

# DONNÉES DE VIGIE ET DE SURVEILLANCE

Direction régionale de santé publique de Montréal

12 mai 2026

## PORTRAIT ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH À MONTRÉAL, 2024

### FAITS SAILLANTS

### TENDANCES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

- En 2024, 675 personnes vivant avec le VIH à Montréal ont été recensées par le Programme de surveillance de l'infection par le VIH (PSI-VIH) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
- La majorité des personnes (61 %) sont arrivées au Canada dans les 12 mois précédant leur identification par le programme de surveillance.
- Bien que les hommes demeurent majoritaires, la proportion de femmes parmi l'ensemble des cas est la plus élevée des 20 dernières années.
- 51 % des personnes enregistrées au PSI-VIH à Montréal en 2024 ont acquis le VIH lors de contacts sexuels hétérosexuels. De ces derniers, la plupart sont récemment arrivées au Canada, soit 80 % dans les 12 derniers mois et 10 % arrivées il y a un à cinq ans.
- 44 % sont des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Ce groupe est historiquement surreprésenté par rapport à son poids démographique dans la population et le demeure.
- 2 % ont acquis le VIH en lien avec l'injection de drogue. Un mode de transmission limité, mais persistant.
- Un peu plus d'une personne sur quatre (26 %) parmi celles nées hors du Canada présente un diagnostic tardif, ce qui souligne l'importance de renforcer les efforts pour favoriser un arrimage rapide aux soins dans cette population.
- Dans la dernière décennie, deux dynamiques distinctes se dégagent. D'une part, le nombre d'infections détectées chez des personnes arrivées au pays il y a moins de six ans augmente en corrélation avec l'augmentation des cibles d'immigration et le nombre d'examen médicaux d'immigration réalisés au Canada. D'autre part, une diminution s'observe chez les personnes nées ou arrivées au Canada depuis six ans ou plus laissant présumer d'une diminution de la transmission locale.

### INTERVENTIONS ET RÉPONSES EN COURS

- La baisse des premiers diagnostics chez les personnes nées au Canada ou établies depuis six ans ou plus suggère l'efficacité et l'adoption des outils de prévention (le dépistage régulier, la PrEP, la distribution du matériel d'injection stérile), ainsi que des traitements antirétroviraux, qui contribuent à réduire la transmission du VIH (I=I).
- La PrEP et le dépistage régulier favorisent la détection d'autres ITSS et l'orientation vers des services de santé connexes. Par ailleurs, les données suggèrent une adhérence aux soins chez les personnes vivant avec le VIH suivies au Québec. Toutefois, des barrières financières persistent dans l'accès à la PrEP et aux ARV, notamment le coût des médicaments ou les frais connexes (prises de sang, consultations médicales, franchise et co-paiement), ce qui nuit à l'engagement dans les soins liés au VIH, qu'ils soient préventifs ou chroniques.
- L'évaluation de la situation, appuyée par les indicateurs de CD4 et l'expertise des acteurs cliniques, suggère qu'une proportion importante des personnes bénéficie d'une prise en charge à Montréal. Cette réalité repose entre autres sur la coordination entre les partenaires du réseau et les cliniques offrant des soins VIH. Ces collaborations demeurent essentielles pour soutenir la santé des personnes vivant avec le VIH à Montréal.
- Les organismes communautaires jouent un rôle central dans la réponse au VIH. Leur connaissance des réalités locales leur permet d'adapter leurs interventions, de documenter les phénomènes émergents et de faciliter les liens entre les populations et le réseau de la santé et des services sociaux.

## TABLE DES MATIERES

1. CONTEXTE .....	2
2. MÉTHODOLOGIE.....	3
3. LE VIH À MONTRÉAL.....	4
3.1.Premiers diagnostics .....	4
3.2.Diagnostic antérieurs .....	4
4. ÉVOLUTION TEMPORELLE DU VIH À MONTRÉAL.....	6
5. RÉPARTITION DÉMOGRAPHIQUE DES CAS 6	
5.1.Personnes nées au Canada ou arrivées depuis six ans ou plus.....	6
5.2.Personnes nouvellement arrivées ...	7
6. CATÉGORIES D'EXPOSITION.....	9
6.1.Contacts hétérosexuels.....	10
6.2.Contacts sexuels entre hommes ...	12
6.3.Utilisation de drogues injectables .	13
6.4.Autres catégories d'exposition au VIH	14
7. PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH...15	
8. RECOMMANDATIONS.....	17
Axe 1 - Renforcer les stratégies de prévention .....	17
Axe 2 - Produire et mobiliser les connaissances pour orienter les interventions .....	19
Axe 3 - Renforcer l'arrimage aux soins et la cascade de soins .....	20
9. CONCLUSION .....	21
10.RÉFÉRENCES.....	22

## 1. CONTEXTE

Ce bilan épidémiologique vise à mieux comprendre le profil des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) comptabilisées en 2024 par le PSI-VIH dans la région de Montréal, à évaluer l'efficacité des interventions en place et à émettre des recommandations afin de contribuer à mettre fin à l'épidémie de VIH comme menace pour la santé publique.

