

À PROPOS DE L'AUTEUR

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 Nakawêk 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 de l'auteure : Professeure agrégée, Université de la Saskatchewan

GUIDE PRATIQUE DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS (SSNA) À L'INTENTION DES DERMATOLOGUES QUI SOIGNENT LES MEMBRES INSCRITS DES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS DU CANADA

Contextes historiques et disparités en matière de santé

Les peuples autochtones du Canada (Premières Nations, Métis et Inuits) représentent environ 5 % de l'ensemble de la population canadienne. Leurs origines ancestrales et les vestiges archéologiques les concernant remontent aux premiers habitants de ce que l'on appelle aujourd'hui l'Amérique du Nord. Avant la colonisation, les populations autochtones d'Amérique auraient représenté plus de 100 millions de personnes, malgré des pertes de population dévastatrices liées à de multiples événements comme la ruée vers les terres vierges. Bien que conscients qu'il existe des différences individuelles et communautaires au sein de la population diversifiée des peuples autochtones canadiens, ces populations ont en commun des injustices historiques, juridiques et systémiques qui ont conduit à des inégalités et

à des disparités en matière de santé. Ces injustices ont perduré, ancrées dans des strates complexes de facteurs déterminants pour la santé qui se chevauchent. Un grand nombre de ces événements ont affecté les générations encore en vie aujourd'hui, qui ont été confrontées à un manque d'occasions en raison d'effets systémiques disproportionnés. On peut citer comme exemples précis les réserves indiennes, qui constituent une forme de ségrégation raciale imposée par la loi, et le système de laissez-passer géré par le gouvernement, qui n'a été abrogé qu'en 1951 dans le cadre de la « Loi sur les Indiens ». Les réserves interdisaient aux peuples autochtones toute liberté économique et individuelle, notamment en imposant des limites strictes en matière d'achat, de vente et de possession de biens comme les produits agricoles. Dans le sud de la Saskatchewan, le dernier pensionnat n'a fermé ses portes qu'en

1996. Jusqu'en 1960, les Autochtones ne pouvaient pas voter sans perdre leur statut d'Autochtone. Il existe de nombreux autres exemples d'inégalités. Un grand nombre de ces préjudices, passés et récents, trouvent leur origine dans la colonisation, qui est considérée comme un facteur déterminant pour la santé.¹⁻⁴ La documentation fournie sur l'augmentation de la morbidité et de la mortalité chez les Canadiens autochtones, y compris les affections dermatologiques, confirme l'impact global de la colonisation. Toutefois, cela dépasse le cadre de cet article.

Sur le plan historique, les Traités numérotés représentent des négociations orales et écrites entre la Couronne et les peuples autochtones. La clause du Traité n° 6 relative à « l'armoire à pharmacie » constitue une disposition supplémentaire concernant l'accès aux soins de santé compte tenu de l'impact de la colonisation des terres par les non-autochtones et est protégée par la Constitution. Les détails et les controverses entourant le déclenchement de ces négociations et leur mise en œuvre dépassent le cadre de cet article; toutefois, des informations complémentaires sont disponibles dans le document de 2021 de Craft et Lebihan intitulé *Le droit à la santé garanti par le traité*, publié par le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.⁵ Les Premières Nations et les Inuits sont censés bénéficier de soins de santé équivalents à ceux qui sont dispensés aux autres citoyens canadiens. Cependant, dans la réalité, les soins de santé de haute qualité sont dispensés dans les zones urbaines, ce qui les rend difficiles d'accès pour de nombreux Autochtones.

Que sont les SSNA et qui est admissible à ce programme?

Dans le domaine de la santé dermatologique, les peuples autochtones du Canada et d'Amérique du Nord continuent d'être largement sous-représentés parmi les dermatologues, les chercheurs, les mentors et les participants aux programmes. La compréhension des programmes de couverture dont bénéficient les patients autochtones constitue l'une des composantes de l'amélioration des soins de santé et de la sensibilisation à la santé des Autochtones au Canada. L'objectif de cet article est de donner un aperçu des spécificités et de la couverture du programme des SSNA (services de santé non assurés).

