> , 2022] 400-600 mg [Puledda <i>et al.</i> , 2024a; Chaplin, 2023; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Schytz <i>et al.</i> , 2021] 400-800 mg [Steiner <i>et al.</i> , 2019]
Naproxène sodique	550 mg [Puledda <i>et al.</i> , 2024a] 550-1 100mg [Ducros <i>et al.</i> , 2021]
Triptans	
Almotriptan	12,5 mg [Puledda <i>et al.</i> , 2024a; Diener <i>et al.</i> , 2022; Ducros <i>et al.</i> , 2021; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Schytz <i>et al.</i> , 2021; Steiner <i>et al.</i> , 2019]
Élériptan	20-40 mg [Ducros <i>et al.</i> , 2021; Steiner <i>et al.</i> , 2019] 40 mg [Puledda <i>et al.</i> , 2024a; Diener <i>et al.</i> , 2022; Schytz <i>et al.</i> , 2021] 20-80 mg [Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021]
Frovatriptan	2,5 mg [Puledda <i>et al.</i> , 2024a; Diener <i>et al.</i> , 2022; Ducros <i>et al.</i> , 2021; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Schytz <i>et al.</i> , 2021; Steiner <i>et al.</i> , 2019]
Naratriptan	2,5 mg [Puledda <i>et al.</i> , 2024a; Diener <i>et al.</i> , 2022; Ducros <i>et al.</i> , 2021; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Schytz <i>et al.</i> , 2021; Steiner <i>et al.</i> , 2019]
Rizatriptan	5-10 mg [Ducros <i>et al.</i> , 2021; Schytz <i>et al.</i> , 2021], Puledda, 2024 #35] 10 mg [Diener <i>et al.</i> , 2022; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Steiner <i>et al.</i> , 2019] 5 mg si prise concomitante de propranolol [Diener <i>et al.</i> , 2022; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Steiner <i>et al.</i> , 2019]
Sumatriptan – comprimés	50 mg [Ducros <i>et al.</i> , 2021] 50-100 mg [Chaplin, 2023; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Schytz <i>et al.</i> , 2021; Steiner <i>et al.</i> , 2019], [Puledda <i>et al.</i> , 2024a; Diener <i>et al.</i> , 2022]
Sumatriptan – vaporisateur	10-20 mg [Puledda <i>et al.</i> , 2024a; Diener <i>et al.</i> , 2022; Ducros <i>et al.</i> , 2021; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Schytz <i>et al.</i> , 2021; Steiner <i>et al.</i> , 2019]

Agents	GPC
Sumatriptan – injection sc	3-6 mg [Puledda <i>et al.</i> , 2024a; Diener <i>et al.</i> , 2022] 6 mg [Ducros <i>et al.</i> , 2021; Steiner <i>et al.</i> , 2019], DHS [Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021]
Zolmitriptan – comprimés	2,5 mg [Puledda <i>et al.</i> , 2024a; Ducros <i>et al.</i> , 2021; Schytz <i>et al.</i> , 2021] 2,5-5 mg [Diener <i>et al.</i> , 2022; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Steiner <i>et al.</i> , 2019]
Zolmitriptan – vaporisateur	5 mg [Puledda <i>et al.</i> , 2024a; Diener <i>et al.</i> , 2022; Ducros <i>et al.</i> , 2021; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Steiner <i>et al.</i> , 2019]
Combinaison naproxène-sumatriptan	
Naproxène sodique/sumatriptan	500 mg/85 mg [Chaplin, 2023]
Gépants	
Ubrogéant	50-100 mg [Puledda <i>et al.</i> , 2024a; Ducros <i>et al.</i> , 2021; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021]
Rimégéant	75 mg [Puledda <i>et al.</i> , 2024a; Diener <i>et al.</i> , 2022; Ducros <i>et al.</i> , 2021; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021]
Antiémétiques	
Métoclopramide	10 mg [Puledda <i>et al.</i> , 2024a; Chaplin, 2023; Diener <i>et al.</i> , 2022; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Schytz <i>et al.</i> , 2021; Steiner <i>et al.</i> , 2019]
Dompéridone	10 mg [Puledda <i>et al.</i> , 2024a; Diener <i>et al.</i> , 2022; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Schytz <i>et al.</i> , 2021; Steiner <i>et al.</i> , 2019]

Comme les tableaux [1](#) et [2](#) l'indiquent, les posologies sont généralement similaires entre celles proposées par les monographies et celles présentées dans les GPC. Toutefois, pour la classe pharmacologique des triptans, les GPC vont plus souvent proposer la dose supérieure, particulièrement pour l'almotriptan, l'élétriptan, le naratriptan, le sumatriptan en comprimés et en vaporisateur et le zolmitriptan en vaporisateur.

Perspectives des parties prenantes

En général, les membres du comité consultatif étaient d'accord avec les doses proposées dans les monographies. Toutefois, pour certains triptans tels que l'almotriptan, le naratriptan, le rizatriptan, le sumatriptan en comprimés, le sumatriptan ainsi que le zolmitriptan en vaporisateur nasal, il a plutôt été proposé d'indiquer des intervalles de doses ou uniquement la dose supérieure inscrite à la monographie, ce qui concorde davantage avec la pratique et est en cohérence avec l'information présentée dans les GPC (voir le [tableau 2](#)). Toutefois pour l'élétriptan, bien que la monographie indique une dose maximale quotidienne de 40 mg, certains membres du comité consultatif précisent qu'ils utilisent maintenant en pratique des doses allant jusqu'à 80 mg et que cette dose est généralement bien tolérée. Ainsi, comme une dose de 80 mg a également été proposée pour l'élétriptan dans certains GPC [Ducros *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019], ils suggèrent de conserver la dose maximale rapportée dans la monographie, tout en permettant d'augmenter la dose à 80 mg par jour, au besoin.

2.3.5 Précautions et contre-indications

Certains GPC présentent de l'information en lien avec l'utilisation sécuritaire des traitements aigus. Plusieurs GPC et les monographies de produits mentionnent que les triptans sont contre-indiqués en présence d'hypertension non contrôlée ou de maladie cardiovasculaire ou cérébrovasculaire [APOTEX INC., 2023b; BGP Pharma ULC, 2023a; Chaplin, 2023; Xediton Pharmaceuticals Inc., 2023; Diener *et al.*, 2022; GlaxoSmithKline Inc., 2022; Sacco *et al.*, 2022b; Ailani *et al.*, 2021; Ducros *et al.*, 2021; Organon Canada Inc., 2021; Schytz *et al.*, 2021; APOTEX INC., 2020b; Steiner *et al.*, 2019; Mylan Pharmaceuticals ULC, 2016]. Un des GPC conseille d'ailleurs de surveiller régulièrement la tension artérielle et d'évaluer périodiquement les facteurs de risque cardiovasculaire chez les patients âgés qui utilisent des triptans [Eigenbrodt *et al.*, 2021]. Par ailleurs, les monographies indiquent que plusieurs triptans (élétriptan, naratriptan, rizatriptan, sumatriptan et zolmitriptan) ne sont pas recommandés chez les personnes de 65 ans et plus, puisqu'il y a peu de données disponibles chez cette population [BGP Pharma ULC, 2023a; Xediton Pharmaceuticals Inc., 2023; GlaxoSmithKline Inc., 2022; Organon Canada Inc., 2021; APOTEX INC., 2020b]. Les autres triptans (almotriptan et frovatriptan) seraient à utiliser avec prudence chez cette population [APOTEX INC., 2023b; Mylan Pharmaceuticals ULC, 2016]. Peu de GPC incluent de l'information particulière propre aux personnes de 65 ans et plus. Deux GPC soulignent que la migraine tend à diminuer ou même à disparaître au cours du vieillissement [Puledda *et al.*, 2024a; Eigenbrodt *et al.*, 2021] et deux autres GPC ajoutent que peu de données rigoureuses sont disponibles concernant le traitement de la migraine chez cette population [Puledda *et al.*, 2024a; Eigenbrodt *et al.*, 2021], qui est bien souvent exclue des essais cliniques [Puledda *et al.*, 2024a]. Le GPC danois indique que si la migraine persistait avec l'âge, la prise en charge serait poursuivie de la même façon [Eigenbrodt *et al.*, 2021] et l'IHS propose l'usage de l'acétaminophène comme première option de traitement aigu chez les personnes de 65 ans et plus, avec l'aspirine et les AINS en deuxième option, et les triptans, en troisième [Puledda *et al.*, 2024a].

Le GPC du SIGN souligne qu'une période minimale de 2 heures devrait séparer la prise de rizatriptan et de propranolol [Chaplin, 2023] et 3 GPC soulignent d'ajuster la dose de rizatriptan à 5 mg, lors de la prise concomitante de propranolol [Diener *et al.*, 2022; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019]. La monographie du rizatriptan recommande d'ailleurs la prudence lors de l'administration de rizatriptan aux personnes qui reçoivent du propranolol, puisque ce dernier influe sur la pharmacocinétique du rizatriptan [Organon Canada Inc., 2021].

Le GPC de l'ACP indique que les triptans sont associés à plus d'effets indésirables que l'acétaminophène et les AINS et que même si ces effets indésirables sont souvent bénins (p. ex., fatigue, étourdissements, nausées), il est quand même important de retenir qu'ils peuvent potentiellement nuire aux activités quotidiennes et à la qualité de vie de certaines personnes [Qaseem *et al.*, 2025b]. Le GPC français indique par ailleurs que les gépants semblent provoquer moins d'effets indésirables que les triptans; toutefois, ils pourraient potentiellement comporter un risque cardiovasculaire, bien que les preuves pour étayer ou réfuter cette préoccupation ne soient pas disponibles actuellement

[Ducros *et al.*, 2021]. En effet, les monographies du rimégépant et de l'ubrogépant mentionnent que les effets indésirables signalés lors des études étaient d'intensité légère à modérée. Toutefois, ces deux monographies ne contiennent pas d'information au sujet des risques cardiovasculaires associés à la prise d'un gépant [Pfizer Canada SRI, 2023; Corporation AbbVie, 2022]. La monographie du rimégépant indique également qu'une hausse des cas de constipation a été observée lors de la prise concomitante de deux molécules ciblant le peptide relié au gène de la calcitonine (CGRP) [Pfizer Canada SRI, 2023].

Perspectives des parties prenantes

Les formulations en vaporisateur ou en injection ont été rapportées comme agissant plus rapidement, et certains triptans ont une action longue durée. Les membres du comité consultatif ont proposé que ces précisions apparaissent au tableau des traitements aigus. Ils n'ont pas jugé pertinent d'ajouter de l'information particulière sur les interactions médicamenteuses; selon eux, ce n'est pas un enjeu dans le traitement de la migraine puisqu'il est plutôt rare que les gens qui souffrent de migraine prennent plusieurs médicaments régulièrement. Toutefois, étant donné que les gépants ont des interactions médicamenteuses avec des médicaments plus utilisés chez la population vivant avec la migraine, il a été jugé pertinent d'inclure cette information au tableau. L'interaction rizatriptan et propranolol a également été rapportée, puisque ce sont deux médicaments utilisés dans un contexte de migraine, augmentant ainsi la probabilité qu'une personne reçoive les deux.

En ce qui concerne les éléments mentionnés pour la population plus âgée, les membres du comité consultatif n'ont pas jugé pertinent d'ajouter cette information particulière puisque, selon eux, il n'y aurait pas d'enjeux en pratique, mais ils conviennent qu'il devrait y avoir un message incitant à la prudence.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – TRAITEMENT AIGU : POSOLOGIE ET PRÉCAUTIONS

