

# État de situation sur l'épidémie de VIH

Comprendre pour transformer : agir  
ensemble contre l'épidémie de VIH

Phase 1 – Comprendre

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) contribue à la santé et au bien-être de la population en éclairant, avec transparence et impartialité, le débat public et la prise de décision gouvernementale pour un système de santé qui remplit durablement son rôle. L'approche du CSBE repose sur le dialogue et la collaboration de tous les acteurs de la société québécoise, afin de déceler les problèmes qui nuisent à la bonne performance du système de santé et de services sociaux. Pour répondre aux besoins des citoyennes et des citoyens, le CSBE favorise l'adaptabilité du système de santé et de services sociaux en contribuant à faire tomber les barrières à l'innovation, en encourageant la participation citoyenne, en considérant les enjeux éthiques et en soutenant le passage à l'action.

#### **Auteurs**

Christine Beauharnais  
Simon Carbonneau  
Stella Carine Kengne Tine  
Romane Pollet-Cometti  
Myriam Ben Dahmen

#### **Collaborateurs**

Équipe Éthique, politique et participation publique

#### **Direction**

Maude Laliberté, commissaire adjointe à l'éthique,  
aux politiques et à la participation publique

#### **Édition**

Équipe des communications

#### **Révision linguistique**

Jonathan Aubin

#### **Graphisme**

Pro-Actif

#### **Dépôt légal**

ISBN : 978-2-555-02978-1

#### **Commissaire à la santé et au bien-être**

880, chemin Sainte-Foy, bureau 4.40  
Québec (Québec) G1S 2L2  
Courriel : [csbe@csbe.gouv.qc.ca](mailto:csbe@csbe.gouv.qc.ca)

Le présent document est disponible en version électronique dans la section Publications du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être :

[www.csbe.gouv.qc.ca](http://www.csbe.gouv.qc.ca)

### Experts et organisations consultés

*Les personnes et les organisations consultées ont apporté des commentaires ou des rétroactions qui peuvent être de nature méthodologique ou en lien avec la réponse à l'épidémie de VIH. Toutefois, elles ne portent aucune responsabilité quant au contenu du présent document, lequel relève exclusivement du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE).*

Benoît Lemire, pharmacien, M. Sc., FOPQ, Centre universitaire de santé McGill

Centre Action Solidarité Montréal (CASM)

Christina Zarowsky, École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM)

Daniel Jonathan Laroche

Félix Nininahazwe, coordonnateur, Cercle Orange

Frédérique Gauthier, intervenante psychosociale, Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le VIH-SIDA à Québec (MIELS)

Geneviève Boily, conseillère scientifique, Unité ITSS / Direction des risques biologiques, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Hatem Laroussi, candidat au doctorat en sciences infirmières, Université Laval

Isabelle Boucoiran, M.D., M. Sc., professeure agrégée de clinique, Centre d'infectiologie mère-enfant, Département d'obstétrique-gynécologie, CHU Sainte-Justine, École de santé publique, Université de Montréal

Ken Monteith, directeur général, Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA)

Pierre Côté, professeur adjoint de clinique, Faculté de médecine, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence et médecin, Clinique Médecine Urbaine Quartier Latin

Spectre de rue

# TABLE DES MATIÈRES

**INTRODUCTION ET OBJECTIFS 8**

**APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE 9**

## **SECTION 1**

**ÉTAT DES LIEUX SUR L'ÉPIDÉMIE DE VIH 10**

Historique du VIH au Québec 11

Quels groupes populationnels sont les plus touchés aujourd'hui au Québec? 11

Quels sont les objectifs de santé publique en matière de lutte au VIH? 13

Comment les soins et les services sont-ils structurés au Québec? 15

JOINDRE 16

DÉPISTER ET DÉTECTER 17

TRAITER 17

## **SECTION 2**

### **COMMENT EXPLIQUER L'AUGMENTATION DES DIAGNOSTICS DE VIH AU QUÉBEC ? 18**

Micro : Comportements et expérience  
vécue par la personne vivant avec le VIH 19

Méso : Organisation et offre de service, manque  
de coordination intersectorielle et de ressources 21

Macro : Contexte sociétal, des barrières limitant l'accès 25

### **CARTOGRAPHIE DES FACTEURS POUVANT AVOIR CONTRIBUÉ À L'AUGMENTATION DES DIAGNOSTICS DE VIH AU QUÉBEC 30**

## **SECTION 3**

### **QUELS SONT LES ENJEUX PRIORITAIRES DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DEVANT LA HAUSSE DES DIAGNOSTICS DE VIH ? 33**

Besoins de transformation 34

Risques prospectifs à considérer pour adapter l'offre 37

## **CONCLUSION**

### **UNE ÉTAPE DE COMPRÉHENSION PARTAGÉE 40**

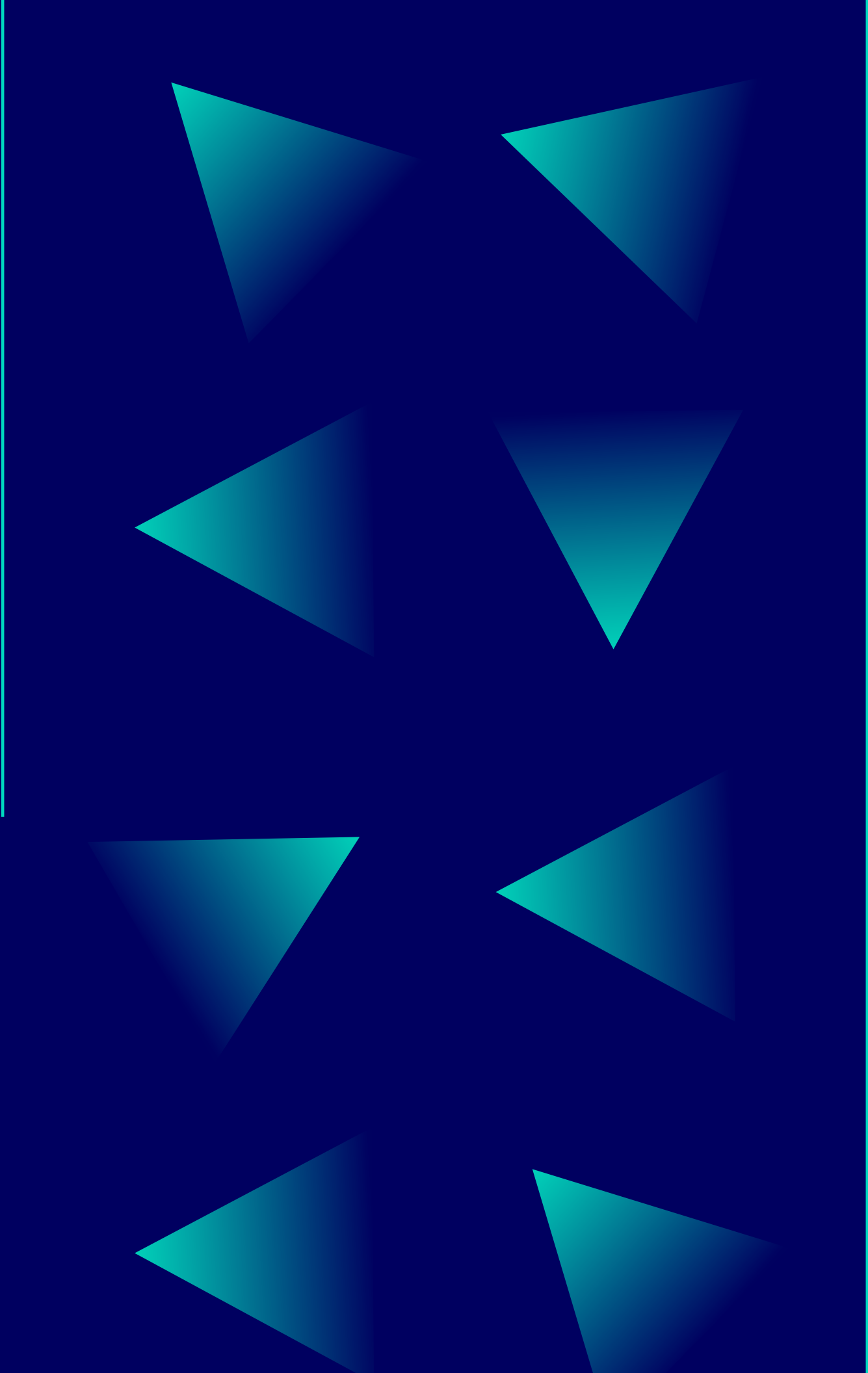
## **ANNEXES 43**

Annexe 1. Extraits de codage thématique **44**

Annexe 2. Données épidémiologiques sur le VIH au Québec **46**

Annexe 3. Fiche d'information sur le VIH **47**

## **RÉFÉRENCES 49**



# INTRODUCTION ET OBJECTIFS

**D**epuis les années 1980, la lutte contre le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) au Québec a évolué d'une épidémie marquée par la peur, la stigmatisation<sup>1</sup> et l'absence de traitement à une prise en charge fondée sur un ensemble de mesures préventives et à des traitements antirétroviraux efficaces. Bien que les décennies suivantes aient été marquées par des progrès importants, on observe des inégalités persistantes liées au statut social et aux réalités migratoires.

Aujourd'hui, la réponse au VIH s'inscrit dans un système complexe où interagissent progrès biomédicaux, déterminants de la santé, réalités communautaires et enjeux éthiques. Comprendre cette complexité historique et contemporaine est essentiel pour cartographier les facteurs qui influencent la transmission, le dépistage, les soins et le maintien des soins et des services, et pour orienter les transformations nécessaires permettant de renforcer la santé publique.

Ce portrait québécois a pour objectif : 1) **de décrire l'offre de services actuelle en matière de lutte au VIH**; et 2) **d'identifier et de cartographier les principaux facteurs** en interaction susceptibles de contribuer à la hausse du nombre de personnes ayant eu un diagnostic de VIH.

---

<sup>1</sup> La stigmatisation peut être définie comme « un attribut indésirable d'un individu qui affecte son statut au sein de la société ». On distingue la stigmatisation vécue (expérience de rejet, discrimination ou exclusion) et la stigmatisation internalisée (intériorisation des préjugés négatifs, avec des effets sur l'estime de soi et la santé mentale). Goffman, E. (1963). *Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.

# APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

Adoptant une approche qualitative, incrémentale et itérative, la démarche combine plusieurs volets méthodologiques : la réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès d'informateurs clés issus des milieux communautaires (n=8), institutionnels (n=5) et universitaires (n=2) menés du 19 février 2025 au 31 mars 2025 avec une analyse par thématique des transcriptions, une analyse documentaire (littérature scientifique et grise, revue de presse) ainsi qu'un exercice de cartographie (affinage à partir de la recherche documentaire et des entretiens). L'ensemble s'inscrit dans une logique abductive, qui combine induction et déduction de manière itérative, pour mettre en lumière les enjeux qui freinent les efforts de lutte contre le VIH au Québec ([voir la fiche méthodologique](#)). Une limite de l'approche est de ne pas avoir consulté de personnes vivant avec le VIH. Cependant, la prochaine étape en sera une de consultation et permettra de capter la perspective de parties prenantes et de personnes vivant avec le VIH.

