

À PROPOS DE L'AUTEURE

Rachel Asiniwasis M.D., MS(HS), FRCPC

La D^{re} Rachel Asiniwasis est une dermatologue, ainsi qu'une clinicienne et chercheuse en début de carrière, qui s'intéresse particulièrement aux dermatoses inflammatoires, à la sensibilisation dans les régions éloignées, aux soins virtuels, aux peaux de couleur, à la santé des populations autochtones, aux disparités en matière de santé dermatologique et à la recherche translationnelle. Elle exerce dans sa ville natale de Regina depuis 2014, après l'obtention de son diplôme de fin de résidence à l'Université de Toronto. Récemment, elle a obtenu une maîtrise ès sciences dans le domaine des sciences de la santé en recherche clinique et translationnelle. Elle est Nêhiyaw et Nakawēk par son père, et elle met à la disposition de diverses communautés autochtones éloignées et du nord de la Saskatchewan des cliniques de dermatologie de proximité sous la forme de soins virtuels, de télédermatologie et en personne.



Affiliations :

Professeure agrégée, Université de la Saskatchewan

SOINS DERMATOLOGIQUES VIRTUELS DANS LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES CANADIENNES DES RÉGIONS RURALES ET ÉLOIGNÉES : TROUVER UN ÉQUILIBRE ENTRE LES COÛTS, LA QUALITÉ ET L'ACCÈS

Accès aux soins dermatologiques

Selon Statistique Canada (2021), environ 18 % des Canadiens vivent dans des régions rurales et éloignées¹. Bien que la croissance de la population rurale soit surpassée par les taux de croissance urbaine et qu'elle diminue dans certaines provinces, la croissance globale de la population rurale du Canada a augmenté de 0,4 % de 2016 à 2021, la croissance la plus rapide ayant été observée au Nunavut et sur l'Île-du-Prince-Édouard. Les trois territoires du Canada (Yukon, Territoires du Nord-Ouest (TNO) et Nunavut), les provinces de l'Atlantique, le Manitoba et la Saskatchewan ont des proportions de représentation rurale plus élevées que la moyenne nationale. En tant que spécialistes de la

peau, les dermatologues sont le plus souvent établis dans des centres urbains. Il existe donc des inégalités géographiques au regard de l'accès équitable aux dermatologues pour les patients des régions rurales et éloignées du Canada, ce qui peut entraîner une morbidité accrue due aux maladies de la peau².

Le degré d'éloignement varie au Canada et peut être défini par la valeur de l'indice d'éloignement (**Figure 1**) que l'on considère comme un déterminant fondamental de l'accès à la santé. Par exemple, les régions éloignées doivent supporter des coûts de transport relativement élevés, et la distance et la proximité représentent des obstacles importants à l'accès aux soins de santé^{1,3}. Même la nécessité de se déplacer sur une courte distance peut être

