

Synthèse Portant sur les Données

Optimisation de la prestation de soins complets
pour les personnes vivant avec le VIH au Canada

14 mai 2019



HEALTH FORUM

DONNÉES PROBANTES >> IDÉES >> ACTION

**Synthèse portant sur les données probantes :
Optimisation de la prestation de soins complets pour
les personnes vivant avec le VIH au Canada**

14 mai 2019

McMaster Health Forum

L'objectif du McMaster Health Forum est de favoriser la mise en œuvre de solutions pour résoudre les problèmes auxquels font actuellement face les systèmes de santé. Pour ce faire, nous nous appuyons sur les meilleures données probantes disponibles, les valeurs des citoyens, ainsi que les points de vue des différentes parties prenantes. Nous visons à renforcer les systèmes de santé - aux niveaux local, national et international - et à favoriser la prestation des meilleurs programmes, services et médicaments aux personnes qui en ont besoin

Auteurs

Michael G. Wilson, Ph. D., directeur adjoint, McMaster Health Forum et professeur adjoint, Université McMaster

Cristina A. Mattison, Ph. D., responsable scientifique, Engagement des parties prenantes et analyse des systèmes, McMaster Health Forum

Chloe Gao, B.H.Sc. étudiante et membre du Forum, McMaster Health Forum

Eilish M. Scallan, M.Sc., assistante de recherche, McMaster Health Forum

Claire E. Kendall, M.D., FCMF, Ph. D., scientifique, Institut de recherche Bruyère et professeure adjointe, Département de médecine familiale, Université d'Ottawa

John N. Lavis, M.D., Ph. D., directeur, McMaster Health Forum et professeur, Université McMaster

Financement

La présente synthèse portant sur les données probantes et le dialogue avec les parties prenantes ont été financés par le: 1) Les Instituts de recherche en santé du Canada par l'entremise d'une subvention de collaboration de recherche axée sur le patient (PEG-157060) et d'une subvention d'équipe intitulée « Faire avancer les soins de santé de première ligne pour les personnes vivant avec le VIH au Canada » (IT5-128270); et 2) le gouvernement de l'Ontario par l'entremise de subventions accordées au Réseau ontarien de traitement du VIH et au McMaster Health Forum; et 3) l'Unité de soutien de la SRAP de l'Ontario. Le McMaster Health Forum reçoit un appui financier et non financier de l'Université McMaster. Les points de vue exprimés dans la synthèse des données probantes sont les points de vue des auteurs et ne doivent pas être considérés comme ceux des bailleurs de fonds.

Conflit d'intérêts

John Lavis est actuellement président du conseil d'administration du Réseau ontarien de traitement du VIH, qui est l'un des bailleurs de fonds de la présente synthèse portant sur les données probantes. Les autres auteurs déclarent n'avoir aucun intérêt professionnel ou commercial en lien avec la synthèse. Les bailleurs de fonds n'ont joué aucun rôle dans la définition, la sélection, l'évaluation, la synthèse ou la présentation des données probantes contenues dans la présente synthèse.

Examen du mérite

La synthèse a été examinée par un nombre restreint de chercheurs, de décideurs et de parties prenantes afin d'en assurer la rigueur scientifique et la pertinence pour le système de santé.

Remerciements

Nous tenons à remercier les membres du comité directeur et les examinateurs (Jean Bacon, Suzanne Hindmarch et une examinatrice anonyme) d'avoir fourni leurs commentaires sur les versions précédentes de la synthèse. Les points de vue exprimés dans la synthèse des données probantes ne doivent pas être interprétés comme représentant les points de vue de ces personnes.

Référence

Wilson MG, Mattison CA, Gao C, Scallan EM, Kendall CE, Lavis JN. Synthèse portant sur les données probantes : optimisation de la prestation de soins complets pour les personnes vivant avec le VIH au Canada. Hamilton, Canada: McMaster Health Forum, 14 mai 2019.

Numéros d'enregistrement des publications

ISSN 1929-7998 (en ligne)

Table des matières

MESSAGES CLÉS.....	4
RAPPORT.....	7
LE PROBLÈME	9
Le fardeau du VIH demeure un problème de santé publique important et continue de toucher les personnes qui sont souvent stigmatisées et marginalisées dans la société	9
Les personnes vivant avec le VIH qui prennent des médicaments vivent plus longtemps avec le VIH et avec des maladies chroniques.....	10
Il reste des progrès à réaliser dans l'atteinte des cibles en vue de réduire le fardeau du VIH, ce qui nécessitera de relever des défis complexes et indissociables les uns des autres auxquels sont souvent confrontées les personnes vivant avec le VIH	10
De nombreux facteurs au niveau du système peuvent compliquer les choses lorsqu'il s'agit de s'assurer que les personnes atteintes du VIH sont soutenues durant les transitions de soins et à l'échelle des systèmes sociaux et des systèmes de santé.....	11
Autres observations relatives à l'équité qui se rapportent au problème	15
Points de vue de citoyens concernant les principaux défis liés à l'optimisation de la prestation de soins complets pour les personnes vivant avec le VIH au Canada.....	16
TROIS ÉLÉMENTS D'UNE APPROCHE POTENTIELLEMENT GLOBALE POUR RÉSOUDRE LE PROBLÈME.....	19
Valeurs et préférences des citoyens à l'égard des trois éléments	19
Élément 1 – Renforcer les soins complets du VIH dans le système de santé.....	20
Élément 2 – Rendre accessible des aides à l'échelle des systèmes sociaux afin de répondre à tous les défis auxquels sont confrontées les personnes vivant avec le VIH.....	27
Élément 3 – Adopter une approche d'apprentissage et d'amélioration rapides afin de renforcer graduellement les systèmes de santé et les systèmes sociaux.....	33
Autres observations en matière d'équité concernant les trois éléments.....	42
RÉFLEXIONS SUR LA MISE EN ŒUVRE.....	43
RÉFÉRENCES	45
ANNEXES.....	52

MESSAGES CLÉS

Quel est le problème?

Voici les défis liés à l'optimisation de la prestation de soins complets pour les personnes vivant avec le VIH au Canada :

- le fardeau du VIH demeure un problème de santé publique important et continue de toucher les personnes qui sont souvent stigmatisées et marginalisées dans la société;
- les personnes vivant avec le VIH qui prennent des médicaments vivent plus longtemps avec le VIH et avec des maladies chroniques;
- il reste des progrès à réaliser dans l'atteinte des cibles en vue de réduire le fardeau du VIH, ce qui nécessitera de relever des défis complexes et indissociables les uns des autres auxquels sont souvent confrontées les personnes vivant avec le VIH;
- de nombreux facteurs au niveau du système peuvent compliquer les choses lorsqu'il s'agit de s'assurer que les personnes atteintes du VIH sont soutenues durant les transitions de soins, mais aussi à l'échelle des systèmes sociaux et des systèmes de santé.

Que savons-nous (à partir de revues systématiques) sur trois éléments possibles pour résoudre le problème?

- Élément 1 – Renforcer les soins complets du VIH dans le système de santé
 - Cet élément se concentre sur la définition, l'adaptation, la mise en œuvre et le renforcement progressif (par l'élément 3) de l'utilisation de composantes pertinentes de différents modèles de soins destinés à répondre aux besoins uniques des personnes vivant avec le VIH, ce qui impliquerait d'améliorer le dépistage aux points de service et d'adopter des approches axées sur le patient et « holistiques » à l'égard des soins.
 - Parmi les 18 revues systématiques identifiées, aucune ne s'est penchée sur les moyens par lesquels on peut améliorer le dépistage aux points de service, et celles qui se concentraient sur des approches « holistiques » à l'égard des soins ont porté sur toute une série de modèles utilisés pour le VIH (modèle de soins des maladies chroniques, modèles de soins primaires, modèles de soins propres au VIH et modèles de soins intégrés pour le VIH et la santé mentale) et ont apporté des idées quant à des aspects clés nécessaires pour optimiser leurs effets (p. ex., aide dans la navigation des soins, la coordination et les aides pratiques; participation des pairs aux équipes de soins; encouragement de relations solides avec les prestataires de soins; mise à disposition d'aides pour permettre une autogestion efficace de la santé).
- Élément 2 – Rendre accessible des aides à l'échelle des systèmes sociaux afin de répondre à tous les défis auxquels sont confrontées les personnes vivant avec le VIH.
 - Cet élément pourrait comprendre des activités consacrées aux modalités de prestation intégrées (p. ex., meilleur soutien à la navigation, équipes interdisciplinaires qui sont reliées aux systèmes sociaux et réseaux de soutien des pairs), des modalités financières plus flexibles (p. ex., budgétisation flexible qui permet un flux et un redéploiement plus faciles des fonds dans et entre les systèmes de santé et les systèmes sociaux), et des modalités de gouvernance plus souples (p. ex., modèles de gouvernance partagés qui permettent une prise de décisions collaboratives) dans les systèmes de santé et les systèmes sociaux.
 - Nous avons identifié 15 revues systématiques qui ont permis de trouver des avantages au renforcement et à l'intégration des arrangements de prestation (p. ex., aide au logement intégrée, optimisation des points d'accès grâce au système de justice pénale et amélioration de la collaboration et de la communication entre les patients, les prestataires et la communauté), aux arrangements financiers (p. ex., mise à disposition de fonds d'affectation spéciale, délégation du financement à des organismes indépendants et budgétisation commune entre différents secteurs), ainsi que des arrangements de gouvernance (p. ex., mesures gouvernementales intersectorielles).

- Élément 3 – Adopter une approche d'apprentissage et d'amélioration rapides afin de renforcer graduellement les systèmes de santé et les systèmes sociaux
 - Cet élément se concentre sur une approche d'apprentissage rapide par l'association des systèmes de santé, des systèmes sociaux et des systèmes de recherche qui est, à tous niveaux (autogestion, rencontre clinique, programme, organisme, région, échelon de gouvernement) : 1) ancrée dans les besoins, les perspectives et les aspirations des personnes vivant avec le VIH; 2) informée par des données et des données probantes en temps opportun; 3) soutenue par des aides à la décision appropriées et par des arrangements harmonisés en matière de gouvernance, de financement et de prestation; 4) activée par une culture et des compétences en lien avec un apprentissage et une amélioration rapides.
 - Même si nous n'avons identifié aucune revue systématique qui comprenait des évaluations des approches d'apprentissage rapide, une synthèse rapide récente relative à la création de systèmes de santé à apprentissage rapide au Canada a souligné que les atouts disponibles pour une telle approche sont remarquablement riches pour le système de santé dans sa globalité et pour le secteur des soins primaires et la population âgée, plus particulièrement, mais qu'il existe des lacunes importantes comme le fait que les données relatives aux expériences des patients ne sont pas souvent liées et partagées en temps opportun pour guider un apprentissage et une amélioration rapides.

Quelles implications de mise en œuvre devons-nous garder à l'esprit?

- Le principal obstacle à la mise en œuvre est probablement que les fonds sont habituellement compartimentés dans et entre les systèmes de santé et les systèmes sociaux, ce qui complique la tâche au moment de donner de la flexibilité au partage de fonds requis.
- La principale fenêtre d'opportunité pour la mise en œuvre des éléments est le Cadre d'action pancanadien sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang, qui contient des directives pour l'atteinte des cibles mondiales et une possibilité de collaboration à l'échelle des gouvernements provinciaux et territoriaux et du gouvernement fédéral, ainsi que parmi les organismes et les parties prenantes.

RAPPORT

Le gouvernement canadien et certains gouvernements provinciaux ont soutenu les cibles 90-90-90 fixées par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ces cibles visent ce qui suit, d'ici 2020 :

- 90 % des personnes vivant avec le VIH recevront un diagnostic;
- 90 % des personnes ayant reçu un diagnostic de VIH recevront un traitement antirétroviral (TAR);
- le VIH ne sera pas détectable chez 90 % des personnes sous TAR.(1-4)

Le Cadre d'action pancanadien sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) prévoit une stratégie pour que le Canada atteigne ces cibles. Le Cadre a repoussé la date butoir à 2030 et se concentre sur quatre piliers : 1) la prévention; 2) le dépistage; 3) l'amorce des soins et du traitement; et 4) les soins et le soutien continus.(5)

Cependant, les systèmes de santé provinciaux et territoriaux doivent être renforcés pour continuer les progrès en vue d'atteindre les cibles pancanadiennes relatives aux ITSS, tout en veillant également à se concentrer sur l'amélioration des résultats de santé (p. ex., la qualité de vie), tout particulièrement chez la population non diagnostiquée difficile à atteindre, qui représente environ une personne sur cinq vivant avec le VIH au Canada.(6) À cette fin, les approches intégrées à l'égard des soins pour les personnes vivant avec le VIH se concentrent de plus en plus sur la cascade de soins,(7) qui comporte les étapes nécessaires pour atteindre une charge virale indétectable en vue d'améliorer la santé et également de prévenir la propagation du VIH. Les étapes incluses dans la cascade de soins comprennent le diagnostic du VIH, la mise en relation et le maintien de la personne dans les soins ainsi que le soutien de l'accès précoce et soutenu au TAR.(7) En outre, les soins du VIH ont changé au fil du temps et sont désormais pris en charge comme de nombreuses affections chroniques complexes; il incombe souvent aux prestataires de soins primaires de fournir des soins complets.(8; 9)

Encadré 1 : Contexte de la synthèse des données probantes

La présente synthèse des données probantes mobilise les données probantes tant à l'échelle mondiale qu'à l'échelle locale au sujet d'un problème, trois éléments pour résoudre le problème et les principales implications de mise en œuvre. Cette synthèse s'appuie sur les constats de l'étude sur les transitions du Partenariat canadien contre le cancer.(1). Chaque fois que cela est possible, la synthèse des données probantes résume les données probantes provenant de revues systématiques et, occasionnellement, d'études primaires. Une revue systématique est un résumé des études qui traitent d'une question formulée clairement, et qui fait appel à des méthodes systématiques et explicites pour recenser, sélectionner et évaluer les études et préparer une synthèse des données tirées des études incluses. La synthèse ne contient pas de recommandation, ce qui aurait demandé des auteurs de porter des jugements en fonction de leurs valeurs et préférences personnelles, et qui aurait pu devancer les délibérations importantes devant avoir lieu au cours du dialogue avec les parties prenantes.

La préparation de la synthèse des données probantes comprend cinq étapes :

- 1) réunir au sein d'un comité directeur composé de représentants du Partenariat canadien contre le cancer, de la Société canadienne du cancer, de l'Institut de la statistique du Québec, d'Action cancer Ontario, et de l'Université McMaster (notamment le McMaster Health Forum);
- 2) élaborer et préciser le cadre de référence de la synthèse, en particulier la formulation du problème et de trois éléments d'une approche globale afin de faire face au problème, en consultation avec le comité directeur et un certain nombre d'informateurs clés et avec l'aide de plusieurs cadres conceptuels qui organisent la réflexion sur les façons d'aborder le problème;
- 3) recenser, sélectionner, évaluer et synthétiser les données de recherche pertinentes à propos du problème, des options et implications liées à la mise en œuvre;
- 4) rédiger la synthèse de manière à présenter les données de recherches mondiales et locales de façon concise et dans un langage accessible; et
- 5) finaliser la synthèse à partir des commentaires de plusieurs personnes prenant part à un examen du mérite.

Les trois éléments pourraient être mis en œuvre individuellement, simultanément (en leur accordant une importance égale ou différente) ou de façon séquentielle. La synthèse visait à éclairer un dialogue avec les parties prenantes au cours duquel les données de recherche font partie des nombreux facteurs dont il faut tenir compte. Les opinions et les expériences des participants, de même que leurs connaissances tacites, ont permis de nourrir le dialogue. L'un des objectifs du dialogue est de susciter des réflexions uniques – réflexions qui ne sont possibles que lorsque toutes les personnes impliquées dans la prise de décisions sur un problème, ou affectées par ces décisions, peuvent collaborer. Il a également été conçu pour encourager les participants à agir pour résoudre le problème, mais aussi pour influencer d'autres personnes, notamment ceux qui prendront connaissance du résumé du dialogue et des entrevues vidéo avec les participants du dialogue.

Bien que bon nombre de provinces et territoires au Canada aient priorisé, et continuent à prioriser, les réformes des systèmes de santé, y compris les soins intégrés pour les personnes vivant avec des affections complexes (c'est-à-dire un accès à des soins coordonnés, complets et continus) à l'échelle des secteurs (c'est-à-dire les soins à domicile et communautaires, les soins primaires, les soins spécialisés, les soins de réadaptation, les soins de longue durée et la santé publique), les soins pour les personnes vivant avec le VIH comportent des difficultés spécifiques (p. ex., la stigmatisation et la discrimination, la pauvreté, la sécurité alimentaire, l'itinérance, les troubles cognitifs, les troubles de santé mentale et la toxicomanie) qui nécessitent des réponses adaptées.(10-13) À ce titre, il est nécessaire pour les systèmes de santé provinciaux et territoriaux de s'assurer que leurs efforts destinés à renforcer les soins pour les personnes vivant avec des affections complexes représentent les défis uniques et les besoins en matière de soins des personnes vivant avec le VIH. De plus, il est nécessaire d'étayer et de coordonner ces efforts par des aides améliorées assurées par l'entremise de systèmes sociaux, ainsi que par des approches destinées à aider les systèmes de santé et les systèmes sociaux provinciaux à passer graduellement à des soins optimaux, au vu de différents points de départ à l'échelle du pays.

La synthèse portant sur les données probantes vise à évaluer les meilleures données et données probantes disponibles concernant l'optimisation de la prestation de soins complets pour les personnes vivant avec le VIH au Canada, trois éléments d'une approche potentiellement complète pour résoudre ce problème et ses causes, ainsi que des considérations clés liées à la mise en œuvre qui ont trait à chacun de ces éléments. En outre, comme cela est souligné dans l'encadré 2, même si cette synthèse s'efforce d'aborder l'ensemble des personnes vivant avec le VIH, elle prête une attention particulière aux considérations liées à l'équité (lorsque possible) pour les peuples autochtones.

Encadré 2 : Observations sur l'équité

Un problème peut affecter certains groupes au sein de la société de façon disproportionnée. Les avantages, les dangers et les coûts des éléments qui permettent d'aborder le problème peuvent varier entre les groupes. Les considérations de mise en œuvre peuvent aussi varier entre les groupes.

L'une des façons d'identifier les groupes nécessitant une attention particulière consiste à examiner les huit attributs pouvant être utilisés pour décrire les groupes (acronyme anglais PROGRESS)[†] :

- le lieu de résidence (p. ex., les populations rurales et éloignées);
- la race, l'ethnicité et la culture (p. ex., les populations inuites et les Premières nations, les populations immigrantes et les populations de minorités linguistiques);
- l'emploi, ou plus généralement les expériences sur le marché du travail (par exemple les personnes en situation d'emploi précaire);
- le genre;
- la religion;
- le niveau d'études (par exemple la littératie en matière de santé);
- le statut socioéconomique (par exemple les populations défavorisées sur le plan économique); et
- l'exclusion du capital social ou l'exclusion sociale.

Bien que tous les efforts aient été déployés pour que la synthèse des données probantes tienne compte de tous les Canadiennes et Canadiens, il accorde également (lorsque cela est possible) une attention particulière à un groupe : les peuples autochtones.

De nombreux autres groupes méritent un intérêt particulier, et une stratégie similaire pourrait être adoptée pour n'importe lequel d'entre eux.

[†] Le cadre PROGRESS a été élaboré par Tim Evans et Hilary Brown [Evans, T. et H. Brown. Road traffic crashes: operationalizing equity in the context of health sector reform. *Injury Control and Safety Promotion*; 10(1-2): 11–12. 2003]. Il est mis à l'essai par le Cochrane Collaboration Health Equity Field comme moyen d'évaluer l'effet d'interventions sur l'équité en santé.

LE PROBLÈME

Voici les principaux défis liés à l'optimisation de la prestation de soins complets pour les personnes vivant avec le VIH au Canada :

- le fardeau du VIH demeure un problème de santé publique important et continue de toucher les personnes qui sont souvent stigmatisées et marginalisées dans la société;
- les personnes vivant avec le VIH qui prennent des médicaments vivent plus longtemps avec le VIH et avec des maladies chroniques;
- il reste des progrès à réaliser dans l'atteinte des cibles en vue de réduire le fardeau du VIH, ce qui nécessitera de relever des défis complexes et indissociables les uns des autres auxquels sont souvent confrontées les personnes vivant avec le VIH;
- de nombreux facteurs au niveau du système peuvent compliquer les choses lorsqu'il s'agit de s'assurer que les personnes atteintes du VIH sont soutenues durant les transitions de soins et à l'échelle des systèmes sociaux et des systèmes de santé.

Nous décrivons chacun de ces facteurs successivement ci-dessous en fonction des données et des données probantes que nous avons relevées à partir de nos recherches ainsi que des idées que nous avons cernées lors des entrevues avec des informateurs clés que nous avons menées durant la préparation de cette synthèse.

Encadré 3 : Réunir des données probantes sur le problème

Nous avons cherché des données probantes disponibles sur le problème dans tout un éventail de documents de recherche publiés et de la littérature grise. Nous avons cherché des documents publiés présentant une dimension comparative afin de mieux cerner le problème, et ce, en utilisant trois «filtres» en recherche sur les services de santé dans Medline, c'est-à-dire leur pertinence, les processus et les résultats des soins (ce qui augmente nos chances de trouver des études et des enquêtes communautaires dans des bases de données administratives). Nous avons cherché des documents publiés présentant des idées sur la façon de cerner le problème en utilisant un quatrième filtre dans Medline, soit la recherche qualitative. Nous avons fait des recherches dans la littérature grise en passant en revue les sites Web de nombreux organismes canadiens et internationaux comme le Ontario HIV Treatment Network, le B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS, CATIE, l'Agence de la santé publique du Canada, ONUSIDA et l'Organisation de coopération et de développement économique.

La priorité a été accordée aux données probantes publiées plus récemment, applicables localement (dans le sens que les recherches ont été menées au Canada) et qui tiennent compte des enjeux d'équité.

Le fardeau du VIH demeure un problème de santé publique important et continue de toucher les personnes qui sont souvent stigmatisées et marginalisées dans la société

En 2016, on a estimé que 63 100 personnes vivaient avec le VIH au Canada, que six Canadiens sont infectés par le VIH chaque jour, et qu'une personne sur sept infectée par le VIH au Canada n'est pas au courant de son infection.(14; 15) En 2017, on a rapporté 2 402 nouveaux cas de VIH et le taux de diagnostic national était de 6,5 pour une population de 100 000 personnes.(16) L'Ontario représentait le nombre et la proportion les plus élevés de cas de VIH (n = 935, 39 %), suivi du Québec (n = 670, 28 %), de l'Alberta (n = 282, 12 %) et de la Colombie-Britannique (n = 187, 8 %).(16) Les statistiques les plus récentes de l'Agence de la santé publique du Canada (de 2016) indiquent que la transmission du VIH survient par rapports sexuels entre hommes (53 %), par rapports hétérosexuels (33 %), par consommation de drogues injectables (11 %) et par rapports sexuels entre hommes combinés à la consommation de drogues injectables (3 %).(15)

Le VIH touche principalement les groupes qui sont souvent stigmatisés et/ou marginalisés dans la société. Plus précisément, 49 % des personnes vivant avec le VIH sont gaies ou bisexuelles ou des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 15 % sont des personnes consommant des drogues injectables, et un peu moins de 10 % sont des Autochtones (quoique les peuples autochtones constituent seulement 4,9 % de la population – nous reviendrons sur le fardeau disproportionné du VIH parmi les peuples autochtones dans la section sur l'équité ci-dessous).(17)

Les personnes vivant avec le VIH qui prennent des médicaments vivent plus longtemps avec le VIH et avec des maladies chroniques

Bien que les taux d'incidence et les groupes touchés par le VIH soient demeurés relativement stables au cours des dernières années, le profil d'âge de l'épidémie du VIH au Canada a changé, et un plus grand nombre de personnes âgées vit à présent avec le VIH. Les principales raisons pour lesquelles les personnes vivent plus longtemps avec le VIH sont l'amélioration des options de traitement offertes et le fait que les personnes reçoivent un diagnostic du VIH de plus en plus tard dans la vie (p. ex., le groupe d'âge de 30 à 39 ans représente 31 % des nouvelles infections, soit le pourcentage le plus élevé par rapport à d'autres groupes d'âge).(16) Bien que le nombre de personnes vivant avec le VIH augmente, il est important de souligner que l'espérance de vie pour les personnes vivant avec le VIH accuse toujours un retard par rapport à celle de la population générale séronégative(9; 18; 19).

Le changement dans le profil d'âge signifie qu'un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH vivent également avec plusieurs affections chroniques comme des maladies cardiovasculaires, le diabète et le cancer(9; 20-22). Alors que l'association entre le vieillissement et les maladies chroniques est bien documentée, elle est plus prononcée chez les personnes vivant avec le VIH.(23) Cela découle des effets du TAR à long terme, ainsi que de l'incidence négative de facteurs structurels plus vastes liés aux déterminants sociaux de la santé qui influent sur les résultats de santé, et des contextes politiques, sociaux et économiques qui définissent les efforts en vue de s'attaquer à ces facteurs structurels.(24) Un autre aspect est celui des troubles neurocognitifs associés au VIH (TNAV), qui sont aussi communs chez les personnes vivant avec le VIH.(25)

En fin de compte, cela signifie que le nombre de personnes vivant avec le VIH qui nécessitent des soins complexes et vivent avec différentes formes d'invalidité est à la hausse. Par handicap, on entend notamment les symptômes et handicaps physiques, cognitifs, mentaux et émotionnels, ainsi que les difficultés dans les activités quotidiennes.(26) En conséquence, le VIH est considéré de plus en plus comme une affection complexe qui requiert la prestation de modèles de soins en mesure de répondre à cette complexité.

Il reste des progrès à réaliser dans l'atteinte des cibles en vue de réduire le fardeau du VIH, ce qui nécessitera de relever des défis complexes et indissociables les uns des autres auxquels sont souvent confrontées les personnes vivant avec le VIH

Comme souligné précédemment, le Canada et certaines provinces ont soutenu (et dépassé) les cibles 90-90-90.(1-4) On a inclus les efforts prévus pour atteindre ces cibles dans le Cadre d'action pancanadien sur les ITTS (mais avec une date butoir repoussée à 2030 au lieu de 2020 par l'ONUSIDA et l'OMS), qui se concentre sur quatre piliers : 1) la prévention; 2) le dépistage; 3) l'amorce des soins et du traitement; et 4) les soins et le soutien continus.(5)

Les indicateurs les plus récents pour les cibles 90-90-90 indiquent qu'en 2016 :

- 86 % des Canadiens vivant avec le VIH avaient reçu un diagnostic;
- 81 % des Canadiens ayant reçu un diagnostic de VIH étaient sous traitement;
- 91 % des Canadiens séropositifs sous traitement avaient atteint une suppression virale.

En comparaison, la bonne nouvelle, c'est que la majorité des personnes vivant avec le VIH ont reçu un diagnostic et sont engagées dans des soins. De même, les taux d'incidence globaux demeurent stables.

Cependant, ces faits ne disent pas tout. Il est particulièrement important de noter que les progrès vers les cibles 90-90-90 sont calculés uniquement avec les personnes incluses dans la catégorie précédente. Si on inclut toutes les personnes vivant avec le VIH dans le calcul, celui-ci montre qu'en 2016 :

- 86 % des Canadiens vivant avec le VIH avaient reçu un diagnostic;
- 69 % des personnes atteintes du VIH (pas seulement diagnostiquées) étaient sous traitement;

- 63 % des personnes atteintes du VIH (pas seulement sous traitement) avaient atteint une suppression virale.

Il est important également de tenir compte de ce qui suit :

- les cibles ne se concentrent pas sur les populations qui sont difficiles d'atteinte (p. ex., pour diverses raisons sociales et structurelles comme une absence de logement stable) et qui ne sont pas engagées dans la cascade de soins pour améliorer leurs résultats de santé et pour empêcher toute transmission ultérieure;
- les cibles se concentrent sur les personnes vivant avec le VIH et non sur la prévention et/ou la prise en charge de la multitude de types de soins différents qui peuvent être requis (p. ex., amélioration du dépistage du cancer ainsi que de la prévention et de la gestion des comorbidités) ou sur les problèmes structurels qui exposent les personnes au risque de VIH et qui rendent difficile pour eux un engagement dans les soins par la suite (même si le cadre fédéral récent n'inclut pas la prévention comme l'un des quatre piliers de la stratégie);(27; 28)
- il y a des populations prioritaires avec des taux d'incidence du VIH à la hausse (p. ex., les personnes qui consomment des drogues injectables) ainsi que des groupes qui sont touchés de manière disproportionnée par le VIH et qui nécessitent une attention soutenue (p. ex., les peuples autochtones, les personnes gaies et bisexuelles et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ainsi que les communautés africaines, caribéennes et noires – y compris les hommes et les femmes des régions d'Afrique et des Caraïbes où le VIH est endémique;
- il y a des différences dans ce que l'on considère comme une suppression virale (p. ex., certaines provinces utilisent la définition d'une charge virale détectable seulement dans une année et d'autres emploient une définition plus prudente de deux charges virales indétectables dans une année);
- le délai dans la publication des données pancanadiennes est long (p. ex., les estimations les plus récentes de l'Agence de la santé publique du Canada datent de 2016), ce qui complique les interventions en temps opportun face aux défis émergents.