TRAITEMENT AIGU DE LA MIGRAINE ¹			
Traitement	Posologie	Dose maximale (par 24 h)	Considérations pour le choix de l'agent
ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS (AINS)			
Diclofénac	Comprimé à action rapide (potassique) 50 mg PO BID PRN	100 mg	<ul style="list-style-type: none"> La poudre orale de diclofénac² pourrait être favorisée lorsqu'un début d'action plus rapide est souhaité.
	Poudre orale ² Diluer 1 sachet (50 mg) dans 30 à 60 ml d'eau	50 mg	
Ibuprofène	200 à 400 mg PO q6h PRN	1 200 mg	
Naproxène sodique²	550 mg PO STAT puis 275 mg PO q6 à 8h PRN	1 375 mg	
TRIPTANS²			
Almotriptan	12,5 mg PO STAT puis répéter 2 h plus tard PRN	25 mg	<ul style="list-style-type: none"> La formulation injectable de sumatriptan : <ul style="list-style-type: none"> possède une efficacité supérieure aux formulations orales; pourrait être prévue comme plan d'urgence chez les personnes qui présentent des épisodes de status migrainosus⁵. Les formulations injectables et en vaporisateur possèdent un début d'action plus rapide et pourraient être favorisées en présence de nausées ou de vomissements ou en cas de crise de migraine d'apparition rapide ou nocturne. Le frovatriptan et le naratriptan possèdent un début d'action plus lent, mais ils ont une plus longue durée d'action et seraient moins susceptibles d'entraîner des effets indésirables. <p>Précautions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les triptans sont contre-indiqués en présence d'hypertension non contrôlée ou de maladie cardiovasculaire ou cérébrovasculaire non maîtrisée. Les triptans sont contre-indiqués lors de l'administration de dérivés de l'ergot dans les dernières 24 h. Lors de la prise concomitante de rizatriptan et de propranolol, la dose de rizatriptan devrait être ajustée à la baisse.
Élériptan	20 à 40 mg PO STAT puis répéter 2 h plus tard PRN	40 mg ⁴	
Frovatriptan²	2,5 mg PO STAT puis répéter 4 à 24 h plus tard PRN	5 mg	
Naratriptan	2,5 mg PO STAT puis répéter 4 h plus tard PRN	5 mg	
Rizatriptan	10 mg PO STAT puis répéter 2 h plus tard PRN	20 mg	
Sumatriptan	Comprimé : 50 à 100 mg PO STAT puis répéter 2 h plus tard PRN	200 mg	
	Injection : 6 mg SC STAT puis répéter 1 h plus tard PRN	12 mg	
	Vaporisateur : 10 à 20 mg intranasal STAT puis répéter 2 h plus tard PRN	40 mg	
Zolmitriptan	Comprimé : 2,5 à 5 mg PO STAT puis répéter 2 h plus tard PRN	10 mg	
	Vaporisateur : 5 mg intranasal STAT puis répéter 2 h plus tard PRN	10 mg	
COMBINAISON NAPROXÈNE-SUMATRIPTAN			
Naproxène sodique-sumatriptan²	500 mg-85 mg (1 comprimé) STAT puis répéter 2 h plus tard PRN	2 doses	<ul style="list-style-type: none"> La combinaison de ces 2 agents est plus efficace que l'administration des agents utilisés seuls.
GÉPANTS			
Rimégépant²	75 mg STAT	75 mg	<ul style="list-style-type: none"> Peu d'effets indésirables, mais plusieurs interactions médicamenteuses possibles (médiées par CYP3A4 et P-gp) La combinaison de deux gépants pourrait augmenter le risque de constipation.
Ubrogépant²	50 à 100 mg PO STAT puis répéter 2 h plus tard PRN	200 mg	
ANTIÉMÉTIQUES – EN SOUTIEN AU TRAITEMENT EN PRÉSENCE DE NAUSÉES OU DE VOMISSEMENTS			
Métoclopramide	10 mg PO q6-8h PRN	40 mg	<ul style="list-style-type: none"> Métoclopramide : effets extrapyramidaux possibles, donc l'usage PRN devrait être favorisé. Dompéridone : allongement de l'intervalle QT possible, et interactions médicamenteuses possibles médiées par CYP3A4.
Dompéridone	10 mg PO TID PRN	30 mg	

1. La prudence est de mise chez les personnes de 65 ans et plus puisque l'efficacité et l'innocuité de certains médicaments ont été moins étudiées dans le contexte de la migraine.

2. Ces médicaments ou formulations ne sont pas inscrits sur les listes de médicaments remboursés par la RAMQ.

3. La survenue d'un syndrome sérotoninergique en raison d'une interaction médicamenteuse est rare et ne devrait pas limiter l'usage de triptans.

4. Bien que la monographie canadienne indique une dose maximale de 40 mg par jour, il est de l'opinion des membres du comité consultatif qu'une dose quotidienne de 80 mg (en deux prises) pourrait être considérée dans certaines situations.

5. Status migrainosus : crise de migraine durant 72 heures ou plus.

2.4 Prophylaxie de la migraine

2.4.1 Objectif de traitement

Information tirée des documents

Plusieurs GPC indiquent que les objectifs du traitement prophylactique sont de réduire la durée, l'intensité et la fréquence des crises de migraine, ainsi que de minimiser l'impact associé à la migraine (qualité de vie, capacité à fonctionner) [Charles *et al.*, 2024; Medrea *et al.*, 2024; Puledda *et al.*, 2024b; Diener *et al.*, 2022; Ailani *et al.*, 2021; Ducros *et al.*, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019]. En général, les GPC indiquent que l'objectif d'une prophylaxie est de réduire la fréquence des céphalées de 50 % [Medrea *et al.*, 2024; Puledda *et al.*, 2024b; Chaplin, 2023; Diener *et al.*, 2022]; toutefois, certains précisent qu'une diminution de 30 % serait un effet acceptable en présence de migraine chronique [Calleja-Hernandez *et al.*, 2023; Ducros *et al.*, 2021]. Certains GPC ajoutent un taux de diminution plus faible pourrait également être significatif si une réduction en intensité ou une amélioration de la fonctionnalité sont observées [Medrea *et al.*, 2024; Puledda *et al.*, 2024b; Calleja-Hernandez *et al.*, 2023]. La Société américaine des céphalées (AHS) et la Société allemande de neurologie (GSN) ajoutent que la prophylaxie devrait également améliorer la réponse aux traitements aigus et ainsi limiter le risque d'une surutilisation [Diener *et al.*, 2022; Ailani *et al.*, 2021]. La AHS précise par ailleurs que la prophylaxie a aussi comme objectifs de réduire la dépendance à des traitements aigus inefficaces, de réduire les coûts associés aux traitements, de permettre aux personnes d'avoir un meilleur contrôle sur leur migraine, et de réduire la détresse et les symptômes psychologiques liés à la migraine [Ailani *et al.*, 2021].

Selon plusieurs GPC, l'efficacité de la prophylaxie devrait être évaluée après 2 à 3 mois d'utilisation à dose thérapeutique [Qaseem *et al.*, 2025a; Medrea *et al.*, 2024; Puledda *et al.*, 2024b; Calleja-Hernandez *et al.*, 2023; Chaplin, 2023; Diener *et al.*, 2022; Ailani *et al.*, 2021; Ducros *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019], alors que la période d'essai des anticorps monoclonaux dirigés contre le peptide relié au gène de la calcitonine ou son récepteur devrait plutôt être de 3 à 6 mois, selon que le médicament est donné chaque mois ou à tous les 3 mois (p. ex., l'eptinézumab et possiblement, le frémanézumab) [Medrea *et al.*, 2024; Puledda *et al.*, 2024b; Calleja-Hernandez *et al.*, 2023; Mitsikostas *et al.*, 2023; Diener *et al.*, 2022; Sacco *et al.*, 2022a; Ailani *et al.*, 2021]. L'ACP recommande par ailleurs d'informer la personne que l'observance au traitement est cruciale, puisque l'effet pourrait prendre quelques semaines avant de se manifester [Qaseem *et al.*, 2025a]. L'AHS ajoute qu'une personne qui présente une réponse partielle au traitement, après la période d'essai, devrait être informée que la réponse au traitement pourrait continuer de s'améliorer sur une période additionnelle de 6 à 12 mois [Ailani *et al.*, 2021].

Perspectives des parties prenantes

Les membres du comité consultatif sont d'accord avec l'information tirée des GPC et suggèrent d'indiquer les objectifs de prophylaxie suivants dans l'outil clinique :

- une amélioration de la qualité de vie, du bien-être, de l'intensité de la migraine et de la capacité à fonctionner de la personne, sans effets indésirables intolérables ou;
- une réduction de 50 % du nombre de jours de migraine par mois.

Toutefois, ils ajoutent que dans certaines circonstances, une réduction de moins de 50 % des jours de migraine par mois pourrait être considérée significative, si la personne observe une amélioration de sa qualité de vie et de sa capacité à fonctionner. Les membres du comité consultatif sont d'accord avec l'information présentée dans les GPC concernant les périodes d'essai de traitements prophylactiques; toutefois, ils soulignent l'importance de vérifier la prise adéquate avant de conclure à un échec de traitement.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – OBJECTIF DE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les parties prenantes, les éléments suivants ont été retenus :

- Les **objectifs** sont :
 - l'amélioration de la qualité de vie, du bien-être, de l'intensité des crises de migraine et de la capacité à fonctionner de la personne, sans effets indésirables intolérables;
 - la réduction de 50 % ou plus du nombre de jours de migraine par mois.
- **Échec au traitement** : lorsque l'objectif n'est pas atteint malgré un traitement oral pris à dose adéquate durant au moins 2 à 3 mois ou durant 3 à 6 mois lorsqu'il s'agit d'un anticorps monoclonal dirigé contre le CGRP ou son récepteur.

2.4.2 Choix de traitement

Information tirée des documents

Les GPC présentent plusieurs facteurs à considérer pour décider d'amorcer un traitement prophylactique :

- une fréquence élevée de céphalées [Medrea *et al.*, 2024; Puledda *et al.*, 2024b; Diener *et al.*, 2022; Ailani *et al.*, 2021; Ducros *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019];
- des répercussions significatives sur la qualité de vie [Medrea *et al.*, 2024; Puledda *et al.*, 2024b; Chaplin, 2023; Diener *et al.*, 2022; Ailani *et al.*, 2021];

Ducros *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019];

- un traitement aigu inefficace [Puledda *et al.*, 2024b; Diener *et al.*, 2022; Ailani *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019];
- une incapacité fonctionnelle malgré le traitement aigu [Ailani *et al.*, 2021; Ducros *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019];
- un risque de surconsommation de traitement aigu [Medrea *et al.*, 2024; Puledda *et al.*, 2024b; Diener *et al.*, 2022; Ailani *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019];
- une intolérance aux traitements aigus [Diener *et al.*, 2022; Ailani *et al.*, 2021];
- la présence d'auras très longues et incapacitantes [Diener *et al.*, 2022; Ailani *et al.*, 2021; Schytz *et al.*, 2021];
- les préférences du patient [Ailani *et al.*, 2021; Ducros *et al.*, 2021];
- la présence d'antécédents d'infarctus migreux [Diener *et al.*, 2022; Ailani *et al.*, 2021];
- la présence de certains sous-types non communs de migraine [Ailani *et al.*, 2021];
- des crises durant régulièrement plus de 72 heures [Diener *et al.*, 2022].

Les agents pharmacologiques recommandés dans les GPC pour la prophylaxie de la migraine sont principalement issus des classes suivantes : antihypertenseurs, antidépresseurs, anticonvulsivants et les molécules qui ciblent le CGRP (anticorps monoclonaux et gépants). [Qaseem *et al.*, 2025a; Medrea *et al.*, 2024; Puledda *et al.*, 2024b; Chaplin, 2023; Diener *et al.*, 2022; Ducros *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; NICE, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019]. L'onabotulinumtoxinA est également recommandée par plusieurs GPC pour la prophylaxie de la migraine chronique [Charles *et al.*, 2024; Medrea *et al.*, 2024; Puledda *et al.*, 2024b; Chaplin, 2023; Diener *et al.*, 2022; Ducros *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Schytz *et al.*, 2021], la Société canadienne des céphalées précisant d'ailleurs que, bien que toutes les molécules recommandées pour la migraine épisodique pourraient être tentées en présence de migraine chronique, seulement l'usage du propranolol, du topiramate, de l'onabotulinumtoxinA et des molécules ciblant le CGRP est soutenu par des données scientifiques [Medrea *et al.*, 2024].

Trois GPC recommandent l'essai des bêtabloquants en première ligne pour la prophylaxie de la migraine épisodique [Chaplin, 2023; Ducros *et al.*, 2021; Schytz *et al.*, 2021], deux d'entre eux justifiant leur recommandation par un niveau élevé de preuves appuyant l'efficacité de ces molécules [Ducros *et al.*, 2021; Schytz *et al.*, 2021]. Trois autres GPC recommandent plutôt d'utiliser un anticorps monoclonal ou l'atogépant en première ligne de traitement [Charles *et al.*, 2024; Mitsikostas *et al.*, 2023; Sacco *et al.*, 2022a] et le GPC de l'IHS recommande un médicament propre à la migraine comme premier choix pour la prophylaxie [Puledda *et al.*, 2024b]. Selon un GPC, les

bêtabloquants et les anticorps contre le CGRP ou son récepteur entraineraient moins d'arrêts de traitements dus aux effets indésirables que le topiramate, et ils ajoutent que les anticorps auraient également une efficacité légèrement supérieure à celle du topiramate pour réduire la fréquence de la migraine et la consommation de traitement aigu [Qaseem *et al.*, 2025a]. Par ailleurs, le topiramate est passé d'un niveau de recommandation élevé à un niveau de recommandation faible dans les dernières lignes directrices de la CHS [Medrea *et al.*, 2024]. Toutefois, les coûts plus élevés des anticorps contre le CGRP ou son récepteur doivent également être considérés [CDA-AMC, 2023; 2021], le GPC de la CHS précisant par ailleurs que leur utilisation en première intention ne serait pas efficace dans le contexte canadien lorsque seulement les coûts directs sont considérés. Ce dernier recommande donc leur usage uniquement à la suite d'un échec ou de l'intolérance à 2 autres prophylaxies pour les personnes ayant entre 4 et 7 jours de migraine par mois [Medrea *et al.*, 2024]. Cependant, sur la base des coûts indirects associés, la CHS recommande que les personnes ayant plus de 8 jours de migraine par mois, essentiellement les personnes vivant avec la migraine épisodique à haute fréquence ou la migraine chronique, puissent avoir accès aux molécules ciblant le CGRP en première intention [Medrea *et al.*, 2024].

Selon un des documents repérés, il y a peu de preuves pour appuyer l'usage de la venlafaxine et du pizotifène pour prévenir la migraine [Chaplin, 2023]. Le GPC canadien émet d'ailleurs une recommandation faible pour ces deux médicaments, mais en précisant que la qualité des données probantes serait élevée pour le pizotifène et faible pour la venlafaxine [Medrea *et al.*, 2024]. Un autre document soutient que le lévétiracétam serait peu efficace pour prévenir la migraine [Diener *et al.*, 2022] et les lignes directrices canadiennes lui attribuent effectivement un niveau de recommandation faible et soulignent que la qualité de la preuve est également faible [Medrea *et al.*, 2024]. Plusieurs GPC déconseillent l'usage de la gabapentine pour la prophylaxie de la migraine [Medrea *et al.*, 2024; Chaplin, 2023; Diener *et al.*, 2022; NICE, 2021], un d'entre eux ajoute que cette molécule entrainerait un risque accru de dépendance [Chaplin, 2023].