Les SSNA sont un programme national géré par le gouvernement fédéral qui offre une couverture aux membres inscrits des Premières Nations et aux Inuits reconnus afin de promouvoir un statut de soins de santé équitables, comparable à celui des autres Canadiens. Sont admissibles les résidents canadiens qui sont des membres inscrits des Premières Nations, en vertu de la Loi sur les Indiens, ou des Inuits reconnus (communément désignés par l'expression « relevant du statut »).

Il convient de noter que les Métis et les membres non inscrits des Premières Nations ne sont pas considérés comme admissibles au programme des SSNA. Si un traitement n'est pas couvert par les SSNA et qu'il est refusé, le patient peut faire appel de la décision.

D'une manière générale, le programme couvre les fournitures médicales et l'équipement médical (vêtements de compression, pansements, bandages, orthèses et chaussures sur mesure); les médicaments sur ordonnance et en vente libre (équivalents au coût le plus bas/génériques; une autorisation préalable peut être nécessaire); le transport médical; et les soins dentaires et de la vue de base. Les médicaments sur ordonnance peuvent être prescrits par un médecin, le personnel infirmier, un(e) infirmier(-ère) praticien(ne) ou un(e) pharmacien(ne) dans le cadre de leur champ d'activité provincial/territorial.

Traitements topiques

Les informations relatives à la couverture d'assurance pour les traitements dermatologiques topiques figurent dans le **Tableau 1**.

Le **Tableau 1** est extrait de la version la plus récente (septembre 2020) de la liste des médicaments des SSNA.⁶ Toutefois, un outil de recherche en ligne est disponible à la page <https://nihb-ssna.express-scripts.ca/fr/0205140506092019/16/160407> pour le contenu mis à jour de la liste des médicaments remboursés.⁷ La liste des médicaments remboursés des SSNA est accessible en ligne par l'intermédiaire d'Express Scripts Canada (<https://nihb-ssna.express-scripts.ca/fr>). Les usages hors indication et conformes à l'indication ne figurent pas dans ce tableau, et l'utilisation médicale est laissée à l'appréciation et à la discrétion du prescripteur autorisé.

Traitements Topiques	Nom (générique) (ordre alphabétique)	Dénominations commerciales	Pourcentages (le cas échéant)*	Formulation	Notes
Antibiotiques topiques					
	Bacitracine de zinc	S. O.	S. O.	Pommade	
	Clindamycine	S. O.	1 %, 2 %	Crème, solution	
	Acide fusidique	Fucidine	2 %	Crème, pommade	
	Métronidazole	Metrogel, Noritate	0,75 %, 1 %	Crème, gel	
	Mupirocine	Bactroban	2 %	Crème, pommade	
	Polymyxine B + bacitracine +/- gramicidine	Polysporin, Polytopic, autres	S. O.	Crème, pommade	
Antiviraux topiques					
	Acyclovir	Zovirax	5 %	Crème, pommade	
	Sinécatéchines	Veregen	10 %	Pommade	
Antifongiques topiques					
	Ciclopirox	Loprox	1 %	Crème, lotion	
	Clotrimazole	Canesten, Clotrimaderm	1 %, 2 %	Crème	
	Clotrimaderm + dipropionate de bétaméthasone	Lotriderm	1 %/0,05 %	Crème	
	Kétoconazole	Ketoderm, Nizoral	2 %	Crème, shampoing	
	Miconazole	Monistat	2 %	Crème	
	Nystatine	Mycostatine, Nyaderm, autres	25 000 UI, 100 000 UI	Crème, pommade	
	Terbinafine	Lamisil	1 %	Crème	
	Tolnaftate	Tinactin, D ^r Scholl's, Zeasob	1 %	Aérosol, crème, poudre	
Scabicides et pédiculicides					
	Crotamiton	Eurax	10 %	Crème	
	Diméthicone	Nyda	50 %	Solution	
	Myristate d'isopropyle	Resultz	50 %	Solution	

Tableau 1. Couverture d'assurance pour les traitements dermatologiques topiques.

Avec l'aimable autorisation de Rachel Asiniwasis, M.D. Suite à la page suivante.