Les efforts visant à atteindre ces cibles, ainsi que l'engagement des populations les plus difficiles à atteindre et le renforcement des efforts de prévention, devront se concentrer sur la résolution des nombreux problèmes complexes et interdépendants, notamment la stigmatisation et la discrimination relatives au VIH, les implications liées à la criminalisation de la non-divulgaration du VIH, la pauvreté, la sécurité alimentaire, l'itinérance, les troubles cognitifs, ainsi que les problèmes de santé mentale et de toxicomanie.(29-32) Chacun de ces défis peut poser des difficultés dans les étapes de la cascade de soins et, par conséquent, dans les progrès en vue d'atteindre une charge virale indétectable. À titre d'exemple, la stigmatisation associée aux personnes vivant avec le VIH constitue une considération particulière, étant donné que les niveaux de stigmatisation sont supérieurs pour le VIH en comparaison avec la stigmatisation associée aux autres affections chroniques. En outre, la criminalisation de la non-divulgaration du VIH peut avoir plusieurs conséquences négatives en lien avec le diagnostic et les soins du VIH, y compris la contribution à un degré supplémentaire de stigmatisation et de discrimination et un effet dissuasif sur les personnes à l'égard du test de dépistage. En conséquence, il a été déterminé que la stigmatisation et la discrimination relatives au VIH comptaient parmi les plus grandes difficultés auxquelles étaient confrontées les personnes vivant avec le VIH,(33) et on a découvert qu'elles étaient associées à des taux de dépression accrus, à un soutien social inférieur, à de l'anxiété, à une baisse de la qualité de vie et de la santé mentale, à de la détresse émotionnelle et mentale, ainsi qu'à des risques d'ordre sexuel.(34)

De nombreux facteurs au niveau du système peuvent compliquer les choses lorsqu'il s'agit de s'assurer que les personnes atteintes du VIH sont soutenues durant les transitions de soins et à l'échelle des systèmes sociaux et des systèmes de santé

Plusieurs difficultés au niveau du système compliquent davantage les efforts visant l'optimisation de la prestation de soins complets pour les personnes vivant avec le VIH au Canada. Nous décrivons plusieurs défis importants liés aux arrangements de gouvernance, de financement et de prestation du système de santé.

Arrangements de gouvernance

Il existe deux facteurs principaux en lien avec les arrangements de gouvernance qui créent des obstacles à l'optimisation de la prestation de soins complets pour les personnes vivant avec le VIH. D'abord, il existe une complexité juridictionnelle, car le pouvoir décisionnel permettant d'aborder les nombreux déterminants sociaux de la santé qui constituent une partie importante de la mise à disposition de soins complets du VIH et d'un soutien connexe englobe un vaste éventail de ministères gouvernementaux et rapproche les systèmes de santé et les systèmes sociaux. En outre, comme cela est souligné dans la section sur l'équité ci-dessous, il existe une « mosaïque » de soins dans les rôles des gouvernements fédéral et provinciaux et territoriaux dans la prestation des soins de santé pour les peuples autochtones.(35; 36)

Ensuite, il existe des défis liés aux données de surveillance relatives au VIH à l'échelle nationale. Le système national de surveillance du VIH/sida est assuré par l'Agence de la santé publique du Canada, le dépistage médical du VIH à l'immigration est fourni par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, et le Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada est géré par le Groupe canadien de recherche sur le sida chez les enfants (et financé par l'Agence de la santé publique du Canada).(16) Ces systèmes de surveillance nationaux et ceux gérés par des organismes provinciaux sont des atouts importants en matière de données, mais leur coordination et leur intégration se sont avérées difficiles. En conséquence, le délai dans la mise à disposition de l'accès aux données se compte souvent en années, ce qui entrave la capacité de permettre des transformations rapides guidées par des données et des données probantes à tous les niveaux des systèmes de santé provinciaux et territoriaux. Une autre contrainte en ce qui concerne l'absence de données de surveillance nationales relatives au VIH est qu'elle entrave les comparaisons entre pays. Par exemple, les fiches pays de l'ONUSIDA pour le Canada sont vides et l'édition 2018 des données de l'ONUSIDA ne comprend aucune donnée nationale concernant le Canada.(37; 38)

Arrangements financiers

Les principaux défis liés aux arrangements financiers ont trait aux obstacles en matière de coûts auxquels se heurtent les personnes vivant avec le VIH. Les principales difficultés sont décrites successivement ci-dessous et comprennent : 1) le coût du traitement antirétroviral (TAR) et l'écart entre les provinces et les territoires dans la nature et la portée du régime public pour le traitement lié au VIH et les autres traitements nécessaires; 2) bon nombre de personnes nécessitent des soins de professionnels paramédicaux pour lesquels la nature et la portée du régime public varient également à l'échelle du pays; et 3) les personnes vivant dans les zones rurales et éloignées se heurtent à des barrières financières dans l'obtention de soins spécialisés dans les centres urbains.

D'abord, le coût du TAR et d'autres traitements nécessaires peut être important, et la nature et la portée du régime public des régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux varient à l'échelle du pays, ce qui peut créer des barrières financières pour de nombreuses personnes (surtout celles qui n'ont pas d'assurance offerte par l'employeur et qui doivent déboursier leurs frais médicaux elles-mêmes). Cela se répercute ensuite sur la capacité pour certains d'accéder au traitement et de le poursuivre. Les lignes directrices internationales recommandent de commencer la polythérapie antirétrovirale après le diagnostic, comme l'utilisation du TAR plus tôt est associée à de meilleurs résultats cliniques (p. ex., diminution de la morbidité, de la mortalité et du risque de transmission).(39; 40) Au Canada, le prix courant pour les régimes à un seul comprimé est d'environ 15 000 \$ par année et toutes les instances ont inclus la plupart des TAR dans les régimes publics d'assurance-médicaments, à l'exception de Terre-Neuve-et-Labrador.(40) Cependant, seuls certains des régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux financés par l'État (les programmes et régimes fédéraux en Colombie-Britannique, en Alberta, au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut) prévoient une couverture universelle, et toutes les autres instances ont un système de participation aux coûts ou de montant déductible (ou les deux) pour les TAR.(40) De plus, il existe une variabilité juridictionnelle en ce qui concerne les critères pour le montant des subventions individuelles (p. ex., le diagnostic du VIH est la seule exigence pour l'admissibilité à la subvention, par rapport à l'inclusion du revenu et de l'âge pour déterminer l'admissibilité).(40) De plus, bien que la majorité des instances inclue la plupart des TAR dans les régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux financés par l'État,

souvent, la couverture pour d'autres médicaments nécessaires (p. ex., pour traiter les infections opportunistes) n'est pas incluse. Cela signifie que selon l'endroit où vivent les gens, il se peut qu'ils paient des montants différents pour les médicaments prescrits.

Ensuite, de nombreuses personnes atteintes du VIH nécessitent des soins de professionnels paramédicaux pour lesquels la nature et la portée du régime public varient également à l'échelle du pays. Souvent, de nombreux professionnels paramédicaux (professionnels de la santé mentale, professionnels de la santé, ergothérapeutes et physiothérapeutes) ne sont pas rémunérés par les systèmes de santé provinciaux et territoriaux, sauf si leurs soins sont fournis dans un hôpital ou un établissement de soins longue durée.

Enfin, les personnes vivant dans des zones rurales et éloignées se heurtent souvent à des difficultés uniques dans l'accès aux soins nécessaires (tel qu'expliqué à la section suivante relative aux modalités de prestation). Les personnes vivant avec le VIH dans les zones rurales et éloignées se heurtent à des barrières financières en raison du fait qu'elles doivent parcourir de grandes distances pour consulter des professionnels de la santé, car cela comprend une hausse de leurs coûts de transport et elles doivent s'absenter du travail.(41) De plus, une étude menée sur l'écart entre les zones rurales et les zones urbaines pour les soins du VIH en Colombie-Britannique a révélé que les personnes vivant avec le VIH dans les milieux ruraux étaient plus vraisemblablement des personnes âgées, des femmes, des personnes s'identifiant comme ayant une ascendance autochtone et des personnes ayant des antécédents médicaux de co-infection d'hépatite C.(41)

Arrangements de prestation

Il existe trois défis principaux associés aux arrangements de prestation en vue de l'optimisation de soins complets pour les personnes vivant avec le VIH : 1) l'absence d'accès opportun aux services de diagnostic (p. ex., le dépistage aux points de service); 2) les professionnels de soins primaires manquent souvent d'aides pour offrir des soins du VIH vraiment complets (c'est-à-dire qui tiennent compte des défis sanitaires et sociaux); et 3) les personnes vivant dans des zones rurales et éloignées peuvent avoir un accès limité aux soins.

D'abord, la capacité de diagnostiquer proactivement le VIH est limitée dans bon nombre de provinces et territoires en raison du manque de disponibilité du dépistage aux points de service, ce qui signifie que de nombreuses personnes reçoivent un diagnostic tardif. Le dépistage du VIH aux points de service a été approuvé au Canada en 2005, et c'est un outil de santé publique clé, car il permet un accès rapide aux résultats des tests en une seule consultation clinique au cours de laquelle on prélève une petite quantité de sang par une piqûre au doigt.(42; 43) Les publications indiquent que les personnes qui connaissent leur statut VIH sont plus susceptibles d'adopter des comportements qui diminuent le risque de transmission par rapport à celles qui ne sont pas conscientes de leur état.(42; 44; 45)

Une récente revue exploratoire du dépistage du VIH aux points de service dans des établissements canadiens a révélé ce qui suit :

- il a été mis en œuvre dans cinq provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba, Ontario et Québec), et il n'est pas disponible dans les provinces de l'Atlantique ni les territoires;
- il a été mis en œuvre dans les milieux les plus variés (établissements correctionnels, cliniques de soins primaires, hôpitaux, établissements de sensibilisation, organisations communautaires comme des centres de santé communautaires et cliniques de santé sexuelle);
- il n'était pas disponible dans de nombreuses communautés rurales et éloignées, y compris de nombreuses communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis;
- les populations prioritaires ont été un centre d'intérêt pour le dépistage, y compris les peuples autochtones, les personnes incarcérées, les personnes LGBTQ, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes consommant des drogues injectables et les femmes enceintes;
- globalement, les programmes avaient des taux d'acceptation et de satisfaction supérieurs.(42)

De plus, même dans les instances où d'importants programmes de dépistage du VIH aux points de service sont disponibles, la prestation de ces programmes en vue de répondre aux besoins locaux avec une capacité locale parfois limitée constitue un défi important. Il peut également y avoir des défis liés à la stigmatisation, notamment le malaise chez les médecins et les patients dans les discussions à propos du VIH et du dépistage.

De plus, le dépistage aux points de service continue à représenter un faible pourcentage des tests de dépistage du VIH administrés au Canada. De manière plus précise, d'après les données issues de la seule entreprise possédant une autorisation de mise en marché pour un test de dépistage aux points de service au Canada (bioLytical), environ 57 000 tests aux points de service ont été achetés au Canada en 2017, ce qui représente environ 3 ou 4 % à peine sur 1,5 million de tests sanguins réalisés au Canada cette année-là, à peu près.⁽⁴⁶⁾ Par contre, les tests de dépistage aux points de service représentent environ de 50 à 60 % des tests de dépistage du VIH aux États-Unis, qui possèdent une autorisation de mise en marché pour plusieurs tests aux points de service.⁽⁴⁶⁾

Le Plan d'action 2015-2020 pour le dépistage aux points de service au Canada présente des mesures d'amélioration de l'accès, qui sont largement liées aux méthodes suivantes :

- optimisation de la prévention primaire (p. ex., offrir une éducation au sujet de la prévention et de la transmission du VIH);
- accroissement de la sensibilisation (p. ex., en utilisant des rappels de test pour les populations à risque élevé) et de l'accès aux tests de dépistage aux points de service (tout particulièrement là où ils ne sont pas disponibles actuellement et où les populations pourraient en bénéficier le plus) afin d'augmenter les taux de dépistage (surtout parmi les groupes à risque élevé);
- mise à disposition des points de service à l'échelle du Canada facilitée pour les cliniciens (p. ex., en offrant un code de facturation, ainsi qu'en donnant une formation aux professionnels de la santé, aux personnes apportant leur soutien dans les systèmes sociaux et aux prestataires de soins non professionnels);
- renforcement des systèmes de santé et des systèmes sociaux de manière à permettre l'utilisation de tests de dépistage aux points de service (p. ex., renforcer la collaboration entre les centres de dépistage aux points de service pour les groupes à risque élevé dans les zones rurales, suburbaines et urbaines; soutenir l'élaboration et l'approbation d'innovations en matière de tests, par exemple des options de dépistage multiple et d'autotest; élaborer et promouvoir des normes nationales et provinciales).⁽⁴³⁾

Alors que le plan d'action fixe des objectifs canadiens pour la mise en œuvre de tests de dépistage aux points de service, la variabilité dans l'accès tant dans les provinces et territoires qu'entre ceux-ci signifie que les instances ont des points de départ différents, lesquels devront être pris en considération pour la suite.

Ensuite, les approches à l'égard des soins pour les personnes vivant avec le VIH sont passées des soins fournis par des spécialistes à des soins primaires, mettant l'accent sur la prévention et la gestion des comorbidités.⁽⁹⁾ Par exemple, les recherches basées en Ontario ont montré que les médecins de famille ayant un nombre de cas de VIH faible ou modéré représentaient le professionnel de soins le plus courant pour les personnes vivant avec le VIH.⁽⁹⁾ Cela peut comporter des avantages, notamment avoir un professionnel de soins primaires « directement responsable » des soins du VIH et des autres besoins (p. ex., le dépistage du cancer pour la prévention et pour les maladies chroniques et/ou les handicaps qui surviennent souvent lors du vieillissement).⁽⁹⁾ Cependant, d'autres recherches basées en Ontario ont montré que l'adoption du TAR était sensiblement inférieure chez les personnes recevant des soins d'un médecin de famille qui avait cinq patients ou moins atteints du VIH.⁽⁴⁷⁾ Cela peut également créer d'autres difficultés comme le besoin de soutien des professionnels de soins primaires (y compris une formation de sensibilisation pour apprendre les manières de travailler avec des populations marginalisées de façon appropriée et adaptée à la culture) dans la prestation de soins dans une région par rapport à laquelle ils ont peut-être peu d'expérience ou de formation, et la garantie d'un accès à des soins complets, continus et coordonnés dispensés par toute une palette de spécialistes, au besoin. Un point de considération supplémentaire est que le contenu de la gamme complète de soins et de soutien, ainsi que la manière dont ils sont mis à disposition, peuvent grandement varier. Cette variabilité peut dépendre du caractère récent de l'exposition, de la probabilité qu'une personne vive avec une ou plusieurs autres infections (comme l'hépatite C) ou affections chroniques, de l'âge, du milieu ethnoculturel (p. ex., pour

assurer des soins adaptés à la culture), ainsi que de la nature et de la portée d'autres défis sociaux rencontrés (p. ex, la pauvreté, l'emploi, le logement, etc.).

Enfin, les personnes vivant dans des zones rurales et éloignées et/ou dans des zones où l'accès aux soins est limité peuvent éprouver de la difficulté à obtenir des soins fiables et constants auprès d'un prestataire de soins primaires et des soins spécialisés nécessaires. Une étude menée sur la disponibilité d'une spécialité médicale en Ontario pour les soins du VIH a révélé que les médecins de famille représentaient la seule spécialisation disponible dans les régions rurales.(9) Les personnes résidant dans des zones rurales ou éloignées rencontrent souvent des difficultés à accéder aux services de soins de santé, ce qui touche un grand nombre de personnes compte tenu des éléments suivants :

- environ un Canadien sur cinq (19 %) vit dans une zone rurale (que Statistique Canada définit comme une zone comportant moins de 1 000 habitants et dans laquelle résident moins de 400 habitants par kilomètre carré);(48)
- on dénombre 292 collectivités éloignées au Canada rassemblant une population totale d'environ 194 281 personnes (les collectivités éloignées n'ont pas accès toute l'année à des routes ou elles dépendent d'une tierce partie pour le transport, comme un traversier ou un avion).(49; 50)

Étant donné que les services, programmes et professionnels de la santé ne sont pas équitablement répartis entre les secteurs géographiques au Canada, les personnes résidant dans les zones rurales et éloignées sont souvent confrontées à des obstacles lorsqu'il s'agit d'accéder aux services de soins de santé dont elles ont besoin.(51) Parmi ces obstacles figurent l'isolement par rapport aux aides médicales et psychosociales, et le fait qu'il faille parcourir de grandes distances pour accéder aux soins de spécialistes et aux mesures de soutien dans le domaine des soins primaires et communautaires. Ils peuvent avoir une incidence négative sur les résultats liés aux soins du VIH.(41)

Autres observations relatives à l'équité qui se rapportent au problème

Comme cela est indiqué dans l'encadré 2, aux fins de la présente synthèse portant sur les données probantes, on a mis l'accent sur les peuples autochtones pour des considérations supplémentaires liées à l'équité. Nous reconnaissons qu'un certain nombre de groupes portent un fardeau de VIH disproportionné au Canada (p. ex., les personnes gaies et bisexuelles, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes consommant des drogues injectables et les communautés africaines, caribéennes et noires – y compris les hommes et les femmes des régions d'Afrique et des Caraïbes où le VIH est endémique).(16) Au vu des observations liées à l'équité au sujet du problème, nous mettons en évidence une approche positive axée sur les atouts par l'entremise d'un partenariat avec les Autochtones en vue d'optimiser la prestation de soins complets pour les personnes vivant avec le VIH au Canada.

L'accès aux soins est influencé par plusieurs facteurs qui sont à la fois internes et externes au système de santé. La manière dont le système de santé est géré pour les peuples autochtones est particulièrement complexe. En effet, les soins sont fournis de façon unique, et ce, tant à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale. On parle ainsi d'une « mosaïque » de soins.(35; 36) Le gouvernement fédéral possède une autorité décisionnelle pour ce qui est de la prestation de services de soins de santé aux Premières Nations inscrites et aux Inuits reconnus, lorsque les systèmes de santé provinciaux et territoriaux n'offrent pas leurs services, par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada.(52; 53) Des prestations supplémentaires de soins de santé sont offertes par le Programme des services de santé non assurés de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits; elles font office de complément à la couverture donnée par les programmes de santé provinciaux et territoriaux.

Comme le gouvernement s'efforce de réaffirmer la relation de nation à nation, entre les Inuits et la Couronne et de gouvernement à gouvernement entre le Canada et les Premières Nations, les Inuits et les Métis, il est important de tenir compte du legs historique de la colonisation, de la dépossession culturelle, ainsi que du racisme.(52; 54) Le racisme fonctionne de différentes façons, du niveau individuel au niveau structurel.(55) Le racisme au niveau individuel peut introduire des obstacles aux soins, par exemple le refus de traiter une personne à l'hôpital sur la base de préjugés au sujet de cette personne.(55) Le racisme structurel renvoie aux manières dont les systèmes et les dispositions institutionnelles créent et renforcent les inégalités entre les groupes.(56) L'héritage des politiques passées a renforcé le racisme structurel (p. ex., la ségrégation sociale par le système de pensionnat), entraînant ainsi un traumatisme intergénérationnel qui continue à toucher la santé physique et mentale des peuples autochtones.(57; 58)

Les peuples autochtones souffrent d'importantes disparités en matière de santé par rapport à la population non autochtone (p. ex., l'espérance de vie est plus courte et les taux de mortalité évitable sont supérieurs chez les peuples autochtones)(59; 60), y compris une surreprésentation importante dans l'épidémie du VIH. Ces inégalités continues vécues par les peuples autochtones (en général et plus précisément en relation avec le VIH) mettent en lumière la nécessité d'une intervention soutenue en accord avec les besoins précis des communautés autochtones à l'échelle du Canada.

En ce qui concerne le VIH, les peuples autochtones sont représentés de manière disproportionnée, à savoir 20 % des nouveaux cas de VIH déclarés en 2017, dont 17 % des Premières Nations, 2 % des Métis et 0,2 % des Inuits.(16) En outre, le Réseau canadien autochtone du SIDA et l'Agence de la santé publique du Canada soulignent les points suivants :

- les personnes autochtones, notamment les femmes et les jeunes, consommant des drogues injectables sont surreprésentées dans l'épidémie du VIH par rapport à l'ensemble de la population canadienne;
- il existe une surreprésentation de personnes autochtones dans le système carcéral canadien, un phénomène en lien avec un risque plus élevé de contracter le VIH;
- les peuples autochtones sont plus vulnérables (comme cela est mentionné ci-dessus) au VIH en raison de facteurs tels que le legs historique de la colonisation, de la dépossession culturelle et du racisme, ainsi que des déterminants sociaux de la santé (p. ex., revenu et statut social, expériences acquises durant l'enfance et environnements physiques).(61; 62)

En outre, la stigmatisation et la discrimination ont été définies comme des obstacles clés à l'accès aux services de santé et aux services sociaux nécessaires pour les peuples autochtones.(63)

Points de vue de citoyens concernant les principaux défis liés à l'optimisation de la prestation de soins complets pour les personnes vivant avec le VIH au Canada

Trois panels de citoyens – qui ont mobilisé au total 31 citoyens différents sur les plans ethnoculturel et socioéconomique qui vivaient avec le VIH, avaient un membre de la famille vivant avec le VIH ou n'avaient aucune expérience du VIH – se sont rassemblés à Winnipeg (Manitoba) le 22 mars 2019, à Hamilton (Ontario) le 5 avril 2019 et à St. John's (Terre-Neuve) le 12 avril 2019. Le panel de Winnipeg était composé de participants des provinces de l'Ouest (Colombie-Britannique, Alberta et Manitoba), le panel de Hamilton était composé de participants de l'Ontario, et le panel de St. John's était composé de participants des provinces de l'Est (Québec, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador). Pour le panel de Winnipeg, nous avons essayé de recruter des participants de Saskatchewan, mais nous n'y sommes pas parvenus, malheureusement. Les participants ont reçu une version abrégée de la synthèse portant sur les données probantes avant leur panel de citoyens, laquelle était rédigée en termes simples. Ce document a servi de point de départ pour les délibérations des citoyens.

Durant les délibérations au sujet du problème, on a prié les citoyens de partager les principaux défis qui, selon eux, étaient liés à l'optimisation de la prestation de soins complets pour les personnes vivant avec le VIH. On leur a également demandé de déterminer les défis éventuels qu'ils avaient rencontrés personnellement, ou qu'un membre de leur famille avait rencontrés au chapitre de l'accès aux soins (en général et en tant que groupe difficile d'atteinte et/ou stigmatisé et marginalisé), de la prise en charge de plusieurs affections chroniques, de la réponse aux besoins au fur et à mesure du vieillissement des personnes vivant avec le VIH et/ou chez les personnes âgées atteintes du VIH, ainsi que de l'accès aux aides sociales nécessaires. Les participants ont déterminé huit défis importants, résumés en détail dans le tableau 1.

Tableau 1. Résumé des points de vue des citoyens à l'égard des défis

Défi	Description
Le manque d'aides complètes pour la prévention du VIH	<ul style="list-style-type: none"> Les participants ont soulevé trois défis liés à la prévention globale du VIH : <ul style="list-style-type: none"> les investissements sont limités dans les formes de prévention peu coûteuses, mais très efficaces (p. ex., la réduction des dangers); il existe un manque d'accès, de couverture et de connaissances professionnelles sur la santé par rapport à la prophylaxie pré-exposition (p. ex., Truvada); les modèles existants comportent des barrières à des tests et à une prévention efficaces (p. ex., nombre limité de services de dépistage anonymes). Les participants ont mis l'accent sur le fait que ces défis en matière de prévention sont amplifiés pour les populations marginalisées et stigmatisées (p. ex., les peuples autochtones, et tout particulièrement les personnes vivant dans des communautés éloignées, les personnes consommant des drogues injectables et les personnes incarcérées).
L'accès limité aux tests de dépistage aux points de service	<ul style="list-style-type: none"> De nombreux participants ont exprimé leur frustration par rapport aux défis liés à l'accès aux tests de dépistage aux points de service, mais il y avait des écarts dans les préoccupations soulevées par les participants entre les panels de citoyens. Plusieurs participants ont également remis en question les raisons pour lesquelles on ne peut mettre à disposition des autotests à domicile, tandis que d'autres ont exprimé leur inquiétude par rapport à cette approche à l'égard des tests en raison de l'absence de rapport direct avec les soins et aides nécessaires à la suite d'un diagnostic positif. Dans le panel de citoyens de Winnipeg, les participants ont souligné que même s'il existe des cliniques de vénérologie, celles-ci ont de longues listes d'attente et elles ne sont ouvertes que pendant les heures de bureau, ce qui entrave l'accès opportun aux tests aux points de service. Dans le panel de citoyens de Hamilton, les participants ont partagé certaines expériences positives par rapport à l'accès aux tests aux points de service (p. ex., dans des établissements comme la Clinique « sans histoires, ou <i>Hassle Free Clinic</i>), mais ils se montraient préoccupés par l'anonymat du processus. <ul style="list-style-type: none"> De manière plus précise, même si l'accès aux tests aux points de service est anonyme, les participants craignaient que les résultats positifs au test de dépistage du VIH soient rapportés aux autorités locales de santé publique, et ils percevaient un manque de contrôle sur la question consistant à savoir si, et de quelle manière, leurs renseignements de santé seraient partagés. Dans le panel de St. John's, les participants étaient surtout préoccupés par l'absence générale de tests de dépistage aux points de service dans les provinces de l'Atlantique.
La stigmatisation est envahissante et stratifiée	<ul style="list-style-type: none"> La majorité des participants avaient l'impression que la stigmatisation est envahissante et qu'elle peut entraîner des formes ouvertes de discrimination. Les participants ont indiqué que la stigmatisation était une raison clé expliquant pourquoi le VIH est différent des autres affections chroniques. <ul style="list-style-type: none"> Par exemple, un participant du panel de Hamilton a raconté que d'autres affections chroniques ne les auraient pas amenés, lui et les membres de sa famille, à refuser de vivre

	<p>dans une communauté rurale où la crainte de subir une stigmatisation et une discrimination est grande.</p> <ul style="list-style-type: none"> • On a décrit la stigmatisation comme un phénomène stratifié; les personnes peuvent vivre avec plusieurs formes de stigmates (p. ex., les personnes vivant avec le VIH qui sont gaies), ce qui peut créer d'importants obstacles aux soins, y compris le test de dépistage et l'engagement dans les soins. • Quelques participants ont été victimes de stigmatisation de la part de professionnels de la santé après avoir demandé un test de dépistage du VIH, et ils étaient d'avis que ce type de stigmatisation pouvait également mener à l'évitement du test. • Plusieurs participants ont soulevé le point que la criminalisation de la non-divulgaration liée au VIH contribuait à l'augmentation de la stigmatisation de la vie avec le VIH. • Pour ce qui est des groupes marginalisés, les participants avaient l'impression que les peuples autochtones étaient les plus marginalisés et stigmatisés parmi tous les groupes abordés. • Un participant a décrit les difficultés liées à l'inclusion sociale et a donné, comme exemple d'expérience de la stigmatisation, la fois où il a tenté de trouver un soutien religieux dans la communauté après son diagnostic.
Le manque de sensibilisation et d'éducation du public pour lutter contre la stigmatisation	<ul style="list-style-type: none"> • De nombreux participants ont décrit un manque général « d'éducation sociale » comme source de stigmatisation perpétuelle, ce qui est étroitement lié au défi précédent. • Il a été estimé que l'éducation à la santé dans les écoles secondaires était fondée sur la crainte et qu'elle perpétuait la stigmatisation associée aux infections transmissibles sexuellement. • Les participants estimaient également que l'éducation sexuelle était donnée trop tard dans l'enseignement secondaire et qu'elle était nécessaire durant la scolarité intermédiaire. • Quelques participants craignaient également que le VIH ne soit plus considéré par le public comme un problème (p. ex., les jeunes ne le voient pas comme un problème) et que la prise de conscience survenue dans les années 1980 et 1990 se soit perdue. • De la même manière, certains participants avaient l'impression que la prophylaxie pré-exposition pouvait donner une illusion de sécurité et que l'éducation dans ce domaine faisait défaut.
La vie privée et la confidentialité ne sont pas respectées dans les tests et les soins	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs participants se sont dits préoccupés par la vie privée et la confidentialité en lien avec l'obtention de tests ou de soins liés au VIH dans les communautés rurales et éloignées. • Par exemple, certains participants ne croyaient pas que leurs résultats allaient rester confidentiels et ils craignaient que des professionnels ou administrateurs de la santé dans des cliniques de soins primaires divulguent leur statut VIH à leur famille ou aux membres de leur communauté. • Un participant a cité ce point comme étant la raison pour laquelle on quittait une petite communauté pour obtenir des soins dans une grande ville.
L'accès limité aux aides dans les systèmes sociaux	<ul style="list-style-type: none"> • Les participants ont exprimé que l'accès limité aux aides dans les systèmes sociaux était l'un des plus grands obstacles à l'optimisation des soins complets pour les personnes vivant avec le VIH. • On a décrit les aides dans les systèmes sociaux comme un composant de base, au-dessus des considérations de santé, et un participant a résumé ce point de la manière suivante : « On a besoin des bases, c'est une question de survie ». • Les participants ont décrit des limites dans la capacité communautaire, principalement le manque de possibilités d'engagement significatif dans la politique et la gouvernance ainsi que dans la capacité d'autodétermination pour dégager une politique et des programmes adaptés sur le plan culturel à l'échelle des systèmes de santé et des systèmes sociaux.
Le problème est amplifié pour les plus vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs participants ont mis en évidence le fait que tous les défis abordés sont amplifiés pour les plus vulnérables, y compris les personnes dont les besoins fondamentaux ne sont pas satisfaits, les peuples autochtones, les personnes qui sont ou ont été incarcérées et/ou les toxicomanes.

	<ul style="list-style-type: none"> Les participants ont également souligné que les difficultés sociales et structurelles auxquelles sont confrontées les populations vulnérables rendent difficiles les tests et/ou l'engagement et le maintien de la personne dans les soins.
Le manque de données et d'utilisation de données probantes en temps opportun dans les décisions stratégiques	<ul style="list-style-type: none"> Quelques participants étaient frustrés par le manque de données opportunes au Canada et par l'absence d'uniformité et de normes dans la collecte de données à l'échelle des provinces et des territoires. Il s'est avéré également que le manque de données opportunes au Canada entravait les comparaisons entre pays concernant les cibles 90-90-90 (p. ex., la fiche pays de l'ONUSIDA pour le Canada est vide). Les participants étaient également d'avis que les données probantes issues de la recherche n'étaient pas utilisées dans beaucoup de décisions stratégiques et ils ont donné l'exemple des tests aux points de service, en soulignant que si les décisions étaient basées sur des données probantes, alors les tests seraient disponibles de manière plus générale.