Perspectives des parties prenantes

En ce qui concerne les critères d'amorce de la prophylaxie, les parties prenantes proposent de prendre en considération les critères indiqués dans les GPC de la CHS et de l'IHS, ceux-ci reprenant les critères les plus fréquemment cités dans les autres GPC retenus. De plus, ce sont des recommandations récentes émises par des groupes qu'ils jugent de confiance.

Par ailleurs, ils sont d'avis que tous les traitements prophylactiques présentés dans les lignes directrices canadiennes devraient être abordés dans l'outil de l'INESSS, et ce, peu importe leur niveau de recommandation, pour mieux outiller les cliniciens de première ligne. Le choix du traitement prophylactique a toutefois fait l'objet de plusieurs discussions parmi les membres du comité consultatif. Tout d'abord, bien qu'ils soutiennent qu'une molécule ciblant le CGRP serait le premier choix scientifique pour la prophylaxie de la migraine, ils soulignent tout de même que les molécules généralement

considérées comme la première ligne de traitement, notamment les antihypertenseurs ou les antidépresseurs, ont également des avantages et qu'elles peuvent parfois régler un deuxième problème (p. ex., l'insomnie, en plus de la migraine, avec l'amitriptyline), diminuant ainsi le fardeau médicamenteux de la personne. Ils sont donc d'accord, dans l'ensemble, avec le fait d'utiliser d'abord ces traitements de première ligne avant d'avoir recours à des traitements plus coûteux comme les molécules qui ciblent le CGRP. Jusqu'à tout récemment, l'atogépant ainsi que les anticorps dirigés contre le CGRP étaient inscrits aux listes du régime public d'assurance médicaments (RPAM) à titre de médicaments d'exception et étaient remboursés pour la prophylaxie de la migraine seulement si une contre-indication, une intolérance ou une inefficacité avait été constatée pour au moins une molécule parmi chacune des trois classes suivantes : anticonvulsivants, antidépresseurs tricycliques et antihypertenseurs. À cet égard, la majorité des membres du comité consultatif s'est toutefois montrée vivement opposée à l'obligation d'essayer un anticonvulsivant, étant donné un problème important de tolérabilité observé avec ces molécules chez une forte proportion de personnes, ce qui neutralise selon eux les avantages cliniques qui peuvent être espérés de ce traitement et retarde donc les efforts pour stabiliser la condition migraineuse de la personne. L'INESSS a toutefois publié en juillet 2025 deux avis favorables, sous conditions, à la modification de l'indication reconnue pour le paiement de l'eptinézumab, du frémanézumab, du galcanézumab et de l'atogépant, qui deviendrait la suivante [INESSS, 2025a; 2025b] :

- Pour le traitement prophylactique de la migraine, chez les personnes ayant au moins 4 jours de migraine par mois et un diagnostic établi selon les critères de l'International Headache Society, en cas d'intolérance ou de contre-indication à au moins 2 médicaments prophylactiques appropriés de classes différentes incluant un antidépresseur, un antihypertenseur ou un anticonvulsivant, ou en cas d'inefficacité de ceux-ci.

En date de publication du présent rapport, la modification de l'indication de paiement de ces molécules avait été apportée au RPAM seulement pour l'eptinézumab, le frémanézumab et le galcanézumab, le ministre ayant décidé de sursoir à sa décision concernant l'atogépant. Ainsi, advenant une modification au RPAM de l'indication de paiement de l'atogépant, les changements seront intégrés à l'outil clinique. Enfin, il faut préciser que l'érénumab, un anticorps monoclonal plutôt dirigé contre le récepteur du CGRP, n'est pas inscrit aux listes du RPAM.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – CHOIX DE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information et du processus itératif avec le comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Proposer la prophylaxie en présence d'au moins un des critères suivants :
 - 4 jours ou plus de migraine par mois ne répondant pas à un traitement aigu (ou 8 jours ou plus de migraine par mois en présence d'un traitement aigu efficace)
 - Impact important sur la vie personnelle, sociale et professionnelle, selon la perception de la personne
 - Inefficacité du traitement aigu
 - Utilisation fréquente de traitement aigu
- En fonction de l'histoire de santé de la personne et de ses préférences, choisir un médicament de première ligne du tableau parmi les classes suivantes :
 - Antihypertenseurs
 - Antidépresseurs¹

Considérer, au besoin : anticonvulsivants, produits de santé naturels, autres classes.

- En cas d'échec, d'intolérance ou de contre-indications aux traitements de première ligne. Choisir parmi les médicaments de deuxième ligne du tableau de traitement prophylactique.
 - Migraine épisodique : anticorps monoclonaux² ou atogépant³
 - Migraine chronique : anticorps monoclonaux², atogépant³ ou onabotulinumtoxinA⁴.

¹ Peu de données sont disponibles concernant l'usage d'un antidépresseur pour le traitement de la migraine chronique.

² Les **anticorps monoclonaux** (sauf l'érénumab) sont remboursés par la RAMQ pour le traitement prophylactique de la migraine uniquement en présence de contre-indication, d'intolérance ou d'inefficacité à au moins 2 médicaments prophylactiques appropriés de classes différentes incluant un antidépresseur, un antihypertenseur ou un anticonvulsivant.

³ L'atogépant est remboursé par la RAMQ pour le traitement prophylactique de la migraine uniquement en présence de contre-indication, d'intolérance ou d'inefficacité à au moins 3 médicaments, parmi lesquels au moins un antidépresseur tricyclique, un anticonvulsivant et antihypertenseur. À noter que l'atogépant est remboursé uniquement pour la migraine épisodique. Ces critères pourraient toutefois être sujets à changement.

⁴ L'onabotulinumtoxinA n'est pas inscrite sur les listes de la RAMQ.

2.4.3 Principes de traitement

Information tirée des documents

Certains GPC recommandent de débiter la prophylaxie avec une dose faible et de titrer pour obtenir la meilleure dose en tenant compte des effets indésirables [Qaseem *et al.*, 2025a; Ailani *et al.*, 2021; Ducros *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019] puisqu'un ajustement lent de la dose pourrait minimiser la survenue d'effets indésirables [Diener *et al.*, 2022; Schytz *et al.*, 2021] et améliorer l'observance du traitement [Diener *et al.*, 2022]. La GSN

souligne qu'un titrage ne serait toutefois pas nécessaire pour les anticorps ciblant le CGRP ou son récepteur [Diener *et al.*, 2022].

Plusieurs GPC soulignent que l'échec d'un traitement dans une classe pharmacologique ne prédit pas un échec pour les traitements des autres classes [Puledda *et al.*, 2024b; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019] et qu'en l'absence de réponse à un anticorps contre le CGRP ou son récepteur, un autre pourrait être essayé [Puledda *et al.*, 2024b; Calleja-Hernandez *et al.*, 2023; Mitsikostas *et al.*, 2023; Diener *et al.*, 2022; Sacco *et al.*, 2022a; Ducros *et al.*, 2021]. Les GPC des sociétés allemande et hellénique, soit la *Hellenic Headache Society* ou HHS encouragent, en cas d'échec à un anticorps monoclonal, l'essai d'un deuxième anticorps avec une cible différente (CGRP vs récepteur au CGRP) [Mitsikostas *et al.*, 2023; Diener *et al.*, 2022]. Les GPC de l'IHS et l'EHF soulignent toutefois que les données appuyant l'efficacité d'un deuxième anticorps, à la suite de l'échec à un premier, sont limitées [Puledda *et al.*, 2024b; Sacco *et al.*, 2022a]. Par ailleurs, l'Agence des médicaments du Canada (CDA-AMC) rapporte qu'il n'y a pas suffisamment de données probantes pour conclure à l'efficacité d'un deuxième anticorps contre le CGRP ou à son récepteur chez les personnes qui présentent un échec à un premier anticorps, toutefois les données disponibles suggèrent qu'il pourrait y avoir un bénéfice pour certaines personnes [CDA-AMC, 2025]. Selon les GPC, il n'y aurait cependant peu ou pas de données rigoureuses concernant l'efficacité de combiner des agents prophylactiques oraux entre eux [Qaseem *et al.*, 2025a; Puledda *et al.*, 2024b; Diener *et al.*, 2022; Schytz *et al.*, 2021] ou avec un anticorps contre le CGRP ou son récepteur [Puledda *et al.*, 2024b; Mitsikostas *et al.*, 2023; Sacco *et al.*, 2022a].

La plupart des GPC proposent de questionner la pertinence de poursuivre le traitement prophylactique après 6 à 12 mois d'une prophylaxie efficace, suggérant même de considérer un arrêt de la prophylaxie à cette période [Medrea *et al.*, 2024; Puledda *et al.*, 2024b; Chaplin, 2023; Ducros *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; NICE, 2021; Schytz *et al.*, 2021], deux GPC précisent d'effectuer un retrait progressif de la médication, le cas échéant [Medrea *et al.*, 2024; Steiner *et al.*, 2019]. La durée de traitement prophylactique recommandée est toutefois différente dans certains GPC de pratique clinique. Ainsi, le GPC allemand suggère d'attendre de 9 à 12 mois pour les personnes vivant avec la migraine épisodique à faible fréquence (< 8 céphalées / mois avant le traitement) et sans comorbidités, et de 12 à 24 mois pour les personnes vivant avec la migraine épisodique à haute fréquence (\geq 8 céphalées / mois avant traitement) et la présence concomitante de dépression, d'anxiété ou de douleurs chroniques [Diener *et al.*, 2022]. L'IHS conseille également une période de traitement allant au-delà de 6 à 12 mois pour les personnes vivant avec la migraine chronique [Puledda *et al.*, 2024b]. Certains GPC conseillent d'attendre 12 à 18 mois pour considérer une pause lors de l'utilisation d'un anticorps contre le CGRP ou son récepteur et précisent de ne pas interrompre le traitement, si la poursuite de celui-ci semble nécessaire [Medrea *et al.*, 2024; Calleja-Hernandez *et al.*, 2023; Mitsikostas *et al.*, 2023; Sacco *et al.*, 2022a].

L'AHS recommande de faire preuve de prudence avec les personnes vivant depuis longtemps avec la migraine chronique ou chez celles ayant essayé plusieurs différentes prophylaxies n'ayant pas été bien tolérées ou efficaces. Selon cette société, une fois qu'une maîtrise des crises de migraine est établie chez ces personnes, une interruption précoce du traitement prophylactique pourrait mener à une exacerbation des crises et le contrôle pourrait être difficile à reprendre. Le choix de poursuivre ou d'interrompre le traitement devrait donc être basé selon eux sur une décision partagée [Ailani *et al.*, 2021].

Les GPC proposent également des approches non pharmacologiques en prophylaxie de la migraine, telles que :

- l'utilisation de compresses froides ou de gels mentholés [Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019];
- la neuromodulation [Chaplin, 2023; Diener *et al.*, 2022; Ailani *et al.*, 2021; Demarquay *et al.*, 2021a; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019];
- l'acupuncture [Chaplin, 2023; Mitsikostas *et al.*, 2023; Diener *et al.*, 2022; Demarquay *et al.*, 2021a; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019];
- la thérapie cognitivo-comportementale, la relaxation, la pleine conscience et le biofeedback [Qaseem *et al.*, 2025a; Diener *et al.*, 2022; Ailani *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019].

Toutefois, certains GPC soulignent qu'il y a peu de données disponibles sur les approches non pharmacologiques et que, lorsqu'il y en a, les différences observées avec le groupe témoin sont souvent faibles [Diener *et al.*, 2022; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Schytz *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019].

Perspectives des parties prenantes

En accord avec les GPC, les membres du comité consultatif considèrent qu'il est préférable d'amorcer la prophylaxie à faible dose et de l'augmenter graduellement, afin de limiter les effets indésirables associés au traitement, indiquant toutefois que les molécules qui ciblent le CGRP ne nécessitent généralement pas de titrage. Il a toutefois été précisé que des comprimés d'atogépant de 10, de 30 et de 60 mg sont disponibles si une augmentation graduelle de la dose est souhaitée (p. ex., en présence d'une sensibilité aux effets indésirables).

Les membres du comité consultatif sont d'avis qu'il serait pertinent de mentionner le taux approximatif d'efficacité attendu du traitement prophylactique dans l'outil afin que le clinicien et la personne traitée aient des attentes réalistes au sujet du traitement. Le GPC du SIGN présente à cet égard des résultats d'essais cliniques qui montrent une diminution de 50 % des jours de céphalée chez environ la moitié des personnes vivant avec la migraine épisodique et le tiers des personnes vivant avec la migraine chronique [Chaplin, 2023]. Bien que cette donnée soit cohérente avec ce que les membres du comité consultatif observent en pratique, ils précisent toutefois que la tolérabilité du traitement peut être plus faible pour certains agents prophylactiques, ce qui peut

diminuer la persistance au traitement. En ce qui concerne l'essai d'une prophylaxie d'une autre classe, après un échec, ou l'essai d'un deuxième anticorps monoclonal ciblant le CGRP ou son récepteur, après une réponse inadéquate à un premier, les membres du comité consultatif étaient en accord avec l'information tirée des GPC et estimaient qu'il était pertinent de le préciser dans l'outil clinique.

Les membres du comité consultatif sont en accord pour dire qu'il existe peu de données concernant les combinaisons de prophylaxie, mais qu'elles sont utilisées dans la pratique en l'absence d'autres options de remplacement (p. ex., en présence de migraine chronique réfractaire). Par ailleurs, ils mentionnent qu'il est fréquent de devoir démedicaliser des personnes qui reçoivent deux prophylaxies sans que ce soit jugé approprié. Ils estiment donc pertinent de rappeler dans l'outil de retirer un traitement inefficace avant d'en débiter un nouveau.