* Si plusieurs agents sont inclus, les pourcentages sont indiqués dans l'ordre des ingrédients. ** Selon la marque, les agents peuvent également contenir du zinc, de la pramoxine, de l'urée ou des contre-irritants (menthol, camphre).

Traitements Topiques	Nom (générique) (ordre alphabétique)	Dénominations commerciales	Pourcentages (le cas échéant)*	Formulation	Notes
	Permethrin	Nix, Nix Dermal, Kwellada-P	1 %, 5 %	Crème, lotion	
	Butoxyde de pipéronyle/ pyréthrines	Shampooing RID, autres	3 %/0,3 %	Shampooing	
Anti-infectieux locaux divers					
	Alcool isopropylique	Duonalc	70 %	Liquide	
	Povidone iodée	Bétadine	10 %	Solution	
	Sulfure de sélénium	Selsun, Versel	2,5 %	Shampooing, lotion	
	Sulfadiazine argentine	Flamazine	1 %	Crème	
Anti-inflammatoires topiques					
	Amcinonide	Cyclocort	0,1 %	Crème, lotion, pommade	
	Dipropionate de bécloéthasone	Propaderm	0,025 %	Crème	
	Dipropionate de bétaméthasone	Diprosone, Topisone, Topilene, autres	0,05 %	Crème, lotion, pommade	
	Dipropionate de bétaméthasone + acide salicylique	Diprosalic	0,05 %/2 %, (lotion) 0,05 %/3 %	Pommade, lotion	
	Valérate de bétaméthasone	Betaderm, Célestoderm, Ectosone, autres	0,05 %, 0,1 %	Crème, lotion, pommade	
	Calcipotriol	Dovonex	50 µg/g	Crème, pommade	
	Calcipotriol + dipropionate de bétaméthasone	Dovobet, Enstilar	50 µg/0,5 mg	Gel, pommade, mousse	
	Butyrate de clobétasol	Crème médicamenteuse Spectro EczemaCare	0,05 %	Crème	
	Propionate de clobétasol	Dermovate	0,05 %	Crème, lotion, pommade	

Tableau 1 (Suite). Couverture d'assurance pour les traitements dermatologiques topiques.

Avec l'aimable autorisation de Rachel Asiniwasis, M.D.

* Si plusieurs agents sont inclus, les pourcentages sont indiqués dans l'ordre des ingrédients. ** Selon la marque, les agents peuvent également contenir du zinc, de la pramoxine, de l'urée ou des contre-irritants (menthol, camphre).

Traitements Topiques	Nom (générique) (ordre alphabétique)	Dénominations commerciales	Pourcentages (le cas échéant)*	Formulation	Notes
	Désonide	Tridesilon	0,05 %	Crème, pommade	
	Désoximétasone	Topicort	0,05 %, 0,25 %	Crème, pommade, gel	
	Fluocinonide	Lyderm, Lidex, Synalar	0,01 % (solution), 0,05 %	Crème, pommade, gel, solution	
	Propionate d'halobétasol	Ultravate, Bryhali	0,01 % (lotion), 0,05 %	Crème, pommade	
	Halobétasol + tazarotène	Duobrii	0,01 %/0,045 %	Lotion	
	Acétate d'hydrocortisone	Cortate, Cortoderm, EmoCort, Hyderm, Prevex-HC*, Sarna-HC*, Cortoderm, Anusol*, autres*	0,5 %, 1 %, 2,5 %	Crème, lotion, pommade	*Les agents peuvent également contenir du zinc, de la pramoxine, de l'urée ou des contre-irritants (par exemple, menthol, camphre) variant selon la marque
	Acétate d'hydrocortisone + urée	Dermaflex HC	1 %/10 %	Crème, lotion	
	Acétate d'hydrocortisone + acide fusidique	Fucidin H	1 %/2 %	Crème	
	Valérate d'hydrocortisone	Hydroval	0,2 %	Crème, pommade	
	Furoate de mométasone	Elocom	0,1 %	Crème, lotion, pommade	

Tableau 1 (Suite). Couverture d'assurance pour les traitements dermatologiques topiques.