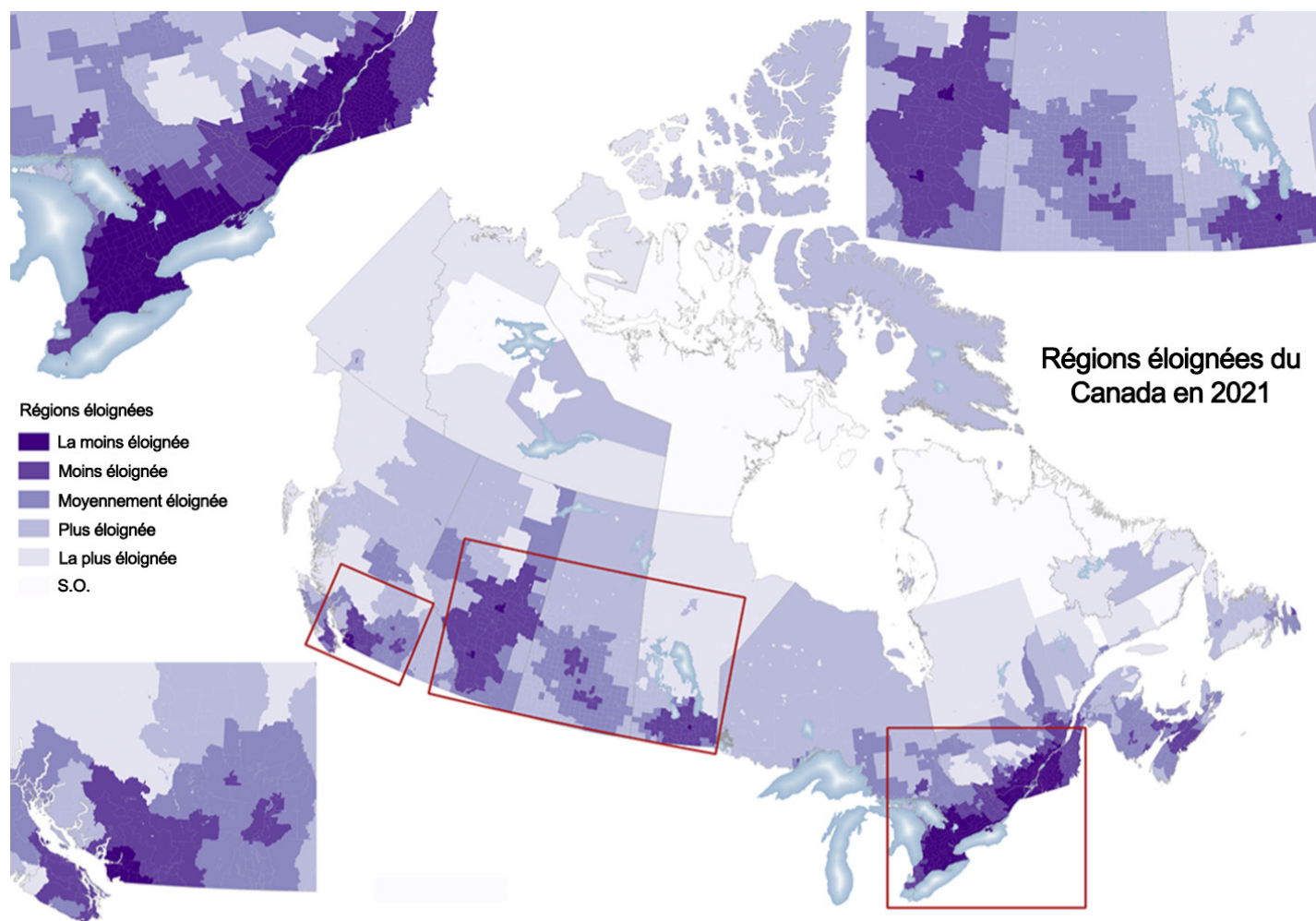


Figure 1 : Régions éloignées du Canada en 2021 Source : Statistique Canada (2022)¹⁸.

associée à un arrêt précoce de l'adhésion aux soins dermatologiques, notamment du respect des rendez-vous destinés à la photothérapie⁴. Les communautés autochtones canadiennes ont tendance à vivre dans des régions éloignées¹ et sont donc démesurément désavantagées. La pandémie de COVID-19 a créé des lacunes encore plus importantes dans l'accès aux soins de santé et a accru les inégalités au regard de la santé pour les communautés autochtones canadiennes des régions rurales et éloignées⁵.

Maladies de la peau chez les populations autochtones canadiennes des régions rurales et éloignées : considérations relatives à l'accès et aux coûts

Le Canada étant l'un des plus grands pays du monde, certains patients des régions rurales ou éloignées peuvent se voir contraints de parcourir de longues distances, parfois même des centaines ou des milliers de kilomètres, pour se présenter à leur rendez-vous avec un spécialiste établi en ville. Le transport pour raison médicale représente un lourd fardeau financier pour le système de soins de santé chargé des patients autochtones des régions rurales

et éloignées. Pour l'exercice financier 2020-2021, le transport pour raison médicale représentait plus d'un tiers des dépenses des services de santé non assurés (SSNA) sous responsabilité fédérale offerts aux Canadiens autochtones reconnus, soit 525 millions de dollars. Ce montant était le deuxième en importance après les dépenses pharmaceutiques qui s'élevaient à 37 %, (Figure 2)⁶. D'après l'analyse effectuée en 2016-2017, les dépenses de 2021 ont augmenté de 108 millions de dollars par rapport à ceux de l'année où cette analyse a été effectuée⁷. Étant donné que jusqu'à 60 % de la population autochtone canadienne (Premières Nations, Métis et Inuits) réside dans des régions rurales et éloignées⁸, il est essentiel de se demander si des soins virtuels constitueraient ou non une solution pour surmonter ces obstacles liés à la proximité, aux coûts et aux déplacements.