Comme pour d'autres maladies chroniques, le VIH nécessite un dépistage précoce, un suivi médical régulier et un traitement pharmacologique. Lorsqu'elles bénéficient d'une prise en charge adéquate, les personnes vivant avec le VIH peuvent aujourd'hui avoir une espérance et une qualité de vie comparables à celles des personnes ne vivant pas avec le VIH. Grâce aux antirétroviraux, les personnes vivant avec le VIH peuvent éliminer tout risque de transmission sexuelle de l'infection (Indétectable=Intransmissible).

Parallèlement, le recours aux outils de prévention du VIH demeure essentiel, notamment la prophylaxie préexposition (PrEP), la prophylaxie postexposition (PPE) et l'autotest VIH. Ces stratégies, de même que la Doxy-PPE, qui permet de réduire les risques de contracter certaines ITSS bactériennes comme la chlamydia et la syphilis, contribuent à réduire les risques d'acquisition des ITSS et à favoriser un diagnostic plus précoce.

Ces approches visent à soutenir la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH et des personnes à risque d'acquisition, notamment par un accès continu aux soins, au soutien psychosocial et aux ressources communautaires. Soulignons l'importance d'un environnement favorable et exempt de stigmatisation ainsi que des politiques publiques en faveur de la gratuité des soins pour garantir l'accès à ces services à l'ensemble des personnes pouvant en bénéficier.

Dans une perspective de planification des soins et de visibilité des besoins de santé, ce portrait présente l'ensemble des personnes comptabilisées au PSI-VIH à Montréal en 2024. Il permet d'identifier les besoins d'arrimage et de suivi, que le diagnostic soit récent ou ancien, réalisé au Québec ou à l'étranger, afin de mieux répondre aux besoins de santé de l'ensemble de la population montréalaise.

## 2. MÉTHODOLOGIE

Cette publication recense les personnes comptabilisées au Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec (PSI-VIH) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), qui regroupe l'ensemble des diagnostics de VIH enregistrés au Québec depuis avril 2002. Il classe les cas selon l'historique de dépistage VIH et la date du premier test positif.

*Les données présentées dans ce bilan ont été extraites de l'Infocentre de santé publique du Québec, onglet Plan national de surveillance, entre le 29 janvier et le 23 février 2026<sup>1</sup>.*

### Le point sur la classification du Programme de surveillance de l'infection par le VIH de l'INSPQ (2025)

**Premier diagnostic** : personne dont le premier test positif connu au VIH est réalisé au Québec pendant la période de surveillance. Cela inclut les personnes n'ayant jamais été testées auparavant, celles dont tous les tests antérieurs étaient négatifs, ou celles dont le premier test positif a été réalisé au Québec. Par exemple :

- Une personne ayant acquis le VIH récemment et ayant été dépistée dans le cadre d'un dépistage de routine ou à la suite d'une recommandation médicale.
- Une personne n'ayant jamais été testée pour le VIH auparavant, vivant avec le VIH depuis plusieurs années, et qui reçoit un premier test positif au Québec.
- Une personne dépistée positive lors de l'examen médical d'immigration (EMI) réalisé au Québec, sans diagnostic antérieur connu.

**Diagnostic antérieur** : personne dont le VIH avait déjà été diagnostiqué auparavant, au Québec ou ailleurs. Un test positif est confirmé de nouveau au Québec pendant la période de surveillance. Par exemple :

- Une personne déjà diagnostiquée et suivie dans un autre pays ou une autre province, qui s'établit au Québec.
- Une personne ayant reçu un diagnostic au Québec dans le passé, avant la période de surveillance, et dont le cas est enregistré plus tard.

**Diagnostic non classé** : les informations disponibles ne permettent pas de déterminer si la personne reçoit au moment de l'enregistrement un premier diagnostic ou si elle a déjà été diagnostiquée dans le passé. Par exemple :

- Lorsque l'historique des tests VIH antérieurs est inconnu du professionnel de la santé qui a prescrit le dépistage.
- Lorsque les informations disponibles ne permettent pas de confirmer ou d'exclure l'existence d'un test positif antérieur.

**Cette classification ne permet pas de déterminer le lieu d'acquisition du VIH ni la date réelle de l'infection.** Les données du PSI-VIH reposent uniquement sur les cas confirmés au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et enregistrés au PSI-VIH du Québec, ce qui peut sous-estimer le nombre réel de personnes vivant avec le VIH. Les cas rapportés au cours d'une année ne correspondent pas nécessairement à des infections acquises durant la même période, en raison des délais possibles entre l'infection et le diagnostic.