En regard au retrait de la prophylaxie, les membres du comité consultatif soulignent que cette décision devrait être prise à la suite d'une discussion avec la personne, généralement après une période minimale de traitement de 12 mois et seulement les personnes vivant avec la migraine épisodique causant une invalidité minimale. Ils soulignent par ailleurs que le retrait de la prophylaxie n'est pas une obligation, et que celle-ci devrait être réintroduite si une recrudescence des céphalées était observée.

Les membres du comité consultatif jugent pertinent de mentionner l'existence d'approches non pharmacologiques dans l'outil clinique, et le peu de données scientifiques qui soutiennent actuellement ces approches. Ils ne trouvent toutefois pas qu'il serait pertinent d'entrer davantage dans le détail de ces approches, notamment pour la neuromodulation, puisque l'accès à ces appareils n'est pas très facile au Québec. Étant donné que d'autres sources d'information à cet égard sont aussi disponibles (p. ex., sur le site Web de Migraine Québec), ils ajoutent qu'il pourrait être pertinent d'orienter les professionnels dans cette direction.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – PRINCIPES DE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information et du processus itératif avec le comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Lorsqu'il est jugé pertinent de proposer une prophylaxie, elle devrait être débutée à faible dose et augmentée graduellement et régulièrement jusqu'à l'atteinte de la dose cible. Les anticorps monoclonaux et l'atogépant ne requièrent pas de titrage; toutefois, des comprimés à plus faible dose d'atogépant sont disponibles si une augmentation graduelle est souhaitée (p. ex., sensibilité aux effets indésirables).
- ① Lors d'un traitement prophylactique, une diminution de 50 % des jours de céphalées serait observée chez environ la moitié des personnes vivant avec la migraine épisodique, et le tiers des personnes vivant avec la migraine chronique. La persistance au traitement pourrait toutefois être limitée, dans certains cas, par la tolérabilité du traitement.
- Un essai à la dose cible, d'au moins 2 à 3 mois pour les prophylaxies orales et d'au moins 3 à 6 mois pour les anticorps monoclonaux, devrait être effectué avant de conclure à propos de l'efficacité de la prophylaxie, à moins que des effets indésirables nécessitent un arrêt du traitement :
 - une personne ayant un effet partiel de la prophylaxie pourrait bénéficier d'une période d'essai prolongée;
 - l'échec d'un traitement dans une classe ne prédit pas un échec des traitements des autres classes;
 - en l'absence de réponse à un anticorps monoclonal dirigé contre le CGRP ou son récepteur, un deuxième anticorps pourrait être essayé.
- ① L'efficacité de l'onabotulinumtoxinA peut être évaluée après 2 ou 3 cycles d'injections.
- Peu de données appuient l'utilisation de combinaisons de traitements prophylactiques. Selon l'expérience clinique de certaines parties prenantes, une combinaison de prophylaxies, à mécanismes d'action différents, pourrait être proposée lorsque la monothérapie n'a qu'un effet partiel. Toutefois, le critère de remboursement des médicaments ciblant le CGRP par la RAMQ précise que l'utilisation concomitante de deux de ces molécules pour le traitement prophylactique de la migraine n'est pas permise. Avant l'amorçage d'un nouveau traitement, tout médicament inefficace devrait être retiré.
- Un traitement prophylactique efficace devrait être maintenu pour une période minimale d'environ 12 mois, après quoi un retrait progressif de la médication pourrait être considéré dans les cas de migraine épisodique avec invalidité minimale, après discussion avec la personne :
 - pour les anticorps monoclonaux et l'onabotulinumtoxinA, les intervalles entre les traitements pourraient être

allongés graduellement;

- dans tous les cas, si le calendrier de migraine démontre une recrudescence des céphalées à la suite du retrait de la prophylaxie, celle-ci devrait être réintroduite.
- Plusieurs guides de pratique clinique font référence au recours à des approches complémentaires (p. ex., biofeedback, relaxation, pleine conscience, thérapie comportementale, acupuncture) soit en soutien au traitement, ou lorsqu'une prophylaxie est refusée ou devrait être évitée. Toutefois, les données probantes à ce sujet sont souvent limitées.



L'autorisation initiale du remboursement d'un traitement avec l'atogépant ou avec un anticorps monoclonal (sauf l'érénumab qui n'est pas sur les listes de la RAMQ) est d'une période de 6 mois. Le remboursement du traitement peut toutefois être prolongé sous certaines conditions.

2.4.4 Posologies

Information tirée des documents

La majorité des agents pharmacologiques utilisés pour la prophylaxie de la migraine ne sont pas homologués par Santé Canada pour cette indication et les doses à utiliser pour la migraine ne sont donc pas indiquées dans les monographies de ces produits. Ainsi, le [tableau 3](#) présente les posologies extraites des GPC, ainsi que celles extraites des monographies lorsque l'agent a l'indication de Santé Canada pour le traitement de la migraine. En général, il y a beaucoup plus de variations dans les posologies proposées dans les GPC pour les médicaments utilisés hors indication. Par contre, parmi ceux qui ont été approuvés par Santé Canada pour le traitement prophylactique de la migraine, la posologie proposée dans le GPC canadien est souvent similaire à la monographie. Par ailleurs, les posologies des molécules qui ciblent le CGRP et de l'onabotulinumtoxinA sont assez uniformes entre les différents GPC et les monographies.

Tableau 3 Recommandations posologiques issues des GPC et des monographies

Agents	GPC et monographies, si indication
Antihypertenseurs	
Candésartan	8-16 mg [Medrea <i>et al.</i> , 2024; Puledda <i>et al.</i> , 2024b] 16 mg/jour [Chaplin, 2023; Steiner <i>et al.</i> , 2019] 8-32 mg en une ou deux doses [Ducros <i>et al.</i> , 2021] 16-32 mg/jour [Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Schytz <i>et al.</i> , 2021]
Énalapril	2,5 mg DIE à 5 mg BID [Medrea <i>et al.</i> , 2024]
Lisinopril	10-20 mg/jour [Medrea <i>et al.</i> , 2024; Puledda <i>et al.</i> , 2024b] 20 mg [Schytz <i>et al.</i> , 2021] 5-40 mg 1x/jour [Ducros <i>et al.</i> , 2021]
Métoprolol	25-200 mg/jour [Puledda <i>et al.</i> , 2024b] 50-200 mg/jour [Diener <i>et al.</i> , 2022; Ducros <i>et al.</i> , 2021; Schytz <i>et al.</i> , 2021] 50-100 mg 2 x/jour ou 200 mg 1 x/jour si comprimés à libération prolongée [Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Steiner <i>et al.</i> , 2019]

Agents	GPC et monographies, si indication
Nadolol	20-240 mg/jour [Medrea <i>et al.</i> , 2024] 40-160 mg/jour [Puledda <i>et al.</i> , 2024b]
Propranolol	40 mg DIE à 80 mg BID [Medrea <i>et al.</i> , 2024] 80-160 mg/jour [Chaplin, 2023] 20-240 mg BID ou 1 x le matin [Ducros <i>et al.</i> , 2021] 40-240 mg/jour [Diener <i>et al.</i> , 2022; Schytz <i>et al.</i> , 2021] 120-240 mg/jour [Puledda <i>et al.</i> , 2024b] 80 à 160 mg/jour [Teva Canada Limitée, 2011]
Propranolol LA	80-160 mg 1 ou 2 x/jour [Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Steiner <i>et al.</i> , 2019]
Vérapamil	40 mg BID ou TID [Medrea <i>et al.</i> , 2024]
Antidépresseurs	
Amitriptyline	10-50 mg en soirée [Medrea <i>et al.</i> , 2024] 10-100 mg en soirée [Ducros <i>et al.</i> , 2021; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Schytz <i>et al.</i> , 2021; Steiner <i>et al.</i> , 2019] 25-150 mg en soirée [Puledda <i>et al.</i> , 2024b; Chaplin, 2023] 50-75 mg [Diener <i>et al.</i> , 2022]
Venlafaxine	37,5-150 mg/jour [Medrea <i>et al.</i> , 2024] 37,5-300 mg 1 x/jour [Puledda <i>et al.</i> , 2024b; Ducros <i>et al.</i> , 2021]
Anticonvulsivants	
Sodium valproate	250 mg DIE-500 mg BID [Medrea <i>et al.</i> , 2024] 400-1 500 mg/jour [Chaplin, 2023] 500-1 000 mg/jour [Diener <i>et al.</i> , 2022] 250-2 000 mg 1 x en soirée ou 2 x/jour [Ducros <i>et al.</i> , 2021] 400-2 000 mg/jour [Puledda <i>et al.</i> , 2024b] 500-1 800 mg [Schytz <i>et al.</i> , 2021] 600-1 500 mg/jour [Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Steiner <i>et al.</i> , 2019]
Lévétiracétam	250 mg DIE-500 mg BID [Medrea <i>et al.</i> , 2024] 500-3 000 mg BID [Ducros <i>et al.</i> , 2021]
Topiramate	25-100 mg/jour [Medrea <i>et al.</i> , 2024; Diener <i>et al.</i> , 2022] 50-100 mg/jour [Chaplin, 2023; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021] 50 mg 2 x/jour [Steiner <i>et al.</i> , 2019] 25-200 mg/jour [Puledda <i>et al.</i> , 2024b; Schytz <i>et al.</i> , 2021] 50-200 mg 1 ou 2 x/jour [Ducros <i>et al.</i> , 2021] 50 mg BID [Janssen Inc., 2023]
Produits de santé naturels	
Coenzyme Q10	100-300 mg/jour [Medrea <i>et al.</i> , 2024] 100 mg 3 x/jour [Steiner <i>et al.</i> , 2019]
Magnésium	100-400 mg/jour [Medrea <i>et al.</i> , 2024] 100-200 mg 3 x/jour [Steiner <i>et al.</i> , 2019] 360 mg [Schytz <i>et al.</i> , 2021]
Mélatonine	3 mg en soirée [Medrea <i>et al.</i> , 2024]
Riboflavine	200-400 mg/jour [Medrea <i>et al.</i> , 2024] 200 mg 2 x/jour [Steiner <i>et al.</i> , 2019] 400 mg [Schytz <i>et al.</i> , 2021]

Agents	GPC et monographies, si indication
Autres classes pharmacologiques	
Flunarizine	5-10 mg 1 x/jour [Medrea <i>et al.</i> , 2024; Puledda <i>et al.</i> , 2024b; Diener <i>et al.</i> , 2022; Ducros <i>et al.</i> , 2021; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Schytz <i>et al.</i> , 2021; Steiner <i>et al.</i> , 2019] 10 mg/jour [Chaplin, 2023] 10 mg en soirée [AA Pharma Inc., 2022]
Mémantine	5 mg DIE-10 mg BID [Medrea <i>et al.</i> , 2024]
Pizotifène	0,5-1,5 mg/jour [Medrea <i>et al.</i> , 2024] 0,5-4,5 mg/jour [Puledda <i>et al.</i> , 2024b] 1,5-3 mg [Schytz <i>et al.</i> , 2021] 1-3 mg/jour [Ducros <i>et al.</i> , 2021] 0,5-1,5 mg au coucher ou 0,5 mg TID [Laboratoires Paladin, 2023]
Anticorps monoclonaux	
Eptinézumab	100-300 mg IV aux 3 mois [Medrea <i>et al.</i> , 2024; Puledda <i>et al.</i> , 2024b; Lundbeck Canada Inc., 2023; Ducros <i>et al.</i> , 2021; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Schytz <i>et al.</i> , 2021]
Érénumab	70-140 mg sc par mois [Medrea <i>et al.</i> , 2024; Puledda <i>et al.</i> , 2024b; Novartis Pharma Canada inc., 2022; Ducros <i>et al.</i> , 2021; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Schytz <i>et al.</i> , 2021; Steiner <i>et al.</i> , 2019]
Frémanézumab	225 mg sc par mois ou 675 mg sc aux 3 mois [Medrea <i>et al.</i> , 2024; Puledda <i>et al.</i> , 2024b; Teva Canada Limitée, 2022a; Ducros <i>et al.</i> , 2021; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Schytz <i>et al.</i> , 2021; Steiner <i>et al.</i> , 2019]
Galcanézumab	240 mg sc le premier mois et puis 120 mg sc une fois par mois [Medrea <i>et al.</i> , 2024; Puledda <i>et al.</i> , 2024b; Ducros <i>et al.</i> , 2021; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Schytz <i>et al.</i> , 2021; Eli Lilly Canada Inc., 2020; Steiner <i>et al.</i> , 2019]
Gépant	
Atogépant	60 mg/jour (30 mg si effets indésirables) [Medrea <i>et al.</i> , 2024] 10 ou 30 mg 2 x/jour ou 60 mg 1 x/jour [Puledda <i>et al.</i> , 2024b] 10, 30 ou 60 mg DIE [Corporation Abbvie, 2024b]
Toxine botulinique	
OnabotulinumtoxinA	155-195 U aux 3 mois [Medrea <i>et al.</i> , 2024; Puledda <i>et al.</i> , 2024b; Diener <i>et al.</i> , 2022; Schytz <i>et al.</i> , 2021] 155 U aux 3 mois [Corporation AbbVie, 2024a]

Perspectives des parties prenantes

Les membres du comité consultatif confirment que les doses indiquées dans le GPC canadien (voir le [tableau 3](#)) concordent généralement avec ce qui est fait en pratique. Comme aucune dose n'était précisée pour le métoprolol dans ce document, les membres du comité consultatif sont d'avis qu'un intervalle constitué des doses minimales et maximales retrouvées dans les autres GPC serait adéquat.