La mise en œuvre de soins dermatologiques virtuels efficaces n'est pas un processus simple si l'on considère les obstacles auxquels doivent faire face les communautés autochtones des régions rurales et éloignées. Une enquête transversale provinciale⁹ et nationale¹⁰ menée auprès des professionnels de

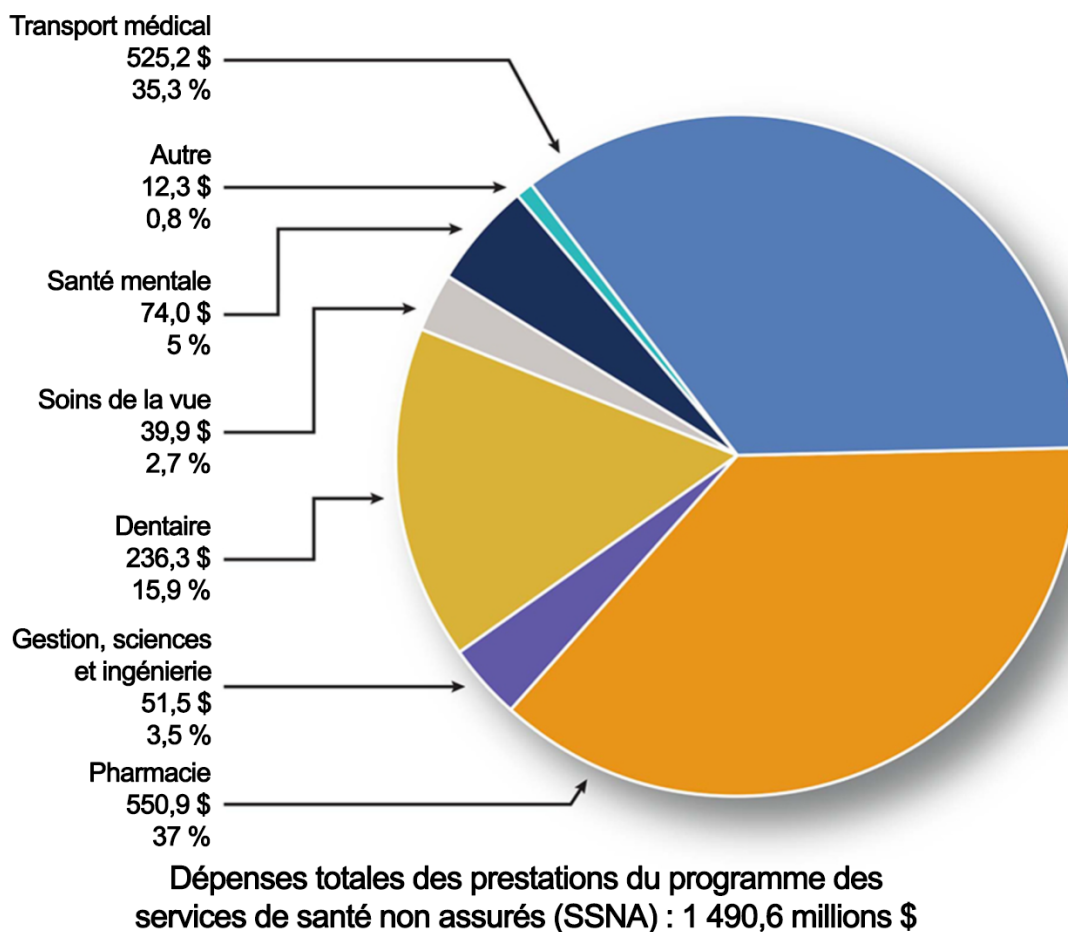


Figure 2 : Dépenses totales des prestations du programme des services de santé non assurés (SSNA)¹⁹.

la santé de première ligne qui diagnostiquent et traitent les maladies de la peau dans les communautés autochtones du Nord et des régions rurales du Canada a révélé des obstacles considérables à la prise en charge des patients en termes de coûts, de transport, de longs délais d'attente pour consulter des spécialistes ou des médecins généralistes, et de proximité des services de santé. Ces obstacles étaient comparables aux problèmes d'accès général aux soins de santé identifiés par les enquêtes régionales et nationales menées auprès des Premières Nations^{11,12}.