**SECTION 1**  
**ÉTAT DES LIEUX SUR**  
**L'ÉPIDÉMIE DE VIH**

Cette partie vise à décrire la situation actuelle, au Québec, en lien avec l'épidémie de VIH.

## HISTORIQUE DU VIH AU QUÉBEC

Le VIH est apparu au Québec au début des années 1980 et s'est développé en trois vagues principales : d'abord chez les personnes originaires de pays à transmission hétérosexuelle élevée, notamment Haïti, ensuite chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes – ce groupe demeure le plus touché –, puis chez les personnes utilisatrices de drogues par injection. Des vagues secondaires ont suivi, notamment par la transmission périnatale et par le sang, particulièrement chez des personnes requérant des transfusions fréquentes. Dans les années 1990, l'arrivée des trithérapies a transformé la prise en charge du VIH, permettant aux personnes de vivre plus longtemps.

## QUELS GROUPES POPULATIONNELS SONT LES PLUS TOUCHÉS AUJOURD'HUI AU QUÉBEC ?

Le Québec connaît une augmentation des diagnostics de VIH<sup>2</sup>. Selon l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), environ 19 101 personnes vivaient avec le VIH au Québec en 2022, soit une prévalence d'environ 0,22 % dans la population générale<sup>3</sup>. Cela représente une hausse de 40 % par rapport à l'année 2019, avant la pandémie de COVID-19 (INSPQ, 2024). Cette hausse touche particulièrement les personnes âgées de 15 à 54 ans, les personnes migrantes, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, et d'autres populations en situation de marginalisation, notamment les personnes en situation d'itinérance, les personnes qui exercent le travail du sexe et les personnes utilisatrices de drogues

---

2 Selon l'INSPQ, au Québec, 422 personnes ont reçu un diagnostic d'infection par le VIH pour la première fois en 2022. Au total, 917 diagnostics d'infection par le VIH antérieurs ont été enregistrés pour la première fois au programme de surveillance au Québec pour cette même année. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2024). *Programme de surveillance des infections par le VIH au Québec : rapport annuel 2022*.

3 Par ailleurs, selon l'ASPC, on estime qu'en 2022 environ 522 personnes auraient nouvellement contracté le VIH au Québec, sans nécessairement connaître leur statut sérologique. La région de Montréal concentrait à elle seule 73,6 % des nouveaux diagnostics de VIH dans la province. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2022). *Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2020*.

injectables. La hausse des diagnostics peut être comprise comme la manifestation d'un déséquilibre entre l'évolution des dynamiques épidémiologiques, sociales et migratoires, et la capacité actuelle du système à s'y adapter. En effet, ces groupes font face à des barrières structurelles persistantes : stigmatisation, accès limité à l'information, services fragmentés, qui limitent ou complexifient l'efficacité des stratégies de prévention, de dépistage, de détection, de traitement et de maintien. D'ailleurs, près de la moitié des diagnostics a été posée à un stade tardif de l'infection (INSPQ, 2024), ce qui suggère un dépistage tardif et illustre une tension entre les stratégies de dépistage en place et les réalités vécues par certaines populations, notamment celle en contexte de migration récente ou de précarité.

En 2022, 46 % des nouveaux diagnostics au Québec<sup>4</sup> concernaient des personnes originaires de pays où le VIH est endémique, dont une proportion atteignant 77 % chez les femmes. La majorité (88 %) était arrivée au Québec au cours de cette même année. De plus, 80 % de ces personnes vivant avec le VIH bénéficiaient d'une suppression virale avant leur arrivée au Québec (INSPQ, 2024).

Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes comptaient pour 38 % des nouveaux diagnostics en 2022, bien qu'ils ne constitueraient qu'environ 4 % des hommes âgés de 15 ans et plus. Cette surreprésentation est encore plus marquée chez les personnes d'origine non canadienne, notamment chez les nouveaux arrivants, qui cumulent plusieurs facteurs de risque et de vulnérabilité (ASPC, 2024a; INSPQ, 2024).

## ÉTAT DES LIEUX :

### La situation actuelle de la lutte contre le VIH au Québec

- Hausse de 40 % des diagnostics en 2022 par rapport à 2019;
- 73,6 % des nouveaux diagnostics de VIH dans la province sont concentrés à Montréal;
- Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes représentent 38 % des nouveaux diagnostics;
- 46 % des nouveaux diagnostics de VIH au Québec concernent des personnes migrantes, et 23 % des femmes (INSPQ, 2024 #492).

4 On entend par « nouveau diagnostic » tout diagnostic confirmé chez une personne n'ayant jamais obtenu de résultat positif auparavant, soit parce qu'elle n'avait jamais été testée pour le VIH, soit parce que l'ensemble de ses tests antérieurs étaient négatifs. Toutefois, le fait qu'une infection soit détectée pour la première fois chez une personne ne signifie pas nécessairement que celle-ci est récente. À l'inverse, les diagnostics catégorisés sous l'appellation « anciens diagnostics » concernent les personnes ayant eu un test antérieur positif (mais non encore enregistré dans le système). Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2022). *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2020*.

## QUELS SONT LES OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE EN MATIÈRE DE LUTTE AU VIH ?

Le Canada s'est engagé à atteindre d'ici 2030 les objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA, qui sont d'éliminer le VIH comme menace pour la santé publique. Ainsi, il est souhaité que **95%** des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, que **95%** des personnes diagnostiquées soient sous traitement antirétroviral, et que **95%** de celles-ci atteignent une charge virale indétectable.

Les données les plus récentes indiquent que **89%** des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, **82%** des personnes diagnostiquées reçoivent un traitement antirétroviral (AVR) et **96%** des personnes sous traitement présentent une charge virale supprimée. Ces résultats mettent en évidence des tensions persistantes, principalement aux deux premières étapes de la cascade de soins, en particulier en ce qui concerne l'accès au traitement après le diagnostic, tandis que l'efficacité du traitement est élevée chez les personnes qui y adhèrent. Ainsi, en 2022, seulement **70%** de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH au Québec présentaient une charge virale supprimée, un résultat qui demeure en deçà de l'objectif global<sup>5</sup> de 85,7%.

---

5 La combinaison des trois cibles (95% x 95% x 95%) donne un objectif global de 85,7%, soit le nombre de personnes devant avoir une charge virale supprimée. ONUSIDA. (2024). *Comprendre les mesures des progrès réalisés pour atteindre les objectifs 95-95-95 en matière de dépistage, de traitement et de suppression virale du VIH.*

### OBJECTIF 95-95-95 (ONUSIDA, POUR L'AN 2030) :

- 95 % des personnes vivant avec le VIH savent leur statut;
- 95 % de celles-ci reçoivent un traitement;
- 95 % des personnes traitées ont une charge virale supprimée.
- Impact global visé :  $95\% \times 95\% \times 95\% = 85,7\%$

Pourquoi cela est-il important? Plus la proportion de charges virales supprimées est élevée, plus la transmission communautaire diminue. Une personne dont la charge virale est indétectable ne transmet pas le VIH, sous réserve d'une observance soutenue au traitement et d'un suivi régulier. I=I (Indétectable = Intransmissible)

Objectif horizon 2030 ONUSIDA :

- Zéro nouvelle infection, zéro décès lié au sida, zéro discrimination

Étapes	Cible ONUSIDA	Résultats québécois
Dépistés	95 %	89 %
Traités	95 % des personnes dépistées	82 % des personnes dépistées
Charge virale supprimée	95 % des personnes traitées	96 % des personnes traitées
Impact global	85,7 %	≈ 70,1 %

## COMMENT LES SOINS ET LES SERVICES SONT-ILS STRUCTURÉS AU QUÉBEC ?

La lutte contre le VIH au Québec s'inscrit dans une architecture de gouvernance multiniveaux où les acteurs fédéraux, provinciaux et communautaires exercent des responsabilités complémentaires.

- Fédéral : Le palier fédéral déploie des cadres d'orientation pancanadiens et soutient financièrement des acteurs communautaires. Il définit les cibles épidémiologiques et stratégiques, finance des organismes communautaires, soutient la recherche et la surveillance à l'échelle pancanadienne. Le fédéral exige également d'offrir des tests de dépistage lors du processus d'immigration, avant l'arrivée au pays, par l'entremise d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC).
- Provincial : Le gouvernement du Québec, avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), est responsable de la planification et de la régulation des soins et des services. Il élabore ses propres priorités et programmes d'action par l'intermédiaire de la Direction générale de santé publique, en s'appuyant notamment sur l'expertise de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), tout en assurant une cohérence avec les engagements fédéraux et internationaux.

Le MSSS définit les grandes orientations populationnelles, participe à l'élaboration des projets de loi en matière de santé et de services sociaux et des règlements et met en œuvre des politiques et des programmes, tandis que Santé Québec offre des services de santé et de services sociaux par l'entremise d'établissements publics, coordonne et soutient l'activité des établissements privés et de certains autres prestataires de services de santé ou de services sociaux, et s'occupe des opérations et de l'efficacité des activités du réseau afin de répondre aux besoins de la population (Santé Québec, 2025).

- Régional : Le palier régional est représenté par les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) au sein desquels se trouvent différentes directions, dont les directions de santé publique (DSP). Conformément aux orientations provinciales et fédérales, la DSP planifie, coordonne et soutient les activités de prévention, de dépistage et de surveillance liées au VIH et autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) sur son territoire. Elle finance des organismes communautaires, les Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (SIDEP) et d'autres partenaires régionaux impliqués, et assure la concertation entre les acteurs de santé publique et cliniques. Les SIDEP offrent partout au Québec des services gratuits et confidentiels pour la prévention et le dépistage des ITSS, y compris le VIH.
- Local : À l'échelle locale, les centres locaux de services communautaires (CLSC), les groupes de médecine familiale (GMF) et les organismes communautaires interviennent comme acteurs de proximité, en première ligne, notamment en prévention, en accompagnement et en réduction des méfaits. Ce palier agit comme relais d'expertise terrain, contribuant à adapter les interventions aux réalités sociales des populations touchées.

Cette gouvernance à quatre niveaux repose sur une dynamique de coconstruction différenciée : bien que les partenariats soient formalisés avec divers mécanismes (financements et guides conjoints, tables intersectorielles), des tensions à certains niveaux demeurent autour de la reconnaissance des savoirs, du financement à long terme et de la capacité réelle d'influence sur les décisions stratégiques.

Au Québec, l'offre de soins et de services pour lutter contre le VIH repose sur une cascade de prévention des ITSS : *joindre, dépister et détecter, traiter* (MSSS, 2017, 2018, 2019a, 2019b, 2021).

## Joindre

Aller vers les personnes qui risquent d'être infectées par le VIH, surtout celles qui sont plus difficiles à rejoindre ou qui sont méfiantes face au système de santé et de services sociaux. Ainsi, cette étape se fait dans leurs milieux de vie, avec des équipes, des intervenants ou des organismes de proximité ou des réseaux communautaires. Elle inclut des mesures de prévention et de promotion de la santé.