---

<sup>1</sup> Avant 2012, les personnes ne disposant pas d'un numéro d'assurance maladie (NAM) ne pouvaient pas être enregistrées dans le PSI-VIH. Par conséquent, le nombre de cas chez les personnes nouvellement arrivées avant 2012 est probablement sous-estimé dans les figures présentées.

Les contextes dans lesquels les tests de dépistage du VIH sont réalisés influencent la capacité à détecter les infections. Par exemple, les personnes issues de l'immigration sont soumises à différentes exigences réglementaires, dont l'obligation de réaliser un examen médical d'immigration (EMI) afin d'obtenir certains visas de séjour au Canada<sup>2</sup>. Cet examen inclut notamment un dépistage du VIH. Ce cadre réglementaire peut contribuer à augmenter la capacité de détection du VIH chez les personnes récemment arrivées. À l'inverse, les personnes nées au Québec ont généralement recours à un dépistage du VIH sur une base volontaire ou à la suite de la recommandation d'un professionnel de la santé (MSSS, 2019).

### 3. LE VIH À MONTRÉAL

En 2024, 675 personnes vivant avec le VIH ont été comptabilisées au PSI-VIH dans la région de Montréal, soit 230 femmes et 445 hommes. Parmi l'ensemble de ces personnes, au moins 15 sont des personnes trans<sup>3</sup>. Les hommes représentent 66 % de l'ensemble des personnes comptabilisées au PSI-VIH à Montréal. Le rapport homme-femme est de 1,9 homme pour une femme (Figure 1 et Figure 2).

#### 3.1. PREMIERS DIAGNOSTICS

En 2024, le taux d'incidence des premiers diagnostics de VIH dans la région de Montréal est de 13,4 cas pour 100 000 personnes. Les premiers diagnostics représentent 40 % de l'ensemble des personnes comptabilisées au PSI-VIH à Montréal en 2024. Au total, 267 personnes ont reçu un premier diagnostic de l'infection par le VIH, soit 75 femmes et 192 hommes.

#### 3.2. DIAGNOSTICS ANTÉRIEURS

Au total, 408 personnes ont été classées comme ayant un diagnostic antérieur, soit 155 femmes et 253 hommes. Ces personnes représentent 60 % des personnes comptabilisées au PSI-VIH à Montréal en 2024.

---

<sup>2</sup> L'EMI est requis pour obtenir un statut de résidence permanente et pour certaines situations de résidence temporaire, selon la durée du séjour ou le pays de provenance. Ce processus et les exigences peuvent varier dans le temps (IRCC, 2025a).

<sup>3</sup> Le nombre de personnes trans rapporté (n=15) est probablement sous-estimé en raison des limites des systèmes de surveillance. De plus, en raison du faible nombre de cas, la ventilation selon le genre n'est pas présentée afin de préserver la confidentialité.

Figure 1. Nombre de diagnostics enregistrés d'infection par le VIH selon le type de diagnostic, région de Montréal, 2003 à 2024