TROIS ÉLÉMENTS D'UNE APPROCHE POTENTIELLEMENT GLOBALE POUR RÉSOUDRE LE PROBLÈME

De nombreuses approches pourraient être choisies comme point de départ pour les délibérations sur comment optimiser la prestation de soins complets pour les personnes vivant avec le VIH au Canada. Pour promouvoir la discussion sur les avantages et les inconvénients des approches viables, nous avons choisi trois éléments d'une approche potentiellement globale à l'égard de la résolution du problème. Les trois éléments ont été mis au point et peaufinés à la suite de consultations auprès du comité directeur et d'informateurs clés interrogés pendant la rédaction de cette synthèse. Ces éléments sont les suivants :

- 1) renforcer les soins complets du VIH dans le système de santé;
- 2) rendre accessible des aides à l'échelle des systèmes sociaux afin de répondre à tous les défis auxquels sont confrontées les personnes vivant avec le VIH;
- 3) adopter une approche d'apprentissage et d'amélioration rapides afin de renforcer graduellement les systèmes de santé et les systèmes sociaux.

Les éléments peuvent être explorés séparément ou simultanément, ou des composantes peuvent être tirées de chaque élément pour créer un nouvel élément (quatrième élément). Ils sont présentés séparément afin de favoriser les délibérations au sujet de leurs composantes respectives, de leur importance ou priorité relative, de leur interdépendance et de leur potentiel ou de leur nécessité de mise en séquence, ainsi que de leur faisabilité.

Dans la présente section, la priorité est mise sur ce que l'on sait de ces éléments d'après ce que les revues systématiques ont permis de mettre en lumière. Nous présentons les résultats des revues systématiques ainsi qu'une évaluation (à l'aide de l'outil AMSTAR)(9) afin de déterminer si leur qualité méthodologique est élevée (scores de 8 ou plus sur un score possible de 11), moyenne (scores de 4 à 7) ou faible (scores inférieurs à 4) (voir l'annexe pour plus de détails sur le processus d'évaluation de la qualité). Nous précisons également si la revue a été effectuée récemment, c'est-à-dire au cours des cinq dernières années. La section suivante mettra l'accent sur les obstacles à l'adoption et à la mise en œuvre de ces éléments, de même qu'aux stratégies de mise en œuvre possibles pour surmonter ces obstacles.

Valeurs et préférences des citoyens à l'égard des trois éléments

Dans le but d'éclairer les délibérations des panels de citoyens, nous avons inclus dans leur document d'information les trois mêmes éléments d'une approche potentiellement globale visant à résoudre le problème, dont fait état la présente synthèse. Ces éléments ont servi de point de départ aux délibérations des panels. Durant les délibérations, nous avons relevé 10 valeurs fondamentales : 1) égalité/équité dans l'accès aux services de santé et aux services sociaux; 2) autonomisation (p. ex., pour l'autonomie sociale); 3) vie privée (p. ex., pour les résultats des tests de dépistage du VIH); 4) relations de confiance entre patients/clients, prestataires et organismes au sein des systèmes de santé et des systèmes sociaux; 5) collaboration entre

patients/clients, prestataires et organismes au sein des systèmes de santé et des systèmes sociaux; 6) données et données probantes comme fondement des décisions; 7) valeurs et préférences des citoyens comme fondement des décisions; 8) garantie d'excellents résultats de santé; 9) amélioration continue (p. ex., qualité des données liées au VIH); et 10) responsabilisation. Les valeurs exprimées par les participants et leurs préférences pour la mise en œuvre sont résumées dans chaque élément dans les tableaux 2, 4 et 6.

Élément 1 – Renforcer les soins complets du VIH dans le système de santé

Cet élément comprend des efforts destinés à améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services au sein du système de santé afin de prendre en compte de manière globale les besoins complexes des personnes vivant avec le VIH. Il reconnaît que les approches intégrées à l'égard des soins pour les personnes vivant avec le VIH mettent l'accent de plus en plus sur la cascade de soins, qui représente les étapes nécessaires pour atteindre une charge virale indétectable, du diagnostic du VIH à l'accès soutenu au TAR.(7) Bon nombre de provinces et territoires ont introduit, et continuent de prioriser, des réformes au niveau du système vers des soins intégrés pour les personnes vivant avec des affections complexes. Toutefois, la prestation de soins complets pour les personnes atteintes du VIH présente des défis uniques, complexes et interdépendants (p. ex., la stigmatisation et la discrimination, la pauvreté, la précarité du logement et les problèmes de santé mentale et de toxicomanie) qui justifient la création et la mise en œuvre de programmes et de services adaptés aux besoins particuliers de chacun, y compris l'interface soins primaires/spécialisés.(64-66) En outre, il existe des populations prioritaires parmi lesquelles les taux d'incidence du VIH sont croissants (p. ex., les personnes consommant des drogues injectables), ainsi que des groupes qui sont touchés par le VIH de manière disproportionnée (p. ex., les peuples autochtones, les personnes gaies et bisexuelles, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et les communautés africaines, caribéennes et noires) qui requièrent une plus grande attention ainsi que des services adaptés sur le plan culturel.(67) À ce titre, cet élément se concentre sur la définition, l'adaptation, la mise en œuvre et le renforcement progressif (par l'élément 3) de l'utilisation de composantes pertinentes de différents modèles de soins conçus pour répondre aux besoins uniques des personnes vivant avec le VIH.

Cet élément pourrait donc comprendre un certain nombre de sous-éléments, notamment :

- l'amélioration des tests de dépistage aux points de service (p. ex., amélioration de l'accès aux tests et élargissement de la capacité des personnes en mesure de fournir les tests);
- l'adoption d'approches axées sur le patient et « holistiques » à l'égard des soins, notamment :
 - le modèle de soins des maladies chroniques (qui se concentre sur l'offre d'un soutien pour l'autogestion dans le cadre des ressources communautaires et sur la conception du système de prestation, le soutien décisionnel et les systèmes d'information clinique dans le cadre de l'organisation des soins dans les systèmes de santé) afin de veiller à ce que les patients soient informés et actifs et à ce que les équipes de pratique soient préparées et proactives;
 - des équipes de soins primaires axés sur le patient (comme le modèle de soins médicaux à domicile axés sur le patient) apportant le plein éventail d'aides qui sont adaptées aux besoins des populations particulières (p. ex., les chefs, les aînés, les gardiens du savoir et les traducteurs participant à la mise à disposition d'aides culturelles et linguistiques pour les peuples autochtones); et/ou
 - des modèles de soins gériatriques qui sont sensibles aux besoins uniques du nombre croissant de personnes âgées vivant avec le VIH (y compris l'intégration avec des établissements de soins longue durée).

Principaux résultats obtenus des panels de citoyens

Un thème essentiel dans l'ensemble des panels de citoyens était la nécessité de fournir un accès équitable à des soins complets « tout-en-un », afin que les personnes puissent atteindre des résultats optimaux indépendamment de l'endroit où elles vivent et des défis auxquels elles se heurtent. En mettant en évidence l'importance d'un modèle comme le modèle de soins médicaux à domicile axé sur le patient, un participant a déclaré que « l'idée de se retrouver sous le même toit est tellement attrayante pour les personnes qui

commencent tout juste à accéder aux services et qui doivent comprendre comment vivre avec leur problème de santé. » Les valeurs et préférences précises qui se sont dégagées des panels sont résumées dans le tableau 2.

Tableau 2. Résumé des valeurs et des préférences des citoyens à l'égard de l'élément 1

Valeurs exprimées	Préférences quant à la mise en place de l'élément
<ul style="list-style-type: none"> • Égalité/équité dans l'accès aux services de santé • Autonomisation (p. ex., pour l'autonomie sociale) • Vie privée (p. ex., pour les résultats des tests de dépistage du VIH) • Relations de confiance entre patients/clients, prestataires et organismes au sein du système de santé • Collaboration entre les patients, les professionnels de la santé et les organisations au sein du système de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Optimiser l'accès à des soins complets par l'entremise de soins dispensés par une équipe interprofessionnelle et améliorer l'accès aux postes de soins infirmiers en tant que centre pour la prestation de services liée aux tests aux points de service, au suivi et aux services de consultation relatifs aux options de traitement. • Assurer le respect de la vie privée relativement aux tests et augmenter la disponibilité et un accès équitable aux tests aux points de service partout au Canada. • Fournir un accès aux options d'auto-test (comme cela est souligné dans le tableau 1, les avis à ce sujet étaient partagés; certains s'inquiétaient de l'absence de rapport avec les aides nécessaires à la suite d'un diagnostic positif). • Réduire la stigmatisation pour créer des relations de confiance entre les patients et les professionnels de la santé (p. ex., par un regain d'efforts d'éducation du public). • Habilitier l'autonomie sociale par l'éducation. • Améliorer les dossiers de santé électroniques pour permettre des transitions harmonieuses dans les soins (p. ex., un système de dossiers de santé électroniques universellement accessible qui est facile d'utilisation, est sûr et peut être consulté par toutes les parties concernées par les soins). • Dispenser des soins à la personne, surtout pour les populations marginalisées et difficiles à atteindre, par des unités mobiles ou des soins virtuels.

Résultats clés provenant des revues systématiques

Au total, nous avons trouvé 18 revues systématiques portant sur le renforcement des soins complets du VIH dans le système de santé.

Pour le premier sous-élément – l'amélioration des tests aux points de service – nous avons trouvé deux revues systématiques qui se sont penchées sur les tests aux points de service dans le contexte du VIH. La première était une revue de faible qualité et récente qui a consisté à évaluer l'acceptabilité des soins du VIH rapides aux points de service chez les jeunes et leur préférence pour ceux-ci.(68) La revue a révélé que les méthodes rapides étaient sélectionnées la majorité du temps par les jeunes lorsque ces derniers avaient le choix entre des méthodes de dépistage rapides et traditionnelles, ce qui semblait indiquer qu'ils acceptent et préfèrent les tests de dépistage du VIH aux points de service plutôt que le fait d'avoir à demander le test de façon proactive.(68) La deuxième revue de grande qualité et récente a consisté à évaluer l'incidence du programme de test des CD4 aux points de service, en mettant l'accent sur le maintien dans les soins préalables au TAR et sur le délai d'évaluation de l'admissibilité au TAR.(69) Cette revue indique que le test des CD4 aux points de service peut améliorer le maintien dans les soins avant d'entamer le TAR et peut également réduire le délai d'évaluation de l'admissibilité.(69) Nous n'avons pas recensé de revue axée sur les façons d'améliorer les tests aux points de service. Cependant, les revues que nous avons trouvées exposent clairement l'importance d'offrir un test rapide aux jeunes, de même que celle des avantages que présentent les tests aux points de service relativement aux taux de maintien et au délai d'évaluation de l'admissibilité au TAR.(68; 69)

En ce qui concerne le deuxième sous-élément – l'adoption d'approches axées sur le patient et « holistiques » à l'égard des soins – nous avons trouvé 16 revues systématiques dont la qualité variait. Parmi ces revues, deux revues systématiques de grande qualité et récentes se concentraient sur l'observance de la pharmacothérapie. Une revue mettait en évidence les taux d'observance à la pharmacothérapie parmi les personnes autochtones atteintes d'affections chroniques en Australie et cernait les barrières et les facilitateurs relatifs à l'observance déclarés par les patients et par les prestataires. Cette revue a révélé que les taux d'observance étaient inférieurs chez les peuples autochtones par rapport aux peuples non autochtones, et elle a souligné les barrières à l'observance suivantes :

- le fait d'avoir d'autres priorités, y compris des obligations socioculturelles;
- le coût;
- le partage ou l'échange de médicaments;
- l'arrêt de la pharmacothérapie lorsqu'on se sent mieux;
- des problèmes liés à l'obtention de médicaments pendant les absences du domicile;
- l'oubli de la prise de ses médicaments;
- les valeurs religieuses;
- une conservation non sécuritaire des médicaments à domicile.(70)

Pour ce qui est des facilitateurs, il a été démontré que les aides à l'administration des doses, l'engagement des communautés autochtones et la participation à la délivrance des médicaments, ainsi que les réductions des coûts des médicaments, augmentaient l'observance.(70) L'autre revue étudiait les retombées des rétroactions reçues par les médecins au sujet de l'observance à la pharmacothérapie par leurs patients, et il s'est avéré que cela n'améliorait pas ladite observance, les résultats des patients ou l'utilisation des ressources en matière de santé.(71)

Quatre revues visaient les enjeux et les stratégies ayant trait aux rapports, au maintien et/ou au réengagement dans les soins du VIH. Une récente méta-analyse de grande qualité a indiqué que même si les rapports globaux aux soins du VIH étaient élevés dans les études incluses, les facteurs associés à des résultats de rapports négatifs (p. ex., l'entrée tardive dans les soins du VIH ou le fait de ne jamais avoir accédé à des soins) étaient les suivants :

- contracter le VIH par contact hétérosexuel ou consommation de drogues injectables;
- être plus jeune au moment du diagnostic;
- avoir un niveau d'éducation inférieur;
- se sentir bien au moment du diagnostic;
- recevoir un diagnostic dans un établissement autre qu'une clinique de vénérologie.(72)

Une autre revue de faible qualité effectuée récemment a révélé que l'état psychologique d'une personne au moment du diagnostic du VIH était un facteur déterminant important pour son engagement dans les soins du VIH, les émotions négatives contribuant au désengagement et les services d'éducation et de consultation facilitant l'engagement.(73) La même revue a indiqué que les partenariats entre les patients et les prestataires et les réseaux sociaux de soutien étaient des facilitateurs importants des rapports aux soins et du maintien dans ces soins, tandis que les contraintes de la vie et la distance géographique représentaient des obstacles à l'engagement.(73) De plus, une récente revue de faible qualité a permis de découvrir que les séances de consultation axées sur les forces pour la prise en charge des cas produisaient des effets positifs pour les rapports et le maintien dans les résultats liés aux soins du VIH chez les patients.(74) La même revue a révélé que les stratégies comme le regroupement de services, la mise en œuvre d'un système de rappel interactif relatif à la prestation de soins et l'encouragement des patients à respecter leurs consultations médicales en personne et par téléphone amélioraient les taux de maintien dans les soins du VIH.(74) Pour ce qui est des rapports aux soins du VIH, la même revue a permis de découvrir que la mise en œuvre d'une politique de planification d'une consultation d'orientation lorsque les nouveaux patients d'une clinique prennent un rendez-vous améliorait les

rapports aux soins.(74) Enfin, une revue de qualité moyenne et plus ancienne a permis de définir plusieurs stratégies qui augmentent le maintien dans les soins primaires du VIH, notamment :

- s'appuyer sur les forces des patients et les aider dans leur navigation des soins;
- réduire les barrières par un accompagnement aux rendez-vous;
- offrir un soutien au transport, une sensibilisation et des soins adaptés sur le plan culturel;
- envoyer des rappels de rendez-vous;
- employer des pairs dans l'équipe de soins.(75)

Deux revues se sont concentrées sur les points de vue de personnes vivant avec le VIH et sur divers aspects de leurs soins. Une revue de grande qualité a permis de constater que les personnes vivant avec le VIH citaient fréquemment les points suivants en rapport avec leur accès aux soins requis :

- le traitement des patients par un personnel impersonnel, expéditif, discriminatoire et/ou critique;
- de longs délais d'attente;
- des ressources financières limitées ou de la difficulté à payer les frais de service;
- la peur de la divulgation.(76)

Pour relever ces défis, la deuxième revue a permis de cibler sept aspects des soins qui sont valorisés par les personnes vivant avec le VIH : 1) des relations solides avec les prestataires de soins; 2) l'expertise des prestataires en matière de VIH; 3) la prise en compte de considérations d'ordre pratique à l'égard de la prestation de soins; 4) la disponibilité du soutien et de l'information pour permettre une autogestion de la santé; 5) la coordination des services; 6) la confidentialité de tous les aspects des soins; 7) l'engagement des patients dans les décisions relatives au traitement.(77)

Deux revues ont consisté à évaluer les interventions visant à intégrer les services liés au VIH et les aides en santé mentale pour les adultes vivant avec le VIH. Une revue de grande qualité et récente présentait plusieurs modèles prometteurs intégrant les services liés au VIH et à la santé mentale, notamment : 1) l'intégration en un lieu unique, avec une collaboration interdisciplinaire rehaussée et une diminution des barrières à l'accès pour les patients; 2) l'intégration dans plusieurs établissements, qui soutenait les personnes souffrant de plusieurs affections comorbides par l'entremise de réseaux collaboratifs de centres spécialisés; 3) des soins intégrés coordonnés par un gestionnaire de cas individuel, qui soutenait la continuité des soins.(78) Une autre revue de grande qualité et récente révélait que les interventions psychosociales de groupe qui étaient fondées sur des approches de thérapie cognitivo-comportementale amélioraient les indices de dépression chez les adultes vivant avec le VIH/sida.(79)

Enfin, nous avons identifié cinq revues qui étudiaient différents modèles de prestation pour la gestion des maladies chroniques. Parmi ces cinq revues, trois étaient axées sur le modèle de soins des maladies chroniques, une abordait les modèles de soins primaires et une explorait les modèles de soins propres au VIH. Une revue de qualité moyenne et plus ancienne examinant l'efficacité du modèle de soins des maladies chroniques pour les personnes atteintes du VIH a permis d'établir que les interventions des systèmes d'aide à la décision et d'information clinique apportaient une contribution positive à plusieurs résultats, y compris les résultats immunologiques ou virologiques, les résultats médicaux, les résultats psychosociaux et les résultats économiques.(80) Deux revues récentes, une de faible qualité et l'autre de qualité moyenne, ont cerné des facilitateurs clés rapportés par les patients et/ou par les prestataires pour la mise en œuvre d'un modèle de soins des maladies chroniques dans les soins primaires, y compris ce qui suit :

- assurer l'acceptabilité des modèles de soins des maladies chroniques aux prestataires et aux patients;
- préparer les prestataires aux changements;
- apporter un soutien aux patients;
- offrir des ressources appropriées pour appuyer le modèle;
- mobiliser les parties prenantes (p. ex., dans l'élaboration, la mise en œuvre et le contrôle et l'évaluation du modèle);
- bâtir des réseaux solides et augmenter la communication entre les prestataires et les organismes participant au modèle;

- nourrir une culture organisationnelle qui appuie la mise en œuvre de soins multidisciplinaires ou axés sur le patient;
- assurer l'opérationnalisation de toutes les composantes du modèle de soins des maladies chroniques;
- établir un leadership solide, engagé et engageant, y compris une administration et des superviseurs solidaires;
- perfectionner les connaissances des prestataires relativement au modèle de soins des maladies chroniques et à leur rôle dans ce modèle.(81; 82)

Outre ces facilitateurs, on a aussi relevé plusieurs obstacles dans la revue de moindre qualité qui étudiait la mise en œuvre du modèle de soins des maladies chroniques dans des établissements de soins primaires, notamment :

- l'absence d'exécution de processus d'intervention par le personnel;
- le roulement et la perte de personnel et de directeurs;
- le manque de dévouement et d'intérêt de la part de la direction et les ressources limitées pour la mise en œuvre;
- le manque de responsabilisation et de soutien de la part de la haute direction;
- les prestataires qui se faisaient de fausses idées n'étaient pas convaincus de l'efficacité du modèle, ou manquaient d'information.(81; 82)

La quatrième revue se rapportant aux modèles de prestation a consisté à évaluer quatre types de modèles de soins différents pour les adultes vivant avec le VIH : les soins spécialisés, les soins donnés par des praticiens expérimentés, les soins dispensés par des équipes et les soins partagés.(83) Cette revue a permis de constater que les soins spécialisés permettaient de meilleurs résultats de santé pour les patients et que l'on obtenait de meilleurs résultats avec des cliniciens chevronnés.(83) Cependant, les données disponibles pour décrire l'efficacité d'autres modèles de soins étaient limitées.(83) La cinquième revue cherchait à isoler les effets des principaux aspects des réformes des soins primaires au Canada par rapport au rendement du système de santé. Cette revue a révélé que même si les aspects axés sur l'équipe de ces réformes étaient associés à une diminution statistiquement significative des consultations au service de l'urgence, les données probantes relatives aux admissions à l'hôpital produisaient des conclusions variables.(84)

Le tableau 3 présente un sommaire des résultats clés provenant des données probantes analysées par les auteurs de cette synthèse. Pour les personnes qui souhaiteraient en savoir davantage sur les revues systématiques contenues dans le tableau 3 (ou obtenir les références bibliographiques des revues), l'annexe 1 présente une description plus complète desdites revues.

Tableau 3 : Résumé des principaux constats issus des revues systématiques pertinentes à l'élément 1 – Renforcer les soins complets du VIH dans le système de santé

Catégorie de constat	Sommaire des principaux constats
Avantages	<p>Amélioration des tests de dépistage aux points de service (p. ex., accès aux tests et personnes en mesure de fournir les tests) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une revue de grande qualité et récente indiquait que le test des CD4 aux points de service peut améliorer le maintien dans les soins avant d'entamer le TAR et peut également réduire le délai d'évaluation de l'admissibilité.(69) • Une revue de faible qualité et récente révélait que les jeunes acceptaient et préféraient les tests de dépistage du VIH rapides aux points de service lorsqu'on les leur propose, et que les patients ayant choisi une méthode rapide aux points de service étaient plus susceptibles de recevoir les résultats de leur test dans la période de suivi par rapport aux personnes ayant choisi un test traditionnel.(68) <p>Adoption d'approches axées sur le patient et « holistiques » à l'égard des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une revue de grande qualité et récente évaluant des programmes ou des services visant à intégrer les services liés au VIH et à la santé mentale dans des populations adultes relevait plusieurs modèles d'intégration prometteurs mettant en cause des services pour le VIH et en santé mentale, notamment : 1) l'intégration en un lieu unique; 2) l'intégration dans plusieurs établissements; 3) des soins intégrés coordonnés par un gestionnaire de cas individuel.(78) • Une revue de qualité moyenne et plus ancienne étudiant l'efficacité du modèle de soins des maladies chroniques pour les personnes atteintes du VIH a permis d'établir que les interventions des systèmes d'aide à la décision et d'information clinique apportaient une contribution positive à plusieurs résultats, y compris les résultats immunologiques ou virologiques, les résultats médicaux, les résultats psychosociaux et les résultats économiques.(80) • Une revue de grande qualité et récente révélait que les interventions psychosociales de groupe qui étaient fondées sur la thérapie cognitivo-comportementale avaient une incidence positive sur les indices de dépression chez les adultes vivant avec le VIH/sida.(79) • Une revue de faible qualité et récente évaluant les résultats de santé pour les patients et les soins primaires chez les adultes vivant avec le VIH à l'échelle de plusieurs types de modèles de prestation différents a laissé entendre que les soins spécialisés permettaient l'obtention de résultats cliniques améliorés.(83) • Une revue de qualité moyenne et plus ancienne a permis de déterminer plusieurs stratégies qui améliorent le maintien dans les soins primaires du VIH, notamment : 1) s'appuyer sur les forces des patients et les aider dans leur navigation des soins; 2) réduire les obstacles par un accompagnement aux rendez-vous, un soutien au transport, une sensibilisation et des soins adaptés sur le plan culturel; 3) envoyer des rappels de rendez-vous; 4) employer des pairs dans l'équipe de soins.(75) • Une récente revue de faible qualité a permis de découvrir que les séances de consultation axées sur les forces pour la prise en charge des cas produisaient des effets positifs pour les rapports et le maintien dans les résultats liés aux soins du VIH chez les patients.(74) • Une revue de grande qualité et récente révélait que les aspects axés sur l'équipe des réformes des soins primaires au Canada étaient associés à une diminution statistiquement significative des consultations au service de l'urgence.(84) <ul style="list-style-type: none"> ○ Cette même revue a permis de constater que les modèles axés sur les équipes, les modèles de capitation mixte et les incitatifs au rendement étaient associés à des améliorations modestes dans les processus de soins.(84) • Une récente revue de faible qualité a indiqué que l'évaluation de la capacité et des besoins organisationnels avant et pendant la mise en œuvre du modèle de soins des maladies chroniques dans des établissements de soins primaires constituait un facilitateur clé.(82)

Catégorie de constat	Sommaire des principaux constats
Inconvénients	<p>Adoption d'approches axées sur le patient et « holistiques » à l'égard des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une revue de grande qualité et récente a permis de découvrir plusieurs facteurs associés au retard dans les rapports aux soins du VIH ou à l'absence desdits rapports : 1) contracter le VIH par contact hétérosexuel ou consommation de drogues injectables; 2) être plus jeune au moment du diagnostic; 3) avoir un niveau d'éducation inférieur; 4) se sentir bien au moment du diagnostic; 5) recevoir un diagnostic en dehors d'une clinique de vénérologie.(72) • Une revue de faible qualité et récente révélait que les mauvaises relations entre les patients et les prestataires avaient des répercussions négatives sur les rapports au traitement du VIH et le maintien dans les soins; cependant, ce point peut être résolu en donnant une éducation aux prestataires.(73)
Coûts et/ou rapport coût-efficacité en lien avec le statu quo	<ul style="list-style-type: none"> • On n'a pas identifié d'évaluations économiques ni d'études de coûts qui donnaient des renseignements au sujet des coûts ou du rapport coût-efficacité.
Incertitude concernant les avantages et les inconvénients potentiels (pour justifier la surveillance et l'évaluation si l'option est retenue)	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a incertitude parce qu'aucune revue systématique n'a été recensée. <ul style="list-style-type: none"> ○ Sans objet • Il y a incertitude parce qu'aucune étude n'a pu être recensée malgré des recherches exhaustives dans le cadre d'une revue systématique. <ul style="list-style-type: none"> ○ Sans objet – aucune revue « vide » n'a été découverte • Absence d'un message clair émanant des études incluses dans un examen systématique <ul style="list-style-type: none"> ○ Adoption d'approches axées sur le patient et « holistiques » à l'égard des soins : <ul style="list-style-type: none"> ▪ On n'a obtenu aucun message clair à partir d'une revue de grande qualité et récente qui étudiait les effets des rétroactions reçues par les médecins au sujet de l'observance médicamenteuse par leurs patients, et il s'est avéré que cela n'améliorait pas ladite observance, les résultats des patients ou l'utilisation des ressources en matière de santé.(71) ▪ On n'a pas dégagé de données probantes claires d'une revue de grande qualité et récente au sujet des effets des interventions psychosociales de groupe sur l'anxiété, le stress et l'adaptation chez les adultes vivant avec le VIH/sida.(79) ▪ Une revue de grande qualité et récente indiquait que même si le partage de renseignements de santé facilitait la communication entre les services et qu'il était considéré comme important par certains patients, il existait également des préoccupations concernant la sécurité et la confidentialité.(77) ▪ Une revue de faible qualité et récente permettait de constater que même si les soins spécialisés favorisaient une amélioration des résultats de santé des patients, les données disponibles pour les autres modèles de soins examinés étaient limitées (c'est-à-dire les soins donnés par des praticiens expérimentés, les soins dispensés par des équipes et les soins partagés).(83) • Une revue de grande qualité et récente révélait que les effets des aspects axés sur l'équipe des réformes des soins primaires au Canada relatives aux admissions à l'hôpital étaient non concluants.(84)
Éléments clés de l'option politique si elle a été appliquée ailleurs	<ul style="list-style-type: none"> • On n'a identifié aucune revue systématique qui fournissait des renseignements sur le sous-élément s'il était essayé ailleurs
Opinions et expérience des parties prenantes	<p>Adoption d'approches axées sur le patient et « holistiques » à l'égard des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une revue exploratoire a révélé que les perspectives les plus fréquemment rapportées des personnes vivant avec le VIH sur l'accès aux soins de santé comprenaient ce qui suit : 1) le traitement des patients par un personnel impersonnel, expéditif, discriminatoire et/ou critique; 2) de longs délais d'attente; 3) des ressources financières limitées ou de la difficulté à payer les frais de service; 4) la peur de la divulgation.(76) • Une revue de grande qualité et récente portait sur les attitudes des professionnels de la santé à l'égard de l'observance médicamenteuse par les peuples autochtones en Australie qui sont atteints d'affections chroniques, et elle a permis de découvrir que parmi les études comprises, les professionnels de la santé ont déclaré que les peuples autochtones en Australie n'observaient pas leur traitement de manière adéquate, ce qui avait des effets négatifs sur leurs résultats de santé.(70)

Catégorie de constat	Sommaire des principaux constats
	<ul style="list-style-type: none"> • Une revue de qualité moyenne et récente a permis de définir plusieurs facilitateurs rapportés par les patients et/ou par les prestataires pour la mise en œuvre d'un modèle de soins des maladies chroniques dans les soins primaires, y compris : 1) l'acceptabilité des modèles de soins des maladies chroniques aux prestataires et aux patients; 2) préparation des prestataires aux changements; 3) soutien aux patients; 4) offre de ressources appropriées; 5) mobilisation des parties prenantes.(81) • Une revue de grande qualité et récente a permis de cerner plusieurs aspects des soins qui sont valorisés par les personnes vivant avec le VIH : 1) relations avec les prestataires de soins; 2) expertise des prestataires; 3) considérations d'ordre pratique; 4) soutien et information; 5) coordination des services; 6) confidentialité; 7) engagement des patients dans les décisions relatives au traitement.(77) • Une revue narrative récente mentionnait que la baisse accusée par les taux de dépistage du VIH chez les personnes âgées pourrait être attribuée au fait que les patients âgés ne se voient pas comme étant exposés au risque d'infection par le VIH.(85)

Élément 2 – Rendre accessible des aides à l'échelle des systèmes sociaux afin de répondre à tous les défis auxquels sont confrontées les personnes vivant avec le VIH

L'objectif de cet élément est de s'assurer que les efforts visant à diagnostiquer les personnes vivant avec le VIH et à les engager dans les soins sont exhaustifs. Cela nécessitera une intégration des soins que reçoivent les personnes vivant avec le VIH de la part des systèmes de santé (p. ex., par les types d'activités compris dans l'élément 1) avec ceux des systèmes sociaux en vue de relever les nombreux défis uniques auxquels elles sont confrontées et qui peuvent rendre difficile l'obtention d'un diagnostic et/ou des soins nécessaires ainsi que l'engagement dans lesdits soins (p. ex., la santé mentale et la toxicomanie, la stigmatisation, la pauvreté, l'accès au logement, l'emploi, la sécurité alimentaire, la criminalisation).