## Dépister et détecter

Proposer le test de dépistage tôt, souvent et dans un maximum de lieux usuellement fréquentés par les personnes identifiées à risques : cliniques, centres communautaires, prisons, événements ou encore avec des équipes mobiles. Simplifier l'accès aux services, offrir le dépistage pour plusieurs ITSS en même temps pour mieux détecter le VIH.

## Traiter

Dès le diagnostic, mettre en route rapidement la trithérapie antirétrovirale (TAV). Un suivi clinique s'ajoute, y compris le dépistage des co-infections, la vaccination, le soutien psychosocial, etc. Les traitements réduisent la charge virale à un niveau indétectable, ce qui rend le virus non transmissible. C'est donc à la fois un soin pour l'individu, mais aussi un puissant outil de prévention populationnel. Cette étape implique également de soutenir la personne à long terme pour qu'elle poursuive son traitement et conserve une charge virale indétectable, mais aussi pour qu'elle bénéficie d'un suivi global. Ça veut dire : faciliter l'accès continu aux soins, adapter les services aux changements de vie et rester attentif aux besoins psychosociaux, aux effets de la stigmatisation et aux déterminants de la santé qui peuvent fragiliser l'adhésion au traitement.

**SECTION 2**  
**COMMENT EXPLIQUER  
L'AUGMENTATION DES  
DIAGNOSTICS DE VIH  
AU QUÉBEC ?**

L'analyse transversale des entretiens menés avec des informateurs clés<sup>6</sup> a permis de mettre en lumière une série de déterminants de la santé<sup>7</sup> qui peuvent agir comme des causes directes du risque d'acquisition ou de transmission du VIH ou comme facteurs aggravants qui freinent l'accès à la prévention, au dépistage-détection, au traitement ou au maintien dans les soins. Déceler et comprendre ces facteurs peut permettre d'expliquer la hausse des nouveaux diagnostics et de mieux cibler les interventions contribuant à réduire les inégalités qui touchent l'ensemble des personnes vivant avec le VIH, à toutes les étapes de la cascade de soins et de services. Nous les avons organisés au sein d'un cadre socioécologique à trois niveaux (micro, méso et macro systémiques) et bonifiés par la littérature (Dahlgren et Whitehead, 1991; Latkin et al., 2013; McLeroy et al., 1988).

## MICRO : COMPORTEMENTS ET EXPÉRIENCE VÉCUE PAR LA PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH

Les informateurs clés ont décrit une série de facteurs de niveau micro qui ont freiné la réponse à l'infection. Ces facteurs sont liés à l'expérience quotidienne des personnes vivant avec le VIH. Ils se déclinent sur plusieurs plans :

- **Individuel** : Méconnaissance du système de santé et de services sociaux, peur de divulguer son statut par crainte de discrimination ou de rupture sociale, fatigue liée à la répétition du récit médical et peur d'être stigmatisé dans les lieux publics.
- **Social et culturel** : Stigmatisation dans le milieu familial ou le milieu de vie, représentations négatives du VIH dans certaines cultures, méfiance face aux démarches administratives, difficultés linguistiques et pratiques culturelles qui influencent la perception du système de santé et de services sociaux.
- **Économique** : Perte de revenus liée au statut migratoire, difficultés à payer le transport pour les rendez-vous médicaux, coût des traitements.

---

6 Le masculin est utilisé afin d'uniformiser la présentation de l'expression « informateur clé » et de préserver la confidentialité des personnes consultées.

7 Dans une perspective de santé populationnelle, les éléments présentés dans cette section sont abordés comme des facteurs, c'est-à-dire des conditions sociales, économiques, environnementales et organisationnelles qui influencent l'état de santé des personnes et des populations.

La lutte contre le VIH dépasse le seul accès médical et s'entrecroise avec les réalités sociales, économiques et culturelles. Par exemple, certaines pratiques cliniques, en classant les conditions de santé, peuvent involontairement pathologiser des identités et des comportements plutôt que de soutenir une approche centrée sur la personne (Bolster-Foucault et al., 2021). **« Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes originaires de pays endémiques, on regarde leur comportement sexuel, mais pas leur contexte migratoire, leur isolement, leur rapport au système » (Informateur clé 10).**

La stigmatisation liée au VIH peut se traduire, dans certains contextes, par des expériences d'évitement, de rejet social, de violence, de refus des services sociaux ou de santé, ainsi que de perte d'emploi et d'éducation, entre autres (ASPC, 2024a). Chez certains groupes, le poids de la stigmatisation est particulièrement lourd : 22% des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes vivant avec le VIH rapportent des pensées suicidaires (Ferlatte et al., 2017) et 51% des personnes vivant avec le VIH expriment de la honte liée à leur statut freinant le dépistage, le traitement et le maintien dans les soins (COCQ-SIDA, 2020; Portail VIH/sida du Québec et MIELS-Québec, 2021).

D'autres réalités comportementales semblent aggraver ces vulnérabilités. Le chemsex<sup>8</sup>, de plus en plus observé chez les hommes gais, bisexuels et queers, s'accompagne d'une consommation, qui altère le jugement, et parfois de rapports non protégés, ce qui peut augmenter le risque de transmission du VIH et d'autres ITSS (Ferlatte et al., 2017). Répondre à ces enjeux exige des interventions participatives sans jugement : réduction des risques, pairs navigateurs, accès facilité à la prophylaxie préexposition (PrEP) et au dépistage. Chez les personnes utilisatrices de drogues injectables, les taux d'infection restent élevés. Ils représentent 18,2% de tous les premiers diagnostics en 2023 au Canada (ASPC, 2024b). Bien que les services de réduction des méfaits (seringues, sites d'injection supervisée, naloxone, dépistage sur place) soient efficaces, leur accessibilité demeure inégale. Comme l'exprime un participant : **« Certains disent aussi qu'on leur a refusé un traitement parce qu'ils consomment » (Informateur clé 11).**

---

8 Se définit par « l'utilisation de certaines drogues synthétiques par des hommes gais, bisexuels ou queer+ (cis et trans) avant ou pendant les relations sexuelles, dans l'intention spécifique de faciliter, de faire durer ou de rehausser l'intensité des rencontres sexuelles ». Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2023). *Le chemsex et les hommes gais, bisexuels ou queer+ : mieux comprendre pour adapter les services.*

S'y ajoute la désinformation en ligne, qui peut alimenter la méfiance envers des outils éprouvés comme la prophylaxie préexposition (PrEP) (Bernard, 2024, 8 janvier). Cette méfiance, combinée à une littératie en santé parfois limitée et à la crainte du jugement, retarde le dépistage ou l'entrée en traitement. Enfin, les comportements des jeunes soulèvent aussi des inquiétudes : en 2022, 30 % des élèves du secondaire rapportaient avoir déjà eu une relation sexuelle consensuelle, mais seuls 61% avaient utilisé un condom lors de la dernière relation et 38 % une double protection (condom + méthode contraceptive) (ISQ, 2024). Comme l'a résumé un participant : **« Il y a un gros flou entre responsabilité collective et individuelle. Les comportements à risque sont toujours pointés du doigt, mais jamais le contexte »** (Informateur clé 10).

## MÉSO : ORGANISATION ET OFFRE DE SERVICE, MANQUE DE COORDINATION INTERSECTORIELLE ET DE RESSOURCES

Les informateurs clés ont mis en lumière une série de facteurs de niveau mésosystémique, liés à l'organisation et à l'offre des services de santé et sociaux. Ces facteurs concernent la manière dont les programmes et les pratiques cliniques structurent concrètement l'accès à la prévention, au dépistage, au traitement et au soutien psychosocial.

### Effets postpandémiques sur la continuité des services

La pandémie de COVID-19 a agi comme un choc systémique, désorganisant durablement les dispositifs d'accès à la prévention et au dépistage. Les services hors établissements et les cliniques communautaires ont été suspendus ou réduits, tandis que les équipes ont subi des départs massifs et une réaffectation du personnel. Cette désorganisation a créé une barrière d'accès directe, ce qui interrompt la continuité de la cascade et coupe les liens entre les personnes marginalisées et les services.

Après la reprise, les informateurs clés notent une reconstruction lente du réseau et une fatigue institutionnelle : roulement du personnel, effritement des partenariats et perte d'expertise dans certaines régions. Ces dynamiques ont pu limiter la capacité du système à rejoindre rapidement les populations à risque et à contribuer ainsi à un retard diagnostique. **« Pendant la pandémie, les gens n'avaient plus accès aux services habituels de dépistage. Les cliniques sans rendez-vous**

étaient fermées [...] Donc, on pense qu'il y a eu un gros ralentissement du dépistage pendant la pandémie. Mais, ensuite, quand les services ont repris, on a vu une recrudescence des dépistages... et peut-être aussi des cas [...] C'était plus efficace avant la pandémie. À l'époque, la coordination était plus fluide. Depuis, on a de la difficulté à recréer les liens avec les milieux de soins. Les équipes ont changé, il y a eu beaucoup de roulement, et c'est devenu plus compliqué de rétablir des liens solides» (Informateur clé 11).

## Organisation des soins et des services

Plusieurs programmes sont à durée déterminée, comme le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) destiné aux demandeurs d'asile, ce qui fragilise la continuité des soins. Des restrictions associées à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et aux statuts de résidence temporaire créent des zones de non-accès, notamment pour certaines personnes migrantes. La fermeture ou la saturation de certaines cliniques spécialisées, l'absence de mécanismes d'accès pour les personnes non assurées ainsi que les limites d'accès aux tests de dépistage communautaires limitent et complexifient l'accès équitable aux services.

De plus, les mécanismes actuels d'organisation des services, conçus pour assurer la spécialisation, la reddition de comptes et la sécurité des interventions, peuvent toutefois générer des parcours fragmentés lorsqu'ils sont peu articulés entre eux. L'enjeu réside dans la capacité du système à mieux relier ces services à des corridors de traitement, sans compromettre leur accessibilité et leur souplesse. **« Mais il n'y a aucun accompagnement. Et ces personnes, si elles sont demandeuses, vivent beaucoup de choses en même temps : il faut trouver un emploi, il faut trouver un logement, il faut comprendre le système de santé... que moi-même je ne comprends pas toujours »** (Informateur clé 10).

## Pratiques cliniques et stigmatisation

La stigmatisation vécue en contexte clinique peut représenter une barrière à l'accès et au maintien dans les soins, en fragilisant le lien de confiance avec le système de santé et de services sociaux. Comme l'ont rapporté certains participants : « **Il y a encore des formulaires – chez le dentiste, chez le physiothérapeute – qui demandent si la personne est positive au VIH» (Informateur clé 13)** ou encore « **Le dentiste a dit : “Non, je ne vous prends pas” » (Informateur clé 4)**. Ce type de pratique peut alimenter la méfiance et fragiliser le lien de confiance avec le système. Des recherches confirment que les politiques d'accueil, la confidentialité, le triage ou encore l'organisation des services peuvent soit lever des obstacles, soit les multiplier (Bolster-Foucalt et al., 2021).