Avec l'aimable autorisation de Rachel Asiniwas, M.D.

* Si plusieurs agents sont inclus, les pourcentages sont indiqués dans l'ordre des ingrédients. ** Selon la marque, les agents peuvent également contenir du zinc, de la pramoxine, de l'urée ou des contre-irritants (menthol, camphre).

Traitements Topiques	Nom (générique) (ordre alphabétique)	Dénominations commerciales	Pourcentages (le cas échéant)*	Formulation	Notes
	Pimécrolimus	Elidel*	1 %	Crème	*Avantage d'utilisation limitée ; ceux qui ne parviennent pas à utiliser des stéroïdes topiques ou qui ont subi des effets indésirables.
	Acétonide de triamcinolone	Aristocort	0,1 %, 0,5 %	Crème, pommade	
	Acétonide de triamcinolone	Kenalog	10 mg/ml, 40 mg/ml	Suspension (injectable)	
	Tacrolimus	Protopic	0,03 %, 0,1 %	Pommade	*Avantage d'utilisation limitée ; ceux qui ne parviennent pas à utiliser des stéroïdes topiques ou qui ont subi des effets indésirables.
	Tarazotène (psoriasis)	Tazorac	0,05 %, 0,01 %	Crème ou gel	
Antiprurigineux, anesthésiques locaux, contre-irritants					
	Capsaïcine	Zostrix	0,025 %, 0,075 %	Crème	
	Lidocaïne	Jampocaïne, Xylocaïne, Lidocaïne	2 % (solution), 5 %	Pommade, solution	
	Lidocaïne + prilocaïne	EMLA	2,5 %/2,5 %	Crème, timbre	
Goudron minéral, acide salicylique					
	Crèmes émoullientes indiquées pour l'eczéma*	Par exemple, Glaxal Base, pommade émulsifiante, CeraVe, Eucerin	En vente libre	Différentes formulations	
	Diméthicone	Barrière	20 %	Crème	

Tableau 1 (Suite). Couverture d'assurance pour les traitements dermatologiques topiques.

Avec l'aimable autorisation de Rachel Asiniwasis, M.D.

* Si plusieurs agents sont inclus, les pourcentages sont indiqués dans l'ordre des ingrédients. ** Selon la marque, les agents peuvent également contenir du zinc, de la pramoxine, de l'urée ou des contre-irritants (menthol, camphre).

Traitements Topiques	Nom (générique) (ordre alphabétique)	Dénominations commerciales	Pourcentages (le cas échéant)*	Formulation	Notes
	Pétrolatum blanc	Critic-Aid Clear, Prevex	67 %, 71,5 %	Pommade barrière	
	Oxyde de zinc	S. O.	15 % (crème), 25 % (pâte), 40 % (pommade)	Crème, pâte, pommade	
Agents kératolytiques/kératoplastiques					
	Goudron minéral	Targel, Neutrogena T-gel	0,5 %, 1 % (shampooing), 10 % (gel), 20 % (solution)	Gel, shampooing, solution	
	Goudron minéral, acide salicylique	Targel SA, Sebcur-T	10 %/3 % (gel), 10 %/4 % (shampooing)	Gel, shampooing	
	Urée	Uremol, Uremol10, Uresec10, Urisec12 et 22	10 %, 20 %, 22 % (crème), 10 %, 12 % (lotion)	Crème, lotion	
Verrues					
	Cantharidine	Canthacur, Cantharone	0,7 %	Liquide	
	Cantharidine, podophylline, acide salicylique	Cantharone Plus	1 %/2 %/30 %	Liquide	
	Salicylique	Compound W, Clear Away, Soluver, Occlusal	20 %, 26 %, 27 % (liquide), 40 % (plâtre)	Liquide ou plâtre	
Verrues génitales					
	Podofilox	Condyline	0,5 %	Solution	
	Podophylline	Podofilm	25 %	Liquide	
Acné et rosacée					
	Adapalène	Differin	0,1 % (crème), 0,1 % ou 0,3 % (gel)	Crème, gel	
	Adapalène + peroxyde de benzoyl	Tactupump	0,1 %/2,5 %	Gel	
	Adapalène + peroxyde de benzoyl	Tactupump Forte	0,3 %/5 %	Gel	

Tableau 1 (Suite). Couverture d'assurance pour les traitements dermatologiques topiques.