Cet élément pourrait dès lors comprendre les activités axées sur la prestation intégrée ainsi que sur les modalités financières et de gouvernance dans les systèmes de santé et les systèmes sociaux, et les activités possibles dans chacun des domaines sont énumérées ci-dessous.

- Arrangements de prestation
 - Aides à la navigation améliorées pour les personnes vivant avec le VIH afin d'assurer des soins harmonieux entre les systèmes de santé et les systèmes sociaux (p. ex., appui à l'accès aux aides sociales nécessaires par les établissements de soins primaires)
 - Équipes interdisciplinaires qui comprennent les personnes pouvant donner un accès aux aides nécessaires à partir des systèmes sociaux
 - Réseaux de soutien des pairs pour donner un appui à la navigation du système de la part de personnes possédant un savoir expérientiel approfondi, ainsi que des aides psychosociales offertes par d'autres qui ont un vécu
- Arrangements financiers
 - Budgétisation flexible qui permet de faciliter le flux de fonds entre les systèmes et le redéploiement de fonds au sein des systèmes pour répondre aux besoins naissants et/ou pour intégrer de nouvelles approches prometteuses
- Arrangements de gouvernance
 - Un modèle de gouvernance partagé qui permet un processus décisionnel collaboratif à l'échelle des systèmes de santé et des systèmes sociaux (p. ex., les équipes interministérielles chargées de l'élaboration de politiques) ainsi que des niveaux qui les composent (p. ex., par une collaboration et une coordination rehaussées entre les décideurs provinciaux, régionaux et locaux) afin de mieux soutenir une approche « holistique » à l'égard de la prestation de soins et de la mise à disposition d'aides

Principaux résultats obtenus des panels de citoyens

Les participants considéraient cet élément comme le plus fondamental, mais potentiellement le plus difficile à réaliser. Les participants au panel de Winnipeg ont été unanimes à déclarer qu'il faudrait accorder la priorité aux mesures prises en vue de renforcer les systèmes sociaux, étant donné que cette façon de faire résoudrait les difficultés sous-jacentes (p. ex., le logement, la pauvreté et la stigmatisation) qui exposent les personnes au VIH et compliquent l'obtention d'un diagnostic et l'engagement dans les soins. Dans le cadre des délibérations relatives à cet élément, on a également insisté sur le fait que le renforcement des systèmes sociaux est particulièrement important pour les groupes difficiles d'atteinte et marginalisés, et que la mobilisation de pairs ayant une expérience vécue en matière d'offre d'un soutien et d'une aide par rapport à la navigation du système est cruciale.

Tableau 4. Résumé des valeurs et des préférences des citoyens à l'égard de l'élément 2

Valeurs exprimées	Préférences quant à la mise en place de l'élément
<ul style="list-style-type: none"> • Égalité/équité dans l'accès aux services sociaux • Relations de confiance entre clients, prestataires et organismes au sein des systèmes sociaux • Collaboration entre clients, prestataires et organismes au sein des systèmes sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Combiner sous un même toit les aides dans les systèmes de santé et les systèmes sociaux pour rehausser les soins coordonnés <ul style="list-style-type: none"> ○ Une suggestion précise était d'élaborer et de mettre sur pied des équipes de santé communautaire pour la coordination des aides requises, surtout après le diagnostic, lorsque les personnes sont souvent vulnérables et ont besoin de soutien ○ Par exemple, on a mis l'accent sur le fait que lorsque les personnes quittent le cabinet d'un médecin, elles doivent être en rapport avec quelqu'un du système social afin de pouvoir se faire aider concernant l'accès aux médicaments requis, une alimentation saine et un logement stable, ainsi que pour pouvoir poser leurs questions ou obtenir un accès aux ressources nécessaires • Soutenir la navigation du ou des systèmes grâce à des travailleurs communautaires ou des pairs ayant un vécu (p. ex., chacun des groupes de discussion a déterminé qu'une approche de système de jumelage était importante, surtout pour les plus petites régions où il n'y a peut-être pas de personnes formées pour apporter une aide) • Augmenter l'accès à un logement supervisé abordable ainsi que les investissements dans les banques alimentaires • Combiner et mobiliser les aides existantes (p. ex., offrir de la nourriture lorsqu'on dirige une clinique de santé ou des camionnettes d'échange de seringues offrant des tests de dépistage aux points de service)

Résultats clés provenant des revues systématiques

Nous avons défini 15 revues systématiques potentiellement pertinentes à ces sous-éléments, lesquels sont liés à la mise à disposition d'aides à l'échelle des systèmes sociaux qui sont nécessaires pour s'attaquer à l'éventail complet de défis auxquels sont confrontées les personnes vivant avec le VIH.

Arrangements de prestation

Pour les arrangements de prestation, nous avons trouvé neuf revues systématiques qui abordaient les efforts destinés à intégrer les modalités des systèmes de santé et des systèmes sociaux pour les personnes vivant avec le VIH. Une revue de qualité moyenne et récente a permis de déterminer que la mise à disposition d'un soutien au logement pour les personnes vivant avec le VIH était associée au recours courant aux services de soins primaires.(86) Un logement stable augmentait également l'utilisation de médicaments antirétroviraux chez les personnes séropositives, une observance médicamenteuse plus faible étant associée au logement instable.(86)

Cinq revues récentes, une de qualité élevée et quatre de qualité moyenne, ont permis de découvrir un certain nombre d'avantages aux aides à la navigation améliorées (p. ex., les gestionnaires de cas, les parties prenantes pivots et les infirmières pivots), y compris :

- la détermination des obstacles comme l'assurance maladie, l'emploi, le soutien émotionnel et social, le transport et la continuité des soins;(87-90)
- un meilleur respect des rendez-vous;(87; 91)
- de meilleurs rapports aux soins et un meilleur maintien dans ces soins;(88)
- une amélioration de l'adoption de la médication et de la suppression de la charge virale;(88)
- une diminution des consultations au service de l'urgence.(91)

Une revue exploratoire récente a examiné les façons dont le système de justice pénale aux États-Unis pouvait être mis à contribution pour augmenter les interventions liées au VIH chez les femmes.(92) La revue a permis de trouver des effets positifs sur les connaissances et le comportement liés à la santé, notamment l'augmentation de l'utilisation de préservatifs, la baisse du partage de seringues et l'augmentation de la connaissance et de l'observance du traitement ayant trait au VIH.(92) Différentes interventions étaient mieux adaptées à différents points d'accès du système de justice pénale, y compris des établissements fermés (p. ex., prison ou pénitenciers), des établissements communautaires (p. ex., cour des libérations conditionnelles, agents de probation ou services de police), ou d'autres établissements (p. ex., des programmes de logements de transition).(92) De plus, dans la prise en considération de la mise en œuvre d'interventions liées au VIH dans des établissements de justice pénale fermés aux États-Unis, des défis se sont présentés en raison de la variabilité dans le financement local et étatique.(92)

Deux revues de qualité moyenne et récentes ont permis d'établir que les rapports et la prestation de soins efficaces étaient facilités par la collaboration et la communication entre les patients, les prestataires (p. ex., les professionnels de la santé, le personnel de soutien et les gestionnaires de cas formés) et les communautés (p. ex., les patients, les familles et les pairs).(90; 93) Les mécanismes nécessaires à l'amélioration de la communication à l'échelle des prestataires, notamment un nombre de réunions accru, peuvent imposer des coûts.(90) En outre, l'intégration des soins pour les affections chroniques et le VIH repose sur le soutien institutionnel et les changements dans la culture organisationnelle, notamment le regroupement des services et le partage d'information efficace.(90) Alors qu'il s'est avéré que les approches intégrées à l'égard de la prestation entraînaient toute une série d'avantages, les examens ont également permis de découvrir les dangers potentiels relatifs au soutien des personnes vivant avec le VIH. Par exemple, on a jugé que l'intégration de la prise en charge du VIH et des affections chroniques imposait une charge de travail supplémentaire au personnel de santé, ce qui peut augmenter son stress.(90) En outre, la stigmatisation, les renseignements erronés concernant le VIH, l'anxiété et la peur peuvent contribuer aux craintes des patients et avoir des effets négatifs sur les rapports aux soins.(90; 93)

Une revue exploratoire récente a consisté à évaluer l'intégration des déterminants sociaux de la santé dans des plans de soins partagés globaux.(94) La revue a permis de définir plusieurs thèmes en lien avec les efforts visant la mise en place de ladite intégration, qui comprenait les besoins suivants : 1) intégration des secteurs de santé et des secteurs sociaux; 2) optimisation de l'interopérabilité (p. ex., pour le soutien aux décisions entre la prestation et la réception de soins et de soutien, et pour les systèmes d'information qui peuvent être utilisés pour faciliter les interactions, réduire les erreurs, éviter les soins redondants et fournir des renseignements ciblés

à ceux qui en ont besoin); 3) normalisation des concepts et des interventions; 4) appui à la mise en œuvre des processus; 5) lutte contre le tribalisme professionnel (c'est-à-dire lorsque les valeurs d'autres professions ne sont pas respectées); 6) garantie de la centralité du patient(94)

Arrangements financiers

Nous avons ciblé deux revues de faible qualité, une récente et l'autre plus ancienne, qui se concentraient sur les arrangements financiers en vue de soutenir l'intégration des systèmes de santé et des systèmes sociaux. La première revue a permis de constater que trois types de mécanismes financiers pouvaient soutenir les activités de promotion de la santé collaboratives et intersectorielles : 1) des fonds d'affectation spéciale octroyés par un ministère ou un organisme; 2) un financement délégué (p. ex., des fonds alloués à un organisme indépendant tel qu'une fondation pour la promotion de la santé); 3) une budgétisation conjointe entre différents secteurs.(95) Cette revue a révélé que le gouvernement local jouait un rôle crucial dans ces mécanismes de financement.(95)

La deuxième revue a permis de constater que le financement intégré des soins et des aides dans les systèmes de santé et les systèmes sociaux donnait lieu à certaines conséquences inattendues, notamment un congé prématuré de l'hôpital et un risque de réadmission accru.(96) Cette revue a révélé que les avis du personnel, des patients et des professionnels de soins à propos de leur expérience par rapport au financement intégré étaient partagés, et il faisait part de résultats à la fois positifs (p. ex., amélioration de l'accès et des connaissances relatifs aux services) et négatifs (p. ex., se sentir moins concerné par les soins).(96) La revue s'est penchée en outre sur le potentiel de l'intégration du financement dans les soins coordonnés, mais il n'a pas permis de trouver d'études axées exclusivement sur le financement.(96) Les études incluses dans la revue se concentraient plutôt sur les efforts collectifs du financement intégré et des soins intégrés.(96)

Arrangements de gouvernance

Nous avons ciblé trois revues qui étudiaient les arrangements de gouvernance pour permettre une collaboration transsectorielle. Deux des revues visaient la réduction des inégalités dans la santé par des mesures intersectorielles. Une des revues explorait des concepts et des cadres en vue de décrire les processus intersectoriels et les définitions proposées pour quatre termes clés :

- action intersectorielle – travailler avec plus d'un secteur pour résoudre un enjeu d'intérêt commun afin d'atteindre de meilleurs résultats que ceux obtenus en travaillant indépendamment;
- action intersectorielle pour la santé – une relation établie entre les volets du secteur de la santé et ceux d'un autre secteur qui a été formé pour aborder une question de santé, d'une façon plus avantageuse que l'action d'un secteur unique;
- collaboration intersectorielle – travailler avec plus d'un secteur de la société pour prendre des mesures à propos d'un domaine d'intérêt mutuel pour atteindre de meilleurs résultats que ceux obtenus en travaillant indépendamment;
- politique intersectorielle – les politiques concernant la santé qui touchent les secteurs externes aux services de santé, mais qui sont habituellement élaborées en collaboration avec le secteur de la santé.(97)

Cependant, les auteurs de cette revue ont constaté une absence de cadre conceptuel global sur le sujet, et ils ont souligné que l'élaboration d'un cadre contribuerait à de solides analyses futures de l'action intersectorielle.(97)

Les autres revues se concentraient davantage sur la manière dont les approches de gouvernance sont utilisées. L'une de ces revues (aussi une revue exploratoire) se penchait sur des cas de mesures gouvernementales intersectorielles pour l'équité en santé, notamment les interventions ciblant les déterminants de la santé intermédiaires ou en aval.(98) Même si cette revue a révélé que la mise en œuvre dépendait de la coopération et de la coordination entre les secteurs gouvernementaux, les auteurs ont souligné qu'il était nécessaire d'acquérir des connaissances plus approfondies auprès d'un plus vaste éventail de parties prenantes afin de comprendre le fonctionnement de l'action intersectorielle axée sur le gouvernement.(98) Enfin, une revue de faible qualité récente portait sur les questions d'équité dans le régime national d'assurance invalidité en Australie (Australian National Disability Insurance Scheme), en se concentrant sur les principales disparités existant actuellement

entre les résultats de santé et les résultats liés à la santé.(99) Alors que ce régime est actuellement mis en œuvre, la revue a permis de relever le potentiel d'amélioration de la santé de la population.(99) Plus précisément, on a cerné trois thèmes interdépendants relatifs à l'équité qu'il était important de prendre en considération : 1) reconnaître les différences entre les types d'invalidité et soutenir la capacité d'une personne à faire des choix et à exercer un contrôle en matière de soins; 2) utiliser une approche axée sur le marché et soutenir le droit d'une personne à choisir les services et le soutien requis; 3) prendre conscience que les marchés locaux basés sur la diversité géographique mettent beaucoup de temps à se développer et qu'ils peuvent être moins réalisables dans les secteurs « étroits » (c'est-à-dire dans les zones rurales et éloignées comptant un nombre limité de professionnels).(99)

Le tableau 5 présente un sommaire des résultats clés provenant des données probantes tirés par les auteurs de cette synthèse. Pour les personnes qui souhaiteraient en savoir davantage sur les revues systématiques contenues dans le tableau 5 (ou obtenir les références bibliographiques des revues), l'annexe 2 présente une description plus complète desdites revues.

Tableau 5 : Résumé des principaux constats issus des revues systématiques pertinentes à l'élément 2 – Rendre accessible des aides à l'échelle des systèmes sociaux afin de répondre à tous les défis auxquels sont confrontées les personnes vivant avec le VIH

Catégorie de constat	Sommaire des principaux constats
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Arrangements de prestation <ul style="list-style-type: none"> ○ Cinq revues récentes, une de qualité élevée et quatre de qualité moyenne, ont permis de découvrir les avantages suivants aux aides à la navigation améliorées (p. ex., les gestionnaires de cas, les parties prenantes pivots et les infirmières pivots), y compris : <ul style="list-style-type: none"> ▪ la détermination des obstacles comme l'assurance maladie, l'emploi, le soutien émotionnel et social, le transport et la continuité des soins;(87-90) ▪ un meilleur respect des rendez-vous;(87; 91) ▪ de meilleurs rapports aux soins et un meilleur maintien dans ces soins;(88) ▪ une amélioration de l'adoption de la médication et de la suppression de la charge virale;(88) ▪ une diminution des consultations au service de l'urgence.(91) ○ Une revue de qualité moyenne et récente a révélé que les collaborations et les relations transversales entre les patients, les prestataires, les familles et les communautés ont permis une meilleure communication.(90) ○ Une revue de qualité moyenne et récente a révélé que la mise à disposition d'un soutien au logement pour les personnes vivant avec le VIH était associée au recours courant aux services de soins primaires.(86) ○ Une revue exploratoire récente a révélé que le système de justice pénale pouvait être mis à profit pour augmenter les interventions liées au VIH dans des établissements fermés, communautaires ou autres.(92) ○ Une revue de qualité moyenne et récente a permis de découvrir que les rapports efficaces aux interventions de soins insistaient sur la délégation des tâches, le rayonnement communautaire ainsi que l'intégration des soins du VIH dans les services de santé primaires et dans les soins à l'initiative au prestataire.(93) <ul style="list-style-type: none"> ▪ La revue a permis également de relever des thèmes transversaux d'interventions réussies, y compris la rétroaction de divers prestataires, les systèmes d'aiguillage actif, la gestion et le soutien des cas, le soutien des familles et des pairs ainsi que les interactions positives avec les prestataires.(93) • Arrangements financiers <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue de faible qualité et récente a permis de constater que trois types de mécanismes financiers pouvaient soutenir les activités de promotion de la santé collaboratives et intersectorielles : 1) des fonds d'affectation spéciale; 2) un financement délégué; 3) une budgétisation conjointe.(95) • Arrangements de gouvernance <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue de qualité moyenne et récente a permis d'établir qu'un soutien de haut niveau était nécessaire à la réussite de l'intégration des services liés au VIH et aux affections chroniques, ce qui pouvait nécessiter des changements dans la culture organisationnelle afin de se frayer un chemin dans les cultures antagonistes des personnes prenant part aux soins et de les soutenir.(90)

Catégorie de constat	Sommaire des principaux constats
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> • Arrangements de prestation <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue de qualité moyenne et récente a permis de constater que l'intégration de la prise en charge du VIH et des affections chroniques imposait une charge de travail supplémentaire au personnel, ce qui est susceptible d'aggraver son stress.(90) <ul style="list-style-type: none"> ▪ La revue a conclu en outre que la stigmatisation exprimée par les prestataires pouvait limiter l'accessibilité des services et contribuer aux craintes des clients.(90) ○ Une revue de qualité moyenne et récente a permis de déterminer que les problèmes tels que les renseignements erronés au sujet du VIH, l'anxiété, la peur et la stigmatisation avaient des effets négatifs sur les rapports aux initiatives en matière de soins.(93) • Arrangements financiers <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue de faible qualité et plus ancienne portant sur les formules de financement intégrées dans les soins de santé a évoqué des conséquences inattendues, notamment un congé prématuré de l'hôpital et un risque de réadmission accru.(96)
Coûts et/ou rapport coût-efficacité en lien avec le statu quo	<ul style="list-style-type: none"> • Arrangements de prestation <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue de qualité moyenne et récente a rapporté que les mécanismes nécessaires à l'amélioration de la communication entre les prestataires de services (p. ex., un nombre accru de réunions) pouvaient imposer des coûts de transaction.(90) • Arrangements de gouvernance <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue exploratoire récente examinant les interventions liées au VIH dans le système de justice pénale aux États-Unis a révélé que même si les programmes dans un établissement fermé étaient prometteurs, il existait des difficultés en raison de la variabilité dans le financement local et étatique.(92)
Incertitude concernant les avantages et les inconvénients potentiels (pour justifier la surveillance et l'évaluation si l'option est retenue)	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'un message clair émanant des études incluses dans une revue systématique <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue de faible qualité et récente étudiant l'inclusion des déterminants sociaux de la santé dans la littérature évaluée par des pairs a permis de constater que la majorité des articles étaient très peu axés sur ce sujet.(100) ○ Une revue de faible qualité et plus ancienne portant sur le potentiel du financement intégré dans les soins coordonnés n'a permis de trouver aucune étude axée exclusivement sur le financement, mais a permis plutôt de trouver des études qui évaluaient les efforts collectifs du financement intégré et des soins intégrés.(96) ○ Une revue de faible qualité et plus ancienne a consisté à explorer des concepts et des cadres en vue de décrire les processus intersectoriels et il a relevé l'absence de cadres conceptuels globaux dans le domaine.(97)
Éléments clés de l'option politique si elle a été appliquée ailleurs	<ul style="list-style-type: none"> • Arrangements de gouvernance <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue de faible qualité et récente consistait à explorer les questions d'équité avec le régime national d'assurance invalidité en Australie (Australian National Disability Insurance Scheme) et elle a révélé trois thèmes principaux relatifs aux inégalités dans les soins et les résultats : 1) les différences entre les types d'invalidité; 2) les différences émergeant des services d'invalidité et des marchés de soutien; 3) les inégalités croissantes entre les groupes en fonction de la localité.(99) ○ Une revue de qualité moyenne et plus ancienne a relevé des cas mondiaux d'action intersectorielle pour l'équité en santé mettant en cause des gouvernements, et elle a permis de constater que de nombreuses mesures intersectorielles avaient été déployées grâce à la coopération et à la coordination entre les secteurs gouvernementaux.(98)
Opinions et expérience des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> • Arrangements de prestation <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue de qualité moyenne et récente a consisté à évaluer l'état des connaissances pour l'intégration des déterminants sociaux de santé dans des plans de soins partagés complets en passant en revue les ateliers de dirigeants multidisciplinaires à la recherche d'un consensus.(94) <ul style="list-style-type: none"> ▪ La revue a révélé que les parties prenantes participant à ces ateliers étaient actives en informatique de même que dans les systèmes de santé et les systèmes sociaux, et elle a permis de conclure que la collaboration de ces domaines s'appuyait sur la désignation des besoins en matière d'information, des normes claires, l'accès à l'information, la découverte d'information automatisée dans les bases de données et l'autonomisation des citoyens.(94) • Arrangements financiers <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue de faible qualité et plus ancienne a consisté à étudier les avis du personnel, des patients et des prestataires de soins à propos d'un régime de financement et de soins intégrés, et elle a fait part de résultats à la fois positifs (p. ex., amélioration de l'accès et des connaissances relatifs aux services) et négatifs (p. ex., se sentir moins concerné par les soins).(96)

Élément 3 – Adopter une approche d'apprentissage et d'amélioration rapides afin de renforcer graduellement les systèmes de santé et les systèmes sociaux

Cet élément se concentre sur une approche d'apprentissage rapide par l'association des systèmes de santé, des systèmes sociaux et des systèmes de recherche qui est, à tous niveaux (autogestion, rencontre clinique, programme, organisme, régie de la santé régionale [ou provinciale], échelon de gouvernement) :

- ancrée dans les besoins, les perspectives et les aspirations des personnes vivant avec le VIH par l'entremise des « principes de la participation accrue des personnes vivant avec le VIH/sida (GIPA)/l'implication significative des personnes vivant avec le VIH/sida (MIPA) », afin d'améliorer les expériences de soins et la santé à des coûts raisonnables par habitant et avec des expériences positives pour les prestataires;
- éclairée par des données et des données probantes en temps opportun, notamment :
 - la saisie numérique, les rapports et le partage rapide des données où les systèmes saisissent, relient et partagent (à des personnes de tous les niveaux) des données (en situation réelle, pas dans des conditions idéales) sur les expériences des patients (liées aux services et aux transitions, ou de manière longitudinale), ainsi que les données sur d'autres indicateurs du processus (p. ex., rencontres cliniques et coûts) et des résultats (p. ex., l'incidence, la prévalence et l'état de santé dans différents groupes prioritaires);
 - la production opportune de données probantes issues de la recherche par les systèmes qui créent, synthétisent, conservent et partagent (à des personnes de tous les niveaux) des recherches sur les problèmes, les possibilités d'amélioration et les considérations liés à la mise en œuvre;
- appuyée par un soutien à la décision approprié et par des modalités harmonisées en matière de gouvernance, de finance et de prestation, à savoir :
 - des aides à la décision appropriées où les systèmes appuient un processus décisionnel éclairé à tous les niveaux à l'aide de données, de données probantes et de cadres décisionnels appropriés;
 - des modalités harmonisées en matière de gouvernance, de finance et de prestation qui permettent aux systèmes de déterminer qui peut prendre quelle décision (p. ex., en matière de priorités communes d'apprentissage), le fonctionnement du flux monétaire et la façon dont les systèmes sont organisés et harmonisés en vue de soutenir un apprentissage et une amélioration rapides à tous les niveaux;
- activée par une culture et des compétences en lien avec un apprentissage et une amélioration rapides lorsque les systèmes sont supervisés à tous les niveaux par des dirigeants engagés dans une culture de travail d'équipe, de collaboration et d'adaptabilité.

Principaux résultats obtenus des panels de citoyens

Bien que, dans une certaine mesure, les participants aient peiné avec les concepts inclus dans cet élément, l'importance de celui-ci a fait l'objet d'un consensus à l'échelle des panels. Un participant du panel de St. John's a indiqué que « cela semblait être une approche rationnelle ». On pensait qu'une approche d'apprentissage rapide était plus réalisable que celle consistant à réinventer la totalité des systèmes de santé et des systèmes sociaux. D'autres participants ont souligné que les aspects importants de l'approche sont que les petits changements couronnés de succès peuvent être transformés en initiatives de plus grande envergure, et que cela semble mieux correspondre aux cycles politiques qui fonctionnent également selon de courts délais. Un autre participant a souligné que l'utilisation de cette approche relative au remaniement des systèmes lui rappelait l'époque où les médicaments pour le VIH ont commencé à apparaître, étant donné qu'ils ont dû être rapidement évalués et ajustés.

Tableau 6. Résumé des valeurs et des préférences des citoyens à l'égard de l'élément 3

Valeurs exprimées	Préférences quant à la mise en place de l'élément
<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilisation • Collaboration entre patients/clients, prestataires et organismes au sein des systèmes de santé et des systèmes sociaux • Décisions fondées sur des données et des données probantes • Décisions fondées sur les valeurs et les préférences des citoyens • Amélioration continue (p. ex., la qualité des données relatives au VIH) • Garantie d'excellents résultats de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Un ou plusieurs organismes responsables sont nécessaires pour définir les changements pouvant être apportés, puis pour réaliser des contrôles et des évaluations de manière indépendante et intervenir immédiatement pour apporter les changements nécessaires • Élaborer et mettre en œuvre une base de données interconnectée qui est normalisée à l'échelle des provinces et des territoires afin de donner un accès opportun à des données et des preuves anonymes et continuellement mises à jour en vue de favoriser un apprentissage et un partage plus approfondis à l'échelle du pays. • Mettre l'accent sur des solutions locales qui peuvent ensuite être adaptées pour être utilisées ailleurs en fonction des données et des preuves ainsi que des valeurs et des préférences des citoyens • Des structures sont nécessaires pour veiller à ce que les processus soient dirigés par les communautés et par l'engagement significatif des personnes vivant avec le VIH et touchées par le virus (p. ex., les conseils communautaires qui soutiennent les personnes en cause) • Outiller les communautés afin qu'elles établissent leurs propres priorités et qu'elles créent des réponses adaptées aux problèmes locaux • Élaborer un langage commun pour faciliter la collaboration entre les patients, les professionnels de la santé et les organismes au sein des systèmes de santé et des systèmes sociaux

Principaux constats issus de revues systématiques (et principaux exemples illustratifs de plans d'apprentissage pertinents aux éléments 1 et 2)

Nous avons identifié trois revues systématiques qui ont été jugées les plus pertinentes à l'adoption d'une approche d'apprentissage et d'amélioration rapides dans le but de renforcer progressivement les systèmes de santé et les systèmes sociaux. En outre, le McMaster Health Forum a également effectué récemment deux synthèses rapides qui ont été utilisées pour guider cet élément, l'une étant axée sur la création d'un système de santé à apprentissage rapide en Ontario,⁽¹⁰¹⁾ et l'autre, sur la création d'un système de santé à apprentissage rapide au Canada.⁽¹⁰²⁾ La description de l'élément donnée ci-dessus est fondée sur la définition obtenue dans ces deux synthèses rapides; toutefois, le premier sous-élément a été légèrement replacé en contexte pour puiser dans les principes GIPA/MIPA, en vue d'assurer l'engagement des personnes vivant avec le VIH. Dans le tableau 7, nous donnons une description plus détaillée des quatre particularités des systèmes de santé et des systèmes sociaux à apprentissage rapide, y compris les sept caractéristiques qui y sont associées et des exemples d'activités pour chaque caractéristique. À la suite de ce tableau, afin de fournir des exemples illustratifs de ce à quoi un plan d'apprentissage et d'amélioration rapides de haut niveau pourrait ressembler pour chacun des éléments 1 et 2, nous donnons au tableau 8 des exemples desdits plans qui ont été adaptés du Réseau ontarien de traitement du VIH. Ces exemples se concentrent sur l'élargissement des tests de dépistage du VIH (pour l'élément 1) et sur l'intégration des services utilisés par les personnes vivant avec le VIH et exposées au virus en vue de réduire les écarts et d'offrir des soins et un soutien plus holistiques (élément 2).

La synthèse rapide la plus récente (de décembre 2018) était axée sur la création d'un système de santé à apprentissage rapide au Canada. Bien que les constats soient trop détaillés pour être rapportés ici, nous tenons à souligner deux points de haut niveau, que nous citons ci-dessous.

- « La liste des atouts est remarquablement riche pour le système de santé dans sa globalité et pour le secteur des soins primaires et la population âgée, plus précisément, même dans de nombreuses petites instances; cependant, il existe un certain nombre de lacunes notables dans plusieurs instances, notamment par

rapport au fait que, souvent, les données relatives aux expériences des patients ne sont pas reliées et partagées en temps opportun pour guider l'apprentissage et l'amélioration rapides. »

- « Certains autres secteurs (p. ex., les soins à domicile et les soins communautaires) et populations (p. ex., les peuples autochtones), de nombreuses affections (p. ex., les problèmes de santé mentale et la toxicomanie) et certains « traitements » (p. ex., une intervention chirurgicale) ont été ou seront visés par des efforts soutenus afin de créer des systèmes de santé à apprentissage rapide dans certaines instances. »(102)

Ces constats sont notables dans le contexte du VIH en raison du riche éventail d'atouts disponibles partout au pays pour la poursuite d'une approche d'apprentissage rapide par un secteur clé pour la mise à disposition de soins aux personnes vivant avec le VIH (c'est-à-dire les soins primaires) ainsi que pour une population de plus en plus importante constituée de personnes vivant avec le VIH (c'est-à-dire les personnes âgées). Ces atouts pourraient être mis à profit afin d'adopter une approche d'apprentissage rapide plus complète pour le VIH dans le pays.