2.4.5 Précautions et contre-indications

Information tirée des documents

Agents thérapeutiques de première ligne

Certains GPC suggèrent d'éviter les antihypertenseurs de la famille des bêtabloquants en présence de troubles dépressifs [Eigenbrodt *et al.*, 2021; NICE, 2021; Steiner *et al.*, 2019] et de bradycardie [Medrea *et al.*, 2024; Puledda *et al.*, 2024b] et de les utiliser avec

prudence lors d'antécédents d'asthme [Medrea *et al.*, 2024; Puledda *et al.*, 2024b; Chaplin, 2023; Eigenbrodt *et al.*, 2021]. En effet, les monographies du propranolol et du nadolol mentionnent la bradycardie et l'asthme bronchique parmi les contre-indications, alors que la monographie du métoprolol recommande de signaler la présence d'asthme au clinicien et les trois monographies citent le trouble dépressif comme un effet indésirable possible [PRO DOC LTÉE., 2023; APOTEX INC., 2020a; Teva Canada Limitée, 2011].

Certains GPC conseillent d'éviter ou d'utiliser avec prudence les antidépresseurs tricycliques en présence de maladies cardiovasculaires [Medrea *et al.*, 2024; Puledda *et al.*, 2024b; Eigenbrodt *et al.*, 2021], de rétention urinaire et de trouble bipolaire [Puledda *et al.*, 2024b] et la venlafaxine en présence d'hypertension [Puledda *et al.*, 2024b]. La monographie de l'amitriptyline recommande une extrême prudence chez les personnes atteintes de troubles cardiovasculaires ainsi que chez celles qui ont des antécédents de rétention urinaire. De plus, il y est indiqué que chez les personnes atteintes de trouble bipolaire, l'amitriptyline pourrait accentuer les épisodes hypomaniaques [Pharmascience inc., 2024]. Dans le cas de la venlafaxine, la monographie précise que le médicament pourrait aggraver l'hypertension; elle recommande de mesurer la tension artérielle et indique que toute hypertension devrait être maîtrisée avant d'amorcer un traitement [BGP Pharma ULC, 2023b].

Des GPC récents suggèrent d'éviter ou d'utiliser le topiramate [Puledda *et al.*, 2024b] et le lévétiracétam [Medrea *et al.*, 2024] avec prudence en présence de trouble dépressif ou d'une condition cognitive. Les monographies du topiramate et du lévétiracétam mentionnent effectivement l'importance de surveiller les signes de trouble dépressif, ainsi que les idées ou comportements suicidaires [Accord Healthcare Inc., 2023; Janssen Inc., 2023].

Un GPC souligne que le traitement au flunarizine qui doit être interrompu après 6 mois [Diener *et al.*, 2022] et la monographie du produit indique que si le traitement se prolonge au-delà de cette période, un suivi étroit doit être effectué afin de déceler les effets secondaires liés au système nerveux central, et que le traitement doit être interrompu au premier signe d'effet indésirable [AA Pharma Inc., 2022]. Plusieurs GPC conseillent d'éviter le flunarizine en présence de trouble dépressif [Puledda *et al.*, 2024b] ou d'antécédents de trouble dépressif [Medrea *et al.*, 2024; Chaplin, 2023; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019] et de Parkinson [Medrea *et al.*, 2024; Puledda *et al.*, 2024b]. La monographie du flunarizine contre-indique son usage chez les personnes ayant des antécédents de trouble dépressif ou présentant des symptômes de la maladie de Parkinson [AA Pharma Inc., 2022]. Le GPC canadien conseille également la prudence avec la mémantine en présence de trouble dépressif ou de maladie psychiatrique [Medrea *et al.*, 2024]. La monographie de produit souligne que certaines populations ont été exclues des études cliniques qui ont mené à son approbation pour un usage dans le traitement de l'Alzheimer, telles que les personnes qui ont des antécédents de troubles convulsifs ou qui sont prédisposées à l'épilepsie ainsi que les personnes aux prises avec certains troubles cardiaques. Ils suggèrent par ailleurs la prudence pour les personnes

qui ont de l'hypertension, une douleur thoracique, de la bradycardie ou une défaillance cardiaque [Teva Canada Limitée, 2020].

Des GPC et les monographies indiquent que le topiramate, l'acide valproïque et le candésartan sont contre-indiqués durant la grossesse [Puledda *et al.*, 2024b; APOTEX INC., 2023c; BGP Pharma ULC, 2023c; Janssen Inc., 2023; Ducros *et al.*, 2021; Eigenbrodt *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019]. La CHS et la DHS conseillent d'éviter l'acide valproïque chez les femmes en âge de procréer ou qui planifient une grossesse [Medrea *et al.*, 2024; Eigenbrodt *et al.*, 2021]. Les monographies du topiramate et de l'acide valproïque mentionnent qu'ils sont contre-indiqués chez les femmes en mesure de procréer qui n'emploient pas une méthode de contraception hautement efficace [BGP Pharma ULC, 2023c; Janssen Inc., 2023]. Le GPC canadien recommande la prudence avec le candésartan, le lisinopril et l'énalapril pour les personnes qui planifient une grossesse [Medrea *et al.*, 2024] et le GPC français contre-indique l'usage du lisinopril durant la grossesse [Ducros *et al.*, 2021]. Selon l'information dans les monographies, le lisinopril serait contre-indiqué chez les femmes enceintes ou qui planifient une grossesse ou qui n'utilisent une méthode de contraception adéquate et l'énalapril devrait être interrompu dès qu'une grossesse est confirmée [Searchlight Pharma Inc., 2023; Teva Canada Limitée, 2022b].

Agents thérapeutiques de deuxième ligne

Certains GPC mentionnent qu'une attention particulière devrait être portée aux risques de maladies cardiovasculaires avant la prescription d'un anticorps ciblant la voie du CGRP [Medrea *et al.*, 2024; Calleja-Hernandez *et al.*, 2023; Chaplin, 2023; Mitsikostas *et al.*, 2023; Diener *et al.*, 2022; Sacco *et al.*, 2022a; Eigenbrodt *et al.*, 2021]. Plusieurs GPC conseillent également la prudence en présence de la maladie de Raynaud [Charles *et al.*, 2024; Medrea *et al.*, 2024; Calleja-Hernandez *et al.*, 2023; Mitsikostas *et al.*, 2023; Diener *et al.*, 2022; Sacco *et al.*, 2022a], chez les personnes qui ont un historique de constipation grave [Charles *et al.*, 2024; Medrea *et al.*, 2024; Mitsikostas *et al.*, 2023; Sacco *et al.*, 2022a] et en présence d'hypertension artérielle [Charles *et al.*, 2024; Mitsikostas *et al.*, 2023]. Toutefois, selon l'AHS, il est peu commun que ces conditions nécessitent un arrêt de la thérapie [Charles *et al.*, 2024]. La Société canadienne des céphalées recommande également la prudence lors de la prise d'atogépant chez les personnes ayant des antécédents de constipation grave [Medrea *et al.*, 2024].

Les monographies de l'eptinézumab, du frémanézumab et du galcanézumab indiquent que les patients qui ont des antécédents de troubles cardiovasculaires, cérébrovasculaires, d'hypertension ou de la maladie de Raynaud ont été exclus des essais cliniques [Lundbeck Canada Inc., 2023; Teva Canada Limitée, 2022a; Eli Lilly Canada Inc., 2020]. La monographie du frémanézumab rapporte l'hypertension comme un effet indésirable peu fréquent [Teva Canada Limitée, 2022a]. La monographie de l'érenumab indique que des cas de constipation grave ont été rapportés à la suite de son usage et que certaines personnes ont même dû être hospitalisées [Novartis Pharma Canada inc., 2022], alors que les monographies de l'eptinézumab, du frémanézumab et du galcanézumab rapportent la constipation comme un effet indésirable peu fréquent [Lundbeck Canada Inc., 2023; Teva Canada Limitée, 2022a; Eli Lilly Canada Inc., 2020].

La monographie de l'atogépant mentionne également la constipation comme un effet indésirable fréquemment signalé et ajoute qu'une augmentation des cas a été rapportée lors de la prise concomitante d'atogépant et d'ubrogépant [Corporation Abbvie, 2024b].


Des GPC suggèrent l'arrêt des anticorps ciblant le CGRP ou son récepteur pour les personnes planifiant une grossesse au cours des prochains mois [Medrea *et al.*, 2024; Calleja-Hernandez *et al.*, 2023; Chaplin, 2023] ou durant l'allaitement [Medrea *et al.*, 2024]. Les monographies de l'eptinézumab, de l'éreñumab et du galcanézumab mentionnent que ces agents thérapeutiques ne devraient pas être utilisés durant la grossesse [Lundbeck Canada Inc., 2023; Novartis Pharma Canada inc., 2022; Eli Lilly Canada Inc., 2020] et les monographies de l'eptinézumab, du frémanézumab et du galcanézumab suggèrent de tenir compte de la demi-vie de la molécule lorsqu'une grossesse est envisagée [Lundbeck Canada Inc., 2023; Teva Canada Limitée, 2022a; Eli Lilly Canada Inc., 2020].

Plusieurs GPC recommandent l'usage de l'onabotulinumtoxinA, mais uniquement pour la prévention de la migraine chronique [Medrea *et al.*, 2024; Puleda *et al.*, 2024b; Chaplin, 2023; Ducros *et al.*, 2021; Steiner *et al.*, 2019].

Perspectives des parties prenantes

Les membres du comité consultatif étaient d'accord avec les éléments extraits des GPC et des monographies et présentés dans les tableaux sur les traitements prophylactiques. Les renseignements de sécurité, extraits des GPC et des monographies et inclus aux tableaux sur les traitements prophylactiques, ont été jugés pertinents par le comité consultatif. Les membres du comité consultatif ont toutefois demandé l'ajout d'un énoncé au tableau afin de rappeler au clinicien de mesurer ponctuellement la tension artérielle chez les personnes traitées avec un anticorps ciblant le CGRP ou son récepteur.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE : POSOLOGIES ET PRÉCAUTIONS POUR LES MÉDICAMENTS DE PREMIÈRE LIGNE

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DE 1 ^{re} LIGNE ¹				
 Les données scientifiques actuelles ne permettent pas de hiérarchiser davantage les choix de traitement. Le choix des traitements de la migraine repose sur le jugement clinique et découle d'une discussion avec la personne, notamment concernant ses préférences, ses comorbidités, les effets indésirables et les interactions médicamenteuses.				
Traitement	Intervalle thérapeutique	Épisodique	Chronique	Considérations pour le choix de l'agent
Antihypertenseurs				
Candésartan	8 à 16 mg PO DIE	✓	?	<ul style="list-style-type: none"> Le candésartan est généralement bien toléré.
Énalapril	2,5 mg PO DIE à 5 mg PO BID	⚠	?	<ul style="list-style-type: none"> Le candésartan, l'énalapril et le lisinopril sont déconseillés chez les femmes en âge de procréer.
Lisinopril	10 à 20 mg PO DIE	⚠	?	<ul style="list-style-type: none"> Les bêta-bloquants pourraient être privilégiés en présence d'angine ou d'hypertension, mais ne devraient pas être favorisés en présence d'asthme, de diabète mal contrôlé ou de bradycardie.
Métoprolol	25 à 200 mg par jour	✓	?	
Nadolol	20 mg à 240 mg PO DIE	✓	?	<ul style="list-style-type: none"> Les bêta-bloquants devraient être utilisés avec prudence en présence de trouble dépressif.
Propranolol	40 à 160 mg par jour	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Le vérapamil est un inhibiteur modéré de la CYP3A4 et un inhibiteur puissant de la P-gp.
Vérapamil	40 mg BID à 40 mg TID	⚠	?	
Antidépresseurs				
Amitriptyline ou son métabolite, la nortriptyline	10 à 50 mg PO HS	✓	?	<ul style="list-style-type: none"> Les antidépresseurs tricycliques pourraient être favorisés en présence d'insomnie, de trouble dépressif, d'anxiété ou de douleur neuropathique, mais ne devraient pas être privilégiés en présence de maladie cardiovasculaire significative, de rétention urinaire ou de trouble bipolaire.
Venlafaxine (XR)	37,5 mg à 150 mg PO DIE	⚠	?	<ul style="list-style-type: none"> La venlafaxine pourrait aussi être favorisée en présence de trouble dépressif ou d'anxiété, mais ne devrait pas être privilégiée en présence de trouble bipolaire. L'hypertension devrait être maîtrisée avant de débiter un traitement à la venlafaxine.
Anticonvulsivants²				
Acide valproïque et divalproex de sodium	250 mg DIE à 500 mg BID	⚠	?	<ul style="list-style-type: none"> Les anticonvulsivants sont associés à un taux important d'effets indésirables et sont généralement contre-indiqués en cas de grossesse. Le topiramate est déconseillé chez les femmes en âge de procréer.
Lévétiracétam	250 mg PO DIE à 500 mg PO BID	⚠	?	<ul style="list-style-type: none"> L'acide valproïque est contre-indiqué chez les femmes en âge de procréer. Le topiramate pourrait être favorisé en présence d'épilepsie ou d'obésité.
Topiramate	25 à 100 mg HS ou 50 mg BID	⚠	⚠	<ul style="list-style-type: none"> Le topiramate et le lévétiracétam ne devraient pas être favorisés en présence de trouble dépressif ou de conditions cognitives.
Autres classes				
Flunarizine	5 à 10 mg PO DIE	⚠	?	<ul style="list-style-type: none"> La flunarizine et le pizotifène sont associés à un taux significatif d'effets indésirables.
Mémantine ³	5 mg PO DIE à 10 mg PO BID	⚠	?	<ul style="list-style-type: none"> La flunarizine ne devrait pas être favorisée en présence d'antécédents de trouble dépressif ou de symptômes de Parkinson.
Pizotifène	0,5 mg à 1,5 mg PO DIE	⚠	?	<ul style="list-style-type: none"> La mémantine ne devrait pas être favorisée en présence de trouble dépressif ou de maladie psychiatrique.
Produits de santé naturels⁴				
Coenzyme Q10	100 à 300 mg DIE	✓	?	<ul style="list-style-type: none"> Les produits de santé naturels pourraient être utiles pour les personnes qui sont sensibles aux effets indésirables ou pour celles qui ne souhaitent pas prendre un médicament des autres classes.
Citrate de magnésium	100 à 400 mg DIE	✓	?	
Mélatonine	3 mg PO HS	⚠	?	<ul style="list-style-type: none"> Les produits de santé naturels sont généralement bien tolérés, toutefois le magnésium aurait des propriétés laxatives.
Riboflavine	200 mg à 400 mg PO DIE	✓	?	