## Leadership stratégique

De nombreux entretiens soulignent des limites dans l'exercice d'un leadership stratégique clair et structurant. L'absence d'un plan stratégique spécifiquement consacré au VIH, actualisé et structurant à l'échelle provinciale, qui permet d'articuler dans le temps les différentes responsabilités et les marges de manœuvre des acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH contribue à un flou. Un participant note : « **Je m'attendais à ce qu'il y ait un plan national pour le VIH, mais ça n'existe pas au Québec» (Informateur clé 10)**. La multiplication d'acteurs dans la lutte contre le VIH sans réelle coordination entre eux peut se traduire par des chevauchements, des redondances et des zones grises. Les organismes communautaires, qui jouent un rôle essentiel de proximité et d'accompagnement, ne sont pas toujours représentés dans les instances de gouvernance et font face à des enjeux de financement récurrents. Leur contribution ne vise pas à se substituer au réseau public, mais à compléter et à ajuster son action face à la diversité des trajectoires et des vulnérabilités (CCSMTL, 2018). Un participant mentionne : « **Du côté communautaire, on n'a pas les moyens pour assurer cet accompagnement [...] Il faut améliorer le système» (Informateur clé 7)**.

## Intersectionnalité des vulnérabilités

L'analyse révèle un déficit d'approche intersectionnelle<sup>9</sup>. Les personnes vivant à l'intersection de plusieurs vulnérabilités (migratoire, économique, de genre, d'usage de drogues) cumulent les obstacles dans un système encore largement pensé en vase clos. Plusieurs informateurs clés soulignent que les mêmes individus « cochent » simultanément différentes cases (par exemple un homme ayant des relations sexuelles avec un homme et originaire de pays où le VIH est endémique), alors que les outils et programmes tendent à les classer dans une seule catégorie. Cette absence de reconnaissance intersectionnelle peut contribuer à une moindre reconnaissance des besoins particuliers et accentuer les inégalités d'accès au dépistage, à la prévention, aux traitements et à l'accompagnement biopsychosocial.

De plus, les femmes vivant avec le VIH sont particulièrement désavantagées, avec des taux de diagnostic et de traitement encore plus faibles (ASPC, 2024a). De nombreux obstacles structurels ou organisationnels entravent les progrès (CCSMTL, 2018; MQRP, 2018).

Ces facteurs mésosystémiques montrent que la réponse institutionnelle à l'épidémie de VIH demeure partiellement fragmentée et parfois inadaptée à certaines trajectoires complexes. Sans une meilleure coordination, un financement pérenne et une prise en compte réelle de l'intersectionnalité, les mécanismes d'exclusion risquent de se renforcer.

En complément avec les constats exprimés par les informateurs clés, plusieurs autres facteurs de niveau organisationnel sont mis en évidence par Bolster-Foucault et al. (2021). Ces éléments influencent soit la réduction ou la reproduction de la stigmatisation dans le parcours des personnes vivant avec le VIH. Ils concernent notamment :

- **Éducation et formation** : Les contenus pédagogiques et la formation continue du personnel médical, y compris le développement des compétences relationnelles, influencent directement les connaissances, les attitudes et la qualité de l'accueil.
- **Politiques et pratiques de soins** : Les modalités d'accueil, la confidentialité, le triage, les coûts et l'organisation des services peuvent lever certains obstacles ou, s'ils sont mal conçus, en créer de nouveaux.

---

9 L'approche intersectionnelle est un cadre d'analyse qui met en lumière la manière dont différentes formes de discrimination et d'oppression (p. ex., liées au sexe, à la race, à la classe sociale ou au statut migratoire) peuvent se croiser et produire des expériences particulières d'exclusion. Développée d'abord dans le champ du droit et des études féministes, l'intersectionnalité est aujourd'hui utilisée comme méthode d'analyse dans plusieurs domaines, notamment les politiques publiques, pour mieux comprendre les inégalités complexes et y répondre. Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. University of Chicago Legal Forum, Issue 1, article 8.

- **Technologies biomédicales** : La disponibilité et l'usage des tests de dépistage, des traitements et des protocoles peuvent contribuer à réduire les peurs et la stigmatisation, mais risquent aussi de les renforcer lorsqu'ils sont inaccessibles.
- **Interventions de santé publique** : Le ciblage, les messages et la mise en œuvre des programmes peuvent protéger les droits et favoriser l'équité, mais peuvent également avoir des effets d'étiquetage non désirés.

## MACRO : CONTEXTE SOCIÉTAL, DES BARRIÈRES LIMITANT L'ACCÈS

L'ensemble des informateurs clés s'accorde à souligner plusieurs obstacles structurants dans la cascade de soins et dans le déploiement de la cascade *joindre, dépister et détecter, traiter* liés aux politiques publiques, aux cadres réglementaires et aux choix économiques. Ces facteurs structurent la réponse sociale et institutionnelle au VIH, et conditionnent directement les possibilités de prévention, de dépistage, de traitement et de maintien dans les soins. Les personnes vivant avec le VIH se heurtent à un ensemble complexe de barrières sociales, économiques et institutionnelles qui entravent leur accès aux soins. Ces obstacles ne se limitent pas à leur statut sérologique; ils s'inscrivent dans un enchevêtrement de facteurs : précarité économique, marginalisation sociale, discrimination, statuts migratoires précaires, etc., qui se croisent et se renforcent mutuellement. Ce phénomène aggrave les inégalités sociales de santé et complexifie considérablement l'accès aux services de santé.

### Politiques et cadres normatifs

L'absence d'une stratégie provinciale actualisée sur le VIH depuis plus de 20 ans alimente des limites en matière de leadership et de cohérence dans la lutte contre l'épidémie. Plusieurs participants notent des responsabilités qui se sont accrues pour le secteur communautaire, un financement limité, un manque de reconnaissance des expertises de terrain ainsi qu'une complexité bureaucratique qui freine l'accès aux soins. De plus, la méconnaissance ou la mauvaise application du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) prive des demandeurs d'asile de soins auxquels ils ont droit.

## Facteurs économiques : coûts et couverture

Les frais assumés par les personnes assurées à la RAMQ constituent un frein majeur : jusqu'à 1232 \$ par an pour les antirétroviraux (CUSM, 2018). Pour la prophylaxie préexposition (PrEP), le coût d'environ 250 \$ par mois jusqu'à un maximum de 1232 \$ limite fortement son adoption, malgré son efficacité prouvée (Portail VIH/sida du Québec et MIELS-Québec, 2021). Ces coûts peuvent retarder l'amorce des traitements et accroître l'exposition à des risques évitables de complications et de transmission communautaire.

Deux participants rapportent : « **Si on doit payer 20 % du coût du Biktarvy [traitement pour les personnes déjà infectées afin de contrôler la charge virale], cela représente une facture d'environ 250 \$ [jusqu'à un maximum de 1232 \$/an] [...] Une dame à temps partiel avec trois enfants et un salaire minimum peut se retrouver avec une facture de 250 \$ à la pharmacie** » (Informateur clé 9). « **Quand les femmes doivent payer une partie de leur traitement [...] c'est un frein majeur, surtout pour celles qui ont des revenus très faibles. J'ai déjà eu des patientes qui ont arrêté leur traitement après l'accouchement, car elles devaient prioriser les soins du bébé** » (Informateur clé 3).

Certaines provinces canadiennes offrent les traitements de façon universelle pour les personnes couvertes. Un participant a souligné : « **Huit provinces ou territoires au Canada offrent déjà une couverture gratuite [...] En Colombie-Britannique, par exemple, tous les traitements sont couverts par le gouvernement, sans assurance privée [...] Certains diront : "Pourquoi eux auraient droit à la gratuité et pas les diabétiques ou les épileptiques?" [...] Mais ailleurs, ces programmes ont été mis en place non pas pour des raisons économiques, mais parce que c'était la bonne chose à faire** » (Informateur clé 9).

Les barrières financières frappent plus fort les ménages à faible revenu. Des analyses montrent que les personnes dépendant de l'aide sociale accèdent 2,5 fois moins à un traitement précoce que les travailleurs, surtout pour des raisons financières connexes à l'accès physique aux soins, soit les transports pour les rendez-vous médicaux ou la garde des enfants (CUSM, 2018). Ici, les franchises, les déboursés mensuels et l'obligation d'utiliser d'abord l'assurance privée créent des « zones de non-recours » qui s'opposent aux objectifs de santé publique. « **Les assurances privées peuvent charger 20 à 30 % du coût des médicaments, ce qui revient à environ 300 \$ par mois. Comment veux-tu que quelqu'un sans emploi paie ça ?** » (Informateur clé 10).

## Dimensions historiques

Les participants issus du milieu communautaire rappellent un manque de reconnaissance historique de leur expertise, une prédominance des approches biomédicales dans les politiques passées ainsi qu'une lenteur dans les réformes des structures d'accueil. L'absence d'une approche intersectionnelle, combinée à la perception persistante que le VIH est « une problématique du passé », contribue à fragiliser la mobilisation politique.

## Cadres juridiques et réglementaires

Le VIH n'est pas reconnu comme maladie à déclaration obligatoire (MADO) de façon large – uniquement lors de dons d'organe et de don sanguin –, ce qui limite la surveillance épidémiologique et retarde les actions correctrices. Comme le souligne un participant : **« Pour le VIH, comme ce n'est pas une MADO, alors je n'ai aucune idée de combien de personnes, en 2024 même, ont le VIH à Montréal » (Informateur clé 10).**

Par ailleurs, la criminalisation de certaines réalités sociales (ex. : travail du sexe) accentue la stigmatisation et décourage le recours aux services. Des expériences internationales, comme la décriminalisation du travail du sexe en Nouvelle-Zélande, montrent qu'une approche différente peut produire des résultats positifs en matière de santé publique (Tokar et al., 2018).

## Facteurs sociaux et environnementaux

Les discriminations (racisme, sexisme, statut migratoire précaire, pauvreté) alimentent la méfiance et le non-recours aux services (Gauthier, 2025) : **« Les gens nous disent souvent qu'ils se sentent jugés. Parfois, ils évitent les soins parce qu'ils ont peur du regard du personnel – par exemple, s'ils n'ont pas pu se laver ou s'ils consomment » (Informateur clé 11).** Ces dynamiques de marginalisation s'imbriquent avec des barrières linguistiques et culturelles, souvent sans dispositifs de médiation adaptés.

La littérature indique également que l'environnement social et bâti (logement, transport, ségrégation ou mixité des milieux de vie) influence la stigmatisation vécue, soit les occasions de soutien ou l'isolement (Bolster-Foucault et al., 2021). Le manque de logements accessibles et de services posthébergement peut fragiliser l'adhésion aux soins. À l'inverse, un logement stable améliore nettement l'observance et la santé globale (Laperrière et al., 2013). Pour des personnes vivant avec le VIH en situation d'itinérance, l'absence de stabilité résidentielle se traduit en rendez-vous manqués, en interruptions de traitement et en pertes de suivi.