Tableau 7 : Caractéristiques des systèmes de santé à apprentissage rapide (SSAR) (tableau reproduit avec l'autorisation de Lavis *et al.*, 2018) (102)

Catégorie	Caractéristique	Exemples
Systèmes axés sur le patient	Patients mobilisés : Les systèmes s'appuient sur les besoins, les points de vue et les aspirations des patients (à tous les niveaux) et sont axés sur l'amélioration de leurs expériences en matière de soins et de leur santé à des coûts raisonnables par habitant et comportant des expériences positives pour les prestataires	<ol style="list-style-type: none"> 1) Établir et modifier régulièrement des objectifs liés aux patients en matière d'apprentissage et d'amélioration rapides (p. ex. améliorations à un type particulier d'expérience de patient ou dans un résultat de santé particulier) 2) Mobiliser les patients, les familles et les citoyens à l'égard : <ol style="list-style-type: none"> a) de leur propre santé (p. ex., établissement d'objectifs; autogestion et bien vivre avec les affections; accès aux renseignements personnels en matière de santé, y compris les résultats des tests); b) de leurs propres soins (p. ex., prise de décisions partagée, utilisation de l'aide à la décision à l'intention des patients); c) des organismes qui fournissent les soins (p. ex., sondages sur l'expérience des patients; co-conception de programmes et de services; participation à des conseils consultatifs et à des comités d'amélioration de la qualité); d) des organismes qui supervisent les professionnels et les autres organismes du système (p. ex., organismes de réglementation professionnelle; organismes d'amélioration de la qualité; protecteur des employés; processus de plainte); e) de la prise de décisions (p. ex., comités prenant des décisions à propos des services et médicaments couverts; conseils consultatifs gouvernementaux qui déterminent l'orientation du système (ou de ses composants); histoire d'un patient pour lancer les réunions importantes; groupes de citoyens pour déterminer les valeurs citoyennes); f) de la recherche (p. ex., mobilisation des patients à titre de partenaires de recherche; obtention des commentaires des patients sur les priorités de recherche). 3) Accroître la capacité des patients et des citoyens à se mobiliser dans tous les éléments ci-dessus
Systèmes axés sur les données et les données probantes	Saisie numérique, rapports et partage rapide des données pertinentes : Les systèmes saisissent, relient et partagent (à des personnes de tous les niveaux) des données (en	<ol style="list-style-type: none"> 1) Infrastructure des données (p. ex., dossiers de santé électroniques interopérables; registres de vaccination ou registres propres à une affection; politiques de confidentialité permettant la diffusion des données) 2) Capacité de recueillir les expériences déclarées par les patients (à la fois en matière de services et de transitions), les rencontres cliniques, les résultats et les coûts

Catégorie	Caractéristique	Exemples
	situation réelle, pas dans des conditions idéales) sur les expériences des patients (liées aux services et aux transitions, ou de manière longitudinale) et la mobilisation des prestataires, ainsi que les données sur d'autres indicateurs du processus (p. ex., les rencontres cliniques et les coûts) et des résultats (p. ex., l'état de santé)	<ol style="list-style-type: none"> 3) Capacité de recueillir des données longitudinales en matière de temps et de milieux 4) Capacité d'établir des liens entre les données sur la santé, les soins de santé, les soins sociaux et les déterminants sociaux de la santé 5) Capacité d'analyser les données (p. ex. personnel et ressources) 6) Capacité de diffuser des données « locales » (seules ou associées à des comparateurs pertinents), dans des formats conviviaux à la fois pour les patients et les prestataires et de façon rapide, au point de service, pour les prestataires et les pratiques (p. ex., vérification et rétroaction), et au moyen d'une plate-forme centralisée (pour soutenir la prise de décisions des patients ainsi que l'apprentissage et l'amélioration rapides des prestataires, des organismes et du système)
	Production de données et données probantes de recherche en temps opportun : Les systèmes produisent, synthétisent, conservent et partagent (à des personnes de tous les niveaux) des recherches sur les problèmes, les possibilités d'amélioration et les considérations liées à la mise en œuvre	<ol style="list-style-type: none"> 1) Capacité répartie afin de produire et de diffuser rapidement des recherches (y compris des évaluations) 2) Infrastructure distribuée en matière d'éthique de recherche pouvant soutenir les cycles rapides d'évaluations 3) Capacité de synthétiser rapidement les données probantes issues de la recherche 4) Service tout-en-un d'évaluations locales et de synthèses préapprouvées 5) Capacité d'accéder aux données probantes issues de la recherche, de les adapter et de les mettre en pratique 6) Mesures incitatives et exigences à l'égard des groupes de recherche en vue d'une collaboration les uns avec les autres, avec les patients et avec les décideurs <p>Veillez noter que pour les peuples autochtones, cette ligne serait idéalement re-conceptualisée afin d'inclure les connaissances traditionnelles</p>
Soutien des systèmes	Aides à la décision appropriées : Les systèmes appuient un processus décisionnel éclairé à tous les niveaux à l'aide de données, de données probantes et de cadres décisionnels appropriés	<ol style="list-style-type: none"> 1) Aides à la décision à tous les niveaux – autogestion, rencontres cliniques, programmes, organismes, régie régionale de la santé et gouvernement – notamment : <ol style="list-style-type: none"> a) ressources fondées sur des données probantes et axées sur les patients; b) systèmes d'aide à la décision à l'intention des patients; c) soutien à l'établissement d'objectifs pour les patients; d) lignes directrices relatives à la pratique clinique; e) systèmes d'aide à la décision clinique (y compris ceux faisant des dossiers de santé électroniques); f) normes en matière de qualité; g) protocoles de soins; h) évaluations de la technologie en santé; i) descriptions du fonctionnement du système de santé.
	Arrangements de gouvernance, de financement et de prestation harmonisés : Les systèmes déterminent qui peut prendre quelle décision (p. ex., en matière de priorités communes d'apprentissage), le fonctionnement du flux monétaire et la façon dont	<ol style="list-style-type: none"> 1) Coordination centralisée des efforts afin de créer une stratégie de SSAR, en ajoutant graduellement des atouts, en comblant des lacunes et en mettant périodiquement à jour l'état des atouts et des lacunes 2) Mandats de préparation, de diffusion et de production de rapports sur les plans en matière d'amélioration de la qualité 3) Mandats d'accréditation 4) Modèles de financement et de rémunération ayant la possibilité d'encourager l'apprentissage et l'amélioration rapides (p. ex., axés sur les mesures de résultats déclarés par les patients, certains modèles de financement de soins regroupés) 5) Modèle d'approvisionnement en innovations fondé sur des valeurs

Catégorie	Caractéristique	Exemples
	les systèmes sont organisés et harmonisés en vue de soutenir l'apprentissage et l'amélioration rapides à tous les niveaux	<ol style="list-style-type: none"> 6) Financement et soutien actif pour étendre les pratiques efficaces aux différents centres 7) Normes visant à ce que les groupes provinciaux d'experts comprennent la participation des patients, une méthodologie ainsi que l'utilisation des données existantes et des données probantes pour orienter et justifier leurs recommandations 8) Mécanismes d'établissement commun de priorités en matière d'apprentissage et d'amélioration rapides 9) Mécanismes permettant de déterminer et de partager les « éléments constitutifs reproductibles » d'un SSAR
Systèmes activés par la culture et les compétences	Culture d'apprentissage et d'amélioration rapides : Les systèmes sont supervisés à tous les niveaux par des dirigeants engagés dans une culture de travail d'équipe, de collaboration et d'adaptabilité	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mécanismes explicites d'élaboration d'une culture de travail d'équipe, de collaboration et d'adaptabilité dans toutes les activités, afin de créer et de maintenir des relations de confiance avec l'ensemble des partenaires nécessaires au soutien de l'apprentissage et de l'amélioration rapides ainsi que de reconnaître les « échecs », d'en tirer des leçons et de les surmonter
	Compétences pour un apprentissage et une amélioration rapides : Les systèmes sont rapidement améliorés par des équipes de tous les niveaux possédant les compétences nécessaires à la détermination et à la caractérisation des problèmes, à l'élaboration d'approches fondées sur des données et des preuves (et à l'apprentissage d'approches éprouvées d'autres programmes, organismes, régions et sous-régions comparables), à la mise en œuvre de ces approches, au suivi de leur mise en œuvre, à l'évaluation de leurs répercussions, aux modifications ultérieures au besoin, au maintien des approches éprouvées à l'échelle locale et au soutien de leur diffusion à grande échelle	<ol style="list-style-type: none"> 1) Rapport public sur l'apprentissage et l'amélioration rapides 2) Compétences réparties en matière d'apprentissage et d'amélioration rapides (p. ex., connaissances en matière de données et de recherche, co-conception, mise à l'échelle, leadership) 3) Capacité interne à soutenir l'apprentissage et l'amélioration rapides 4) Expérience spécialisée centralisée en matière de soutien de l'apprentissage et de l'amélioration rapides 5) Infrastructure d'apprentissage rapide (p. ex., apprentissage collaboratif)

Tableau 8 : Exemples de plans d'apprentissage et d'amélioration rapides (tableau adapté à partir des plans mis au point par le Réseau ontarien de traitement du VIH)

Activité d'apprentissage rapide	Exemple lié à l'élément 1 (élargissement des tests de dépistage du VIH)	Exemple lié à l'élément 2 (intégration des services utilisés par les personnes vivant avec le VIH et exposées au virus en vue de réduire les écarts et d'offrir des soins et un soutien plus holistiques)
Patients mobilisés	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler avec des partenaires gouvernementaux, des centres de dépistage du VIH ainsi que des prestataires de santé publique et de soins en vue d'élargir l'accès aux services de dépistage du VIH et l'utilisation de ces services par des personnes à risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler avec les partenaires gouvernementaux, les organismes communautaires de lutte contre le VIH, les prestataires de soins, la santé publique, les communautés et les personnes vivant avec le VIH, ainsi que les organismes au-delà du secteur propre au VIH, pour créer des aides et des services plus intégrés
Saisie numérique, établissement de liens et diffusion rapide des données pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> • Analyser les données de dépistage du VIH par secteur géographique/population pour une province au moyen de tous les tests de laboratoire, y compris les taux de positivité parmi les sous-populations • Utiliser les demandes de dépistage du VIH pour mieux comprendre les tests chez les sous-populations (race et identité de genre) • Optimiser l'utilisation des données pour comprendre un nouveau diagnostic dans une province, y compris les modèles géographiques, démographiques et migratoires • Utiliser les données disponibles pour mieux comprendre les modèles de nouveaux tests afin d'éclaircir le dédoublement dans les nouveaux diagnostics • Mener des études communautaires afin de déterminer les comportements de test pour le VIH dans les populations prioritaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyser les besoins en matière de services, la disponibilité et les services d'utilisation par les personnes vivant avec le VIH au moyen des données disponibles • Établir des rapports sur les tendances épidémiologiques et les tendances des services pour appuyer la planification des voies de traitement régionales • Créer les paramètres supplémentaires nécessaires • Analyser les lacunes dans le soutien de la gestion des cas; soutenir l'évaluation des services de gestion des cas
Production rapide de données et données probantes de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir l'utilisation d'indicateurs de changement dans la production de recherches comme le test de dépistage du VIH, le taux de positivité du VIH constant ou accru parmi les personnes testées, l'accès amélioré au test de dépistage et le nombre de tests de dépistage du VIH réalisés par région et groupe de population • Produire des recherches opportunes par divers moyens <ul style="list-style-type: none"> ○ Soutenir l'adoption et l'évaluation de nouvelles approches à l'égard du dépistage du VIH (p. ex., les hôpitaux dans les zones à forte prévalence, les commandes en ligne, l'intégration à d'autres services et les tests satellites aux événements clés) ○ Concevoir, mettre en œuvre et évaluer les tests pilotes aux points de service pour augmenter l'utilisation de cet outil ○ Réaliser des études communautaires pour évaluer les manières d'offrir des tests de 	<ul style="list-style-type: none"> • La production de recherches opportunes nécessitera de meilleurs paramètres en lien avec les rapports aux soins, l'utilisation du TAR et la suppression virale dans la cascade de soins, ainsi que d'autres aspects mis au point et relevés par des initiatives stratégiques et des activités de planification régionales • Soutenir l'innovation technique dans l'intégration et le soutien des soins par les applications et la technologie de financement de recherche existantes en vue d'améliorer l'accès à la santé et aux soins pour les communautés prioritaires (p. ex., un service téléphonique pour apporter un soutien continu aux toxicomanes hospitalisés récemment) • Fournir un financement de recherche afin d'utiliser plus efficacement le soutien des pairs et l'orientation par des pairs (collaborations entre des organismes communautaires de lutte contre le VIH et des cliniciens) en vue de réduire les barrières à un accès rapide aux soins du VIH pour les toxicomanes (p. ex., en faisant une meilleure

Activité d'apprentissage rapide	Exemple lié à l'élément 1 (élargissement des tests de dépistage du VIH)	Exemple lié à l'élément 2 (intégration des services utilisés par les personnes vivant avec le VIH et exposées au virus en vue de réduire les écarts et d'offrir des soins et un soutien plus holistiques)
	<p>façon plus générale aux populations prioritaires</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Soutenir les interventions et les innovations relatives aux tests par le financement de recherche existant ○ Améliorer la modélisation de la fraction non diagnostiquée et évaluer cette fraction par population 	<p>utilisation des centres de consommation supervisés, lorsqu'ils existent), et fournir des services de santé mentale aux personnes vivant avec le VIH de manière novatrice et non traditionnelle</p>
Aide à la décision appropriée	<ul style="list-style-type: none"> ● Soutenir la modernisation des politiques relatives aux lignes directrices en matière de consultation et de tests avant et après les tests ● Rassembler des données probantes auprès d'autres instances et dans la littérature afin de soutenir l'élaboration de lignes directrices et de documents de formation 	<ul style="list-style-type: none"> ● Partager et synthétiser des données probantes provenant des réussites dans la province ● Appuyer le regroupement de contributions communautaires en priorités ● Recueillir des données probantes relatives aux pratiques exemplaires et aux modèles de soins intégrés ainsi qu'aux besoins en information de groupes précis ● Recueillir les données probantes relatives à l'élaboration d'un champ de pratique pour la gestion des cas ● Fournir des produits propres aux populations en langage clair au sujet de la cascade de soins dans la province, ainsi que des documents propres aux régions pour les initiatives de planification régionale
Arrangements de gouvernance, de financement et de prestation harmonisés	<ul style="list-style-type: none"> ● Réunir des représentants des services de dépistage dans la province afin de discuter des pratiques exemplaires et des changements nécessaires dans les lignes directrices ● Travailler avec les partenaires (p. ex., les personnes qui dirigent des programmes de lutte contre l'hépatite C) dans le pilotage des tests aux points de service ● Travailler avec les personnes qui guident des autotests afin de comprendre le rôle potentiel de cet outil dans la province ● Travailler avec des organismes communautaires de lutte contre le VIH pour élargir le recours aux services de dépistage aux points de service dans les organismes communautaires et autres centres communautaires. ● Déterminer et soutenir d'autres initiatives stratégiques destinées à améliorer l'intégration des services de dépistage dans un traitement rapide et une utilisation stratégique élargie des tests de dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fournir une coordination et un soutien pour rassembler les champions et les groupes concernés, soutenir l'élaboration d'objectifs et de paramètres communs et aborder les dirigeants politiques pour obtenir un financement et un soutien ● Travailler avec les dirigeants provinciaux et communautaires en vue de créer un tronc commun pour les travailleurs dans les organismes communautaires de lutte contre le VIH ● Élaborer des lignes directrices relatives à un champ de pratique pour la gestion des cas dans les organismes communautaires de lutte contre le VIH
Culture et compétences pour l'apprentissage et l'amélioration rapides	<ul style="list-style-type: none"> ● Créer une formation à l'appui des nouvelles lignes directrices relatives aux tests de dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> ● Établir un plan afin de créer les compétences transversales pour les objectifs et les cibles pertinents lorsqu'ils sont établis ● Créer un tronc commun pour tous les travailleurs dans les organismes communautaires de lutte

Activité d'apprentissage rapide	Exemple lié à l'élément 1 (élargissement des tests de dépistage du VIH)	Exemple lié à l'élément 2 (intégration des services utilisés par les personnes vivant avec le VIH et exposées au virus en vue de réduire les écarts et d'offrir des soins et un soutien plus holistiques)
	<ul style="list-style-type: none"> • Créer une formation pour les travailleurs communautaires qui réalisent les tests aux points de service • Explorer des manières de rassembler des ressources pour soutenir les tests élargis menés par des médecins de soins primaires • Recourir à des mesures incitatives et à des stratégies telles que des prix de leadership afin de rehausser stratégiquement la capacité 	<p>contre le VIH en s'appuyant sur l'expertise de chaque organisme participant au renforcement des capacités, favorisant ainsi la collaboration et la cohérence dans tout le secteur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner des ateliers sur le soutien de l'engagement dans les soins pour les travailleurs dans les organismes communautaires de lutte contre le VIH • Recourir à des mesures incitatives et à des stratégies telles que des prix de leadership afin de rehausser stratégiquement la capacité

Nous avons trouvé deux revues systématiques de faible qualité et récentes en lien avec les systèmes de santé à apprentissage rapide. La première revue portait sur des tentatives d'adoption du paradigme du système de santé à apprentissage rapide, en mettant l'accent sur la mise en œuvre et l'évaluation de l'incidence sur les pratiques médicales actuelles.(103) La revue a permis de définir trois thèmes principaux en lien avec l'adoption d'un système de santé à apprentissage rapide :

- la réutilisation des données cliniques (c'est-à-dire, créer des systèmes de santé en apprentissage en extrayant les connaissances des données géographiquement dispersées recueillies dans la pratique clinique quotidienne);
- les mesures des résultats rapportés par les patients (c'est-à-dire utiliser des mécanismes de déclaration par le patient pour la collecte d'indicateurs de qualité liés à la santé);
- l'apprentissage collaboratif (c'est-à-dire recourir à des pairs spécialistes pour saisir les indicateurs liés à la prestation de soins de santé et encourager les changements par soutien/pression).(102)

La deuxième revue se concentrait sur les problèmes éthiques qui peuvent se poser dans un système de santé à apprentissage rapide et regroupait 67 questions éthiques dans quatre phases du système de santé d'apprentissage rapide :

- la conception d'activités : le risque de résultats négatifs (p. ex., réduire la qualité et la maniabilité des résultats) découlant de la conception d'activités d'apprentissage de façon moins rigoureuse afin qu'elles ne soient pas classées comme des recherches, et le risque d'engagement inadéquat des parties prenantes (ce qui peut empêcher la réussite de l'activité d'apprentissage en raison d'un manque de confiance et de soutien établis);
- la supervision éthique des activités : le conflit entre la réglementation actuelle relative à la supervision et un système de santé en apprentissage, ce qui peut retarder, voire empêcher la réalisation des activités en raison de la confusion à propos du fait que les activités d'apprentissage nécessitent une supervision éthique et un processus de supervision incohérent et fastidieux;
- la réalisation d'activités : les risques de jugements erronés au sujet du moment où il faudrait aviser les participants et demander leur consentement ainsi que de la manière de le faire; et le risque de conflit entre les pratiques et règlements actuels relatifs à la gestion de données et les objectifs d'un système de santé en apprentissage;
- la mise en œuvre de l'apprentissage : les difficultés par rapport aux changements dans la pratique en temps opportun (p. ex., en raison de conflits liés à l'infrastructure de recherche actuelle ou aux mesures incitatives financières actuelles), les problèmes de transparence (p. ex., en raison d'intérêts commerciaux ou de prestataires peu performants) et les conséquences négatives indésirables de la mise en œuvre (p. ex., les disparités grandissantes dans le domaine de la santé ou l'augmentation du risque de responsabilité).(104)

La même revue a ciblé les stratégies suivantes pour aborder ces questions éthiques : 1) des politiques et des procédures internes claires et systématiques pour déterminer quelles activités du système de santé en apprentissage requièrent un examen éthique, la manière de gérer le partage et la protection des données et la façon d'informer les patients selon des méthodes courantes et systématiques concernant les activités du système de santé en apprentissage qui sont réalisées; 2) une formation et de l'orientation pour les membres du comité d'éthique afin d'apprendre comment appliquer les principes éthiques dans le contexte des activités du système de santé en apprentissage; 3) un examen éthique et un processus de consentement simplifiés en vue de faciliter le déroulement des activités du système de santé en apprentissage, y compris la mise en œuvre d'un processus d'examen éthique dédié, la normalisation et l'harmonisation du processus d'examen éthique à l'échelle de plusieurs sites de recherche et la rationalisation du processus de consentement.(104)

Enfin, une revue de grande qualité et récente portait sur les processus et les répercussions relatifs à la création, à la mise en œuvre et à l'adoption de systèmes d'information en ressources humaines dans les organismes de santé, qui constituent une sous-catégorie des systèmes administratifs au sein de ces organismes (p. ex., le recrutement, l'enseignement, la planification et l'affectation des ressources).(105) La revue a révélé qu'il existait des lacunes importantes dans les connaissances lorsqu'il s'agit des répercussions et de l'efficacité des systèmes d'information en ressources humaines, et que peu d'études tenaient compte des facteurs socio-contextuels et technologiques qui influencent l'exploitation de ces systèmes.(105)

Le tableau 9 présente un sommaire des résultats clés provenant des données probantes tirées par les auteurs de cette synthèse. Pour les personnes qui souhaiteraient en savoir davantage sur les revues systématiques contenus dans le tableau 9 (ou obtenir les références bibliographiques des revues), l'annexe 3 présente une description plus complète desdites revues.

Tableau 9 : Résumé des principaux constats issus des revues systématiques pertinentes à l'élément 3 – Adopter une approche d'apprentissage et d'amélioration rapides dans le but de renforcer progressivement les systèmes de santé et les systèmes sociaux

Catégorie de constat	Sommaire des principaux constats
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> Les revues systématiques incluses n'ont défini aucune évaluation des avantages liés à une approche d'apprentissage rapide de manière explicite.
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> Approche appuyée par un soutien à la décision approprié et par des modalités harmonisées en matière de gouvernance, de finance et de prestation <ul style="list-style-type: none"> Une revue de faible qualité et récente a permis de relever 67 problèmes éthiques qui peuvent se poser dans un système de santé à apprentissage rapide au sein des quatre phases suivantes : 1) risque de résultats négatifs découlant de la conception d'activités (p. ex., réduire la qualité et la maniabilité des résultats); 2) la supervision éthique des activités peut entraîner un conflit entre la réglementation actuelle relative à la supervision et un système de santé en apprentissage; 3) dans la réalisation d'activités, il existe un risque de jugements erronés au sujet du moment où il faudrait aviser les participants et demander leur consentement ainsi que de la manière de le faire, et aussi un risque de conflit entre les pratiques et règlements actuels relatifs à la gestion de données et les objectifs d'un système de santé en apprentissage; 4) la mise en œuvre de l'apprentissage peut créer des difficultés en matière de rapidité et de transparence ainsi que des conséquences négatives indésirables découlant de la mise en œuvre.(104)
Coûts et/ou rapport coût-efficacité en lien avec le statu quo	<ul style="list-style-type: none"> On n'a relevé aucune information liée aux coûts
Incertitude concernant les avantages et les inconvénients potentiels (pour justifier la surveillance et	<ul style="list-style-type: none"> Il y a incertitude parce qu'aucune revue systématique n'a été recensée. <ul style="list-style-type: none"> Approche ancrée dans les principes GIPA/MIPA Il y a incertitude parce qu'aucune étude n'a pu être recensée malgré des recherches exhaustives dans le cadre d'une revue systématique. <ul style="list-style-type: none"> Sans objet – aucune revue « vide » n'a été recensée

L'évaluation si l'option est retenue)	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'un message clair émanant des études incluses dans une revue systématique <ul style="list-style-type: none"> ○ Approche motivée par des données opportunes et des données probantes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une revue systématique de grande qualité a décelé un manque de recherches d'évaluation au sujet de la capacité des systèmes d'information en ressources humaines (c'est-à-dire les systèmes qui s'occupent de la gestion des ressources humaines, comme le recrutement, l'enseignement, la planification et l'affectation des ressources) pour permettre des systèmes de santé en apprentissage.(105)
Éléments clés de l'option politique si elle a été appliquée ailleurs	<ul style="list-style-type: none"> • Voir les caractéristiques présentées dans le tableau 3.
Opinions et expérience des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> • Une revue systématique de faible qualité a porté sur les tentatives d'adoption du paradigme du système de santé à apprentissage rapide, en mettant l'accent sur la mise en œuvre et l'évaluation de l'incidence sur les pratiques médicales actuelles, et elle a évoqué un minimum d'attention sur l'évaluation de l'incidence sur la prestation des soins de santé et les résultats des patients.(103)

Autres observations en matière d'équité concernant les trois éléments

Plusieurs des revues systématiques comprises dans la synthèse intégraient des études axées sur les peuples autochtones. En ce qui concerne le premier élément, le renforcement des soins complets du VIH au sein du système de santé, une revue de grande qualité récent étudiait l'observance médicamenteuse des Australiens autochtones atteints d'affections chroniques.(70) Comme cela est souligné dans une section précédente, la revue a permis de relever plusieurs obstacles à l'observance, signalés à la fois par les patients et par les professionnels de la santé. Ces obstacles étaient les suivants : 1) le fait d'avoir d'autres priorités, y compris des obligations socioculturelles; 2) le coût; 3) le partage ou l'échange de médicaments; 4) l'arrêt de la pharmacothérapie lorsqu'on se sent mieux; 5) des problèmes liés à l'obtention de médicaments pendant les absences du domicile.(70) Les facilitateurs d'une amélioration de l'observance désignés dans la revue étaient les suivants : 1) les aides à l'administration des doses; 2) l'engagement des communautés autochtones; 3) la participation à la délivrance des médicaments; 4) les réductions des coûts des médicaments.(70)

Tel qu'exposé à la section précédente au sujet des observations relatives à l'équité en lien avec le problème, l'accès aux soins de santé pour les peuples autochtones vivant au Canada est une « mosaïque » en raison de la complexité juridictionnelle dans les rôles gouvernementaux à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale dans la prestation des soins de santé pour cette population.(35; 36) Les peuples autochtones portent un fardeau de VIH disproportionné, constituant plus de 20 % des nouveaux diagnostics, tout en représentant moins de 5 % de la population.(16) Lors de la prise en considération des trois éléments d'une approche globale pour la résolution du problème comme il a trait aux peuples autochtones, il faudrait tenir compte des aspects suivants :

- 1) le renforcement des soins complets du VIH au sein du système de santé (élément 1) par l'amélioration de l'accès aux services de santé (p. ex., les tests de dépistage aux points de service) et la mise à disposition d'une gamme complète d'aides aux peuples autochtones (p. ex., les chefs, les aînés, les gardiens du savoir et les traducteurs prenant part à la mise à disposition d'aides culturelles et linguistiques pour les peuples autochtones);
- 2) la mise à disposition d'aides à l'échelle des systèmes sociaux qui sont nécessaires pour lutter contre l'éventail de difficultés auxquelles sont confrontées les personnes vivant avec le VIH (élément 2), en reconnaissant que les modalités des systèmes de santé et des systèmes sociaux (modalités en matière de prestation, de finance et de gouvernance) sont gérées de manière unique et nécessitent des aides plus grandes pour la navigation des systèmes;
- 3) l'adoption d'une approche d'apprentissage et d'amélioration rapides dans le but de renforcer progressivement les systèmes de santé et les systèmes sociaux (élément 3) nécessitera l'intégration du savoir traditionnel dans les traitements occidentaux et la mise à disposition d'aides et d'une formation à l'intention des professionnels (p. ex., le système de pensionnat et les soins tenant compte des traumatismes).

RÉFLEXIONS SUR LA MISE EN ŒUVRE

Un certain nombre d'obstacles pourraient gêner la mise en œuvre des trois éléments d'une approche potentiellement globale visant à optimiser la prestation de soins complets pour les personnes vivant avec le VIH. Il faut prendre en compte ces obstacles lorsqu'il s'agit de décider de la poursuite d'un élément ainsi que des modalités de leur mise en œuvre (tableau 10). Bien qu'il existe des obstacles potentiels au niveau des professionnels, des organisations et des systèmes (ou encore des patients/individus, qui ne sont probablement pas au courant des spécificités des éléments de l'approche ni particulièrement intéressés par ces éléments), peut-être que le plus gros obstacle réside dans le fait que les fonds sont habituellement compartimentés au sein d'un secteur de santé ou au sein du système de santé lui-même. Les éléments 2 et 3 nécessitent de la flexibilité dans le flux de fonds à l'échelle des systèmes de santé et des systèmes sociaux, et ils pourraient se heurter à plusieurs obstacles en ce qui concerne l'affectation budgétaire et les perceptions selon lesquelles un problème lié à la santé empiète sur les budgets des ministères au sein des systèmes sociaux. En outre, les changements dans les systèmes sociaux sont particulièrement difficiles, car il est complexe de n'apporter des changements qu'au sein du secteur relatif au VIH; par conséquent, lesdits changements ne peuvent être obtenus que par des coalitions avec d'autres groupes.

Tableau 10 : Obstacles potentiels à la mise en œuvre des éléments

Niveaux	Élément 1 – Renforcer les soins complets du VIH dans le système de santé	Élément 2 – Rendre accessible des aides à l'échelle des systèmes sociaux afin de répondre à tous les défis auxquels sont confrontées les personnes vivant avec le VIH	Élément 3 – Adopter une approche d'apprentissage et d'amélioration rapides afin de renforcer graduellement les systèmes de santé et les systèmes sociaux
Patient/individu	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients n'ont peut-être pas la capacité de gérer certains aspects de leurs soins • La stigmatisation peut créer des obstacles à l'obtention de soins et au maintien dans ces soins • Les patients vivant dans les régions rurales et éloignées peuvent avoir à parcourir de grandes distances pour recevoir des soins complets 	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients n'ont peut-être pas la capacité de s'occuper de leurs soins à l'échelle des systèmes 	<ul style="list-style-type: none"> • L'engagement des patients nécessite des contributions importantes de la part des patients (en temps et autres ressources), ce qui peut être difficile selon l'état de santé d'une personne
Professionnel de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Il se peut que les prestataires travaillant dans des zones rurales et éloignées ne reçoivent pas les aides dont ils ont besoin pour fournir des soins complets • Il se peut que les prestataires n'aient pas accès aux outils de diagnostic appropriés, surtout dans les zones rurales et éloignées 	<ul style="list-style-type: none"> • Les prestataires appuyant la navigation des systèmes devraient posséder les connaissances et les formations appropriées pour pouvoir offrir ces aides • Les prestataires peuvent éprouver des difficultés à coordonner les aides à l'échelle des systèmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Il se peut que les prestataires qui sont déjà surchargés de travail disposent d'un temps limité pour participer à l'apprentissage et à l'amélioration rapides
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Les organismes offrant des programmes liés au VIH 	<ul style="list-style-type: none"> • Les nombreux organismes offrant ou en mesure d'offrir des aides ne sont 	<ul style="list-style-type: none"> • Les organismes pourraient juger que cet élément nécessite un investissement

	peuvent les trouver difficiles à coordonner	peut-être pas enclins à la collaboration	important en infrastructure et en capacité analytique
Système	<ul style="list-style-type: none"> La présentation de nouveaux types d'approches pour la prestation de soins peut nécessiter des changements dans les cadres réglementaires qui régissent le mode de fonctionnement des organismes et des prestataires, ainsi que les mécanismes de financement et de rémunération nécessaires pour payer ces nouvelles options 	<ul style="list-style-type: none"> Les fonds sont habituellement compartimentés au sein d'un système et d'un secteur 	<ul style="list-style-type: none"> De nombreuses instances manquent de ressources (p. ex., la technologie, l'infrastructure et le personnel) pour une collecte de données et un suivi des systèmes en temps opportun L'information relative aux renseignements personnels en matière de santé peut limiter le partage de l'information et la collecte de données

Malgré ces défis, de nombreux systèmes de santé au Canada en sont à un stade décisif, où l'évolution démographique, la hausse des coûts et les avancées technologiques, combinées aux besoins et préférences changeants des patients, forcent des changements rapides dans le statu quo. À ce titre, il faudrait reconnaître plusieurs fenêtres d'opportunité (tableau 11), car elles donnent un point de départ prometteur pour travailler activement en vue de résoudre les problèmes décrits dans la présente synthèse.