Légende : ✓ Devrait être considéré ⚠ Pourrait être considéré ? Peu ou pas de données scientifiques disponibles

1. La prudence est de mise chez les personnes de 65 ans et plus puisque l'efficacité et l'innocuité de certains médicaments ont été moins étudiées dans le contexte de la migraine.

2. La gabapentine n'est plus recommandée dans le traitement prophylactique de la migraine.

3. La mémantine est un médicament d'exception, dont les critères de remboursement n'incluent pas la migraine.

4. Non inscrits sur les listes de médicaments remboursés par la RAMQ.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE : POSOLOGIES ET PRÉCAUTIONS POUR LES MÉDICAMENTS DE DEUXIÈME LIGNE

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DE 2 ^e LIGNE ¹				
Traitement	Intervalle thérapeutique	Épisodique	Chronique	Considérations pour le choix de l'agent
Anticorps monoclonaux				
Eptinézumab ²	100 mg IV aux 12 semaines En cas de réponse partielle, considérer 300 mg IV aux 12 semaines	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Les anticorps monoclonaux devraient être utilisés avec prudence en présence de la maladie de Raynaud, d'un historique de constipation, d'hypertension artérielle ou de comorbidités cardiaques ou cérébrovasculaires. La tension artérielle devrait être surveillée ponctuellement chez les personnes traitées avec un anticorps monoclonal (p. ex., avant l'amorce du traitement, 3 mois après et annuellement par la suite). Des cas graves de constipation ont été rapportés à la suite de l'utilisation de l'érénumab.
Érénumab ²	70 mg ou 140 mg SC aux 4 semaines	✓	✓	
Frémanézumab ²	225 mg SC aux 4 semaines ou 675 mg SC aux 12 semaines	✓	✓	
Galcanézumab ²	240 mg SC pour première dose, puis 120 mg SC aux 4 semaines	✓	✓	
Gépant				
Atogépant ⁴	60 mg PO DIE En présence d'effets indésirables ou d'interactions médicamenteuses, considérer 30 mg PO DIE	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Peu d'effets indésirables, mais de nombreuses interactions médicamenteuses (dont CYP3A4 et P-gp). Utiliser avec prudence en présence d'historique de constipation grave. Par ailleurs, la combinaison de deux gépants pourrait augmenter le risque de constipation.
Toxine botulinique				
OnabotulinumtoxinA ²	Selon le protocole PREEMPT	?	✓	<ul style="list-style-type: none"> Les injections devraient être réalisées par un clinicien expérimenté en gestion de la migraine.

Légende : ✓ Devrait être considéré ? Peu ou pas de données scientifiques disponibles

- La prudence est de mise chez les personnes de 65 ans et plus puisque l'efficacité et l'innocuité de certains médicaments ont été moins étudiées dans le contexte de la migraine.
- Critères de remboursement : Pour le traitement prophylactique de la migraine chez les personnes ayant au moins 4 jours de migraine par mois et un diagnostic établi selon les critères de l'International Headache Society : en cas de contre-indication, d'intolérance ou d'inefficacité à au moins 2 médicaments prophylactiques appropriés de classes différentes incluant un antidépresseur, un antihypertenseur ou un anticonvulsant.
- Non inscrits sur les listes de médicaments remboursés par la RAMQ.
- Critères de remboursement : pour le traitement prophylactique de la migraine, chez les personnes ayant au moins 4, **mais moins de 15 jours** de céphalée par mois et un diagnostic établi selon les critères de l'International Headache Society : en cas d'intolérance ou de contre-indication à au moins 3 médicaments prophylactiques appropriés, dont au moins 1 antidépresseur tricyclique, 1 anticonvulsant et 1 antihypertenseur, ou en cas d'inefficacité de ceux-ci. Ces critères pourraient toutefois être sujets à changement.

2.5 Consultation en milieu spécialisé

Information tirée des documents

Les situations qui pourraient justifier une consultation en milieu spécialisé sont très variées d'un GPC à l'autre et elles ne s'appliquent pas toutes aux milieux de soins québécois. Le [tableau 4](#), ci-dessous, rapporte ce qui est présenté dans les GPC repérés. Il faut par ailleurs préciser que le formulaire du Centre de répartition des demandes en spécialités (CRDS) pour une consultation en neurologie indique le critère suivant comme raison de consultation pour les céphalées : « Migraine avec échec au traitement abortif (triptan) et 2 traitements prophylactiques ».

Tableau 4 Consultation en milieu spécialisé

Raison de consultation	Milieu	GPC
Traitement avec un anticorps ciblant le CGRP ou son récepteur (amorce)	Neurologie	[Chaplin, 2023; Mitsikostas <i>et al.</i> , 2023; Schytz <i>et al.</i> , 2021]
Traitement avec un anticorps ciblant le CGRP ou son récepteur (suivi et retrait)	Spécialiste des céphalées	[Mitsikostas <i>et al.</i> , 2023]
Traitement à l'onabotulinumtoxinA	Clinique de traitement des céphalées Neurologie	[Chaplin, 2023; Diener <i>et al.</i> , 2022; Schytz <i>et al.</i> , 2021]
Traitement de la migraine chronique	Neurologie	[Diener <i>et al.</i> , 2022; Eigenbrodt <i>et al.</i> , 2021; Steiner <i>et al.</i> , 2019]
Sevrage des céphalées médicamenteuses induites par des opioïdes puissants ou qui présentent des comorbidités importantes ou à la suite d'échecs répétés à des tentatives de sevrage	Neurologie Milieu hospitalier	[NICE, 2021].
Échec persistant des traitements ou de la prophylaxie Personnes ayant des auras inhabituelles : <ul style="list-style-type: none"> • prolongée (plus d'une heure) • du tronc cérébral ou avec faiblesse motrice • nouvelle aura sans céphalée • chez une personne de plus de 50 ans, en l'absence d'antécédents de migraine En présence de certains troubles comorbides (non nommés)	Neurologie	[Steiner <i>et al.</i> , 2019]

Perspectives des parties prenantes

Les membres du comité consultatif sont d'accord que certaines situations nécessitent une consultation en milieu spécialisé. Toutefois, la formulation des critères encadrant ces consultations les préoccupe, car déjà beaucoup de personnes, qui pourraient être prises en charge en première ligne, sont orientées en neurologie, et l'attente pour une consultation est longue.

Ils s'accordent toutefois pour indiquer dans l'outil de considérer une consultation en milieu spécialisé dans les situations suivantes :

- échec du traitement aigu (triptan) et de deux prophylaxies (critères CRDS);
- visites fréquentes à l'urgence pour des crises durant plus de 72 heures (*status migrainosus*);
- présence de déficit neurologique à l'examen physique ou aura inhabituelle;
- surconsommation de traitement aigu malgré une optimisation de la prophylaxie.

Ils proposent de préciser que ces situations n'entraînent pas systématiquement une consultation en neurologie et qu'un clinicien qui est à l'aise peut poursuivre la gestion du traitement. Cependant, l'importance, pour la sécurité du patient, d'orienter vers une spécialité si le clinicien de première ligne n'est pas à l'aise avec la prise en charge est également soulignée. Il est aussi proposé de nommer le conseil numérique comme une option supplémentaire; les cliniciens soulignent que le conseil numérique peut répondre à des questions, notamment en lien avec un choix de traitement, mais ils précisent bien que ce n'est pas une prise en charge, ni une évaluation. Ils soulignent par ailleurs qu'après une consultation en milieu spécialisé et une stabilisation de l'état de la personne, la prise en charge devrait se poursuivre en première ligne, sauf dans des cas plus particuliers ou complexes. Certains membres du comité consultatif mentionnent qu'il y a actuellement beaucoup de personnes qui sont orientées ou maintenues en neurologie alors qu'elles pourraient être prises en charge par la première ligne. À cet effet, la nécessité de mieux outiller toute la première ligne est également mentionnée.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – CONSULTATION EN MILIEU SPÉCIALISÉ

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information et du processus itératif avec le comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :



- Les professionnels qui ont accès au [conseil numérique](#) (p. ex., médecins, IPS de première ligne) peuvent y faire appel pour toute question en lien avec le choix de traitement.
- Considérer une orientation en milieu spécialisé dans toutes situations pour lesquelles le professionnel se sent moins à l'aise, et notamment les suivantes :
 - Échec du traitement aigu (triptan) et à deux traitements prophylactiques
 - Visites fréquentes à l'urgence pour des crises durant plus de 72 heures (*status migrainosus*)
 - Présence de déficit neurologique à l'examen physique ou aura inhabituelle
 - Surconsommation de traitement aigu malgré une optimisation de la prophylaxie
 - À la suite d'une consultation en milieu spécialisé, lorsque les crises de migraine sont stabilisées, un retour de prise en charge vers la première ligne devrait être considéré.

3 PERSPECTIVES DES PERSONNES VIVANT AVEC LA MIGRAINE

Les personnes consultées rapportent de façon unanime qu'elles ont reçu très peu, voire pas d'information sur la migraine dans les débuts de leur parcours de soins, et ce, autant sur les particularités de la migraine par rapport aux autres céphalées, que sur les options de traitements disponibles. Plusieurs personnes indiquent par ailleurs s'être éduquées de manière autodidacte sur la migraine, alors que certaines d'entre elles mentionnent qu'elles ont eu l'impression que le médecin de famille qu'elles ont consulté ne semblait pas être en mesure de leur donner toute l'information pertinente pour comprendre leur condition. Certaines personnes ont également rapporté que l'information n'était pas présentée adéquatement par les professionnels de la santé de première ligne qu'elles ont consultés. Plus précisément, elles mentionnent avoir reçu l'information sur les effets indésirables ou sur la durée d'un essai de prophylaxie à la pharmacie communautaire, alors qu'elles auraient préféré recevoir cette information plus tôt dans leur parcours, soit lors de la prescription du traitement par le médecin. Certaines des personnes consultées ont d'ailleurs mentionné demander des conseils en pharmacie communautaire avant le rendez-vous avec un médecin pour y arriver mieux informées. Par contre, d'autres personnes ont souligné que certains pharmaciens communautaires leur avaient semblé peu informés au sujet des traitements de la migraine qui n'avaient pas l'indication de Santé Canada.

La majorité des personnes consultées ont rapporté ne pas s'être senties impliquées dans la prise de décision lors de leurs consultations en première ligne. D'ailleurs, bien souvent, elles ne se sentaient pas assez bien informées pour pouvoir prendre part à la décision. Quelques personnes ont toutefois indiqué avoir été mieux informées et plus engagées dans les décisions lors de leurs consultations avec un neurologue.

Reconnaissance de la migraine

Les personnes consultées rapportent s'être souvent senties pressées lors de leurs consultations avec des professionnels de la santé, et ne pas avoir eu tout le temps souhaité pour discuter de leur situation. Elles auraient apprécié que leur maladie, ainsi que son aspect incapacitant, soient mieux reconnues par le clinicien, car elles n'ont pas ressenti que les répercussions de la migraine sur leur qualité de vie étaient considérées. Certaines personnes mentionnent également qu'en début de parcours, avant l'obtention de leur diagnostic de migraine, elles ont eu l'impression que les consultations médicales pour investiguer leurs céphalées étaient orientées davantage vers d'autres motifs, tels que leur cycle menstruel, la prise d'anovulants, la présence de symptômes anxieux ou dépressifs, ou le stress, qui semblent avoir été rapidement utilisés pour expliquer leurs céphalées, sans que la migraine ne soit reconnue ou investiguée davantage. Plusieurs personnes indiquent avoir consulté des médecins pendant plusieurs années avant qu'un diagnostic de migraine ne soit établi, certaines ajoutant avoir reçu un diagnostic ou un accès à un traitement par triptans seulement après avoir vu un neurologue. Par ailleurs,

les personnes consultées soulignent toutes les difficultés d'accès à un neurologue (délais très longs), certaines rapportant également qu'un transfert vers une clinique de céphalée leur a été refusé.

Information sur les traitements

Interrogées sur les attentes concernant l'efficacité de la prophylaxie, plusieurs personnes ont mentionné que le message transmis est que la prophylaxie a environ 50 % de chances de fonctionner, et ce pourcentage n'est généralement pas nuancé selon le traitement entrepris. Certaines personnes ont indiqué que l'essai des médicaments prophylactiques a été présenté comme un processus essais-erreurs, alors que d'autres n'ont pas eu d'information ou n'ont pas reçu de message réaliste à ce sujet, ce qui leur a donné l'impression que le médecin voulait être encourageant. Les personnes consultées rapportent également qu'un autre message véhiculé est qu'une diminution de 50 % de jours de migraine est l'objectif du traitement prophylactique. Or, selon eux, cet objectif n'est pas souvent atteint, surtout dans un contexte de migraine chronique.