Avec l'aimable autorisation de Rachel Asiniwasis, M.D.

* Si plusieurs agents sont inclus, les pourcentages sont indiqués dans l'ordre des ingrédients. ** Selon la marque, les agents peuvent également contenir du zinc, de la pramoxine, de l'urée ou des contre-irritants (menthol, camphre).

Traitements Topiques	Nom (générique) (ordre alphabétique)	Dénominations commerciales	Pourcentages (le cas échéant)*	Formulation	Notes
	Acide azélaïque	Finacea	15 %	Gel	
	Peroxyde de benzoyle	Benzagel, PanOxyl	4 % (lotion), 5 %	Gel, savon liquide, savonnette, lotion	
	Clindamycine	Dalacin-T, autres	1 %	Solution	
	Clindamycine + peroxyde de benzoyle	Clindoxyl, Clindoxyl ADV	1 %/3 % ou 5 %	Gel	
	Clindamycine + trétinoïne	Biacna	1,2 %/0,025 %	Gel	
	Érythromycine + peroxyde de benzoyle	Benzamycine	3 %/5 %	Gel	
	Métronidazole	Metrogel, Noritate	0,75 %, 1 %	Crème, gel	
	Trétinoïne	Retin-A, Stieva-A	0,01 %, 0,025 %, 0,05 %	Crème ou gel	
	Trétinoïne	Arazlo	0,045 %	Lotion	
Antinéoplasiques et modificateurs de la réponse immunitaire					
	Fluorouracil	Efudex	5 %	Crème	
	Fluorouracil + acide salicylique	Actikerall	0,5 %/10 %	Solution	
	Imiquimod	Aldara	5 %	Crème	

Tableau 1 (Suite). Couverture d'assurance pour les traitements dermatologiques topiques.

Avec l'aimable autorisation de Rachel Asiniwasis, M.D.

* Si plusieurs agents sont inclus, les pourcentages sont indiqués dans l'ordre des ingrédients. ** Selon la marque, les agents peuvent également contenir du zinc, de la pramoxine, de l'urée ou des contre-irritants (menthol, camphre).

Préparations

Les préparations magistrales de base sont couvertes par les SSNA sous certaines conditions. Des préparations à base d'ingrédients externes et réservées à un usage limité sont répertoriées. Pour être couverte, la préparation magistrale prescrite doit contenir un ingrédient inscrit sur la liste des médicaments remboursés, mais il ne doit pas s'agir d'une formulation identique à celle des traitements offerts dans le commerce. Pour des renseignements plus détaillés sur les préparations magistrales, consulter l'annexe E, Préparations magistrales, de la liste des médicaments des SSNA.⁶

Traitements à action générale et photothérapie

En raison du large éventail de médicaments à action générale, y compris ceux qui sont fréquemment utilisés hors indication en dermatologie, aucun tableau récapitulatif n'est inclus. Il existe une couverture globale pour tous les antibiotiques (antibactériens, viraux, fongiques et autres), les antiandrogènes, les rétinoïdes oraux (par exemple, les marques d'isotrétinoïne, l'acitrétine), les immunosuppresseurs classiques à action générale et autres anti-inflammatoires, les antiprurigineux et les antihistaminiques. Les appareils de photothérapie à domicile ne sont pas couverts par les SSNA.

Patients de 12 ans et plus atteints d'une dermatite atopique chronique modérée à sévère

Critères de mise en place de la couverture (6 mois) :

- ✓ Le/la patient(e) présente un score supérieur ou égal à 16 sur l'échelle EASI (Eczema Area and Severity Index) ou son visage, ses paumes, la plante de ses pieds ou ses parties génitales sont sévèrement atteints; ET
- ✓ le/la patient(e) présente un score supérieur ou égal à 8 sur l'échelle DLQI (Dermatology Life Quality Index) ou sur l'échelle cDLQI (Children's Dermatology Life Quality Index); ET
- ✓ une atteinte d'au moins 10 % de sa surface corporelle (sauf dans les cas où le visage, la paume des mains, la plante des pieds ou les parties génitales sont sévèrement touchés); ET
- ✓ la maladie est mal maîtrisée malgré l'utilisation de traitements topiques comprenant au moins deux corticostéroïdes topiques d'une puissance moyenne ou forte et un inhibiteur topique de la calcineurine; ET
- ✓ une intolérance ou une absence de réponse à la photothérapie ou l'impossibilité d'avoir accès à la photothérapie.