Tableau 11 : Fenêtres d'opportunité pour la mise en œuvre des éléments

Type	Élément 1 – Renforcer les soins complets du VIH dans le système de santé	Élément 2 – Rendre accessible des aides à l'échelle des systèmes sociaux afin de répondre à tous les défis auxquels sont confrontées les personnes vivant avec le VIH	Élément 3 – Adopter une approche d'apprentissage et d'amélioration rapides afin de renforcer graduellement les systèmes de santé et les systèmes sociaux
Renseignements	<ul style="list-style-type: none"> Le Cadre d'action pancanadien sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang contient des directives pour l'atteinte des cibles mondiales et une possibilité de collaboration à l'échelle des gouvernements provinciaux et territoriaux et du gouvernement fédéral, les organismes et les parties prenantes. 		
Renseignements propres à l'élément	<ul style="list-style-type: none"> Bon nombre des composants de cet élément pourraient s'appuyer sur les réformes dans certains systèmes de santé et systèmes sociaux provinciaux et territoriaux pour l'optimisation des soins intégrés à l'intention des personnes atteintes d'affections complexes 	<ul style="list-style-type: none"> Bon nombre des composants de cet élément pourraient s'appuyer sur les réformes dans certains systèmes de santé et systèmes sociaux provinciaux et territoriaux pour l'optimisation des soins intégrés à l'intention des personnes atteintes d'affections complexes 	<ul style="list-style-type: none"> Les systèmes de santé au Canada possèdent à la fois un système de santé et un système de recherche qui mettent de plus en plus l'accent sur les patients ainsi que sur l'apprentissage et l'amélioration rapides

RÉFÉRENCES

1. Government of Canada. Summary: Measuring Canada's progress on the 90-90-90 HIV targets. Ottawa: Government of Canada; 2017. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/summary-measuring-canada-progress-90-90-90-hiv-targets.html> (accessed 13 June 2018).
2. British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. 90-90-90 Target for driving down HIV/AIDS infections worldwide inspires new approach to diabetes. Vancouver: British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS; 2017. <http://www.cfenet.ubc.ca/news/releases/90-90-90-target-driving-down-hiv-aids-infections-worldwide-inspires-new-approach> (accessed 10 July 2018).
3. UNAIDS. 90-90-90 - An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2017. <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/90-90-90> (accessed 11 July 2018).
4. Wilton J, Liu J, Sullivan A, Kroch A, Sider D, Gilbert M. HIV care cascade in Ontario: Linkage to care, in care, on antiretroviral treatment, and virally suppressed, 2015. Toronto: Ontario HIV Epidemiology and Surveillance Initiative; 2017.
5. Public Health Agency of Canada. Reducing the health impact of sexually transmitted and blood-borne infections in Canada by 2030: A pan-Canadian STBBI framework for action. Ottawa: Health Canada; 2018. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/sexual-health-sexually-transmitted-infections/reports-publications/sexually-transmitted-blood-borne-infections-action-framework.html> (accessed 13 August 2018).
6. Public Health Agency of Canada. Summary: Estimates of HIV incidence, prevalence and proportion undiagnosed in Canada, 2014. Ottawa: Government of Canada; 2015. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-proportion-undiagnosed-canada-2014.html> (accessed 13 June 2018).
7. CATIE. HIV in Canada: A primer for service providers. Toronto: CATIE; 2018. <https://www.catie.ca/en/about/contact> (accessed 3 December 2018).
8. Johnston S, Hogel M, Burchell AN, et al. Developing a performance framework for measuring comprehensive, community-based primary healthcare for people with HIV. *Primary Health Care Research & Development* 2016; 17(4): 361-384.
9. Kendall CE, Wong J, Taljaard M, et al. A cross-sectional, population-based study of HIV physicians and outpatient health care use by people with HIV in Ontario. *BMC Health Services Research* 2015; 15(1): 63.
10. Alberta Health. Primary Care Networks. Edmonton: Government of Alberta; 2018. <http://www.health.alberta.ca/services/primary-care-networks.html> (accessed 13 June 2018).
11. Alberta Health Services. Strategic Clinical Networks (SCNs). Edmonton: Alberta Health Services; 2018. <https://www.albertahealthservices.ca/about/Page12639.aspx> (accessed 13 June 2018).
12. Ministry of Health and Long-Term Care. HealthLinks. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2015. http://www.health.gov.on.ca/en/ms/ecfa/healthy_change/healthlinks.aspx (accessed 13 June 2018).
13. Legislative Assembly of Ontario. Bill 41, Patients First Act, 2016. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2016. <https://www.ola.org/en/legislative-business/bills/parliament-41/session-2/bill-41> (accessed 13 June 2018).
14. Government of Canada. Surveillance of HIV and AIDS. Ottawa: Government of Canada; 2018. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/hiv-aids/surveillance-hiv-aids.html> (accessed 13 June 2018).

15. Government of Canada. HIV in Canada: Infographic. Ottawa: Government of Canada; 2018. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/hiv-canada.html> (accessed 13 December 2018).
16. Haddad N, Li J, Totten S, McGuire M. HIV in Canada—surveillance report, 2017. *Canada Communicable Disease Report* 2018; 44(12): 324-32.
17. Government of Canada. Summary: Estimates of HIV incidence, prevalence and Canada's progress on meeting the 90-90-90 HIV targets, 2016. Ottawa: Government of Canada; 2018. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90.html> (accessed 13 December 2018).
18. Siddiqi AE, Hall HI, Hu X, R S. Population-based estimates of life expectancy after HIV diagnosis: United States 2008-2011. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2016; 1(72): 230-6.
19. Hogg RS, Eyawo O, Collins AB, et al. Health-adjusted life expectancy in HIV-positive and HIV-negative men and women in British Columbia, Canada: A population-based observational cohort study. *Lancet HIV* 2017; 4(5): e270-e276.
20. Public Health Agency of Canada. HIV and AIDS in Canada: Surveillance report to December 31st, 2013. Ottawa: Government of Canada; 2016. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/hiv-aids/publications/hiv-aids-canada-surveillance-report-december-31-2013.html> (accessed 11 July 2018).
21. Mahy M, Autenrieth CS, Stanecki K, S W. Increasing trends in HIV prevalence among people aged 50 years and older: Evidence from estimates and survey data. *AIDS* 2014; Suppl 4: S453-9.
22. Wong C, Gange SJ, Moore RD, et al. Multimorbidity among persons living with human immunodeficiency virus in the United States. *Clinical Infectious Diseases* 2017; 66(8): 1230-1238.
23. Justice A. Prioritizing primary care in HIV: Comorbidity, toxicity, and demography. *Topics in HIV Medicine* 2006; 14(5): 159-163.
24. Raphael D. Social determinants of health: Canadian perspectives. Toronto: Canadian Scholars' Press; 2009.
25. Sacktor N, Skolasky RL, Seaberg E, et al. Prevalence of HIV-associated neurocognitive disorders in the Multicenter AIDS Cohort Study. *Neurology* 2016; 86(4): 334-340.
26. O'Brien KK, Tynan A-M, Nixon SA, Glazier RH. Effectiveness of Progressive Resistive Exercise (PRE) in the context of HIV: Systematic review and meta-analysis using the Cochrane Collaboration protocol. *BMC Infectious Diseases* 2017; 17(1): 268.
27. Kendall C, Raboud J, Donelle J, et al. Lost but not forgotten: A population-based study of mortality and care trajectories among people living with HIV who are lost to follow-up in Ontario, Canada. *HIV Medicine* 2019; 20(2): 88-98.
28. Burchell AN, Raboud J, Donelle J, et al. Cause-specific mortality among HIV-infected people in Ontario, 1995–2014: A population-based retrospective cohort study. *CMAJ Open* 2019; 7(1): E1.
29. Greene M, Justice AC, Lampiris HW, V V. Management of human immunodeficiency virus infection in advanced age. *JAMA* 2013; 309(13): 1397-405.
30. O'Brien KK, Bayoumi AM, Strike C, Young NL, Davis AM. Exploring disability from the perspective of adults living with HIV/AIDS: Development of a conceptual framework. *Health and Quality of Life Outcomes* 2008; 6: 76.
31. Morgan EE, Iudicello JE, Weber E, et al. Synergistic effects of HIV infection and older age on daily functioning. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2012; 61(3): 341-8.

32. Harding R, Clucas C, Lampe FC, et al. What factors are associated with patient self-reported health status among HIV outpatients? A multi-centre UK study of biomedical and psychosocial factors. *AIDS Care* 2012; 24(8): 963-71.
33. Global Network of People Living with HIV (GNP+). People Living with HIV Stigma Index. Amsterdam: Global Network of People living with HIV/AIDS (GNP+); 2018. <http://www.stigmaindex.org/> (accessed 10 July 2018).
34. Rueda S, Mitra S, Chen S, et al. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ Open* 2016; 13(6): 7.
35. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Looking for Aboriginal health in legislation and policies, 1970 to 2008. A policy synthesis project. Prince George, British Columbia: University of Northern British Columbia; 2011.
36. Lavoie J, Gervais L, Toner J, Bergeron O, Thomas G. The Aboriginal health legislation and policy framework in Canada. Prince George, British Columbia: National Collaborating Centre for Aboriginal Health; 2011.
37. UNAIDS. Country factsheets - Canada. Geneva: UNAIDS; 2019. <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/canada> (accessed 20 April 2019).
38. UNAIDS. UNAIDS data 2018. Geneva: UNAIDS; 2018. <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/unaids-data-2018> (accessed 20 April 2019).
39. WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2016.
40. Yoong D, Bayoumi AM, Robinson L, Rachlis B, Antoniou T. Public prescription drug plan coverage for antiretrovirals and the potential cost to people living with HIV in Canada: A descriptive study. *CMAJ open* 2018; 6(4): E551.
41. MacKenzie LJ, Hull MW, Samji H, et al. Is there a rural/urban gap in the quality of HIV care for treatment-naïve HIV-positive individuals initiating antiretroviral therapy in British Columbia? *AIDS care* 2017; 29(10): 1218-1226.
42. Minichiello A, Swab M, Chongo M, et al. HIV point-of-care testing in Canadian settings: A scoping review. *Frontiers in Public Health* 2017; 5: 76.
43. Gahagan J, Condran B, Hajizadeh M. HIV point-of-care testing in Canada: Action plan 2015-2020. Halifax: Dalhousie University; 2015.
44. Higgins DL, Galavotti C, O'Reilly KR, et al. Evidence for the effects of HIV antibody counseling and testing on risk behaviors. *JAMA* 1991; 266(17): 2419-2429.
45. Johnston B, Conly J. Point-of-care testing for HIV: HIV counselling and testing. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology* 2002; 13(2): 85-88.
46. Rourke SB, editor. Testing, reaching the undiagnosed and linkages to care: Action strategy to diagnose <95% in 5 years. Canadian Conference on HIV/AIDS Research; 11 May 2019; Saskatoon.
47. Kendall CE, Manuel DG, Younger J, Hogg W, Glazier RH, Taljaard M. A population-based study evaluating family physicians' HIV experience and care of people living with HIV in Ontario. *The Annals of Family Medicine* 2015; 13(5): 436-445.
48. Statistics Canada. Population, urban and rural, by province and territory (Canada). Ottawa: Statistics Canada; 2011. <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/demo62a-eng.htm> (accessed 3 February 2017).
49. Government of Canada. Status or remote/off-grid communities in Canada. Ottawa: Government of Canada; 2011. https://www.nrcan.gc.ca/sites/www.nrcan.gc.ca/files/canmetenergy/files/pubs/2013-118_en.pdf (accessed 3 February 2017).

50. Mattison CA, Lavis JN. Delivery arrangements 2: Workforce. In Lavis JN (editor). Ontario's health system: Key insights for engaged citizens, professionals and policymakers. Hamilton: McMaster Health Forum; 2016. p. 175-207.
51. Schafer KR, Albrecht H, Dillingham R, et al. The continuum of HIV care in rural communities in the United States and Canada: What is known and future research directions. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2017; 75(1): 35-44.
52. Mattison C, Doxtater K, Lavis J. Care for Indigenous peoples. In Lavis J (editor). Ontario's health system: Key insights for engaged citizens, professionals and policymakers. Hamilton: McMaster Health Forum; 2016. p. 349-73.
53. Government of Canada. Non-Insured Health Benefits (NIHB) Program. Ottawa: Government of Canada; 2018. <https://www.canada.ca/en/indigenous-services-canada/services/first-nations-inuit-health/non-insured-health-benefits/benefits-information/non-insured-health-benefits-nihb-program-general-information-questions-answers-first-nations-inuit-health-canada.html> (accessed 21 December 2018).
54. Government of Canada. Crown-Indigenous Relations and Northern Affairs Canada. Ottawa: Government of Canada; 2018. <https://www.canada.ca/en/crown-indigenous-relations-northern-affairs.html> (accessed 21 December 2018).
55. Jones CP. Levels of racism: A theoretic framework and a gardener's tale. *American Journal of Public Health* 2000; 90(8): 1212-5.
56. Powell JA. Structural racism: building upon the insights of John Calmore. *North Carolina Law Review* 2007; 86 791.
57. Gee GC, Ford CL. Structural racism and health inequities: Old issues, new directions. *Du Bois Review* 2011; 8(1): 115-132.
58. Hackett C, Feeny D, Tompa E. Canada's residential school system: measuring the intergenerational impact of familial attendance on health and mental health outcomes. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2016.
59. Statistics Canada. Aboriginal statistics at a glance: 2nd edition. Ottawa: Statistics Canada; 2015. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/89-645-x/89-645-x2015001-eng.pdf?st=Bcm0Y3e6> (accessed 21 December 2018).
60. Park J, Tjepkema M, Goedhuis N, Pennock J. Avoidable mortality among First Nations adults in Canada: A cohort analysis (Catalogue no. 82-003-X). Ottawa, ON: Statistics Canada; 2015.
61. Canadian Aboriginal AIDS Network. Aboriginal HIV and AIDS statistics. Vancouver: Canadian Aboriginal AIDS Network; 2018. <https://caan.ca/en/regional-fact-sheets/> (accessed 3 December 2018).
62. Public Health Agency of Canada. HIV/AIDS among aboriginal people in Canada. Ottawa: Government of Canada; 2010. http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/pdf/EN_Chapter8_Web.pdf (accessed 3 December 2018).
63. Woodgate RL, Zurba M, Tennent P, Cochrane C, Payne M, Mignone J. "People try and label me as someone I'm not": The social ecology of Indigenous people living with HIV, stigma, and discrimination in Manitoba, Canada. *Social Science & Medicine* 2017; 194: 17-24.
64. Alberta Health. Primary Care Networks. Edmonton: Government of Alberta; 2018. <http://www.health.alberta.ca/services/primary-care-networks.html> (accessed 3 December 2018).
65. Alberta Health Services. Strategic Clinical Networks. Edmonton: Alberta Health Services; 2018. <https://www.albertahealthservices.ca/about/Page12639.aspx> (accessed 3 December 2018).

66. Ministry of Health and Long-Term Care. HealthLinks. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2015. http://www.health.gov.on.ca/en/ms/ecfa/healthy_change/healthlinks.aspx (accessed 3 December 2018).
67. Ontario Advisory Committee on HIV/AIDS. HIV/AIDS strategy to 2026: Focusing our efforts – Changing the course of the HIV prevention, engagement and care cascade in Ontario. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2017. http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hiv aids/oach_strategy.aspx (accessed 3 December 2018).
68. Turner SD, Anderson K, Slater M, Quigley L, Dyck M, Guiang CB. Rapid point-of-care HIV testing in youth: A systematic review. *Journal of Adolescent Health* 2013; 53(6): 683-691.
69. Wynberg E, Cooke G, Shroufi A, Reid SD, Ford N. Impact of point-of-care CD4 testing on linkage to HIV care: A systematic review. *Journal of the International AIDS Society* 2014; 17(1): 18809.
70. de Dassel JL, Ralph AP, Cass A. A systematic review of adherence in Indigenous Australians: An opportunity to improve chronic condition management. *BMC Health Services Research* 2017; 17(1): 845.
71. Zaugg V, Korb-Savoldelli V, Durieux P, Sabatier B. Providing physicians with feedback on medication adherence for people with chronic diseases taking long-term medication. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018.
72. Croxford S, Yin Z, Burns F, et al. Linkage to HIV care following diagnosis in the WHO European Region: A systematic review and meta-analysis, 2006-2017. *PloS One* 2018; 13(2): e0192403.
73. Flores D, Leblanc N, Barroso J. Enrolling and retaining human immunodeficiency virus (HIV) patients in their care: A metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies* 2016; 62: 126-36.
74. Higa DH, Crepaz N, Mullins MM. Identifying best practices for increasing linkage to, retention, and re-engagement in HIV medical care: Findings from a systematic review, 1996–2014. *AIDS and Behavior* 2016; 20(5): 951-966.
75. Higa DH, Marks G, Crepaz N, Liao A, Lyles CM. Interventions to improve retention in HIV primary care: A systematic review of US studies. *Current HIV/AIDS Reports* 2012; 9(4): 313-325.
76. Asghari S, Hurd J, Marshall Z, et al. Challenges with access to healthcare from the perspective of patients living with HIV: A scoping review and framework synthesis. *AIDS care* 2018; 30(8): 963-972.
77. Cooper V, Clatworthy J, Youssef E, et al. Which aspects of health care are most valued by people living with HIV in high-income countries? A systematic review. *BMC Health Services Research* 2016; 16(1): 677.
78. Chuah FLH, Haldane VE, Cervero-Liceras F, et al. Interventions and approaches to integrating HIV and mental health services: A systematic review. *Health Policy and Planning* 2017; 32(suppl_4): iv27-iv47.
79. van der Heijden I, Abrahams N, Sinclair D. Psychosocial group interventions to improve psychological well-being in adults living with HIV. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017(3): CD010806.
80. Pasricha A, Deinstadt RT, Moher D, Killoran A, Rourke SB, Kendall CE. Chronic care model decision support and clinical information systems interventions for people living with HIV: A systematic review. *Journal of General Internal Medicine* 2013; 28(1): 127-135.
81. Davy C, Bleasel J, Liu H, Tchan M, Ponniah S, Brown A. Factors influencing the implementation of chronic care models: A systematic literature review. *BMC Family Practice* 2015; 16(1): 102.
82. Kadu MK, Stolee P. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: A systematic review. *BMC Family Practice* 2015; 16(1): 12.
83. Kimmel AD, Martin EG, Galadima H, et al. Clinical outcomes of HIV care delivery models in the US: A systematic review. *AIDS care* 2016; 28(10): 1215-1222.
84. Carter R, Riverin B, Levesque J-F, Garipey G, Quesnel-Vallée A. The impact of primary care reform on health system performance in Canada: A systematic review. *BMC Health Services Research* 2016; 16(1): 324.

85. McMillan JM, Krentz H, Gill MJ, Hogan DB. Managing HIV infection in patients older than 50 years. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 2018; 190(42): E1253-E1258.
86. Aidala AA, Wilson MG, Shubert V, et al. Housing status, medical care, and health outcomes among people living with HIV/AIDS: A systematic review. *American Journal of Public Health* 2016; 106(1): e1-e23.
87. McBrien KA, Ivers N, Barnieh L, et al. Patient navigators for people with chronic disease: A systematic review. *PloS One* 2018; 13(2): e0191980.
88. Mizuno Y, Higa DH, Leighton CA, Roland KB, Deluca JB, Koenig LJ. Is HIV patient navigation associated with HIV care continuum outcomes? A systematic review. *AIDS* 2018; [epud ahead of print].
89. O'Brien N, Hong QN, Law S, et al. Health system features that enhance access to comprehensive primary care for women living with HIV in high-income settings: A systematic mixed studies review. *AIDS patient care and STDs* 2018; 32(4): 129-148.
90. Watt N, Sigfrid L, Legido-Quigley H, et al. Health systems facilitators and barriers to the integration of HIV and chronic disease services: A systematic review. *Health Policy and Planning* 2017; 32(suppl_4): iv13-iv26.
91. Health Quality Ontario. Interventions to improve access to primary care for people who are homeless: A systematic review. *Ontario Health Technology Assessment Series* 2016; 16(9): 1-50.
92. Meyer JP, Muthulingam D, El-Bassel N, Altice FL. Leveraging the US criminal justice system to access women for HIV interventions. *AIDS and Behavior* 2017; 21(12): 3527-3548.
93. Tso LS, Best J, Beanland R, et al. Facilitators and barriers in HIV linkage to care interventions: A qualitative evidence review. *AIDS* 2016; 30(10): 1639.
94. Sullivan SS, Mistretta F, Casucci S, Hewner S. Integrating social context into comprehensive shared care plans: A scoping review. *Nursing Outlook* 2017; 65(5): 597-606.
95. McDaid D, Park AL. WHO health evidence network synthesis reports. Evidence on Financing and Budgeting Mechanisms to Support Intersectoral Actions Between Health, Education, Social Welfare and Labour Sectors. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, World Health Organization 2016; 2016.
96. Mason A, Goddard M, Weatherly H, Chalkley M. Integrating funds for health and social care: An evidence review. *Journal of Health Services Research & Policy* 2015; 20(3): 177-188.
97. Dubois A, St-Pierre L, Veras M. A scoping review of definitions and frameworks of intersectoral action. *Ciencia & Saude Coletiva* 2015; 20: 2933-2942.
98. Shankardass K, Solar O, Murphy K, Greaves L, O'Campo P. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *International Journal of Public Health* 2012; 57(1): 25-33.
99. Carey G, Malbon E, Reeders D, Kavanagh A, Llewellyn G. Redressing or entrenching social and health inequities through policy implementation? Examining personalised budgets through the Australian National Disability Insurance Scheme. *International Journal for Equity in Health* 2017; 16(1): 192.
100. Friedman EE, Dean HD, Duffus WA. Incorporation of social determinants of health in the peer-reviewed literature: A systematic review of articles authored by the National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. *Public Health Reports* 2018; 133(4): 392-412.
101. Lavis J, Gauvin F-P, Reid R, Bullock H, Wodchis W, A H. Rapid synthesis: Creating a rapid-learning health system in Ontario. Hamilton: McMaster Health Forum; 31 March 2018.
102. Lavis J, Gauvin F-P, Mattison C, et al. Rapid synthesis: Creating rapid-learning health systems in Canada. Hamilton: McMaster Health Forum; 10 December 2018.
103. Budrionis A, Bellika JG. The learning healthcare system: Where are we now? A systematic review. *Journal of Biomedical Informatics* 2016; 64: 87-92.

104. McLennan S, Kahrass H, Wieschowski S, Strech D, Langhof H. The spectrum of ethical issues in a Learning Health Care System: A systematic qualitative review. *International Journal for Quality in Health Care* 2018.
105. Tursunbayeva A, Bunduchi R, Franco M, Pagliari C. Human resource information systems in health care: A systematic evidence review. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2017; 24(3): 633-654.

ANNEXES

Les tableaux suivants présentent des renseignements détaillés sur les revues systématiques recensées pour chacun des éléments. Chaque rangée des tableaux correspond à un document en particulier et les documents sont organisés par élément (première colonne). L'intérêt de chaque document est décrit dans la deuxième colonne. Les principaux constats du document qui sont liés à l'élément sont indiqués dans la troisième colonne; la quatrième colonne indique la dernière année de la recherche documentaire dans le cadre de la revue.

La cinquième colonne donne une note de la qualité globale d'une revue systématique. La qualité de chaque revue a été évaluée à l'aide de l'outil AMSTAR (AMeasurement Tool to Assess Reviews), qui évalue la qualité globale sur une échelle de 0 à 11, où 11/11 correspond à une revue de la plus haute qualité. Il est important de noter que l'outil AMSTAR a été élaboré dans le but d'évaluer des revues axées sur les interventions cliniques, de sorte que tous les critères ne s'appliquent pas aux revues systématiques portant sur les arrangements relatifs à la prestation de services, les arrangements financiers ou les arrangements de gouvernance des systèmes de santé. Un dénominateur inférieur à 11 indique qu'un ou plusieurs aspects de l'outil n'ont pas été jugés pertinents par les évaluateurs. Au moment de comparer les notes, il est donc important de garder à l'esprit les deux éléments de la note (numérateur et dénominateur). Par exemple, une revue qui reçoit une note de 8/8 est généralement d'une qualité comparable à une autre qui aura reçu une note de 11/11. Il s'agit dans les deux cas de « notes élevées ». Une note élevée signifie que les lecteurs peuvent avoir un degré de confiance élevé envers les constats de la revue. À l'inverse, une note faible ne signifie pas que la revue devrait être ignorée, mais simplement que les constats sont moins fiables et que la revue doit être examinée de près pour en déterminer les limites. (Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) : 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review. *Health Research Policy and Systems* 2009; 7 (Suppl1):S8.

Les trois dernières colonnes fournissent des renseignements sur l'utilité du document en ce qui concerne son applicabilité locale, son applicabilité aux groupes prioritaires et son applicabilité quant au problème. La troisième colonne à partir de la droite indique la proportion des études menées au Canada, et l'avant-dernière fournit la proportion des études incluses dans la revue qui traitent explicitement du groupe prioritaire. La dernière colonne indique l'applicabilité de la revue au problème du point de vue de la proportion des études axées sur les peuples autochtones. De façon semblable, pour chacune des évaluations économiques et études de coûts, les trois dernières colonnes indiquent si le pays d'intérêt est le Canada, si l'évaluation ou l'étude porte clairement sur l'un des groupes prioritaires et si elle est centrée sur les peuples autochtones.

Les auteurs de la synthèse portant sur les données probantes ont tenu compte de tous les renseignements présentés dans les tableaux de la présente annexe dans le cadre de la compilation des tableaux 1 à 3 de la partie principale de la synthèse.