Les personnes migrantes et celles vivant une forte précarité socioéconomique se heurtent à des obstacles réglementaires (ex. : délais d'admissibilité pour la RAMQ) (COCQ-SIDA, 2021; MQRP, 2018). Ces tensions traduisent une éthique publique en décalage avec les réalités sociales et épidémiologiques.

À cela peuvent s'ajouter des barrières linguistiques et culturelles, souvent sans dispositif efficace de liaison ou de soutien postimmigration adapté, ce qui retarde leur prise en charge (Gauthier, 2025). Ainsi, les populations migrantes ou en situation de vulnérabilité sont souvent confrontées à une double injonction : responsabilité individuelle sans soutien structurel adéquat.

## Facteurs migratoires : accès différenciés et rupture d'arrimage

Le contexte migratoire constitue une autre barrière structurelle majeure à l'accès équitable aux soins. Loin d'être une cause directe de transmission, il met en lumière des obstacles réglementaires, administratifs et culturels qui freinent la prise en charge des personnes migrantes. Le dépistage réalisé dans le cadre du bilan d'immigration entraîne souvent une détection de personnes déjà diagnostiquées à l'étranger, sans liaison efficace avec les services de santé. **« Les personnes qui passent un test d'immigration médicale, qui reçoivent un diagnostic de VIH [...], les services d'immigration leur donnent une liste de cliniques, mais il n'y a aucun accompagnement » (Informateur clé 10).**

Les participants soulignent que l'augmentation des arrivées postpandémie s'est heurtée à des capacités d'accueil et d'arrimage inégales. **« Il y a aussi eu une arrivée importante de nouvelles personnes, notamment après les restrictions de voyage liées à la pandémie [...] Avec les nouveaux arrivants dans plusieurs régions, les enjeux linguistiques et culturels deviennent aussi de plus en plus présents [...] Et dans les régions, les enjeux d'accès aux soins sont encore plus graves, faute de ressources » (Informateur clé 7).**

Une part des diagnostics réalisés dans le cadre de l'immigration n'est pas systématiquement dirigée vers des services, « **si c'est une personne qui a été dépistée à l'immigration [...] Là, ils ne nous envoient pas nécessairement ces femmes-là. Il y a une portion des nouveaux diagnostics qui n'a pas d'intervenants...** » (Informateur clé 13).

Les facteurs macro mettent en évidence un enchevêtrement de barrières organisationnelles, économiques et sociales qui façonnent l'ensemble de la cascade *joindre, dépister et détecter, traiter*. Ces obstacles s'accumulent et influencent qui sera joint par le système, qui aura accès au dépistage, qui pourra amorcer un traitement et qui pourra être soutenu dans sa continuité. Ils révèlent le décalage profond entre les ambitions affichées d'équité et les conditions réelles d'accès aux soins et aux services. Face à ces constats, une question se pose : « Est-ce vraiment éthique d'offrir un test de dépistage à ces personnes si la suite de la cascade de soins peut être compromise? »

# CARTOGRAPHIE DES FACTEURS POUVANT AVOIR CONTRIBUÉ À L'AUGMENTATION DES DIAGNOSTICS DE VIH AU QUÉBEC

Les entretiens avec les informateurs clés issus du milieu ainsi qu'une revue documentaire ont permis d'esquisser une cartographie présentant les facteurs pouvant avoir contribué à l'augmentation des diagnostics de VIH au Québec. Ces discussions ont permis non seulement de confirmer plusieurs facteurs recensés initialement, mais aussi de remonter aux facteurs les plus critiques selon les personnes directement impliquées sur le terrain. Parmi les constats récurrents, les participants ont notamment insisté sur les principaux facteurs suivants.

D'abord, à l'échelle mésosystémique, les organismes communautaires jouent un rôle central de proximité, de médiation et d'accompagnement auprès des personnes vivant avec le VIH. Ces organisations contribuent à la stabilisation du système en rejoignant des populations qui ont moins accès aux services institutionnels et en soutenant des trajectoires de soins adaptées aux réalités vécues. Cette fonction essentielle s'exerce toutefois dans un contexte de tension persistante entre, d'une part, les attentes croissantes à l'égard du milieu communautaire et, d'autre part, des conditions de financement et de soutien stratégique qui limitent sa capacité d'adaptation et de déploiement à long terme. Lorsque cet équilibre est fragilisé, cela peut se traduire par une réduction de la prévention ciblée et de l'accompagnement vers les soins pour certaines personnes à risque.

Par ailleurs, la pandémie de COVID-19 a agi comme un facteur de perturbation majeur des équilibres existants au sein des dispositifs de prévention, de dépistage et de traitement du VIH. Les réorganisations rapides imposées par le contexte sanitaire ont compromis durablement l'accessibilité de ces services, tant dans le réseau institutionnel que communautaire. Cette perturbation s'est notamment traduite par une diminution du dépistage à certains moments de la pandémie, suivie d'un rattrapage partiel et d'une visibilité accrue de personnes demeurées non diagnostiquées, ainsi que par des tensions accrues dans l'accès et l'amorce des traitements pour plusieurs personnes.

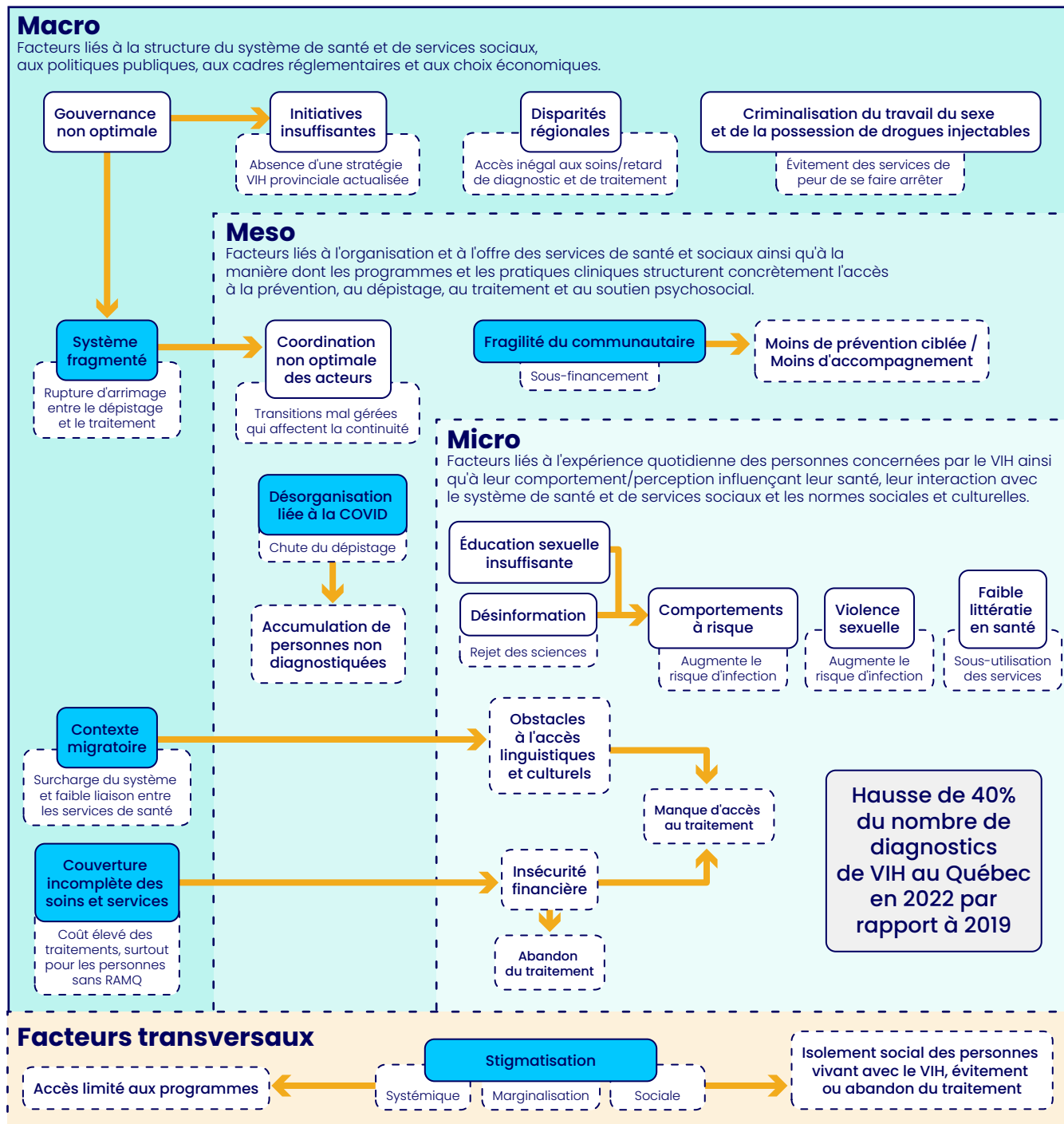
Sur le plan macrosystémique, les entretiens mettent en évidence des tensions persistantes dans l'articulation des responsabilités et des mécanismes de coordination du système de santé et de services sociaux. Ces tensions se manifestent notamment par des discontinuités dans certains parcours de soins, lorsque les mécanismes d'orientation et d'arrimage ne permettent pas une transition fluide et rapide vers les services de traitement.

Ces enjeux sont particulièrement visibles dans le contexte migratoire. Les dépistages réalisés dans le cadre des processus d'immigration répondent à des impératifs de santé publique et de surveillance, mais leur articulation avec les services de santé provinciaux demeure variable. Lorsque cette liaison est insuffisante, elle peut créer un décalage entre l'établissement d'un diagnostic et l'accès effectif aux soins, générant des délais supplémentaires.

Par ailleurs, les limites de la couverture des soins et des services, combinées aux barrières économiques, constituent une tension majeure pour certaines familles. Dans ces situations, le poids financier peut limiter les marges de manœuvre des personnes concernées et les amener à prioriser certains traitements au détriment d'autres, notamment dans des contextes de responsabilités familiales accrues (p. ex. : certains parents pourraient renoncer à leur propre traitement pour privilégier celui de leur nouveau-né ou enfant).

Dans l'ensemble, la **stigmatisation** se manifeste de manière transversale aux niveaux micro, méso et macrosystémiques. Cette transversalité n'exclut toutefois pas l'influence d'autres mécanismes organisationnels, économiques et normatifs. Elle agit à la fois comme un frein au dépistage, avec certaines personnes qui hésitent à se faire dépister par crainte de discrimination, et sur le plan institutionnel par la criminalisation de certaines pratiques, ce qui engendre une peur de représailles (p. ex. : consommation de drogues injectables, travail du sexe).

## Facteurs pouvant avoir contribué à l'augmentation du nombre de diagnostics de VIH au Québec



### Légende :

Les **encadrés bleus** indiquent les facteurs identifiés comme les plus significatifs à partir des entretiens, de l'analyse des données disponibles et de la revue de littérature. Les **encadrés à traits pleins** représentent les facteurs susceptibles d'avoir contribué à l'augmentation du nombre de diagnostics de VIH. Les **encadrés à pointillés** correspondent aux effets directs de ces facteurs.