Certaines personnes soulignent que le choix du traitement prophylactique leur apparaît comme un faux choix, en raison des critères de remboursement actuels¹ qui obligent l'essai des classes particulières de médicaments avant d'avoir accès au remboursement des traitements les plus récemment approuvés par Santé Canada. Elles rapportent que certaines de ces classes de médicaments, notamment l'amitriptyline et le topiramate, ont engendré dans leur cas des effets indésirables intolérables qui leur ont donné l'impression d'empirer leur condition. Une personne fait état que dans son cas, les essais des médicaments hors indication se sont enchaînés très rapidement, ce qui lui a fait perdre ses repères puisqu'elle ne savait plus si un effet était dû à la migraine, au sevrage du médicament précédent ou au nouveau médicament à l'essai. Une autre personne parmi les participants relate ne prendre aucune médication et s'en tenir à des mesures préventives, telles qu'adapter son horaire, modifier son alimentation ainsi que d'autres habitudes de vie. Bien que cela exige beaucoup d'ajustements, cette adaptation lui semble préférable à l'essai de multiples médicaments qui risquent de produire des effets indésirables sans savoir s'ils seront efficaces.

Ainsi, l'ensemble des personnes consultées souligne qu'un accès plus rapide à une molécule qui cible le CGRP¹ leur semblerait pertinent pour améliorer leur parcours de soins, particulièrement en situation de migraine chronique. Elles indiquent que le processus exige souvent plusieurs mois, voire un an d'attente, et ce, même après l'essai des trois classes obligatoires, et que malgré cela, le médicament d'exception peut leur être refusé. De plus, si un premier traitement ciblant le CGRP ne fonctionne pas, elles mentionnent que plusieurs mois peuvent s'écouler avant de pouvoir essayer un autre médicament. Un refus tardif de remboursement pour un traitement en cours, soit très près de la date prévue pour l'administration du traitement, a également été rapporté. Cette situation engendre des périodes où les personnes (même celles vivant avec la migraine chronique) ne reçoivent aucun traitement prophylactique dans l'attente d'une

¹ Les critères de remboursement ont été modifiés peu de temps après la consultation et permettent maintenant le remboursement de plusieurs molécules ciblant le CGRP après l'essai de 2 classes de médicaments (au lieu de 3).

décision de remboursement de leur traitement. Une personne mentionne qu'il arrive parfois que les démarches soient accélérées lors d'un arrêt de travail, mais que bien souvent, il y a tout de même un blocage à l'étape du remboursement. Les personnes consultées auraient donc aimé savoir en avance que même après l'essai des médicaments des trois classes obligatoires, les délais pourraient être aussi longs pour faire l'essai d'une molécule ciblant le CGRP.

Information jugée la plus pertinente

Globalement, les personnes consultées ont souligné qu'elles auraient aimé recevoir, ou recevoir plus tôt dans leur parcours, de l'information sur les aspects suivants :

- les caractéristiques de la migraine (p. ex., maladie neurologique et chronique ayant un risque de progression, symptômes de la migraine et manifestations de l'aura);
- la différence entre la migraine épisodique et la migraine chronique et comment le nombre de jours de céphalées/migraine par mois influence la décision d'amorcer une prophylaxie ou non;
- comment remplir adéquatement le calendrier des céphalées;
- les étapes à venir dans la prise en charge et le traitement;
- l'éventail de médicaments disponibles pour traiter la migraine (aigu et préventif);
- à quel moment prendre le traitement de crise;
- les céphalées médicamenteuses et comment les prévenir;
- la durée de l'essai d'une prophylaxie;
- pourquoi utiliser des antidépresseurs et des antihypertenseurs pour traiter la migraine;
- la possibilité de recevoir un traitement (hydratation et traitement IV) à l'urgence lors d'un cycle de migraine qui se prolonge;
- le lien qui existe entre la migraine et certains problèmes de santé mentale (p. ex., symptômes anxieux ou dépressifs), et le fait que le traitement d'une condition peut aider dans la prise en charge de l'autre;
- comment expliquer leur condition dans leur milieu de travail ou scolaire (plusieurs mentionnent que leur condition est mal comprise).

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les parties prenantes, les éléments suivants ont été retenus :

Dans l'optique de renforcer l'engagement de la personne dans la prise en charge de sa condition :

- Renseigner la personne sur :
 - les caractéristiques de la migraine et comment elle se distingue des autres céphalées;
 - les symptômes de la migraine et les manifestations de l'aura;
 - les céphalées médicamenteuses et les risques de chronicisation;
 - les conditions fréquemment associées à la migraine, telle que la présence de symptômes anxieux ou dépressifs.
- ① Au besoin, les [fiches santé sur la migraine](#), élaborées par le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), peuvent être consultées par la personne pour obtenir de l'information complémentaire.
- Éduquer la personne afin qu'elle puisse :
 - reconnaître l'importance du calendrier et savoir ce qui devrait y être consigné;
 - connaître les objectifs et les étapes de traitement;
 - prendre part au choix du traitement;
 - prendre sa médication adéquatement (dès le début de la céphalée);
 - expliquer sa condition et son aspect incapacitant.
- Encourager la personne à :
 - adopter de saines habitudes de vie (alimentation, sommeil, exercices);
 - adapter son mode de vie (p. ex., modifier l'horaire ou la charge de travail).

FORCES ET LIMITES

Ces travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse qui comprend une recherche systématique des guides de pratique clinique et des lignes directrices les plus récentes ainsi qu'une évaluation critique des documents pertinents par deux professionnelles scientifiques. La méthodologie de ces travaux comprend également une consultation des parties prenantes engagées dans la prise en charge des personnes qui vivent avec la migraine :

- Un comité consultatif, composé de cliniciens des domaines de la neurologie, de la médecine de famille et de la pharmacie, a été mandaté pour valider les aspects scientifiques et fournir les éléments contextuels et les perspectives cliniques nécessaires aux travaux.
- Une consultation de personnes qui vivent avec la migraine, dont le recrutement a été effectué en collaboration avec Migraine Québec, a également été menée, permettant de recueillir leurs perspectives notamment sur l'information qu'elles jugent importante pour prendre part à la discussion concernant le choix de traitement.
- Une validation a été réalisée par des lecteurs externes (neurologues et pharmacien) afin d'examiner la qualité méthodologique des travaux, ainsi que l'applicabilité et l'acceptabilité des recommandations, ainsi que par des futurs utilisateurs de la première ligne afin de s'assurer que l'outil clinique est clair, utile et adapté à la réalité du terrain.

Bien que les travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse, des limites doivent toutefois être signalées. Tout d'abord, parmi les GPC retenus pour réaliser les travaux, la rigueur du processus d'élaboration des guides selon la grille *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE II)* varie d'un document à l'autre et est rarement supérieure à 70 %. Ensuite, les différents traitements utilisés pour la prophylaxie de la migraine sont rarement hiérarchisés par les sociétés savantes et, lorsque c'est le cas, les recommandations ne sont pas consensuelles et peuvent être difficilement applicables au contexte canadien puisque les coûts associés aux traitements peuvent avoir une incidence importante sur la recommandation. Par ailleurs, aucune analyse d'impact budgétaire n'a été réalisée concernant l'application des recommandations de traitements et la littérature scientifique ou les normes portant sur les aspects économiques, organisationnels, éthiques et de déploiement n'ont pas été consultées. L'INESSS n'a également pas effectué d'évaluation et d'appréciation des données scientifiques des études primaires sur les différents traitements de la migraine, mais plutôt une appréciation secondaire basée sur l'interprétation faite par les auteurs des guides de pratique retenus. Enfin, bien que l'approche qualitative de consultation des parties prenantes ajoute une dimension essentielle à la démarche d'évaluation, elle comprend toujours une part de biais et de risques associés, et elle demeure incomplète à plusieurs égards.

IMPACT CLINIQUE ET MISE EN ŒUVRE

Au cours des présents travaux, certains enjeux liés au traitement de la migraine ont été identifiés.

Choix du traitement prophylactique

Plusieurs classes de médicaments sont employées pour le traitement prophylactique de la migraine. Les traitements de première ligne sont majoritairement utilisés hors indication, alors que ceux de deuxième ligne sont principalement des médicaments d'exception, dont l'accès est régi par des critères de remboursement bien précis. De plus, certains agents thérapeutiques prescrits pour la prophylaxie de la migraine sont absents des listes de médicaments remboursés par le RPAM et ne sont accessibles que par le biais du programme « patient d'exception ». Tous ces éléments complexifient le choix de la prophylaxie. Afin de faciliter la prise en charge, l'outil présente donc un algorithme dans lequel les étapes du traitement prophylactique sont détaillées et des hyperliens dirigent vers les tableaux d'agents pharmacologiques qui ont été séparés en traitements de première ligne et traitements de deuxième ligne. Les médicaments d'exception ainsi que ceux absents des listes y sont identifiés.

Consultation en milieu spécialisé

Les parties prenantes ont souligné le nombre élevé de cas de migraine qui sont orientés pour une consultation en milieu spécialisé, ce qui rend l'accès au neurologue difficile pour les personnes qui vivent avec la migraine et qui peut occasionner des délais de traitement de ces personnes. L'outil élaboré dans le cadre de ces travaux vise à soutenir les cliniciens de première ligne dans le traitement de la migraine afin de : 1) limiter l'orientation en milieu spécialisé uniquement aux situations qui le nécessitent, et de 2) faciliter un retour vers la première ligne à la suite d'une consultation en milieu spécialisé. La clarification des objectifs et des critères d'échec de traitement guide le clinicien pour établir le succès ou l'échec d'un traitement et, le cas échéant, favorise l'essai d'autres traitements en première ligne. Le conseil numérique est également une ressource essentielle pour le clinicien de première ligne pour toute question concernant le choix de traitement, et son rôle est mis en valeur dans l'outil. Il y a toutefois certaines situations pour lesquelles une consultation en milieu spécialisé pourrait être bénéfique et celles-ci sont indiquées dans l'outil.

Décision partagée

Les GPC et les cliniciens consultés soulignent l'importance de la discussion avec la personne lors du choix du traitement. Or, les personnes qui vivent avec la migraine et qui ont été consultées dans le cadre des travaux rapportent avoir reçu de l'information soit trop tard ou en quantité insuffisante pour participer à ce type de décision. Souvent, elles ne connaissent pas bien leur condition, ne savent pas pourquoi elles reçoivent un antidépresseur ou un antihypertenseur pour traiter leur migraine (dans le cas où un médicament est utilisé hors indication) et ne connaissent pas bien les effets indésirables

associés au traitement. Cette méconnaissance de leur condition et des étapes de traitement est d'ailleurs ciblée par ces personnes comme étant une source d'anxiété significative qui n'aide pas leur condition. L'outil clinique de l'INESSS inclut donc une section « éducation thérapeutique » afin de faire un rappel sur les façons de promouvoir la participation de la personne dans sa prise en charge.

Accès aux médicaments d'exception

Lors des consultations, les parties prenantes ont mentionné que les délais pour l'accès aux molécules qui ciblent le CGRP leur semblaient trop longs, mentionnant entre autres les nombreux effets indésirables de certaines molécules utilisées en première ligne pour la prophylaxie qui conduisent, selon eux, à une faible persistance au traitement et nuisent à la condition des personnes qui vivent avec la migraine. Il faut toutefois noter que les critères de remboursement de ces traitements ont récemment été révisés et certaines modifications ont été apportées facilitant ainsi l'accès à plusieurs molécules ciblant le CGRP.

Mise en œuvre

L'impact de ces travaux dépendra de l'adoption de l'outil clinique sur le traitement de la migraine par les professionnels de la santé de première ligne et de la promotion de l'outil auprès de ceux-ci. À cette fin, il est suggéré :

- que les milieux de soins s'assurent d'héberger la version la plus à jour du guide de l'INESSS dans les logiciels de soins de santé et pharmaceutique;
- que les établissements d'enseignement procèdent à la mise à jour de la formation offerte aux futurs cliniciens;
- que les ordres, fédérations et associations professionnelles offrent une formation pour permettre l'actualisation des connaissances sur le traitement de la migraine.

MISE À JOUR

La pertinence de mettre à jour les recommandations sera évaluée dans quatre ans à partir de la date de publication, soit en 2029. Selon l'avancement des données scientifiques et l'évolution des pratiques cliniques, une revue exploratoire des recommandations pourrait être effectuée. Toutefois, il est possible qu'une mise à jour soit nécessaire plus tôt, advenant la publication de nouvelles données ou de lignes directrices, l'inscription ou le retrait de médicaments aux listes de la Régie de l'assurance maladie du Québec ou la modification des conditions de remboursement des médicaments pour le traitement de la migraine.

Au besoin, les parties prenantes participant ayant participé aux travaux pourraient être consultées afin de vérifier la pertinence d'effectuer une mise à jour.