Annexe 1: Revues systématiques pertinentes à l'élément 1 - Renforcer la prise en charge globale du VIH dans le système de santé (en anglais)

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
Point-of-care testing	Acceptability of, and preference for, rapid point-of-care HIV testing in youth, tracking notification rates, and identifying factors associated with testing (68)	<p>This review included 14 studies examining the acceptability of, and preference for, rapid point-of-care HIV testing in youth, tracking notification rates when youth were offered rapid point-of-care testing, and identifying the factors associated with testing.</p> <p>Of the 14 included studies, 12 explored youth acceptance of rapid HIV testing. Acceptance rates of point-of-care tests varied widely, with the lowest rate of acceptance found in an adolescent outpatient clinic. The highest uptake rates were found in emergency rooms. Furthermore, one study demonstrated that rapid methods were selected the majority of the time when youth were offered an option between rapid and traditional testing methods. This suggests that youth are open to accepting rapid point-of-care testing, especially if offered.</p> <p>Four studies explored the preferences for rapid point-of-care testing. One study showed that the majority of youth preferred rapid point-of-care testing methods because they wanted the test results immediately. In another study, it was found that adolescents were more likely to get tested when a rapid test was available, and were more likely to accept the rapid test when it was offered, rather than having to proactively ask for the test.</p> <p>Two studies outlined rates of test result notifications for young people undergoing rapid point-of-care testing. In one study, it was found that participants who selected a rapid point-of-care HIV test method were more likely to receive their test results within the follow-up period in comparison to those who chose a traditional test. Another study demonstrated that all participants aged 13-17 who accepted rapid point-of-care testing received their results.</p> <p>Eight studies highlighted patient factors correlated with rapid point-of-care testing. Of these eight articles, four showed a significant increase in rapid point-of-care testing with increasing age. Studies assessing the relationships between rapid testing and ethnicity, as well as rapid testing and gender, produced variable results. Finally, several studies demonstrated that youth with HIV risk factors or a concurrent genitourinary diagnosis are more likely to accept rapid point-of-care HIV testing when offered.</p> <p>The findings of this review suggest that young people accept and prefer rapid point-of-care HIV tests when offered. However, this evidence is subject to several limitations, such as the small sample sizes employed in four of the included studies.</p>	2013	2/9 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	0/14	0/14	14/14
	Assessing patient and program impact of point-	This review examined 15 studies that evaluated the program impact of point-of-care CD4 testing, with an emphasis on retention in pre-ART care and time to assessment for ART eligibility.	2013	8/11 (AMSTAR rating)	0/15	0/15	15/15

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
	of-care CD4 testing (69)	<p>Of the 15 included studies, two provided data on the impact of point-of-care CD4 from HIV testing to eligibility assessment. The data suggested that the likelihoods of being tested for CD4 and of people receiving their result after being tested for CD4 increased.</p> <p>Six studies reported the proportion of people who were initiated on ART. These studies suggested that the likelihood of initiating ART was greater when point-of-care CD4 was used.</p> <p>Two studies examined the completion of all steps between HIV diagnosis and ART initiation. Both studies demonstrated a reduction in time to ART initiation with the point-of-care CD4 intervention group.</p> <p>The findings of this review suggested that point-of-care CD4 testing can improve care retention prior to initiating ART and can also reduce time to eligibility assessment. However, the authors acknowledged several caveats that should be considered when interpreting these results, such as the inclusion of conference abstracts reporting limited data/information.</p>		from McMaster Health Forum)			
Patient-centred and 'whole body' approaches to care	Assessing the effects of providing physicians with feedback about their patients' medication adherence for improving adherence (71)	<p>This review included nine studies that explored the effects of providing physicians with feedback about their patients' medication adherence for improving adherence. The effects of feedback provision on patient outcomes, health resource use, and processes of care were also assessed.</p> <p>Of the nine included articles, seven examined changes in medication adherence. Across the studies, it was found that providing physicians with feedback led to little or no difference to their patients' medication adherence.</p> <p>Two studies measured patient outcomes. The findings of these studies suggested that feedback provision led to little or no difference on patients' health outcomes.</p> <p>Two studies explored the effects of the intervention on health resource use. None of these studies demonstrated improvements in health resource use outcomes when adherence-related feedback was provided to physicians.</p> <p>Four studies assessed processes of care. The results of these studies showed that providing physicians with feedback on medication adherence may improve care processes (e.g., more medication changes, increased dialogue with patients and improved hypertension management) in comparison to usual care.</p> <p>Overall, the findings of this review did not suggest that the provision of feedback to physicians about their patients' adherence to medication improved prescribed medication adherence, patient outcomes, or health resource use. Although the feedback intervention may</p>	2016	10/10 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	1/9	0/9	1/9

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
		improve particular care processes, the authors noted that the small number of low-quality studies examining this outcome renders the results inconclusive.					
	Identifying the proportion of patients linked to HIV care and the factors that have an impact on linkage (72)	<p>This review identified 24 eligible studies, of which 22 presented linkage to care data and seven explored factors for linkage.</p> <p>The 22 studies reporting linkage to care data covered 19 of the 53 countries from the WHO European Region. Across the 19 countries, linkage among 89,006 people was captured. A random-effects meta-analysis of linkage to care within three months was conducted with 12 studies that presented sufficient data. This meta-analysis of prompt linkage within three months generated a pooled estimate of 85%, with prompt linkage being higher in studies including only people already involved in care than in those of all new diagnoses.</p> <p>Seven articles identified factors associated with linkage to care. The majority of these studies looked at factors associated with negative outcomes (e.g., delayed entry into HIV care or never having accessed care). Factors found to be associated with delayed or absence-of-care linkage in multiple studies included: 1) acquiring HIV through heterosexual contact or injecting drug use; 2) being of younger age at diagnosis; 3) having lower education levels; 4) feeling well at diagnosis; and 5) being diagnosed outside a sexually transmitted infection clinic.</p> <p>The findings of this review suggested that the overall linkage to HIV care was high. However, the pooled estimate of prompt linkage to care presented in this meta-analysis must be interpreted with caution due to the high heterogeneity between studies.</p>	2017	11/11 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	0/24	0/24	24/24
	Synthesizing the perspectives of people living with HIV on access to healthcare (76)	<p>This scoping review and framework synthesis included 64 articles that examined the perspectives of people living with HIV on access to healthcare, to help guide health planners, policymakers and researchers towards service-level changes that are meaningful for patients. This paper had three main objectives: 1) map the literature on the perspectives of people living with HIV; 2) highlight themes to summarize the perspectives of people living with HIV in relation to healthcare access; and 3) identify gaps in the research and highlight research priorities and opportunities.</p> <p>Of the initial 326 concepts identified in the literature regarding the perspectives of people living with HIV on healthcare access, there were four that were most frequently reported: 1) staff treatment; 2) wait times; 3) lack of financial resources; and 4) fear of disclosure. The most frequently reported concept related to staff treatment of patients, which revealed that patients often described staff as impersonal, rushed, discriminatory and/or judgmental. The next most frequently discussed concept was long wait times, followed by limited financial resources or difficulty paying service fees, and fear of HIV status disclosure.</p>	Not reported	No rating tool available for this type of document	4/64	2/64	64/64

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
		<p>The final themes that emerged to summarize the perspectives of people living with HIV were: 1) acceptability; 2) availability; 3) accessibility; 4) affordability; 5) other barriers, including health and personal barriers; 6) communication; 7) satisfaction; 8) accommodation; 9) preferences; and 10) equity in access.</p> <p>This study's knowledge-user team noted that there were some important gaps in the literature. These gaps included the inability for people living with HIV to talk to their physicians about sensitive sexual health topics, and the lack of accessibility of care caused by the inability of patients to bring their children to their appointments.</p> <p>The findings of this review suggested that specific changes are essential to improving access to healthcare for people living with HIV. These changes include improving availability through staff and provider training, creating acceptability and reducing HIV-related stigma, and increasing accessibility through increased HIV information provision.</p>					
	Synthesizing data on adherence to long-term medicines by Indigenous Australians living with chronic illnesses (70)	<p>This review examined 47 studies that reported on the rates and outcomes of adherence to medicines by Indigenous Australians with chronic conditions, explored health professionals' attitudes towards adherence, and identified barriers to and facilitators of adherence.</p> <p>Of the 47 included studies, six highlighted adherence rates and reported that an estimated two-thirds of Indigenous Australians take their regular medications at least some of the time. Two of these studies found that adherence rates were lower among Indigenous Australians as compared to non-Indigenous Australians; however, the accuracy of this self-reported data is unclear.</p> <p>In studies that examined the relationship between medication adherence and outcomes of adherence, some authors attributed poor clinical outcomes to inadequate adherence, and the majority of health professionals working in mental health services in the Northern Territory reported low adherence rates as a frequent cause of relapse.</p> <p>In most of the studies, health professionals expressed the view that Indigenous Australians have inadequate adherence to medications, which has a negative impact on Indigenous health in Australia.</p> <p>Studies highlighted several barriers to adherence reported by both providers and patients, including: 1) having other priorities including sociocultural obligations; 2) cost; 3) sharing or swapping medicines; 4) stopping medicines once feeling better; and 5) issues obtaining medicines while away from home. A challenge described by patients only was forgetting to take their medications, and some individuals perceived their religious values to serve as a barrier. Only health professionals cited inadequate safe storage for medicines at home as a barrier.</p>	2015	9/10 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	0/47	47/47	1/47

McMaster Health Forum

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
		In terms of enablers, dose administration aids, Indigenous community engagement and involvement in medication dispensing, and medication cost reductions have reportedly improved adherence. The review suggested that strategies to improve adherence may be employed to improve health outcomes among Indigenous Australians. However, more evidence is needed on which specific activities effectively support Indigenous Australians requiring long-term medicines.					
	Exploring whether Canadian primary-care reforms have improved health-system performance (84)	<p>This review included 14 studies that described whether Canadian primary-care reforms have improved health-system performance based on measures of health service utilization, processes of care, and physician productivity.</p> <p>Three studies examined health service utilization as a primary outcome and addressed team-based aspects of reforms among chronically ill or older patients in Quebec and Alberta. The results of these studies suggested that team-based care was associated with statistically significant decreases in emergency-department visits; however, the evidence on hospital admissions produced variable findings. For example, while one study evaluating primary-care networks found significant reductions in the rate of avoidable use of the emergency department and admissions within the general population, low-income population, and First Nations, a study examining family medicine groups produced null effects on hospital admissions.</p> <p>Three studies evaluated measures pertaining to care processes for patients with diabetes and four studies examined various care process outcomes related to screening and prevention activities. These studies provided low-quality evidence that team-based models, blended capitation models and pay-for-performance incentives were associated with small and sometimes insignificant improvements in care processes.</p> <p>All four studies that focused on physician costs and productivity as an outcome were of high methodological quality and addressed enhanced fee-for-service and blended capitation payment models. While the findings suggested that blended capitation payment in Ontario led to decreases in the number of services delivered and patients seen per day, the number of enrolled patients and days worked per year was comparable to that of enhanced fee-for-service models.</p> <p>This review isolated the effects of reforms on outcomes related to health service utilization, processes of care and physician costs and productivity. However, based on the findings of this paper, the authors noted that the body of literature on this topic is small, which signals a need for further research.</p>	2015	8/10 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	14/14	1/14	0/14

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
	Managing HIV infection in older adults (85)	<p>This narrative review explored the broad topic of aging with HIV. The examined studies were organized into the following categories: 1) specific comorbidities that present a challenge; 2) syndromes associated with aging that may occur earlier; and (3) other factors that may affect the health of older people living with HIV.</p> <p>There are specific comorbidities associated with HIV that present increased challenges for people living with HIV. For example the relative risk of cardiovascular disease among individuals with HIV who have received ART is approximately twofold greater than for those of a similar age without HIV infection. With increases in life expectancy for those living with HIV, it will be crucial to proactively address cardiovascular risk factors to prevent future disease. Furthermore, there are several risk factors for chronic kidney disease among people living with HIV, including older age, being a woman, diabetes, hypertension, dyslipidemia, low CD4 cell count and alcohol misuse. Consideration of chronic kidney disease is essential, because its presence should inform the administration of certain medications. People living with HIV are also more likely to have certain components of metabolic syndromes than those without HIV. In addition, mortality caused by non-AIDS related, non-hepatitis related cancers was found to increase twofold among people living with HIV in France between 2000 and 2010. However, specific cancer-screening recommendations for people living with HIV have not been developed yet. Finally, results from 11 cohort studies showed that liver disease is responsible for up to one in five deaths among people living with HIV.</p> <p>Several conditions associated with the aging process may occur earlier as a result of HIV infection, including: 1) neurocognitive impairment, which may compromise adherence to ART and other aspects of care; 2) frailty, which is associated with increased risk of multimorbidity, hospital admissions, long-term care use and death; and 3) osteoporosis and fractures.</p> <p>This review also identified other factors that may affect the health of older people living with HIV. These include: 1) falls that could lead to increased risk of fractures and traumatic brain injury among people living with HIV; 2) polypharmacy, which may expose individuals to a variety of adverse drug-drug interactions; 3) vaccinations, which are contraindicated for people living with HIV whose immune systems are compromised; 4) depression, decreased health-related quality of life and social isolation; and 5) new HIV infection among older adults, which reminds clinicians of the importance of maintaining a high index of suspicion for HIV throughout the human lifespan. Rates of HIV testing have been found to decrease with age due to barriers such as lack of provider awareness of HIV risk in older adults, as well as older patients not viewing themselves as being at risk.</p> <p>Individuals are both aging with HIV and acquiring HIV infection at older ages. Thus, the provision of comprehensive care for people aging with HIV should address the growing burden of age-related, non-HIV related conditions.</p>	2018	No rating tool available for this type of document	Not reported in detail	Not reported in detail	Not reported in detail

McMaster Health Forum

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
	Evaluating programs or services that seek to integrate HIV and mental health services in adult populations (78)	<p>This review included 45 studies that described and evaluated programs and services seeking to integrate HIV and mental health services in adult populations. One integration program was identified at the macro-level. Three models of integration were identified at the meso- and micro-levels: single-facility integration, multi-facility integration, and integrated care coordinated by a non-physician case manager.</p> <p>Of the 45 papers, only two described macro-level integration. Both of these articles summarized the Indiana Integration of Care Project, a project that integrated mental health services with Indiana's HIV and AIDS service delivery system. One of these papers included an analysis of the linkages between community mental health providers and primary-care and HIV providers. The other study aimed to examine the effect of mental health centre staff turnover on HIV and AIDS service delivery integration. The latter study showed that staff turnover rates did not negatively affect integration, except when HIV was integrated within the mental health system itself.</p> <p>Two integration models were identified from 31 papers describing interventions in which integration occurred both at the meso- and micro-levels: integration in a single-facility and integration across multiple facilities. Single-site integration enhances interdisciplinary collaboration and decreases access barriers for patients. However, the practicality of providing comprehensive care for patients with complex needs is debatable. Furthermore, the collaborative network of specialized centres that emerges from multi-facility integration may support those with multiple co-morbid conditions, but fragmented and uncoordinated care can pose additional barriers.</p> <p>Twelve papers described interventions that integrated services only at the micro-level by using case managers. Integrated care coordinated by an individual case manager can support continuity of care for patients, but warrants specialized training and support for case managers.</p> <p>The findings of this review identified several promising integration models involving HIV and mental health services. However, the authors acknowledged a need for higher quality evaluative studies, particularly in low- and middle-income countries with high HIV and AIDS burden.</p>	2015	8/9 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	1/45	0/45	45/45
	Examining the effectiveness of the Chronic Care Model for individuals with HIV (80)	<p>The review examined 16 studies in order to examine the effectiveness of the Chronic Care Model, which is comprised of decision support and clinical information systems interventions, for individuals with HIV.</p> <p>The Chronic Care Model has been established as an effective tool for clinical and quality improvement in chronic disease, but evidence for HIV management is limited. Decision Support interventions involve the distribution of educational materials, guidelines and evidence. Clinical Information Systems interventions are geared towards improving the</p>	2011	7/10 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	0/16	0/16	16/16

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
		<p>delivery of care by organizing patient data. These two systems are becoming intertwined as technology advances.</p> <p>The effectiveness of these interventions for individuals with HIV were quantified across a number of outcomes, including immunological or virological outcomes, medical outcomes, psychosocial outcomes and economic outcomes.</p> <p>Four studies examined the effects of Decision Support interventions. Two studies found an improvement in process measures, and two studies found an improvement in immunological/virological outcomes, medical outcomes, and psychosocial outcomes. The strongest evidence came from the Decision Support intervention which focused on guideline implementation, with improvement in 80% of evaluated healthcare process and performance measures.</p> <p>Nine studies examined Clinical Information Systems interventions. Evidence for provider reminders was strong, as it was found to improve healthcare process and provider outcomes in two studies. There was weak evidence for the effectiveness of audit and feedback.</p> <p>Three studies examined a combination of Decision Support and Clinical Information Systems interventions. While these studies were more likely to improve outcome measures, the sample size was small. The combination of interventions was less likely than Decision Support alone to improve process measures.</p> <p>The review aimed to examine the effectiveness of the Chronic Care Model for people with HIV. Decision Support and Clinical Information Systems interventions were found to contribute positively to outcomes, with process measures being more likely to be improved compared to definitive outcome measures. Future research should focus on experimental studies with a larger sample size, focusing on equity indicators in study design.</p>					
	Synthesizing findings of studies that implemented the Chronic Care Model in primary care (82)	<p>This review included 22 studies that identified barriers and facilitators of Chronic Care Model implementation across various primary-care settings.</p> <p>From this review, the following facilitators of implementation were identified: 1) strong networks and increased communication between health care providers and organizations, which were supported by collaboration across disciplines during care transition processes; 2) an organizational culture that promotes interdisciplinary, or patient-centred care; 3) implementation climate, which was attributed to a commitment and recognition for the need for change from the organization; 4) operationalization of Chronic Care Model components, which was facilitated by care providers such as specialists and nurse practitioners with an expanded scope of practice; 5) strong, committed and engaging leadership involving supportive administration and supervisors; and 6) provider knowledge about Chronic Care</p>	2014	2/9 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	2/22	0/22	0/22

McMaster Health Forum

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
		<p>Model interventions, which was strengthened through staff education and shadowing processes.</p> <p>The following barriers were gleaned from this review: 1) executing intervention processes, which created additional responsibilities for staff; 2) institutional factors such as staff/leadership turnover and loss, which placed increased burden on remaining providers; 3) lack of interest and dedication from leadership and limited resources for implementation; 4) lack of support and accountability from senior leadership; 5) providers who had misconceptions, were unconvinced of the model's effectiveness, or lacked information.</p> <p>The findings of this review emphasize the importance of evaluating organizational capacity and gaps before and during the implementation of the Chronic Care Model in primary-care settings. However, the authors noted several methodological limitations to their review, such as the exclusion of unpublished literature.</p>					
	Evaluating the linking and retaining of patients with HIV to care (73)	<p>The review examined 69 articles in order to evaluate the linkage and retention of patients in HIV care.</p> <p>The ability to link and retain patients in HIV care is crucial for treatment efficacy and reduction of transmission. In order to carry out effective care, barriers and facilitators to engagement must be understood. Findings from this meta-synthesis explored the complex constellation of elements that affect a patient's relationship with the community and healthcare system. In order to illustrate this complexity, the review presented the factors through an adaptation of the Theory of Triadic Influence which breaks care engagement into three streams: 1) intrapersonal stream; 2) social stream; and 3) cultural-attitudinal stream.</p> <p>The intrapersonal stream encapsulates individual traits that affect one's efficacy to perform a behaviour. This review found that an individual's psychological state upon HIV diagnosis was an important factor in care engagement. Shame, shock, issues with self-esteem, uncertainty, fear, stigma and mental fatigue all contributed to care disengagement. Informational challenges, such as unfamiliarity with transmission and diagnosis, presented a barrier to care. Patient education was a significant facilitator to care, and post-test counselling and ongoing education accommodated patients' psychological reactions and supported HIV literacy.</p> <p>The social stream encompasses the social surroundings of a patient. Collaborative partnership between providers and patients resulted in supportive care and treatment, while condescending attitudes had a negative impact on patient trust and experience. The reaction of family and friends to a patient's HIV diagnosis was found to have an impact on linkage and retention in care, with supportive networks encouraging engagement through means such as financial support, transportation, and psychological support. Negative reactions impeded connection to care. Challenges were reported most often by women who were at risk of</p>	2013	3/9 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	Not reported in detail	Not reported in detail	69/69

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
		<p>spousal and family rejection. Experiences with stigma in the past resulted in difficulty seeking care.</p> <p>Finally, the cultural-attitudinal stream refers to broader elements that influence behaviour through engrained mechanisms, such as policy. Life demands, such as family commitments and work, presented significant barriers to care. Experiences with the healthcare system had an impact on engagement, and linkage to care was more successful when mediated by an engaged professional. The location and hours of clinics was an important factor for care engagement, as travel far from home posed significant barriers. Other structural factors such as community beliefs in health and threats to safety posed significant challenges.</p> <p>The findings of the review have implications on a number of levels. Patient-focused recommendations include psychological counselling, active referrals and case management, stigma management, and exploration of gender and power inequities among patients. Provider-focused recommendations focus on the success of providers who are caring, trustworthy, competent, encouraging and collaborative. Poor patient-provider relationships have a negative impact on treatment linkage and retention and may be addressed through education. Providers must also demonstrate cultural competency and explore patient beliefs and values. Finally, system-level recommendations focus on education, structural support, streamlined clinical operations, alternative care sites, and an increased number of healthcare providers.</p>					
	Assessing the impact of psychosocial group interventions on psychological well-being of adults living with HIV/AIDS (79)	<p>The review examined 19 articles in order to assess the impact of psychosocial group interventions on psychological well-being among adults living with HIV/AIDS.</p> <p>A diagnosis of HIV has significant psychological effects. Psychosocial group interventions aim to improve psychological well-being among patients. The primary outcome of interest in the review was improved psychological well-being of people living with HIV, as measured by decreases in depression scores. Secondary outcomes of interest were measures of anxiety, stress and coping.</p> <p>This review found that group-based psychosocial interventions that were based on cognitive-behavioural therapy reduced depression scores. This effect was seen up to 15 months post-intervention. There was no clear evidence on the effect of the interventions on the secondary outcomes of interest (anxiety, stress and coping).</p> <p>Overall, this review found that group psychosocial interventions have a positive impact on depression scores among adults living with HIV/AIDS. However, more than half of the included trials had participant baseline scores that fell within the normal range, meaning that these participants were not depressed. As such, the observed effect was small and future trials should include people with signs of depression, stress, or poor coping at baseline.</p>	2016	10/11 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	1/19	0/19	19/19

McMaster Health Forum

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
	Assessing patient and primary-care health outcomes for adults living with HIV (83)	<p>The review examined 13 studies in order to assess patient and primary-care health outcomes for adults living with HIV across a number of care delivery models in the United States.</p> <p>Combination ART has significantly improved the life expectancy for people living with HIV, but connecting patients to care and managing chronic disease are key challenges in care provision. In response, a number of HIV care delivery models have been recommended. The current review examined four types of delivery models: 1) specialty-based care; 2) advanced practitioner-based care; 3) team-based care; and 4) shared care.</p> <p>The results of this review suggest that specialty-based care supported improved clinical outcomes, associated with increased clinician experience. Patients were more likely to be retained when HIV clinicians were more experienced, or when the patients were enrolled in a care coordination program. Eight studies also found that increased ART use was associated with more experienced or specialized HIV clinicians.</p> <p>There are significant workforce challenges posed in the management of HIV, and this review found that significant delivery reform is needed. Greater coordination of care providers is needed to address these challenges. The current evidence is limited and outdated, and future research should address workforce training and policies, along with clinician roles and relationships, in order to enhance care provision.</p>	2015	3/9 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	0/13	0/13	13/13
	Understanding the barriers and facilitators to implementation of a chronic-care model (81)	<p>The review examined 38 articles in order to understand the barriers and facilitators to chronic-care model implementation in primary care, according to healthcare providers.</p> <p>The chronic-care models included in this review had to include at least two of eight elements. The first four elements were geared towards patient needs: 1) facilitation of community support; 2) facilitation of informal family support; 3) enhancement of health professional case management; and 4) self-management support. The remaining elements were geared towards provider needs: 5) organizational change; 6) delivery system design; 7) decision support; and 8) clinical information systems.</p> <p>Four synthesized findings emerged from this review of the literature. First, the acceptability of chronic-care model interventions was found to be largely reported from the view of the healthcare provider. The helpfulness of the model and positive impact on patient health were cited as facilitators to implementation. Studies examining patient perspectives found that chronic-care models were acceptable. However, response was mixed with one study reporting patient empowerment, but also inefficiencies. Second, factors preparing healthcare providers for a chronic-care model included sufficient information delivery, skilled and experienced staff, and the support of strong leaders and champions. Third, this review identified a range of factors that influenced patient engagement with chronic-care models. These factors included patient support, information dissemination, and acknowledgment of patient differences. Last,</p>	2013	5/10 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	Not reported in detail	Not reported in detail	Not reported in detail

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
		<p>resources for implementation and sustainability were found to include time and effort, information and communication systems, and funding. Ongoing quality improvement was key to the sustainability of chronic-care models.</p> <p>This review found that the acceptability of chronic-care models to both providers and patients was an important factor for success. Factors such as preparing providers for change, providing support for patients, providing appropriate resources and engaging stakeholders are all key factors in implementing the model.</p>					
	Assessing strategies for promoting retention in HIV primary care (75)	<p>The review examined 13 studies in order to assess strategies for promoting retention in HIV primary care.</p> <p>This review found that successful interventions focused on engaging and retaining patients, rather than targeting multiple broader issues. However, using multiple intervention strategies within a study was found to be necessary to address barriers to care.</p> <p>Interventions that build on patient strengths and assist with care navigation were beneficial in retention. Reducing barriers through appointment accompaniment, transportation support, outreach, and culturally competent care reduced barriers in interventions. These strategies assist patients who have more than one diagnosis and/or are highly marginalized. Sending appointment reminders and involving peers as advocates and workers on a person's care team were crucial components to care retention.</p> <p>This review also identified room for improvement among existing intervention strategies. For example, most strategies targeted individuals. Structural and system-level barriers must be understood to improve care. Few interventions were implemented in non-medical settings, which may play a significant role in connecting and retaining patients in care. Finally, this review found a lack of interventions that addressed providers and significant others of the patient.</p> <p>This review identified a number of strategies contributing to the retention of patients in HIV care. Future studies should examine the development of interventions that are specifically focused on retention, and that address multi-level factors.</p>	2012	5/9 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	0/13	0/13	13/13
	Determining aspects of healthcare that are valued by people living with HIV (77)	<p>The review examined 23 studies in order to determine the aspects of healthcare that are valued by people living with HIV.</p> <p>In examining the aspects of care that are valued by patients, seven themes emerged: 1) relationships with providers of care; 2) provider expertise; 3) practical considerations; 4) support and information; 5) coordination of services; 6) confidentiality/stigma; and 7) patient involvement in decisions about treatment.</p>	2015	9/11 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	3/23	0/23	23/23

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
		<p>Nineteen studies included in the review reported value in the relationship between patients and healthcare providers. Important factors included professionalism, emotional support, empathy, understanding and enabling of patient discussion. Trust was a key factor in the development of positive relationships, and care, compassion, support and respect were among the valued qualities of healthcare providers in this context.</p> <p>The expertise of providers was valued by patients, including specialist knowledge, knowledge of prevention, and knowledge of current treatment. Primary-care physicians were perceived as having insufficient expertise, and this review found that HIV training should be given to primary-care physicians in rural settings to counter stigma and isolation.</p> <p>Easy access to healthcare services was important, as patients valued the ability to contact care reliably. Being able to make an appointment and travel with ease, as well as have enough time to discuss with providers, were important factors in service access.</p> <p>The ease and clarity of information dissemination was important to patients, and understanding provider instructions was associated with satisfaction. Having enough time to discuss as well as having additional support, such as in financial planning and informal support, were valued by patients.</p> <p>Patients reported fragmented care between primary providers, HIV clinics and other hospital departments, highlighting the importance of communication between services. While the sharing of health information was viewed as important by patients, there were also concerns about the security of this system – sometimes stemming from a fear about employers learning of a person's HIV status.</p> <p>Confidentiality was a concern of patients, and fear of disclosure was found to play a major role in the decision not to access care. HIV-related stigma was a significant issue for patients when new technology was introduced.</p> <p>Six studies demonstrated the importance of involving patients in care decisions. Greater satisfaction resulted from involvement, which included collaborating and partnering with healthcare providers. Having been diagnosed with HIV for longer was associated with a greater feeling of empowerment and control, compared to people who had received a more recent diagnosis.</p> <p>The review highlights aspects of care that are valued by persons living with HIV. These values should be incorporated into interventions and services to enhance outcomes.</p>					

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
	Identifying best practices for increasing linkage, retention and re-engagement in HIV care for persons living with HIV (74)	<p>This review examined 24 interventions that identify best practices for increasing linkage, retention and re-engagement in HIV care for individuals living with HIV. Ten best practices emerged from the examined interventions, of which five were evidence-based interventions tested with a comparison group and the remaining were evidence-informed interventions tested with a one-group design.</p> <p>Of the five evidence-based interventions, one showed effects for linkage, one for linkage and retention, and three for retention only. Re-engagement outcomes were not reported in any of the evidence-based interventions. In the evidence-based intervention addressing linkage, newly diagnosed patients were linked to medical care using trained counsellors and home visits from community support workers in Uganda. The other four evidence-based interventions were conducted in the U.S. and provided up to five strengths-based case management counselling sessions. These sessions generated significant intervention effects for both linkage and retention outcomes among patients. The other three evidence-based interventions that showed intervention effects on retention outcomes used different strategies such as co-locating services, implementing an interactive provider-reminder system, and encouraging patients to adhere to their medical visits via in-person and telephone contact.</p> <p>Five evidence-informed interventions conducted in the U.S. were identified. Of these, one focused on linkage, while the remaining four interventions focused on retention. Re-engagement in care outcomes were not reported in any evidence-informed interventions. The intervention that produced intervention effects on the linkage outcome implemented a policy of scheduling an orientation visit when new clinic patients booked an appointment. In the four evidence-informed interventions that showed intervention effects on the retention outcomes, three focused on minority groups or youth. Furthermore, these three interventions focused on both the individual and clinic level. Individual-directed strategies included counselling, motivational interviewing, case management, providing brief reminders of the importance of care retention, and assisting with appointment scheduling. Clinic-focused strategies included displaying educational posters about the importance of adhering to medical appointments in care settings, and recruiting staff that had expertise in or represented the patient population.</p> <p>The majority of the best practices identified in this paper were designed to improve retention in HIV care. However, the authors mentioned several limitations to their review, including insufficient information from the included reports to provide specific implementation recommendations.</p>	2015	3/9 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	0/24	0/24	24/24

Annexe 2: Revues systématiques pertinentes à l'élément 2 – Rendre accessible des aides à travers les systèmes sociaux nécessaires pour faire face à toute la gamme de défis auxquels font face les personnes vivant avec le VIH (en anglais)

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
Delivery arrangements	Evaluating patient navigator programs in people with a broad range of chronic illnesses (87)	<p>This review examined 67 studies that summarized the evidence for patient navigator programs compared to usual care for patients with any one of a defined set of chronic diseases.</p> <p>In terms of intervention characteristics, most navigator programs employed lay persons trained for the role. The main method of communication was by phone. Patient navigators were responsible for a wide range of activities, including care facilitation and appointment scheduling. Furthermore, navigators also helped to address patient barriers by influencing patient attitudes and beliefs, providing appointment reminders, offering health literacy support and delivering practical assistance. Many studies also reported employing patient navigators who identified with the patient population in terms of ethnicity, or who practised culturally tailored education and communication approaches. The frequency of contact between navigators and patients varied widely from only one contact to 'as needed' throughout the study period.</p> <p>Primary outcomes were most commonly process measures, which included completion of disease screening and adherence to follow-up procedures. Of the 67 studies identified in this review, 45 showed a statistically significant improvement in one or more primary outcomes. The results of this review did not identify an association between any program characteristics and the detection of a statistically significant improvement in a primary outcome. Secondary outcomes more frequently included patient-reported outcomes such as physical and mental health status, quality of life, and psychological distress. In terms of secondary outcomes, no studies demonstrated a negative impact from the patient navigator intervention.</p> <p>The findings from this review suggested that patient navigator programs may improve care processes. However, the authors acknowledged the presence of several study limitations, including the inclusion of heterogeneous intervention designs and reported outcomes.</p>	2017	7/10 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	3/67	0/67	7/67
	Examining associations between HIV patient navigation and HIV care continuum outcomes (88)	<p>This review included 20 studies that assessed whether the provision of patient navigation was associated with HIV care continuum outcomes in the U.S.</p> <p>Of the 20 included studies, 17 highlighted any positive associations between patient navigation and any HIV care continuum outcome. Five studies specifically reported positive associations with linkage. Furthermore, 10 studies reported a positive association</p>	2018	8/10 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	0/20	0/20	20/20