## **SECTION 3**

**QUELS SONT LES  
ENJEUX PRIORITAIRES  
DU SYSTÈME DE SANTÉ  
ET DE SERVICES  
SOCIAUX DEVANT  
LA HAUSSE DES  
DIAGNOSTICS DE VIH ?**

Cette section vise à clarifier où il y a le plus d'enjeux dans la structuration du système de santé et de services sociaux et à repérer les meilleurs points d'entrée pour amorcer un changement à fort impact, selon les personnes rencontrées sur le terrain. Elle n'avance pas de leviers de solutions ni de recommandations.

## BESOINS DE TRANSFORMATION

Les éléments présentés sont des points de tension prioritaires, illustrés par des exemples concrets, qui serviront de base à la phase 2 de notre démarche : une consultation publique et intersectorielle. Cette consultation permettra de tester et de raffiner ces constats, de coprioriser des pistes de solutions et d'en préciser les conditions de mise en œuvre (acteurs, garde-fous, etc.). L'objectif est de passer d'une compréhension partagée du problème à des choix d'action réalistes et adaptés aux contextes.

### 1) Nécessité d'accompagner les personnes

Les acteurs rencontrés ont largement souligné l'importance d'aller au-delà des parcours standards et de reconnaître la diversité des trajectoires, des vulnérabilités et des besoins particuliers. Pour bien soutenir les personnes, il est important d'avoir d'abord une meilleure reconnaissance des dynamiques migratoires, des parcours de vie marqués par la précarité, ou encore des effets cumulatifs de la stigmatisation. Il faut pour cela une coordination renforcée entre les différents échelons cliniques, communautaires et institutionnels pour éviter que les personnes vivant avec le VIH ne se butent à des ruptures dans leur parcours de soins. Un participant insiste sur l'importance d'un arrimage humain et immédiat dès l'arrivée au pays : **« On identifie une personne vivant avec le VIH, mais ensuite... il n'y a pas de réelle liaison entre les sites de dépistage et les services cliniques » (Informateur clé 10).**

## 2) Coût dissuasif des traitements

Selon les participants, l'accès au traitement demeure un défi structurel, d'où le souhait exprimé d'étendre la gratuité des traitements comme mesure pour réduire les abandons et améliorer l'accès. Les personnes rencontrées citent des exemples interprovinciaux et internationaux pour justifier une gratuité des antirétroviraux (ARV) et de la prophylaxie préexposition (PrEP), motivée aussi par des considérations éthiques : **«La gratuité des traitements serait une mesure clé pour contribuer à la prévention de la transmission... D'autres provinces et pays offrent la gratuité complète des traitements, avec des résultats probants... Dans d'autres contextes, des politiques de gratuité ont été mises en œuvre pour des raisons éthiques, et non économiques»** (Informateur clé 9).

## 3) Manque de soutien à proximité des personnes

Les personnes vivant avec le VIH bénéficient d'une résilience renforcée grâce à des réseaux de soutien social solides qui réduisent la stigmatisation et facilitent l'accès aux soins (COCQ-SIDA, 2020). Les logements communautaires jouent un rôle essentiel, offrant un environnement stable qui améliore la santé mentale, renforce l'estime de soi et facilite les reconnections familiales. D'ailleurs, Handlovsky et al. (2022) observent trois leviers de résilience : le soutien social, la création d'environnements sécurisants et la recherche de sens. Ces stratégies, combinées à une approche centrée sur la prévention du suicide et la lutte contre la stigmatisation, sont essentielles pour améliorer durablement la qualité de vie et l'intégration sociale des personnes vivant avec le VIH.

#### 4) Tensions entre les capacités de la première ligne et les besoins émergents

La formation de la première ligne, y compris les compétences relationnelles et la connaissance des outils comme la prophylaxie préexposition (PrEP), est perçue comme un levier décisif : **« Il faut former les médecins de première ligne. S'ils ne connaissent pas la prophylaxie préexposition ou qu'ils ne posent pas les bonnes questions, on rate des occasions. Le médecin leur dit : "Oh, je ne sais pas comment la prescrire, allez plutôt dans une clinique spécialisée" »** (Informateur clé 10).

Dans le même esprit, les participants insistent sur la sensibilisation des professionnels et sur la déstigmatisation : **« Le gouvernement devrait sensibiliser la population générale. Contrairement à la France, ici, on cible certains groupes... mais ça crée de la stigmatisation »** (Informateur clé 8).

Des exemples concrets montrent que des gestes d'aménagement peuvent transformer l'expérience d'accès : **« Le pharmacien du quartier a réaménagé sa pharmacie pour accueillir les gens dignement. C'est inspirant, mais ce n'est pas systématisé »** (Informateur clé 11).

#### 5) Manque de leviers pour coordonner et intégrer les soins et les services

Des leviers normatifs et de gouvernance sont également mis de l'avant : **« Le VIH devrait être une maladie à déclaration obligatoire (MADO). Là, on est toujours en retard, on ne peut pas faire de vraie prévention populationnelle »** (Informateur clé 10).

Au-delà du MADO, les personnes rencontrées appellent à une gouvernance plus structurée, à une coordination effective entre acteurs et à une intersectorialité réelle (et non déclarative) pour clarifier les responsabilités et accélérer l'action. Cela implique également des budgets indexés sur les réalités, une pérennisation du financement et une reconnaissance du rôle des organismes communautaires.

**« Le programme de financement n'a pas augmenté depuis des années. Il faudrait revoir ça si on veut que les organismes jouent leur rôle à fond. À chaque cycle, on finance de moins en moins d'intervenants, simplement parce que les salaires augmentent »** (Informateur clé 10).

## 6) Difficultés à pérenniser les innovations

Les participants soutiennent que des initiatives locales et internationales inspirent (ex. : cliniques mobiles, agrément au communautaire pour faire des tests de dépistage, pairs aidants, etc.), mais que leur transférabilité demeure difficile : « **Les pairs aidants permettent de rejoindre des personnes que les travailleurs de rue ne peuvent pas toujours atteindre... Une paire aidante faisait des tournées avec une infirmière de Médecins du Monde. C'était un vrai pont entre les milieux. Mais quand l'infirmière est partie, le projet s'est arrêté** » (Informateur clé 11). Les résultats mettent en évidence une tension récurrente : ces innovations ont un fort potentiel transformateur, mais leur reprise à l'échelle du système est freinée par des obstacles liés à la gouvernance, au financement (souvent à court terme), à la dépendance à des personnes clés. La capacité d'adaptation des innovations à des contextes différenciés demeure une condition essentielle pour leur durabilité.

## RISQUES PROSPECTIFS À CONSIDÉRER POUR ADAPTER L'OFFRE

Dans cette partie, nous explorons les phénomènes importants qui risquent d'augmenter le nombre de diagnostics de VIH au Québec dans les prochaines années, avec une distinction entre les perturbations systémiques de grande ampleur et celles qui sont davantage conjoncturelles. Par la suite, nous expliquons en quoi ces risques sont à considérer pour l'adaptation des services liés à la lutte contre le VIH, en cas de crise majeure.

Le risque le plus important est lié à l'**accroissement du potentiel de désinformation**, notamment permis par les réseaux sociaux et les nouvelles technologies telles que l'intelligence artificielle (IA). Cela a parfois pour conséquence d'empêcher les individus de reconnaître le vrai du faux (Policy Horizons Canada, 2024, p. 14). Une récente étude démontre que la désinformation en ligne influence fortement les attitudes envers la prévention et le traitement du VIH (Garett et Young, 2022). Bien que les théories mettant en doute l'origine virale du syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ou qui contredisent des faits pourtant scientifiquement avérés remontent aux débuts mêmes de l'apparition du sida, la tendance s'est accélérée durant la pandémie de COVID-19. En effet, la publication de certains contenus en ligne a fortement renforcé la méfiance des populations envers les institutions de santé. Par exemple, en 2019, des militants LGBTQ2S+ s'étaient plaints auprès de Facebook de la présence sur la plateforme de publicités qui sous-entendaient que la prophylaxie préexposition (PrEP) était dangereuse (Law, 2019, 11 décembre).

Un deuxième risque est celui de **l'affaiblissement du système de santé et de services sociaux**, c'est-à-dire d'une situation où le système n'est plus en mesure de répondre aux besoins des personnes (Policy Horizons Canada, 2024, p. 18). Plusieurs causes soutiennent ce type de scénario : le vieillissement de la population, les crises climatiques ou encore une autre pandémie. Or, l'affaiblissement d'un système de santé risque de se traduire par moins de dépistage, de prévention et de suivi, ce qui retarde les diagnostics, augmente les charges virales non contrôlées et accroît les transmissions. Enfin, la dégradation socioéconomique qui accompagne ces crises (contexte de précarité, violences) augmente l'exposition au risque, alimentant davantage la demande.

En ce qui concerne les perturbations conjoncturelles, plusieurs sont à prendre en compte dans l'évaluation des risques prospectifs. Tout d'abord, il est important de suivre de près **l'évolution du cadre législatif au Québec**. Cela comprend non seulement l'étude des projets de loi en cours, mais aussi celle des consultations particulières au cours desquelles certaines institutions expérimentées sont en mesure de se prononcer sur les conséquences de certaines mesures projetées. Par exemple, il est à anticiper que le projet de loi n° 103 portant sur la *Loi visant à réglementer les sites de consommation supervisée afin de favoriser une cohabitation harmonieuse avec la communauté* pourrait avoir des effets prévisibles sur l'offre de service pour lutter contre le VIH. Ce projet de loi vise, notamment, à fermer les centres de consommation supervisée (CCS) qui ne relèvent pas de Santé Québec, et qui sont situés à moins de 150 mètres d'une école, d'un centre de la petite enfance ou d'une garderie<sup>10</sup>. Ainsi, la relocalisation de certains centres entraînerait nécessairement une discontinuité dans l'offre de ces services pour certaines populations particulièrement exposées au risque de contracter le virus. D'une part, nous savons que le VIH est transmissible par la réutilisation et le partage de matériel d'injection; d'autre part, nous savons que les centres de consommation supervisée permettent aux consommateurs de substances injectables de consommer de manière sécuritaire, grâce à l'utilisation de matériel neuf ou stérile. Si le projet de loi n° 103 est adopté en l'état, il serait pertinent d'anticiper ces risques et de mettre en place des mesures de mitigation.

---

10 Selon le mémoire déposé par COCQ-SIDA dans le cadre des consultations particulières menées à l'Assemblée nationale du Québec, au moins quatre centres de consommation supervisée seraient concernés par cette fermeture, dont la Maison Benoît-Labre à Montréal, ceux du Bureau régional d'action sida (BRAS) à Gatineau et de Tandem Mauricie à Trois-Rivières.