RÉFÉRENCES

- AA Pharma Inc. PrFLUNARIZINE. Vaughan, ON : AA Pharma Inc.; 2022.
- Accord Healthcare Inc. PrACH-LEVETIRACETAM. Kirkland, QC : Accord Healthcare Inc.; 2023.
- Ailani J, Burch RC, Robbins MS, Board of Directors of the American Headache S. The American Headache Society Consensus Statement: Update on integrating new migraine treatments into clinical practice. *Headache* 2021;61(7):1021-39.
- Ali MD, Gayasuddin Qur F, Alam MS, N MA, Mujtaba MA. Global Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis and Current Therapeutic Novelties in Migraine Therapy and their Prevention: A Narrative Review. *Curr Pharm Des* 2023;29(41):3295-311.
- APOTEX INC. PrAPO-DOMPERIDONE. Toronto, ON : APOTEX INC.; 2023a.
- APOTEX INC. Pr APO-FROVATRIPTAN. Toronto, ON : APOTEX INC.; 2023b.
- APOTEX INC. PrAPO-CANDESARTAN TABLETS. Toronto, ON : APOTEX INC"; 2023c.
- APOTEX INC. IBUPROFEN Toronto, ON : APOTEX INC.; 2022.
- APOTEX INC. PrAPO-NADOLOL. Toronto, ON : APOTEX INC.; 2020a.
- APOTEX INC. PrAPO-NARATRIPTAN. Toroto, ON : APOTEX INC.; 2020b.
- Aralez Pharmaceuticals Canada Inc. PrCAMBIA® Diclofénac potassique en poudre pour solution orale 50 mg. Mississauga, ON : Aralez Pharmaceuticals Canada Inc.; 2021a.
- Aralez Pharmaceuticals Canada Inc. PrSUVEXX® Comprimés de sumatriptan/naproxène sodique. Mississauga, ON : Aralez Pharmaceuticals Canada Inc.; 2021b.
- Atnahs Pharma UK Limited. Pr Anaprox, Naproxène sodique. Basildon, Essex, Royaume-Uni : Atnahs Pharma UK Limited; 2022.
- BGP Pharma ULC. PrRELPAX^{MD} (comprimés de bromhydrate d'élétriptan). Etobicoke, ON : BGP Pharma ULC; 2023a.
- BGP Pharma ULC. PrEFFEXOR^{MD} XR. Etobicoke, ON : BGP Pharma ULC; 2023b.
- BGP Pharma ULC. PrEPIVAL®. Etobicoke, ON : BGP Pharma ULC; 2023c.
- Calleja-Hernandez MA, Guerrero-Peral AL, Irimia-Sieira P, Martinez-Lopez I, Santos-Lasaosa S, Sarobe-Carricas M, et al. [Translated article] Consensus recommendations on the preventive treatment of migraine. *Farm* 2023;47(6):T246-T53.
- Canada's Drug Agency (CDA-AMC). Switching Gene-Related Peptide Inhibitors for Migraine Prophylaxis. Ottawa, ON : CDA-AMC; 2025. Disponible à : <https://www.cda-amc.ca/switching-calcitonin-gene-related-peptide-inhibitors-migraine-prophylaxis>.
- Canada's Drug Agency (CDA-AMC). Eptinezumab (Vyepiti). Ottawa, ON : CDA-AMC; 2023. Disponible à : <https://www.cda-amc.ca/fr/eptinezumab>.

- Canada's Drug Agency (CDA-AMC). Pharmacoeconomic Report - fremanezumab. Ottawa, ON : CDA-AMC; 2021. Disponible à : <https://www.cda-amc.ca/fr/fremanezumab>.
- Chaplin S. SIGN updates its guideline on the management of migraine. Prescriber 2023;34(3):9-10.
- Charles AC, Digre KB, Goadsby PJ, Robbins MS, Hershey A. Calcitonin gene-related peptide-targeting therapies are a first-line option for the prevention of migraine: An American Headache Society position statement update. Headache 2024;64(4):333-41.
- Corporation AbbVie. PrBOTOX® onabotulinumtoxinA. Saint-Laurent (Qc) : Corporation Abbvie; 2024a.
- Corporation Abbvie. PrQULIPTA^{MC} comprimés d'atogépant. Saint-Laurent, Qc : Corporation Abbvie; 2024b.
- Corporation AbbVie. PrUBRELVY® Comprimés d'ubrogépant. Saint-Laurent, QC : Corporation AbbVie; 2022.
- Demarquay G, Mawet J, Guegan-Massardier E, de Gaalon S, Donnet A, Giraud P, et al. Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 3: Non-pharmacological treatment. Rev Neurol (Paris) 2021a;177(7):753-9.
- Demarquay G, Moisset X, Lanteri-Minet M, de Gaalon S, Donnet A, Giraud P, et al. Revised guidelines of the French Headache Society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 1: Diagnosis and assessment. Rev Neurol (Paris) 2021b;177(7):725-33.
- Diener HC, Förderreuther S, Kropp P, al. e. Treatment of migraine attack and preventive treatment of migraine, S 1 guideline. Germany : German Society for Neurology; 2022. Disponible à : https://ihs-headache.org/wp-content/uploads/2023/06/DMKG_Treatment-of-migraine-attacks-and-preventive-treatment-of-migraine-2022.pdf.
- Ducros A, de Gaalon S, Roos C, Donnet A, Giraud P, Guegan-Massardier E, et al. Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 2: Pharmacological treatment. Rev Neurol (Paris) 2021;177(7):734-52.
- Eigenbrodt AK, Ashina H, Khan S, Diener HC, Mitsikostas DD, Sinclair AJ, et al. Diagnosis and management of migraine in ten steps. Nat Rev Neurol 2021;17(8):501-14.
- Eli Lilly Canada Inc. PrEMGALITY^{MC} Galcanézumab injectable. Toronto, ON : Eli Lilly Canada Inc.; 2020.
- GlaxoSmithKline Inc. PrImitrex. Mississauga, ON : GlaxoSmithKline Inc.; 2022.

- Global Burden of Disorders Nervous System Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol* 2024;23(4):344-81.
- Goadsby PJ, Evers S, Gelfand AA, Lipton RB, May A, Pozo-Rosich P, et al. International Classification of Headache Disorders-4 - Work in Progress 1. *Cephalalgia* 2024;44(2):3331024241233937.
- Gonzalez-Garcia N, Diaz de Teran J, Lopez-Veloso AC, Mas-Sala N, Minguez-Olaondo A, Ruiz-Pinero M, et al. Headache: pregnancy and breastfeeding. Recommendations of the Spanish Society of Neurology's Headache Study Group. *Neurologia (Engl Ed)* 2022;37(1):1-12.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). QULIPTA^{MC}-Migraine chronique. Québec, Qc : INESSS; 2025a. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription_medicaments/Avis_au_ministre/Juillet_2025/Qulipta_2025_06.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Migraine [Ajovy^{MC}, Emgality^{MC}, Qulipta^{MC}, et Vyep^{MC}]. Québec, Qc : INESSS; 2025b. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription_medicaments/Avis_au_ministre/Aout_2025/Revision_indication_migraine_2025_07.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Indications justifiant le recours à l'imagerie pour le diagnostic des patients présentant une céphalée primaire ou secondaire. Québec, Qc : INESSS; 2019. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/indications-justifiant-le-recours-a-limagerie-pour-le-diagnostic-des-patients-presentant-une-cephalee-primaire-ou-secondaire.html>.
- Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). Protocole de contraception du Québec. Québec, Qc : INSPQ; 2024. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3466>.
- International Headache Society (IHS). Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018;38(1):1-211.
- Janssen Inc. PrTOPAMAX®. Toronto, ON : Janssen Inc.; 2023.
- Laboratoires Paladin. PrSANDOMIGRAN DS Comprimés de pizotifène. St-Laurent, Qc : Laboratoires Paladin; 2023.
- Lundbeck Canada Inc. PrVYEPTI^{MD} (eptinézumab pour injection). Saint-Laurent, Qc : Lundbeck Canada Inc.; 2023.
- Medrea I, Cooper P, Langman M, Sandoe CH, Amoozegar F, Hussain WM, et al. Updated Canadian Headache Society Migraine Prevention Guideline with Systematic Review and Meta-analysis. *Can J Neurol Sci* 2024:1-23.

- Mitsikostas DD, Alexoudi A, Arvaniti C, Giannouli E, Kouremenos E, Constantinidis TS, et al. Hellenic Headache Society Recommendations for the Use of Monoclonal Antibodies Targeting the Calcitonin Gene-Related Peptide Pathway for the Prevention of Migraine and Cluster Headache-2023 Update. *SN Comprehensive Clinical Medicine* 2023;5(1) (no pagination)
- Mylan Pharmaceuticals ULC. ^{Pr}MYLAN-ALMOTRIPTAN. Etobicoke, ON : Mylan Pharmaceuticals ULC; 2016.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Headaches in over 12s: diagnosis and management. London, UK : NICE; 2021. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg150>.
- Novartis Pharma Canada inc. ^{Pr}VOLTAREN RAPIDE^{MD} (diclofénac potassique) Comprimés dragéifiés à 50 mg. Dorval, QC : Novartis Pharma Canada inc.; 2023.
- Novartis Pharma Canada inc. ^{Pr}AIMOVIG^{MD} (injection d'érénumab). Dorval, qc : Novartis Pharma Canada inc.; 2022.
- Organon Canada Inc. ^{Pr}MAXALT® et ^{Pr}MAXALT RPD®. Kirkland, QC : Organon Canada Inc.; 2021.
- Pfizer Canada SRI. ^{Pr}NURTECMD ODT Comprimés de rimégé pant (sous forme de sulfate de rimégé pant). Kirkland, QC : Pfizer Canada SRI; 2023.
- Pharmascience inc. ^{Pr}pms-AMITRIPTYLINE. Montréal, QC : Pharmascience inc.; 2024.
- Pharmascience inc. ^{Pr}pms-METOCLOPRAMIDE TABLETS et ^{Pr}pms-METOCLOPRAMIDE ORAL SOLUTION. Montréal, QC : Pharmascience inc.; 2022.
- Ples H, Florian IA, Timis TL, Covache-Busuioc RA, Glavan LA, Dumitrascu DI, et al. Migraine: Advances in the Pathogenesis and Treatment. *Neurol Int* 2023;15(3):1052-105.
- Pringsheim T, Davenport W, Mackie G, Worthington I, Aube M, Christie SN, et al. Canadian Headache Society guideline for migraine prophylaxis. *Can J Neurol Sci* 2012;39(2 Suppl 2):S1-59.
- PRO DOC LTÉE. ^{Pr}METOPROLOL-L. Laval, QC : PRO DOC LTÉE.; 2023.
- Puleda F, Sacco S, Diener HC, Ashina M, Al-Khazali HM, Ashina S, et al. International Headache Society global practice recommendations for the acute pharmacological treatment of migraine. *Cephalalgia* 2024a;44(8):3331024241252666.
- Puleda F, Sacco S, Diener HC, Ashina M, Al-Khazali HM, Ashina S, et al. International Headache Society Global Practice Recommendations for Preventive Pharmacological Treatment of Migraine. *Cephalalgia* 2024b;44(9):3331024241269735.

- Qaseem A, Cooney TG, Etxeandia-Ikobaltzeta I, Wilt TJ, Harrod CS, Tice JA, et al. Prevention of Episodic Migraine Headache Using Pharmacologic Treatments in Outpatient Settings: A Clinical Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2025a;
- Qaseem A, Tice JA, Etxeandia-Ikobaltzeta I, Wilt TJ, Harrod CS, Cooney TG, et al. Pharmacologic Treatments of Acute Episodic Migraine Headache in Outpatient Settings: A Clinical Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2025b;
- Sacco S, Amin FM, Ashina M, Bendtsen L, Deligianni CI, Gil-Gouveia R, et al. European Headache Federation guideline on the use of monoclonal antibodies targeting the calcitonin gene related peptide pathway for migraine prevention - 2022 update. *J Headache Pain* 2022a;23(1):67.
- Sacco S, Lampl C, Amin FM, Braschinsky M, Deligianni C, Uluduz D, et al. European Headache Federation (EHF) consensus on the definition of effective treatment of a migraine attack and of triptan failure. *Journal of Headache & Pain* 2022b;23(1):133.
- Schytz HW, Amin FM, Jensen RH, Carlsen L, Maarbjerg S, Lund N, et al. Reference programme: diagnosis and treatment of headache disorders and facial pain. Danish Headache Society, 3rd edition, 2020. *J Headache Pain* 2021;22(1):22.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Pharmacological management of migraine. Edinburg : National Healthcare Improvement Scotland; 2023. Disponible à : <https://www.sign.ac.uk/media/2077/sign-155-migraine-2023-update-v3.pdf>.
- Searchlight Pharma Inc. PrZESTRIL®. Montréal, QC : Searchlight Pharma Inc.; 2023.
- Steiner TJ, Jensen R, Katsarava Z, Linde M, MacGregor EA, Osipova V, et al. Aids to management of headache disorders in primary care (2nd edition) : on behalf of the European Headache Federation and Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache. *J Headache Pain* 2019;20(1):57.
- Teva Canada Limitée. PrAJOVY^{MD} Frémanezumab. Toronto, ON : Teva Canada Limitée;; 2022a.
- Teva Canada Limitée. PrACT ENALAPRIL. Toronto, ON : Teva Canada Limitée; 2022b.
- Teva Canada Limitée. PrACT MEMANTINE. Teva Canada Limitée; 2020.
- Teva Canada Limitée. PrTEVA-PROPRANOLOL. Toronto, ON : Teva Canada Limitée; 2011.
- Tzankova V, Becker WJ, Chan TLH. Prévention pharmacologique de la migraine. *CMAJ* 2023a;195(15):E559-E65.
- Tzankova V, Becker WJ, Chan TLH. Diagnosis and acute management of migraine. *CMAJ* 2023b;195(4):E153-E8.

World Health Organization (WHO). The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, Switzerland : WHO; 2001. Disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Xediton Pharmaceuticals Inc. PrZOMIG®, PrZOMIG RAPIMELT®, PrZOMIG EN VAPORISATEUR NASAL. Oakville, ON : Xediton Pharmaceuticals Inc.; 2023.

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca