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
		<p>with retention rates, one with ART uptake, two with medication adherence, and 11 with viral suppression.</p> <p>Only three out of the 20 studies did not detect any positive associations between patient navigation and HIV care continuum outcomes. Two of these studies reported accompaniment to appointments, appointment coordination, service provision, and HIV education and information provision as care continuum outcomes. In addition, one study reported relationship building (i.e., connecting the patient with larger social networks), and another study reported referral to non-HIV health services and accompaniment to the first substance disorders treatment appointment.</p> <p>The findings of this review suggested that patient navigation may serve as an efficient strategy to support engagement in the care continuum among individuals with HIV. Nevertheless, the majority of the included studies were of low methodological quality, thereby warranting further research in this field.</p>					
	Determining the features of care that support access to comprehensive primary care for women living with HIV in high-income settings (89)	<p>This review included 44 articles that identified features of care, including interventions, providers, care models and programs, that facilitate access to comprehensive primary care for women living with HIV. Across the 44 studies, 13 themes emerged, which were then categorized into three domains: 1) care providers; 2) clinic care environment; and 3) social and institutional factors.</p> <p>The quality and types of relationships with care providers served as the most dominant theme present in the majority of the articles. Most studies focused on the nature of patient-physician relationships, attributing improved care to the quality of this relationship, having a female provider which increased women's sense of safety and comfort, as well as the facilitation of comprehensive primary care by certain provider specialties (e.g., gynecologist and primary-care providers). Several articles also emphasized the essential role of case managers and nurse navigators in addressing socio-structural barriers to HIV care. Furthermore, peer advocates, peer supporters, and peer engagement in the design and delivery of services were deemed to be facilitators of HIV care by several women.</p> <p>Components of the clinical care environment (e.g., organization of care, transportation to clinics, and the scheduling of appointments) were highlighted in 23 of the studies. At this level, facilitators to care, as identified by female service users, included appointment-reminder systems, clinic signs, women and family spaces, transportation services, and coordination of care to meet women's HIV, comorbidity, and reproductive healthcare needs.</p>	2017	4/9 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	5/44	3/44	44/44

McMaster Health Forum

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
		<p>Broader institutional and societal factors influencing access to care were discussed in 22 of the studies. Across these studies, social and institutional factors included healthcare insurance, patient and physician information and education provision, as well as eliminating HIV-related social stigma.</p> <p>This review presents several features of care that are important to the care experiences of women living with HIV in high-income areas. However, the authors noted several study limitations, including the challenges associated with isolating particular factors that are most effective in improving care access from multifaceted improvement studies.</p>					
	Evaluating the effectiveness of interventions addressing access to primary care among people who are homeless (91)	<p>This review examined five studies in order to examine the effectiveness of interventions addressing access to primary care among people who are homeless. Included studies examined outreach interventions, integration of services, and housing and supportive services interventions.</p> <p>One outreach intervention focused on linking homeless veterans to primary care, and found that incorporating nurse examination, feedback, and clinic orientation to the usual care improved access. Another outreach intervention addressed single adults who were homeless, examining the effects of transitional housing and supportive services, including additional clinics for HIV testing. While the baseline characteristics of control and intervention groups did not appear to be comparable, positive health outcomes (e.g., reduced emergency-department visits and increased Pap smear tests) were observed in the intervention group at 18 months.</p> <p>The integration of primary-care services with an outpatient treatment centre for homeless veterans with substance abuse and mental health problems yielded positive health outcomes, such as increased access to care and fewer emergency-department visits. However, the authors note that the quality of this evidence was very low due to the observational nature of the study and generalizability concerns.</p> <p>Increased access to primary care was observed among people who were homeless and involved in a housing and supportive services intervention. However, the quality of this evidence was also considered to be very low.</p> <p>The findings of this review suggest that interventions addressing barriers to care faced by people that are homeless can improve access to primary care.</p>	2015	7/10 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	0/5	0/5	0/5
	Identifying barriers and facilitators to the integration of	This review included 153 studies that summarize facilitators of and barriers to integration of healthcare for HIV and other long-term conditions. Four cross-cutting, system-level themes were identified: 1) requirement for effective collaboration and coordination; 2) need for adequate and appropriately skilled and incentivized healthcare providers; 3) need	2015	7/9 (AMSTAR rating from	3/153	0/153	153/153

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
	HIV and chronic disease services (90)	<p>for supportive institutional structures and dedicated resources; and 4) leadership with respect to political will, effective oversight and organizational culture. A fifth theme related to patient-centred care was also identified.</p> <p>The first cross-cutting theme highlights collaboration and coordination as a facilitator or barrier to integration, depending on the nature of the relationships between different groups (i.e., providers and specialties, patients and providers, families and communities).</p> <p>The second theme revealed the availability and employment of adequately trained care providers as a key facilitator. In turn, the lack of sufficiently trained providers created significant barriers to care integration for HIV and other chronic illnesses.</p> <p>The third theme that surfaced to support care integration was described as the need for a health system to have supportive institutional structures and resources. Having the right physical structures and commodities, and receiving sufficient funding were identified as important facilitators to setting up and sustaining service integration.</p> <p>The fourth major theme addressed leadership, stewardship, management and organizational culture. This theme includes three distinct dimensions: 1) key factors that can facilitate integration relate to leadership, including political support for integration, describing integration as a central goal and having clear strategies for its implementation; 2) integration is facilitated when these strategies are supported by structural and program features; and 3) high-level support for care integration is inadequate without shifting organizational culture.</p> <p>The fifth theme, external to the health system but supporting all components of health system operation, was placing the patient at the centre of care and addressing their unique needs in a holistic manner. This was identified as a key facilitator of integration.</p> <p>The findings of this review suggested that effective integration of HIV and chronic disease services depend largely on system-level supports. However, these results were complicated by several limitations, including the existence of heterogeneity across the terminology used when defining service integration.</p>		McMaster Health Forum)			
	Examining the association between housing status, medical care, and health outcomes among	This review of 152 studies explored the relationships between housing status, medical care, and health outcomes among patients with HIV. Specifically, six outcome domains were examined: 1) HIV healthcare access and utilization; 2) adherence to ART; 3) HIV clinical health outcomes; 4) other health outcomes; 5) emergency department (ED) and inpatient use; and 6) HIV risk behaviours.	2014	7/9 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	27/152	1/152	152/152

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
	people with HIV (86)	<p>Of the 152 included studies, 35 examined housing status and HIV healthcare access or utilization. The majority of these studies reported statistically significant associations between housing instability and not receiving appropriate HIV care.</p> <p>Thirty articles examined housing status and ART adherence. Of these, 24 studies reported lower adherence among those facing housing instability.</p> <p>Of the 27 articles examining HIV-related clinical health outcomes, 20 found that unstable housing status was associated with poorer health outcomes for people living with HIV.</p> <p>Other health outcomes related to physical or mental health functioning and quality of life were assessed in 27 articles. Twenty-five of these studies showed that homelessness or housing instability was associated with significantly worse outcomes on one or more of these indicators.</p> <p>Twelve out of the 13 studies assessing acute-care services identified that HIV-infected individuals facing unstable living conditions had higher utilization rates of hospital-based emergency department or inpatient care than those with HIV who had stable housing.</p> <p>Finally, 18 of 22 included studies exploring housing status and sexual or drug risk behaviours detected significant associations between housing instability and risk behaviours for continued transmission of infection.</p> <p>Overall, this review found strong evidence for the relationship between housing insecurity and inappropriate HIV care management. However, the findings of this review should be interpreted with caution due to several methodological limitations, such as the inclusion of studies based only in high-income countries.</p>					
	Evaluating the state of knowledge for integrating the social determinants of health into comprehensive shared-care plans (94)	<p>This review included seven studies that evaluated the current state of knowledge for the integration of social factors into comprehensive shared-care plans.</p> <p>The following key themes emerged from the evaluation: 1) integrating health and social sectors; 2) interoperability; 3) standardizing ontologies and interventions; 4) process implementation; 5) professional tribalism; and 6) patient centredness.</p> <p>For example, in 1996, a meeting was convened with national leaders from several countries across the European Union to reach a consensus for the development of a model for the integration of healthcare and social-care needs to promote aging in place. From this meeting, it was suggested that care planning be patient-centred and supported by health information systems that facilitate the collection and dissemination of social status information. Similar consensus-building meetings of interdisciplinary leaders were convened across Europe from 2011 to 2015, which highlighted using informatics to</p>	2016	No rating tool available for this type of document	1/7	0/7	0/7

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
		<p>support healthcare and social-care integration. The stakeholders also highlighted that this integration necessitates identifying needs for information exchange, standardizing ontologies and standards, improving information access, and empowering citizens.</p> <p>One study identified interprofessional communication as a potential barrier to collaboration due to professional tribalism. Other barriers that emerged from this study's findings included organizational structures and geographical distance, uncertainty about knowledge and different value systems, and respecting other people's unique knowledge and experiences.</p> <p>Finally, several studies recommended placing the care recipient at the centre of planning to facilitate effective interprofessional communication and social-factor integration.</p> <p>The findings of this study highlight that care transitions can be complicated by chronic comorbidities, low socio-economic standing, and aging processes, which supports the importance of integrating the social context into comprehensive shared-care plans. However, this study also illustrates the fact that the current state of knowledge of incorporating the social determinants of health into these care plans are still emerging.</p>					
	Assessing how the criminal justice system may be leveraged to increase HIV intervention among women (92)	<p>The scoping review examined 51 studies in order to assess how the criminal justice system can serve as a setting for HIV intervention among women. This review examined interventions in closed, community, or other criminal justice settings.</p> <p>Closed criminal justice settings were defined as prisons, jails or pre-trial detentions. The majority of HIV interventions were focused on prevention and testing, and were centred on psycho-educational and behavioural approaches. Closed criminal justice settings provided a structured and controlled environment where staff could ensure participation from women and prison staff. Interventions that contained trauma-informed content and emphasized peer support, self-efficacy and awareness were successful at addressing factors such as health knowledge and behaviour. While closed settings provide a unique opportunity for health intervention, these settings often pose difficulty in terms of access, funding, policy and control. Although time-intensive programs seem optimal for the closed setting, time-limited or transitional programs may be better suited for the rapid turnover in jails and detention centres.</p> <p>Community supervision criminal justice settings included probation, parole or transitional-housing programs. Interventions in these settings focused HIV testing and prevention through psycho-education, integrated substance use care, and transitional case management. One intervention, titled Project WORTH, enrolled 306 women for an HIV and intimate partner violence prevention program, and demonstrated an increased</p>	2016	No rating tool available for this type of document	0/51	0/51	51/51

McMaster Health Forum

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
		<p>proportion of protected sex acts at a 12-month follow-up. This project demonstrated the potential of programs in a community setting.</p> <p>Other criminal justice sites included other settings where at-risk populations could be reached, such as courts and alternative education programs for juveniles. All interventions focused on HIV prevention or testing, with positive outcomes resulting from the feasibility and acceptability of the programs. However, accrual, attrition and heterogeneity of the study sample posed a limiting factor. Further, studies that were time-intensive may be limited in other settings.</p> <p>The most successful interventions in the study involved positive relationships with criminal justice system staff, through understanding of population needs and alignment of staff priorities. Many women are at high risk of acquiring HIV because of transactional sex, drug use, violence and psychiatric disorders. Further, incarcerated women face additional risk factors, and extraordinary stigma. Thus, women in the criminal justice system represent an important population for health intervention. Future research should assess the involvement of this key population in HIV prevention efforts, as interventions grow globally.</p>					
	Assessing the discussion of social determinants of health in peer-reviewed literature (100)	<p>The review examined 366 articles in order to assess the frequency and type of social determinants of health that appear in peer-reviewed publications relating to health. All publications had an affiliation with the National Centre for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. The social determinants of interest included employment and income, homelessness and housing, schooling and education, stigma or discrimination, social or community context, health and healthcare, and neighbourhood or built environment.</p> <p>Certain social conditions predispose particular populations to disease. An understanding of these social determinants of health is key to understanding disparity, and discussion should be included in peer-reviewed research. This review examined how frequently these social determinants were discussed in the literature and examined the depth with which these topics were covered. Articles were considered to have a “substantial” focus if the social determinant of health was one of three or fewer foci in the article. Articles were deemed to have a “minimal” focus if the social determinant was briefly mentioned or was included as one of four or more foci.</p> <p>Sixty-two articles discussed income and employment, six had a substantial focus and discussed income in a range of ways, including personal and household income, and individual or community unemployment. Thirty-two articles discussed housing and homelessness and included measures such as an individual’s current housing situation, past homelessness, and family in the home. Seven articles focused substantially on the</p>	2014	2/9 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	Not reported in detail	Not reported in detail	Not reported in detail

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
		<p>topic. A total of 118 articles examined education and schooling, emphasizing health programs and policies, training opportunities for educators, or school-based activities and interventions. Thirty-seven articles were described as having a substantial focus. Ten articles addressed stigma or discrimination. Of the four studies focusing substantially on this topic, focus was largely on the stigma associated with the testing and treatment of HIV/AIDS, tuberculosis, and sexually transmitted diseases. A total of 190 articles discussed health and healthcare, and 28 of these articles had a substantial social determinant focus. Of these studies, healthcare provision, access, retention and costs were discussed. Finally, 67 articles examined neighbourhood or built environment, with 17 having a substantial focus. These articles largely addressed this determinant in terms of violence, geography or urbanicity.</p> <p>The review examined the number of articles on the social determinants of health in order to assess improvement in this field and in the reduction of health disparities. Most articles had a minimal focus on the social determinants of health, with one factor in a category often covered to a greater extent than others. The social determinants of health are central to the discussions of infectious disease, as well as to the strategic plan of the National Centre for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. Future research should focus on areas that were minimally covered in this review, in order to address the central importance of social determinants to health outcomes.</p>					
	Synthesizing evidence on linkage to care interventions for people living with HIV (93)	<p>This review included 25 articles that described linkage to care interventions for individuals living with HIV. From these studies, five intervention-specific themes and seven major cross-cutting themes were identified.</p> <p>In terms of intervention-specific themes, several key findings were noted. Task-shifting was identified in four studies as effective in increasing linkage to care among people living with HIV. Furthermore, three studies highlighted community-based mobile outreach testing and linkage programs as facilitators of linkage to care. Two studies examined interventions targeting integration of HIV-specific and primary medical care. These studies found that the integration of HIV care into primary health services was acceptable and feasible to people living with HIV and care providers. In addition, two studies demonstrated that provider-initiated testing, counselling, and linkage facilitated linkage to care for people living with HIV. However, these studies also highlighted challenges that prevented the scaling up of interventions beyond individual settings. Finally, providing cessation support for people living with HIV who use drugs was a necessary precursor before effective linkage to care implementation.</p> <p>In addition to intervention-specific themes, seven major cross-cutting themes were identified. Ten studies reported on providers' experiences with linkage-to-care interventions, which yielded diverse provider feedback for intervention implementation,</p>	2015	7/9 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	1/25	1/25	25/25

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
		<p>facilitators and barriers. Furthermore, five studies suggested that the confidentiality concerns of people living with HIV negatively influenced the effectiveness of linkage interventions. The theme of active referral systems was reported in 12 studies. These studies showed that active referral processes were effective in linking people living with HIV into the care pathway, with active referrals being favoured over non-active or no referrals. Eight studies reported that case management and support teams for coordinating linkage to services facilitated efficient linkage. Moreover, nine studies emphasized that persistent problems were present before and after linkage interventions, which, in turn, impaired linkage to care programs. Ten studies examined the importance of receiving support from family members, friends and peers from the local community as enabling interventions by prompting people living with HIV to enrol in HIV-specific services. Lastly, the importance of positive interactions with health workers and case managers were highlighted in 12 studies. In these papers, it was found that healthcare providers and other support workers improved linkage interventions.</p> <p>Overall, this review found that certain community and individual level factors may improve the effectiveness of HIV linkage to care initiatives. However, several limitations, including the exclusive inclusion of cross-sectional data which may have introduced recall bias, should be considered when interpreting the findings of this paper.</p>					
Financial arrangements	Examining whether the potential of integrated funds has been realized in practice (96)	<p>This review of 38 schemes from eight countries sought to propose a framework for understanding the role of integrated funding in promoting coordinated care, and review the evidence to see whether the effects have been attained in practice. None of the included evidence isolated the effects of integrated funding. Rather, studies assessed the collective effects of integrated funding and integrated care, as compared to usual care.</p> <p>Of the 38 schemes, 24 assessed health outcomes including measures of health-related quality of life, physical functioning, depression and anxiety, mortality and carer burden. Thirteen of the 24 schemes assessing health outcomes found no significant differences compared to usual care, and the remaining schemes produced variable findings.</p> <p>This review also reported evidence on secondary-care costs and/or service utilisation for 34 schemes. Eleven schemes produced no significant effect on hospital costs or utilization, while three schemes reported a significant reduction in utilization or costs. One scheme reported significantly higher admission rates, and in the remaining schemes, the effects were mixed or ambiguous.</p> <p>Quality of care and user experience were evaluated in various ways, with many studies eliciting the perspectives of staff, patients and carers about their experience of the integrated-care schemes. These studies produced mixed findings, with some reporting improved access to services and increased knowledge of health services, and others</p>	2013	3/9 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	2/38	5/38	0/38

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
		<p>highlighting patients' negative experiences such as being unable to see staff of their choice and feeling less involved in decision-making processes.</p> <p>Although some schemes led to short-term reductions in delayed discharges, there was anecdotal evidence of unintended consequences, including premature hospital discharge and an increased risk of readmission. It is important to note that no scheme was conducive to a sustained reduction in hospital use.</p> <p>Finally, barriers to integration were also identified. The primary barrier to emerge was the difficulty of integrating funds for health and social care, in spite of the existence of supporting statutory and regulatory measures. Other barriers included: 1) differences in performance frameworks, priorities and governance – all of which were prominent among the U.K.-based schemes; and 2) difficulties related to linking different information systems, which were more widespread.</p> <p>The findings of this review suggest that the link between integrated funding and improved health outcomes and lower costs is likely to be weak. Thus, expectations surrounding the potential of integrated health and social care should be realistic and further research should be conducted on its effectiveness.</p>					
	Examining different financial mechanisms to facilitate inter-sectoral collaboration for health promotion (95)	<p>Collaboration between sectors such as health, social welfare, education and labour can influence the social determinants of health. This review identified 51 documents that described the use of different financial mechanisms to facilitate inter-sectoral collaboration for health promotion. Three major financial mechanisms that support inter-sectoral collaborative health-promotion activities emerged from this review: 1) dedicated earmarked funding; 2) delegated financing; and 3) joint budgeting.</p> <p>Dedicated earmarked funds were provided and controlled by one ministry or agency in charge of health at national level. At a local level, funds are typically under the control of regional or municipal administrations. Increased flexibility in funds earmarked for inter-sectoral collaboration can maximize opportunities for collective action.</p> <p>Delegated financing involves allocating funding to an independent statutory organization such as a health-promotion agency or organization. Funds can be administered to this agency from several different sources in addition to health budgets. This form of financing also signals the decentralization of power to prioritize initiatives away from the government. However, the degree to which delegated financing can support inter-sectoral collaboration depends on the amount of flexibility in funding use.</p> <p>Finally, joint budgeting is an approach to funding inter-sectoral activity in which two or more sectors share their resources to address a particular health-promotion problem. Joint</p>	2016	3/9 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	4/51	0/51	0/51

McMaster Health Forum

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
		<p>budgets can also improve mutual understanding across different sectors and support flexibility in how funds are distributed. However, one key challenge is sustaining the partnerships emerging from these joint budgets.</p> <p>This paper outlined the main financing mechanisms that have been employed to support inter-sectoral health-promotion activities. However, the authors noted several review limitations, including the absence of any evaluations of the equity implications of various financing mechanisms.</p>					
Governance arrangements	Describing the Australian National Disability Insurance Scheme and analyzing the potential of this scheme to address inequities (99)	<p>A systematic search of policy documents related to the Australian National Disability Insurance Scheme was conducted with the aim of exploring issues of equity. This search, which served to supplement a longitudinal study on the implementation of this scheme in Australia, produced five relevant documents. Three interrelated themes pertaining to inequities in care and outcomes emerged from an analysis of these documents: 1) differences between disability type; 2) differences emerging from disability service and support markets; and 3) widening inequities between groups on the basis of locality.</p> <p>Theme one highlights the fact that while empowerment, choice and control are important to health, there are differences in people's abilities to exercise this choice and control. Thus, in some contexts, personalization schemes and individualized budgets for equity may lead to greater satisfaction and continuity of care and a more effective use of resources. This, in turn, redresses the inequities between those with and without a disability.</p> <p>Underlying the National Disability Insurance Scheme is a market-based approach, which includes services and supports that can be either disability-specific or more general in nature. Thus, theme two addresses the concern that citizens need to have the right capabilities and supports to exercise choice and control to select quality services. Yet, it has been noted that this will exist as a challenge for people who are marginalized and experience complex forms of disadvantage.</p> <p>The third theme emphasizes the fact that the National Disability Insurance Scheme actually requires many local markets based on geographic diversity. Since developing these markets warrants significant time, this feat may be less achievable in outer urban areas with high populations of Indigenous, culturally and linguistically diverse communities. In rural and remote areas 'thin' markets (i.e., where only one or two providers exist) may emerge, which, in turn, may lead to market failure, where no new providers enter the marketplace. Market failure or thin markets may preclude individuals who are already disadvantaged geographically from exerting true choice and control through personalization.</p>	Not reported	3/9 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	0/5	Not reported	Not reported

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
		The National Disability Insurance Scheme has the potential to improve the health and wellbeing of Australians. However, the findings of this paper highlight the importance of addressing the implementation-related inequities of this scheme.					
	Identifying different concepts and frameworks to characterize inter-sectoral processes (97)	<p>This review included papers that explored different concepts and frameworks to describe inter-sectoral processes. Conceptual definitions were proposed for four key terms: 1) inter-sectoral action; 2) inter-sectoral action for health; 3) inter-sectoral collaboration; and 4) inter-sectoral policy. Conceptual frameworks for inter-sectoral processes were also reviewed for potential use.</p> <p>Fifteen references provided a definition of the term 'inter-sectoral action'. The majority of the definitions characterized inter-sectoral action as a process, a practice, a collaboration, a coordination, or an interaction. Interestingly, only one of the definitions highlights the importance of the conditions and leadership skills required to achieve inter-sectoral action. Due to the heterogeneous nature of the examined definitions, the authors devised a unified definition: working with more than one sector to address an issue of shared interest to achieve better results than those obtained working independently.</p> <p>Fourteen references provided a definition of the term 'inter-sectoral action for health'. The following definition was presented most frequently: an established relationship between components of the health sector and components of another sector that has been formed to address a health issue, in a way which is more advantageous than single-sector action.</p> <p>Eleven different references reported a definition of the term 'inter-sectoral collaboration'. Across the literature, however, the term 'inter-sectoral action for health' seemed to be used interchangeably with 'inter-sectoral collaboration'. Thus, the authors proposed their own definition building on concept analysis approach: working with more than one sector of society to take action on an area of mutual interest to achieve better results than those realized working independently.</p> <p>With respect to 'inter-sectoral policy', only one definition was identified: policies concerning health that affect sectors external to health services, but typically developed in collaboration with the health sector.</p> <p>No comprehensive conceptual frameworks emerged from the included articles.</p> <p>Overall, this project gleaned several key definitions to be used for the terms: 'inter-sectoral action', 'inter-sectoral action for health', 'inter-sectoral collaboration', and 'inter-</p>	2011	No rating tool available for this type of document	Not reported	Not reported	Not reported

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
		sectoral policy'. However, the authors noted the absence of a comprehensive, conceptual model for inter-sectoral processes.					
	Identifying and describing global cases of inter-sectoral action for health equity featuring a central role for governments (98)	<p>This scoping review included 128 articles that examined global cases of inter-sectoral action for health equity involving governments.</p> <p>The findings of this review suggested that inter-sectoral action was frequently implemented with cooperation and/or coordination occurring between different government sectors. The majority of the included case articles also highlighted some description of why government sectors reached decisions about the initiation and/or implementation of inter-sectoral action.</p> <p>Fewer than a quarter of the case articles described government-centred inter-sectoral activities addressing upstream determinants of health. However, the majority appeared to focus on midstream factors such as health behaviours or life circumstances, and/or downstream determinants including service accessibility issues.</p> <p>Over half of the case articles described some form of evaluation in response to inter-sectoral initiatives. However, less than half of the included case articles described the use of specific tools, such as Health Impact Assessment tools, for the purpose of impact assessment in implementing inter-sectoral initiatives which address health inequities.</p> <p>In general, a high proportion of case studies did not report enough information to confirm the period of initiation of various initiatives, the involvement of non-governmental sectors, whether evaluations were performed, and processes of inter-sectoral collaboration. Thus, improvements in such reporting in future publications are needed.</p>	2010	No rating tool available for this type of document	Not reported	Not reported	Not reported

Annexe 3: Revues systématiques pertinentes à l'élément 3 - Adopter une approche d'apprentissage et d'amélioration rapides pour renforcer progressivement les systèmes de santé et les systèmes sociaux (en anglais)

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
Creating rapid-learning health and social systems	Examining the processes and impacts of developing, implementing and adopting human resource information systems in health organizations (105)	<p>The review examined 68 publications in order to examine human resource information systems in healthcare.</p> <p>Human resource information systems are a sub-category of administrative systems within health organizations. These systems deal with the management of human resources, including recruitment, teaching, planning and resource allocation. Human resource information systems have potential benefit in healthcare, but further research is needed to identify its usefulness, effectiveness and implementation barriers. The review aimed to assess evidence on human resource information systems across healthcare organizations, focusing on the methods employed and the focus of interest across studies.</p> <p>In collecting and interpreting the existing evidence on human resource information systems in healthcare organizations, this review found that few studies considered the socio-contextual and technological factors that influence the operation of human resource information systems in this context. These factors are crucial in considering the impact of this system. Many studies applied theoretical frameworks, but these frameworks varied across research. Most research in this area focuses on applied projects – in order to advance theoretical understanding, there must be an emphasis on the theory of human resource information systems development, implementation and use. The focus of studies varies, with high-income countries largely focusing on smaller-scale projects. Lower-income countries mainly focus on broader systems of decision-making and policymaking. Finally, there are a limited number of studies focusing on the development and outcomes of human resource information systems projects as most current research emphasizes use of human resource information systems.</p> <p>The review explored human resource information systems in healthcare, and found that there are important gaps in knowledge when it comes to the impact and effectiveness of these systems. As the cost and size of the healthcare system grows, the need for linkage between administrative data and clinical outcomes grows in importance. In order to enhance “learning” health systems, future research should broadly examine the value of information within health systems.</p>	2014	8/9 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	5/42	0/68	7/67
Creating rapid-learning health and social systems	Examining attempts to adopt the Learning Health System paradigm, with an emphasis on	<p>The review examined 32 documents, including 13 studies, in order to examine the attempts to adopt the Learning Health System paradigm.</p> <p>A learning healthcare system is driven to generate and apply the best evidence for collaborative healthcare, while focusing on innovation, quality, safety and value. Patients are a major factor in this model of health provision, given the emphasis on collaboration and</p>	2015	2/9 (AMSTAR rating from McMaster)	Not reported in detail	0/32	0/32

McMaster Health Forum

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
	implementations and evaluating the impact on current medical practices (103)	<p>collective decision-making. This review examines the attempts to implement this model of medicine.</p> <p>The results of this review indicate that there has been very little action in terms of implementing learning health systems, despite a great deal of interest. It is possible that there is great trust placed in the learning health system without proper assessment of impact. This may have contributed to the low number of studies qualifying for inclusion in the review. A major focus should be placed on assessment and reporting, considering that many attempts to adopt this system of health have been attempted and not reported. Existing frameworks for assessing medicine applications can be used to assess the efficacy of learning health systems. Further, reporting of the evaluation of these systems must be comprehensive. Lack of consistency across studies diminishes quality and effectiveness, and makes it difficult to assess outcomes.</p> <p>Taken together, the Learning Health System paradigm must be of central focus to researchers moving forward. While the central tenets of this approach are supported by researchers, there is a lack of assessment. The impact of such a system must be evaluated in order to boost adoption.</p>		Health Forum)			
Creating rapid-learning health and social systems	Examining the spectrum of ethical issues that is raised for stakeholders in a Learning Health System (104)	<p>The review examined 65 studies in order to determine the spectrum of ethical issues raised for stakeholders in a “Learning Health Care System”.</p> <p>A Learning Health Care System embodies an approach for integrating clinical research and clinical practice, in order to address problems of effectiveness and efficiency in the healthcare system. In such a system, knowledge generation should be embedded so that health systems can learn and grow. However, this blend of research and practice raises ethical dilemmas such as confidentiality and consent. This review aimed to summarize pertinent ethical issues in order to guide decision-making among healthcare professionals and policymakers.</p> <p>The ethical issues arising in Learning Health Care Systems can be broken down into different phases. In the phase of designing activities, ethical issues include the risk of negative outcomes that may result from activities that are not academically rigorous. As well, it is possible that stakeholders will not engage with this stage, which can affect trust and support in a learning activity. In the ethical oversight of activities, confusion surrounding ethical obligations and regulations can hinder progress. In conducting activities, the involvement of participants can lead to ethical difficulties with consent and data management. In implementing learning, main difficulties arise in changing practice efficiently, maintaining transparency, and reducing unintended negative consequences.</p> <p>The distinction between “research” and “practice” often creates ethical confusion, as many learning healthcare activities do not fit this dichotomy. Strategies to cope with these ethical</p>	2015	1/9 (AMSTAR rating from McMaster Health Forum)	Not reported in detail	0/65	0/65

Element	Focus of systematic review	Key findings	Year of last search	AMSTAR (quality) rating	Proportion of studies that were conducted in Canada	Proportion of studies that deal explicitly with Indigenous peoples	Proportion of studies that focused on HIV
		<p>problems include implementing policies and procedures, providing training and guidance for ethical committee members, and streamlining ethical review processes. The rights of individuals must be protected as healthcare quality improves.</p> <p>Future research should focus on clarifying these ethical dilemmas and contribute to improving the quality of healthcare.</p>					



HEALTH FORUM

>> Contactez-nous

1280 rue Main Ouest, MML-417
Hamilton, ON, Canada L8S 4L6
+1.905.525.9140 poste 22121
forum@mcmaster.ca

>> Suivez-nous

mcmasterforum.org
healthsystemsevidence.org
mcmasteroptimalaging.org

• • • mcmasterforum

FORUM+