Un facteur connexe, moins directement lié à l'offre de services, tient à **l'évolution de la jurisprudence en matière de criminalisation de certains comportements en lien avec le VIH**. Comme démontré dans un autre rapport de notre série d'analyses (voir [le rapport Analyse exploratoire des considérations éthiques et juridiques liées au VIH au Québec](#)), si la portée de la criminalisation de certains comportements diminue, alors la probabilité que l'on assiste à un accroissement (même léger) de la demande de dépistage et de suivi médical augmente. À mesure que la criminalisation diminue, il est vraisemblable que les individus touchés se sentent moins exposés juridiquement, ce qui pourrait les inciter à davantage solliciter le système de santé et de services sociaux pour recevoir des soins et des services. Par exemple, un témoignage recueilli et partagé dans un article scientifique récent met de l'avant le fait que la criminalisation de comportements liés au VIH figure parmi les facteurs qui contribuent à la crainte de ne pas poursuivre certaines possibilités de dépistage (Cruz et al., 2022).

Certains éléments de contexte international méritent également d'être pris en compte pour anticiper l'évolution des besoins. En particulier, certaines décisions de l'administration fédérale américaine, prises dans plusieurs domaines tels que la santé, les sciences, l'aide internationale ou encore l'économie, peuvent entraîner des répercussions notables sur les systèmes de santé et de services sociaux au Canada. Par exemple, les coupes états-uniennes dans le financement du PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief) ont surtout touché l'Afrique subsaharienne et d'autres régions à forte prévalence du VIH<sup>11</sup>. Si leurs effets ne sont pas encore nécessairement visibles au Québec, il est plausible qu'à moyen terme ces perturbations entraînent un accroissement du nombre de personnes vivant avec le VIH et migrant vers le Canada, ce qui exercerait ainsi une pression supplémentaire sur le système de santé et de services sociaux.

Ces risques prospectifs ne doivent pas être considérés comme des certitudes, mais comme des signaux à surveiller. Leur intégration dans les stratégies futures permettrait de renforcer la résilience de la réponse collective au VIH et d'éviter que de nouvelles vulnérabilités viennent amplifier les inégalités déjà existantes.

---

11 Le Canada dispose d'une liste de 71 pays où le VIH est considéré comme endémique. Une analyse croisée de la littérature scientifique et grise nous permet d'établir que parmi eux figurent (sans s'y limiter cependant) majoritairement des pays africains (Cameroun, République démocratique du Congo, Éthiopie, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigeria, Rwanda, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe), des Caraïbes et d'Amérique centrale et du Sud (Haïti, Jamaïque, Guyane, Suriname, Trinidad et Tobago) et, enfin, quelques pays asiatiques (Cambodge, Myanmar, Thaïlande). Sources : [HIV-Aids\\_EpiUpdates\\_Chapter13\\_EN.pdf](#) (annexe 1), ou encore [HIV Endemic Countries \(pre-2005\) – HIV Testing Ontario](#). Pour aller plus loin, voir les indices – par pays – du site Internet UNAIDS : [Countries | UNAIDS](#)

**CONCLUSION**  
**UNE ÉTAPE DE**  
**COMPRÉHENSION**  
**PARTAGÉE**

Ce rapport n'a qu'un objectif : **comprendre**. Il cartographie les enjeux associés à la cascade de soins et de services pour les personnes vivant avec le VIH au Québec, en particulier pour les personnes en situation de précarité ou en parcours migratoire. Ses constats – entre stabilité et flexibilité, entre spécialisation et intégration, entre normes institutionnelles et réalités vécues – renvoient à un ensemble de tensions structurelles qui interfèrent avec la réponse au VIH au Québec.

Ce portrait montre également comment la stigmatisation opère à tous les niveaux : de l'individu à la société. La stigmatisation apparaît comme l'un des facteurs centraux, parmi un ensemble de facteurs interdépendants, qui contribuent à la persistance des inégalités. Elle constitue une tension structurelle persistante dans la gestion du VIH, située à l'intersection entre les impératifs de protection, les normes sociales, les pratiques institutionnelles et l'expérience vécue des personnes concernées. Lorsque cette tension n'est pas suffisamment reconnue ou régulée, elle peut se traduire par un éloignement de certaines personnes des services de dépistage, de traitement ou de soutien, en particulier celles issues de groupes marginalisés, notamment lorsqu'elle s'articule avec d'autres facteurs sociaux, organisationnels ou institutionnels. Ces barrières exacerbent les inégalités, notamment parmi les migrants sans statut légal, qui rencontrent des obstacles administratifs et économiques majeurs dans l'accès aux soins, aggravant ainsi leur vulnérabilité (Gauthier, 2025). À l'image des « *wicked problems* » décrits par Rittel and Webber (1973), l'épidémie s'inscrit dans une dynamique de facteurs multiples, imbriqués et évolutifs, où certains phénomènes, tels que l'évitement des services, peuvent à la fois résulter de ces facteurs et contribuer à leur renforcement. La stigmatisation, la pauvreté et l'exclusion sociale sont à la fois des facteurs et des effets secondaires de l'épidémie. Cette interdépendance rend la détermination de points d'intervention prioritaires particulièrement difficile. Une réponse plus efficace repose sur une coordination intersectorielle, qui intègre les parties prenantes à tous les niveaux pour aborder les multiples dimensions de cette crise. Cela comprend des politiques publiques robustes associées à des initiatives communautaires adaptées aux réalités locales.

Dans ce cadre, nous n'avancions pas de leviers d'action ou de recommandations. Le document propose une lecture structurée des enjeux, qui révèle des angles morts, valorise les savoirs du terrain et offre une base commune pour la suite. La deuxième phase portera précisément sur les leviers de solutions, grâce à une consultation publique et intersectorielle. Elle visera à :

- mettre à l'épreuve ces constats avec les personnes concernées et les milieux;
- coconstruire des pistes d'action réalistes et adaptées aux contextes;
- travailler à établir la priorisation de ces pistes, en fonction de réalités locales et régionales;
- définir des indicateurs pour suivre l'amélioration de toutes les étapes de la cascade.

Ce portrait met en lumière la complexité et l'interdépendance des défis liés à la lutte contre le VIH au Québec. Il révèle une prévalence accrue parmi des populations marginalisées. L'analyse montre que ces défis interdépendants nécessitent une approche systémique et intersectorielle pour être efficacement abordés. Ainsi, ce rapport constitue une étape de travail : un diagnostic partagé pour passer, dans un second temps, à l'exploration et à la délibération publiques des solutions.

# ANNEXES

## ANNEXE 1. EXTRAITS DE CODAGE THÉMATIQUE

Thèmes	Sous-thèmes	Exemples	Codes thématiques
Obstacles à la prévention, au dépistage et au traitement	Fragmentation des services	Déconnexion entre lieux de dépistage et de traitement	Coordination des services
	Accès aux médicaments	Coûts élevés, délais RAMQ, méconnaissance du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) pour les demandeurs d'asile	Accès aux soins
	Faibles dans la surveillance épidémiologique	Non-déclaration obligatoire, données incomplètes	Gouvernance
	Non-arrimage postimmigration	Pas de mécanisme clair de référence après test d'immigration	Référencement
	Stigmatisation indirecte	Peur du jugement, refus rapporté de traitement	Stigmatisation sociale
Défis de gouvernance : fragmentation, pilotage et leadership	Absence de stratégie nationale	Aucun plan stratégique actualisé depuis 2003	Gouvernance
	Chevauchements institutionnels	Flou entre INSPQ, INESSS, DRSP, ministère	Fragmentation institutionnelle
	Faiblesse du pilotage régional	DRSP sans autorité sur les CIUSSS et GMF	Coordination
	Réforme Santé Québec	Incertitude sur les responsabilités futures	Réforme
	Comités limités ou consultatifs	Peu d'intersectorialité opérationnelle	Leadership
Enjeux normatifs et tensions éthiques dans l'action publique	VIH non déclaré comme maladie à déclaration obligatoire (MADO)	Pas de suivi ni d'intervention systématique postdiagnostic	Éthique de la gouvernance
	Barrières économiques au traitement	Contribution élevée en assurance privée	Inégalités d'accès
	Absence d'accompagnement pour les migrants	Délégation sans soutien actif	Justice sociale
	Invisibilité des responsabilités collectives	Mise en avant des comportements individuels	Non-discrimination/stigmatisation
	Fragmentation du dépistage/traitement	Dépistage communautaire sans intégration clinique	Responsabilité partagée
Vulnérabilités croisées et amplification des inégalités	Accumulation de statuts précaires	Personne migrante sans statut, sans RAMQ, avec maladie chronique	Vulnérabilités croisées
	Absence d'approche intersectionnelle	Les réalités trans, racisées, migrantes sont traitées séparément	Invisibilisation institutionnelle
	Jugement sur l'adhésion thérapeutique	Refus de traitement lié à la consommation	Discrimination
	Femmes migrantes non accompagnées	Diagnostic sans orientation ni suivi	Isolement/genre/migration croisée
	Vase clos dans les interventions	Pas de coordination pour les profils multiples (ex. : LGBTQ2S+ et itinérance)	Fragmentation de la prise en charge

Thèmes	Sous-thèmes	Exemples	Codes thématiques
Innovations locales et internationales : limites de transférabilité	Initiatives inspirantes, mais isolées	Cliniques mixtes, pharmacie inclusive, projets pairs-infirmiers	Innovations locales
	Dépendance à des personnes clés	Perte de projets avec le départ de professionnels	Instabilité des innovations
	Manque de systématisation	Peu de diffusion ou d'intégration au réseau de santé	Barrières structurelles
	Ressources inadéquates pour l'innovation	Budgets stagnants, surcharge des organismes	Sous-financement de l'innovation
	Contexte local non reproductible	Nécessité d'adaptation selon territoire, population, relations communautaires	Limites de transférabilité
Leviers de transformation perçus par les acteurs terrain	Arrimage précoce et humain	Suivi dès le test d'immigration, pair accompagnateur	Arrimage aux soins
	Gratuité des traitements	Supprimer les franchises, couverture universelle	Accessibilité financière
	Rehaussement du financement communautaire	Indexer les budgets, financer les innovations	Soutien aux organismes
	Changement réglementaire	VIH comme maladie à déclaration obligatoire	Surveillance épidémiologique
	Formation du personnel de première ligne	Intégrer la prophylaxie préexposition (PrEP) et les réalités VIH dans la formation continue des médecins	Compétence médicale
	Partage du pouvoir avec les organismes	Repenser la gouvernance, intégrer les acteurs communautaires aux décisions	Gouvernance partagée

## ANNEXE 2. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES SUR LE VIH AU QUÉBEC

**Tableau épidémiologique : Groupes spécifiques et défis associés**

Segment	Données principales	Défis	Sources
Personnes migrantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>46 % des nouveaux diagnostics de VIH au Québec concernent des personnes migrantes (2022).</li> <li>88 % des migrants diagnostiqués sont arrivés la même année.</li> <li>49 % des diagnostics chez les migrants sont faits à un stade tardif.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Délais d'accès à l'assurance maladie (3 mois de carence pour les nouveaux arrivants).</li> <li>Obstacles linguistiques et culturels.</li> <li>Discrimination liée au statut migratoire.</li> </ul>	Rapport de surveillance VIH au Québec 2022; MQRP, 2018; Progrès Canada VIH 2022.
Femmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Environ 23 % des nouveaux diagnostics de VIH concernent des femmes (2022).</li> <li>Les transmissions hétérosexuelles représentent 64 % des nouveaux diagnostics chez les femmes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inégalités structurelles et accès limité aux outils de prévention comme la prophylaxie préexposition (PrEP).</li> <li>Manque de sensibilisation et d'éducation ciblée.</li> </ul>	Rapport de surveillance VIH au Québec 2022; INSPQ, 2024.
Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)	<ul style="list-style-type: none"> <li>38,2 % des nouveaux diagnostics de VIH concernent les HARSAH (2022) et 39,3 % si on ajoute les HARSAH qui s'injectent des drogues.</li> <li>56,3 % des HARSAH nouvellement diagnostiqués en 2022 déclaraient des origines ethnoculturelles autres que canadiennes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion significative de personnes qui ignorent leur statut sérologique, ce qui réduit l'efficacité du dépistage et de la prise en charge.</li> <li>Manque de sensibilisation et d'éducation inclusive ciblée, notamment pour la consommation de substances psychoactives liée aux pratiques sexuelles.</li> </ul>	Rapport de surveillance VIH au Québec 2024; Espace ITSS, INSPQ, 2011.
Jeunes	<ul style="list-style-type: none"> <li>30 % des jeunes Québécois du secondaire ont eu une relation sexuelle (2022).</li> <li>Seulement 61 % utilisent des préservatifs lors de leurs rapports.</li> <li>La double protection (préservatif + contraception) est utilisée par 38 % des jeunes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manque d'éducation sexuelle inclusive et continue.</li> <li>Influence de la désinformation sur les pratiques sexuelles.</li> <li>Accès limité à des outils modernes de prévention.</li> </ul>	Rapport VIH, INSPQ, 2024; Enquête québécoise sur la santé des jeunes, 2023.
Usagers de drogues injectables	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'infection au VIH : 3 %.</li> <li>Taux d'infection à l'hépatite C : 64 %.</li> <li>Partage de matériel d'injection : environ 30 % (2022).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stigmatisation sociale et institutionnelle.</li> <li>Accès limité aux services de réduction des méfaits, comme les sites d'injection supervisée.</li> <li>Dépendance financière qui empêche l'accès régulier aux soins.</li> </ul>	INSPQ, 2024; Rapport sur les ITSS au Québec, 2022; PVSQ, 2023.
Personnes qui font du travail du sexe	<ul style="list-style-type: none"> <li>Environ 14 % des personnes qui font du travail du sexe ont rapporté vivre avec le VIH (2022).</li> <li>70 % des personnes qui font du travail du sexe ont déclaré subir des discriminations dans les systèmes de santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Discrimination persistante dans les établissements de santé.</li> <li>Stigmatisation sociétale associée à leur activité.</li> <li>Manque de programmes de prévention ciblés.</li> </ul>	INSPQ, 2024; PVSQ, 2023; Rapport MQRP, 2018.
Population générale	<ul style="list-style-type: none"> <li>En 2022, 1848 nouveaux diagnostics de VIH au Canada, soit une augmentation de 15 % par rapport à 2020.</li> <li>Les personnes de 30 à 49 ans représentent 44 % des nouveaux diagnostics.</li> <li>Montréal concentre 71,2 % des diagnostics au Québec.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stigmatisation persistante autour du VIH, freinant le dépistage et le traitement.</li> <li>Méconnaissance des outils modernes de prévention comme la prophylaxie préexposition (PrEP).</li> </ul>	Progrès Canada VIH 2022; Rapport de surveillance VIH au Québec 2022.

## ANNEXE 3. FICHE D'INFORMATION SUR LE VIH

### Qu'est-ce que le VIH?

Le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) est un virus qui attaque principalement le système immunitaire, c'est-à-dire les défenses naturelles du corps contre les maladies (en particulier les lymphocytes CD4+). S'il n'est pas traité, il peut évoluer en sida (syndrome d'immunodéficience acquise), une maladie grave qui rend le corps très vulnérable aux infections. Le VIH se transmet **uniquement** par :

- voie sexuelle (rapports non protégés);
- voie sanguine (partage de matériel de consommation, transfusions non sécurisées);
- transmission mère-enfant (pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement).

### Comment on s'en protège?

- Utilisation d'un préservatif lors des rapports sexuels (barrière physique);
- Réalisation de tests de dépistage régulièrement pour connaître son statut sérologique;
- Prise de la prophylaxie préexposition (PrEP), soit un médicament préventif pour les personnes séronégatives au VIH et à risque;
- Prise de la prophylaxie postexposition (PPE), soit un traitement d'urgence après une exposition potentielle;
- Usage unique des seringues ou du matériel d'injection de produits;
- Traitement des personnes vivant avec le VIH : un traitement efficace rend le virus « indétectable » et empêche la transmission.

## Comment ça se traite ?

Le VIH se traite avec une combinaison de médicaments antirétroviraux (TAV), généralement en une prise orale quotidienne. Ce traitement empêche le virus de se multiplier, protège le système immunitaire et peut rendre le virus indétectable, donc non transmissible. Avec un traitement bien suivi :

- le virus devient indétectable dans le sang;
- le système immunitaire peut être préservé ou restauré;
- la personne peut avoir des enfants;
- la personne peut vivre en santé;
- le VIH ne se transmet plus.

# RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2022). *Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2020.*
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2024a). *Les progrès du Canada vers l'élimination de l'épidémie de VIH, 2022.*
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2024b). *VIH au Canada, Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2023 : sommaire.*
- Bernard, O. (2024, 8 janvier). Les secrets de « La mafia médicale » : déniisme (n° S3 EP5) [Épisode de balado audio]. Dans *Dérives*. <https://ici.radio-canada.ca/ohdio/balados/7777/science-croyances-comprendre-encadrement-loi/850468/bernard-lachance-sida-vih-deces>
- Bolster-Foucault, C., Ho Mi Fane, B. et Blair, A. (2021). Déterminants structurels de la stigmatisation touchant les conditions sanitaires et sociales : revue rapide et cadre conceptuel visant à guider la recherche et les interventions. *Recherche, politiques et pratiques*, 41(3).
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). (2018). *Rapport annuel de gestion 2017-2018.*
- Centre universitaire de santé McGill (CUSM). (2018). *Difficulté d'accès aux soins de santé pour les personnes à faible revenu atteintes du VIH/sida.*
- Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA). (2020). *Interprétation collective des résultats de recherche : index de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH au Québec.*
- Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA). (2021). *L'accès aux soins et aux traitements antirétroviraux pour les personnes vivant avec le VIH sans considérer le statut d'immigration : vers une couverture sanitaire universelle au Québec.*
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum* Issue 1, volume 8. <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=ucif>

- Cruz, A. D., Maposa, S., Patten, S., Abdulmalik, I., Magagula, P., Mapfumo, S., Abate, T., Carter, A., Spies, P., Harrowing, J., Hall, M., Afzal, A., et Caine, V. (2022). "I die silently inside". Qualitative findings from a study of people living with HIV who migrate to and settle in Canada. *J Migr Health.*, 11(5). DOI: 10.1016/j.jmh.2022.100088
- Dahlgren, G. et Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. *Institute for Futures Studies*, 2007(14).
- Ferlatte, O., Salway, T., Oliffe, J. L. et Gilbert, M. (2017). Stigma and suicide among gay and bisexual men living with HIV. *AIDS Care*, 29(11), 1346-1350. DOI: 10.1080/09540121.2017.1290762
- Garett, R. et Young, S. D. (2022). The Impact of Misinformation and Health Literacy on HIV Prevention and Service Usage. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, 33. DOI: 10.1097/JNC.000000000000298
- Gauthier, L. (2025). *Expériences des soins et des services chez les demandeurs d'asile et les migrants à statut précaire au Québec* [Conférence]. 9<sup>e</sup> MIDI-CAUSERIES de l'Unité de développement professionnel de l'École de santé publique, Université de Montréal.
- Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. *Prentice-Hall*.
- Handlovsky, I., Ferlatte, O. et Oliffe, J. L. (2022). Processes underpinning survival in gay men living with HIV and a history of suicidality. *Sociology of Health and Illness*, 44(6). DOI: 10.1111/1467-9566.13500
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2022). *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2020*.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2023). *Le chemsex et les hommes gais, bisexuels ou queer+ : mieux comprendre pour adapter les services*.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2024). *Programme de surveillance des infections par le VIH au Québec : rapport annuel 2022*.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2024). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire : résultats de la troisième édition – 2022-2023*. Québec : gouvernement du Québec.
- Laperrière, H., Zuñiga, R. et Aylestock, J. (2013). *Chez nous, c'est chez vous : étude exploratoire sur le logement et le VIH au Québec, Rapport illustré*. Ottawa : École des sciences infirmières, Université d'Ottawa.
- Latkin, C., German, D., Vlahov, D. et Galea, S. (2013). Neighborhoods and HIV: A social ecological approach to prevention and care. *Am Psychol*, 68(4), 210-224.

- Law, T. (2019, 11 décembre). Activists and LGBTQ Groups Say These Facebook Ads Spread Dangerous Misinformation About HIV Drugs. *Time*. <https://time.com/5746885/prep-hiv-infection-facebook/>
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A. et Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
- Médecins québécois pour un régime public (MQRP). (2018). *La santé pour tous et toutes sans exception*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2017). *Joindre, dépister et détecter, traiter : intégrer la prévention des ITSS dans les plans d'action régionaux de santé publique*. Québec : gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018). *Optimisation des services de dépistage et de prévention des ITSS*. Québec : gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019a). *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)*. Québec : gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019b). *Outils pour le soutien à l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection par le VIH et auprès de leurs partenaires*. Québec : gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021). *Le suivi de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)*. Québec : gouvernement du Québec.
- Policy Horizons Canada. (2024). *Disruptions on the Horizon Report*. Ottawa : gouvernement du Canada.
- Portail VIH/sida du Québec et MIELS-Québec. (2021). *L'essentiel du VIH : tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le VIH sans jamais oser le demander (3<sup>e</sup> édition)*. [https://pvsq.org/wp-content/uploads/2022/04/Essentiel\\_VIH\\_version2\\_web.pdf](https://pvsq.org/wp-content/uploads/2022/04/Essentiel_VIH_version2_web.pdf)
- Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). (2024). *Comprendre les mesures des progrès réalisés pour atteindre les objectifs 95-95-95 en matière de dépistage, de traitement et de suppression virale du VIH*.
- Rittel, H. W. J. et Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences*, 4(2), 155-169. <http://www.jstor.org/stable/4531523>
- Santé Québec. (2025). *Planification stratégique 2025-2028*.
- Tokar, A., Broerse, J. E.W., Blanchard, J. et Roura, M. (2018). HIV Testing and Counseling Among Female Sex Workers: A Systematic Literature Review. *AIDS and Behavior*, 22(8), 1-23.