Les obstacles à l'accès aux soins dermatologiques pour les populations autochtones rurales du Canada et d'Amérique du Nord sont un domaine qui nécessite des études plus approfondies. Aux États-Unis, une étude à méthodes mixtes menée par Morenz et al (2019)¹³ a analysé les obstacles géographiques et socio-économiques à l'accès auxquels sont confrontées les populations amérindiennes résidant dans des régions rurales où les soins d'un spécialiste sont peu accessibles. Les résultats portent sur les distances moyennes parcourues entre les centres ruraux de soins de santé tribaux ou de l'IHS (Indian Health Services) sous responsabilité fédérale et la clinique dermatologique

la plus proche, la couverture d'assurance, et la disponibilité de programmes de télédermatologie collaborant avec les IHS ou les centres de santé tribaux. L'identification par cartographie en libre accès des cliniques dermatologiques (n = 27) situées dans la région où se trouvent les centres tribaux ou de l'IHS a montré que la distance moyenne parcourue entre les centres de soins de santé tribaux/de l'IHS et la clinique dermatologique la plus proche était de 109 km (plage de 48 à 167 km). Deux tiers (62 %) des centres ne disposaient d'aucun accès à une clinique dermatologique dans un rayon de 56 km, et 32 % dans un rayon de 145 km. Aucun dermatologue susceptible de se rendre dans ces régions rurales pour des soins sur place n'a pu être identifié, bien qu'un centre du Montana dispose d'une clinique dermatologique satellite organisée deux fois par mois dans la réserve de Flathead. Au regard de la télédermatologie, seuls 27 des 303 (9 %) centres de santé tribaux ou de l'IHS ont déclaré bénéficier de services de télédermatologie, la majorité d'entre eux fonctionnant avec des modèles de stockage et de transmission asynchrones. Les auteurs de l'étude ont conclu que la distance et le manque d'accès aux services dermatologiques constituaient des obstacles

considérables pour les populations autochtones rurales. Ils ont proposé la télédermatologie comme nouvelle solution pour minimiser les inégalités d'accès. Compte tenu de la géographie et de la taille du Canada, l'auteure est d'avis que cette inégalité d'accès due à la distance est probablement beaucoup plus élevée pour les populations autochtones des régions rurales et éloignées que ce que connaissent les États-Unis; toutefois, il n'existe pas d'études formelles pour le confirmer. Les longues distances à parcourir pour obtenir des soins spécialisés sont coûteuses pour les patients des régions rurales, notamment en termes de temps de conduite, d'absence au travail ou d'incapacité à accomplir les tâches domestiques, et des frais liés au véhicule et au carburant. Certains patients n'ont pas accès à des moyens de transport personnels ou publics leur permettant de se présenter à leur rendez-vous; de plus, l'état des routes peut dépendre des conditions météorologiques¹³.

Les soins virtuels peuvent-ils apporter des solutions?

Il existe peu de données sur le rôle des soins virtuels et la prestation de soins dermatologiques aux personnes autochtones du Canada. L'enquête nationale susmentionnée¹⁰ menée auprès de professionnels de la santé (n = 50) a exploré l'incidence de la pandémie de COVID-19 et le rôle des soins virtuels dans la prise en charge optimisée des maladies de la peau chez les populations autochtones canadiennes des régions rurales et éloignées. La majorité des participants (70 %) étaient d'accord ou entièrement d'accord que les soins virtuels offrent le potentiel de surmonter les obstacles liés aux déplacements, pourraient rendre les soins dermatologiques plus accessibles, peuvent être utiles pour le suivi et la coordination des soins avec les professionnels de la santé paramédicaux, et peuvent être plus rentables que la consultation en personne des patients. La majorité des praticiens ont également déclaré que l'augmentation de consultations en personne avec des dermatologues dans les communautés éloignées, la création de programmes de formation en dermatologie pour les professionnels de la santé intégrés dans un contexte culturellement sensible, le recrutement d'un employé ou d'une infirmière susceptible d'aider à la coordination des soins et l'augmentation de la présence virtuelle des praticiens pourraient contribuer à améliorer les soins. Malgré le rôle potentiel des soins virtuels, les participants ont également identifié des obstacles et des préoccupations, notamment la qualité du stockage et de la transmission asynchrone des photographies, l'infrastructure inadéquate,

l'incapacité du patient à utiliser ou à maintenir les soins virtuels, et l'absence de contact humain ou d'examen physique en personne. Pour ce qui est des obstacles infrastructurels, le rapport du gouvernement fédéral canadien intitulé « La haute vitesse pour tous : la stratégie canadienne pour la connectivité » du gouvernement fédéral canadien a révélé que, si 97 % des foyers urbains ont accès à une vitesse internet de 50/10 Mbps (nécessaire pour un accès adéquat aux services de télémédecine), seuls 37 % des foyers ruraux et 24 % des foyers des communautés autochtones disposent de cet accès¹⁴.