Critères de renouvellement de la couverture (12 mois) :

- ✓ Le/la patient(e) présente une amélioration d'au moins 75 % du score EASI par rapport aux valeurs initiales; OU
- ✓ Le/la patient(e) présente une amélioration d'au moins 50 % du score EASI et une diminution d'au moins cinq points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport aux valeurs initiales; OU
- ✓ Le/la patient(e) présente une amélioration notable des lésions présentes sur son visage, la paume de ses mains, la plante de ses pieds ou ses parties génitales par rapport à l'évaluation préalable au traitement et une diminution d'au moins cinq points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport aux valeurs initiales.

Tableau 2. Critères des SSNA pour le dupilumab dans la dermatite atopique; adaptés de la liste des médicaments en ligne des SSNA, 2023.⁷

Pour le traitement des patients atteints de psoriasis modéré à sévère qui répondent à l'ensemble des critères suivants :

- ✓ une atteinte de la surface corporelle (SC) supérieure à 10 % et/ou une atteinte importante du visage, des mains, des pieds ou des parties génitales; ET
- ✓ une intolérance ou une absence de réponse à la photothérapie; OU
- ✓ l'impossibilité d'avoir accès à la photothérapie; ET
- ✓ une intolérance ou une absence de réponse au méthotrexate (MTX) administré une fois par semaine par voie orale ou parentérale à 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le/la patient(e) est âgé(e) de plus de 65 ans) pendant plus de 8 semaines; OU
- ✓ une contre-indication au méthotrexate.

La couverture sera maintenue au-delà de 16 semaines en cas de réduction importante de la surface corporelle (SC) atteinte et d'améliorations du score PASI (Psoriasis Area Severity Index) et de l'indice dermatologique (DLQI) :

- ✓ une réduction de 75 % du score PASI; OU
- ✓ une réduction ≥ 50 % du score PASI, avec une amélioration ≥ 5 points au DLQI; OU
- ✓ une réduction notable de l'atteinte de la SC, en tenant compte de zones importantes comme le visage, les mains, les pieds ou les parties génitales.

Tableau 3. Critères des SSNA pour la biothérapie dans le psoriasis modéré à sévère; adaptés de la liste des médicaments en ligne des SSNA, 2023.⁷

Biothérapies

Dermatite atopique modérée à sévère

En ce qui concerne la couverture des médicaments biologiques pour la dermatite atopique modérée à sévère, le dupilumab est le seul agent inscrit sur la liste des médicaments remboursés. En 2023, la

couverture des inhibiteurs des JAK et des inhibiteurs de l'IL-13 administrés par voie orale n'est pas encore définie. Pour le dupilumab, les critères actuels de couverture au Canada ne correspondent pas à ceux de la FDA et de Santé Canada, qui ont approuvé le dupilumab en 2023 pour une utilisation chez les enfants de 6 mois et plus. Il convient de noter que la

La couverture est assurée pendant une période initiale de 24 semaines à une dose maximale de 300 mg toutes les 4 semaines (6 injections sur une période de 24 semaines) pour le traitement des adultes et des adolescents (de 12 ans et plus) atteints d'urticaire chronique idiopathique (UCI) modérée à sévère, qui :

- ✓ restent symptomatiques (présence d'urticaire et/ou de démangeaisons associées) malgré une prise en charge optimale par des antihistaminiques H1; ET
- ✓ le prescripteur dispose d'une bonne expérience dans le traitement de l'UCI (allergologue, dermatologue, immunologue ou autre prescripteur autorisé disposant d'une bonne expérience dans le traitement de l'UCI).

Tableau 4. Critères des SSNA pour l'UCI/l'UCS modérée à sévère; adaptés de la liste des médicaments en ligne des SSNA, 2023.⁷

cyclosporine et le méthotrexate ne nécessitent pas d'approbation. Le **Tableau 2** (SSNA, 2023) récapitule les critères suivants concernant le dupilumab pour les clients des SSNA.

Psoriasis modéré à sévère

Dans le cas du psoriasis modéré à sévère, les médicaments biologiques suivants sont couverts lorsqu'ils sont prescrits par un dermatologue : inhibiteurs du TNFa (par exemple, l'adalimumab), inhibiteurs de l'IL-12/23 (ustékinumab), inhibiteurs de l'IL-23 (risankizumab, tildrakizumab) et inhibiteurs de la voie de l'IL-17 (sécukinumab, ixékizumab, bimékizumab). Les critères de couverture sont résumés dans le **Tableau 3**.⁷

Urticaire chronique idiopathique (UCI)/urticaire chronique spontanée (UCS)

L'omalizumab est accessible sur la base des critères énoncés dans le **Tableau 4**.⁷

Conclusion

L'objectif de ce guide pratique est de sensibiliser davantage à la couverture des SSNA. La connaissance de la couverture peut non seulement réduire les retards de traitement, mais aussi les formalités administratives. Il convient de noter que certains peuples autochtones du Canada, notamment les Métis et les Autochtones non inscrits, ne sont pas admissibles à la couverture des SSNA. Parmi les limites du présent article, citons le fait qu'en Colombie-Britannique, de nombreux clients autochtones ne sont plus couverts par les SSNA, mais par la First Nations Health Authority (FNHA), une autorité sanitaire indépendante. Toutefois, on observe des différences entre les deux programmes en matière d'accès à certains traitements dermatologiques, car les Autochtones couverts par la FNHA en Colombie-Britannique sont confrontés à des disparités d'accès aux traitements modernes par rapport aux clients des SSNA. Par exemple, ils n'ont

pas accès aux derniers traitements topiques mis au point pour les maladies inflammatoires chroniques de la peau. Des initiatives multipartites sont nécessaires pour mobiliser les décideurs et les responsables politiques. L'étude et la prise en compte des besoins de ces patients, ainsi que des répercussions des maladies chroniques de la peau chez les patients autochtones couverts par la FNHA, permettraient de réduire les écarts dans les populations confrontées à des obstacles disproportionnés pour bénéficier d'une prise en charge optimale. La concertation et la coopération gagneront en importance au fur et à mesure que les peuples autochtones affirmeront un contrôle accru sur les soins de santé qu'ils reçoivent.

Correspondance

Docteure Rachel Asiniwasis
Courriel : rasiniwasis@gmail.com

Divulgations financières

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

Remerciements

RA tient à remercier le docteur Stonechild, professeur d'études autochtones à l'Université des Premières Nations du Canada, pour sa revue et son approbation du contexte historique du présent article.

Références

1. Allan B, Smylie J. (2015). First Peoples, Second Class Treatment: The Role of Racism in the Health and Well-being of Indigenous Peoples in Canada. Toronto, ON: the Wellesley Institute.
2. Waldram J, Herring D, Ann Y, et al. (2006). Aboriginal Health in Canada: Historical, Cultural and Epidemiological Perspectives (2nd ed.) University of Toronto Press.
3. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA; 2013). Mise en contexte : Aperçu de la santé des Autochtones au Canada.
4. CBC News (2010). First Nations Right to Vote Granted 50 Years Ago. Extrait de : <https://www.cbc.ca/news/canada/north/first-nations-right-to-vote-granted-50-years-ago-1.899354>.
5. Craft A, Lebihan A.(2021). Le droit à la santé garanti par le traité. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Extrait de : https://www.ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10361/Treaty-Right-to-Health_FR-web.pdf.
6. Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (2020, septembre). Services de santé non assurés : Liste des médicaments : 2020 Extrait de : <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1572888328565/1572888420703>.
7. Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (2023). Liste des médicaments en ligne des SSNA. Extrait de : <https://nihb-ssna.express-scripts.ca/fr/040212>.