L'étude menée en 2019 par Morenz et al.¹³ a également proposé des solutions élargies, telles que des partenariats entre des centres médicaux universitaires et des centres de soins de santé autochtones qui pourraient favoriser davantage l'accès et l'éducation des patients. Par exemple, un nouveau partenariat de télédermatologie entre la nation Navajo et le centre Brigham and Women's Hospital de Boston (Massachusetts) a motivé des dermatologues urbains à se déplacer et à former le personnel local à la prise en charge des maladies de la peau. L'American Academy of Dermatology (AAD) appuie les rotations des résidents en dermatologie dans les centres de santé de l'IHS en Arizona afin de contribuer à la formation et à la prise en charge¹⁵. Un renforcement des centres de soins de santé ruraux de première ligne et des ressources en personnel (notamment des postes de soins infirmiers, des infirmières praticiennes, des médecins généralistes) et des compétences diagnostiques et thérapeutiques des praticiens en dermatologie, combiné le cas échéant avec l'accès à des spécialistes, pourrait apporter des solutions à long terme¹³. L'augmentation des rotations rurales obligatoires et de la prise de contact des résidents en dermatologie avec les soins virtuels, la mise en place d'un mentorat par des dermatologues ruraux et le développement de ressources éducatives en dermatologie rurale pourraient représenter des solutions supplémentaires.

Actuellement, un peu plus de la moitié des programmes canadiens de dermatologie offrent une expérience éducative directe aux communautés autochtones et aux soins de santé communautaires². Dans le contexte international, les populations autochtones rurales et éloignées d'Australie sont confrontées à une répartition géographique et à des inégalités au regard des soins de santé comparables à celles des populations autochtones du Canada et des États-Unis. Une revue systématique menée par Kozera et al. (2016) a démontré la valeur de la télédermatologie pour les praticiens et les patients en ce qui concerne les soins dermatologiques des

populations autochtones australiennes des régions rurales, quoique des outils validés et d'autres études primaires soient nécessaires pour appuyer ce résultat¹⁶.

Conclusion

Par rapport à la population générale, les populations canadiennes autochtones résident de façon disproportionnée dans les régions rurales et éloignées. Toutefois, la majorité des centres de dermatologie sont situés dans les centres urbains. Étant donné les coûts liés à l'accès et les autres obstacles rencontrés par les populations rurales lorsqu'elles recherchent des soins dermatologiques, les soins virtuels pourraient représenter une solution potentielle et vitale aux problèmes de soins de santé auxquels font face les communautés autochtones du Canada. Il est nécessaire de mener d'autres études primaires régionales reposant sur une perspective tenant compte des coûts, de la qualité et de l'accès, ainsi que de renforcer le leadership autochtone et l'engagement des communautés au moyen de méthodologies de recherche translationnelle orientées vers les populations autochtones. Les principes PCAP (propriété, contrôle, accès et possession) en sont un exemple¹⁷. Les soins virtuels peuvent également apporter des avantages au-delà des soins aux patients, notamment des initiatives éducatives et interdisciplinaires potentielles. Il est en outre essentiel de poursuivre le travail de fond au niveau des programmes de résidence pour permettre aux futurs dermatologues de faire l'expérience des réalités de la dermatologie en milieu rural et de la santé des patients autochtones. Le passage à des moyens innovants dans notre ère actuelle sans précédent de technologie médicale fournira des solutions uniques pour les personnes confronté

Correspondance :

Dr Rachel Asiniwasis

Courriel : rasiniwasis@gmail.com

Divulgence de renseignements financiers :

Subventions/soutien à la recherche : Leo, Pfizer, SHRF

Bureau des conférenciers et/ou honoraires :

Abbvie, Pfizer, Lilly, Galderma, L'Oréal, Janssen, UCB, Bausch Health, Sanofi, Chronicle Companies, Arcutis, Novartis, Boehringer-Ingelheim, WoundPedia

Références

1. Statistics Canada. Population Growth in Canada's Rural Areas, 2016 to 2021. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-x/2021002/98-200-x2021002-eng.cfm>
2. Li A, Toy J, Purdy K, Kirshen C, Liu C. Rural Educational Opportunities in Dermatology Residency Programs: The Solution to Geographic Maldistribution and Shortage of Dermatologists in Canada? *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*. 2023 Jan 18;12034754221149653. <https://doi-org.shal.idm.oclc.org/10.1177/12034754221149653>.
3. Goins RT, Williams KA, Carter MW, Spencer SM, Solovieva T. Perceived barriers to health care access among rural older adults: a qualitative study. *The Journal of Rural Health*. 2005 Jun;21(3):206-13. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2005.tb00084.x>
4. Weng QY, Buzney E, Joyce C, Mostaghimi A. Distance of travel to phototherapy is associated with early nonadherence: a retrospective cohort study. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2016 Jun 1;74(6):1256-9. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.11.041>
5. Heck C, Eaker M, Cobos S, Campbell S, Carnevale FA. Pandemic impacts for indigenous children and youth within Canada: an ethical analysis. *Young*. 2021 Sep;29(4):381-98.
6. Government of Canada (2022). Non-Insured Health Benefits Program: First Nations and Inuit Health Branch: Annual Report 2020 to 2021. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1645718409378/1645718500555>
7. Government of Canada (2021). Non-Insured Health Benefits Program: First Nations and Inuit Health Branch: Annual Report 2016-2017. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1580856446382/1580857815920>
8. OECD (2022). Profile of Indigenous Canada: Trends and Data Needs. Organisation for Economic Cooperation and Development. Retrieved from <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/e6cc8722-en/index.html?itemId=/content/component/e6cc8722-en>
9. Asiniwasis R, Eglington T, Odeshi O, Richels L, Hinthler K, Phillips Z, Pandey M. Saskatchewan Rural Communities and Skin Diseases: A Health Practitioner Survey on Dermatologic Conditions seen in Saskatchewan's Remote Indigenous Communities. Presented at Saskatchewan Research Showcase, November 2020.
10. Asiniwasis R, Odeshi O, Richels L, Eglington T, Phillips Z, Hinthler K, Merati N, Campbell T, Pandey M. Virtual Dermatology Clinics in Remote and Northern Saskatchewan Indigenous Communities: Addressing Challenges and Exploring Opportunities. Presented at Saskatchewan Research Health Showcase, November 2021.
11. First Nations Information Governance Centre. (2012). First Nations Regional Health Survey (RHS) 2008/10: National report on adults, youth and children living in First Nations communities. First Nations Information Governance Centre.
12. First Nations Information Governance Centre. (2018). National Report of the First Nations Regional Health Survey: Phase 3. Volume One. First Nations Information Governance Centre.
13. Morenz AM, Wescott S, Mostaghimi A, Sequist TD, Tobey M. Evaluation of barriers to telehealth programs and dermatological care for American Indian individuals in rural communities. *JAMA Dermatology*. 2019 Aug 1;155(8):899-905. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2019.0872>
14. Government of Canada. (2019, July 16). High-Speed Access for All: Canadian's Connectivity Strategy. Government of Canada. https://www.ic.gc.ca/eic/site/139.nsf/eng/h_00002.html
15. American Academy of Dermatology (2017). Native American Health Service Resident Rotation Program. <https://research.weill.cornell.edu/funding/open-submission-grants/american-academy-dermatology-native-american-health-service-resident>
16. Kozera EK, Yang A, Murrell DF. Patient and practitioner satisfaction with tele-dermatology including Australia's indigenous population: A systematic review of the literature. *International Journal of Women's Dermatology*. 2016 Sep 1;2(3):70-3. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2016.06.004>
17. FNIGC (2022). First Nations Principles of OCAP. <https://fnigc.ca/ocap-training/>
18. Remoteness Zones of Canada, 2021. Source: Statistics Canada, 2022. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-x/2021002/98-200-x2021002-eng.cfm>
19. Government of Canada, 2022. Non-Insured Health Benefits Program: First Nations and Inuit Health Branch: Annual Report 2020 to 2021. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1645718409378/1645718500555> Nash P, Kerschbaumer A, Dörner T, et al. Points to consider for the treatment of immune-mediated inflammatory diseases with Janus kinase inhibitors: a consensus statement. *Ann Rheum Dis*. 2021;80(1):71-87. doi:10.1136/annrheumdis-2020-218398