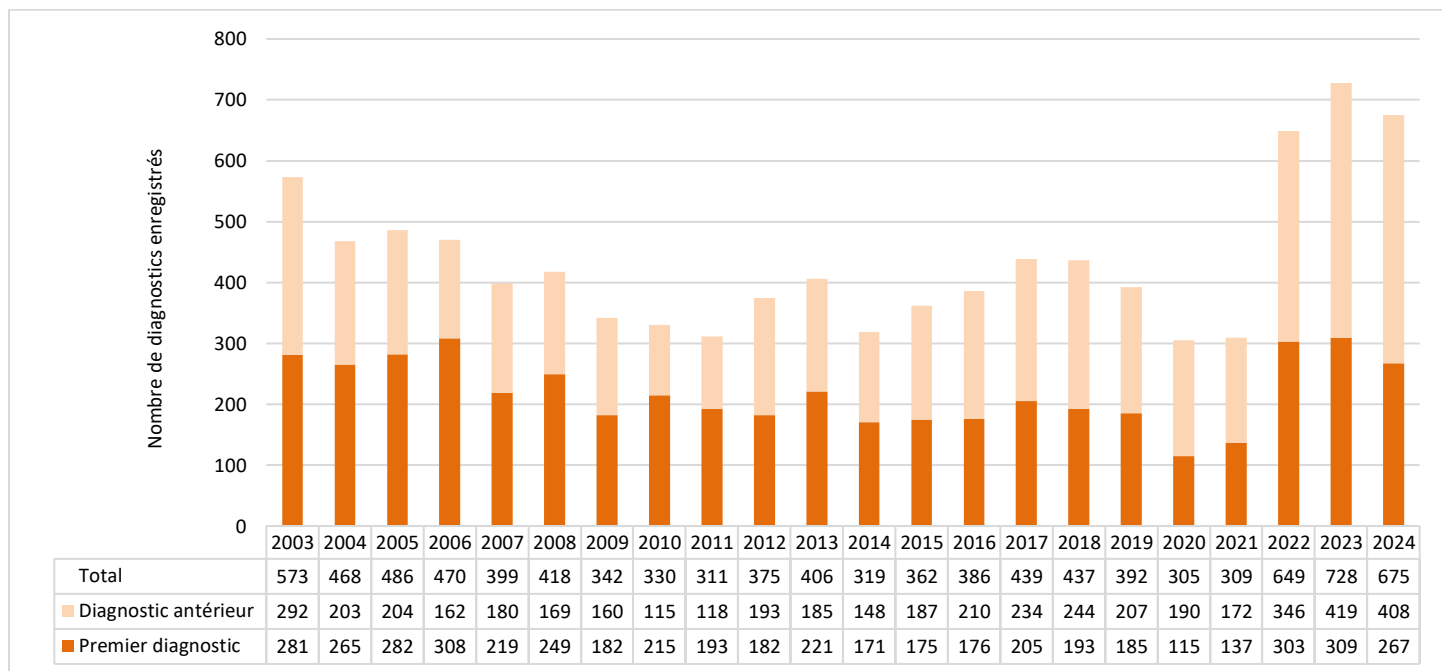
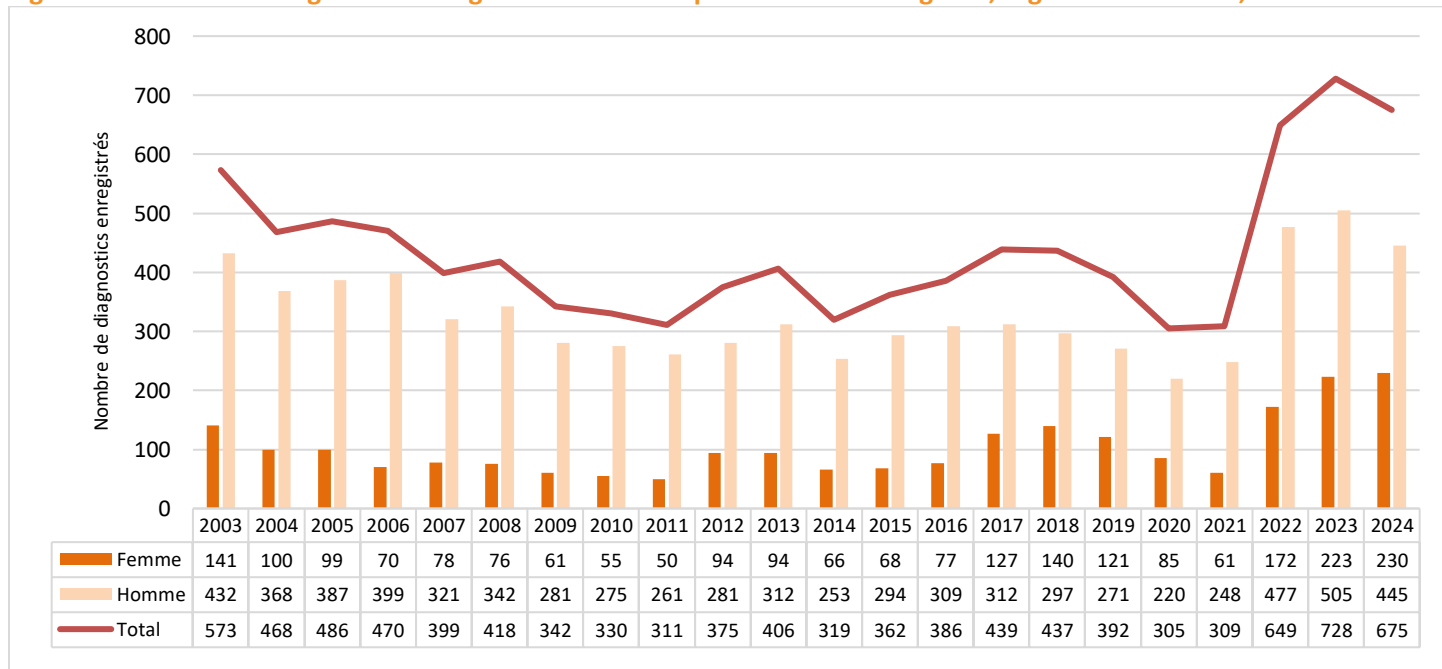


Figure 2. Nombre de diagnostics enregistrés d'infection par le VIH selon le genre, région de Montréal, 2003 à 2024



## 4. ÉVOLUTION TEMPORELLE DU VIH À MONTRÉAL

Bien que le nombre de personnes comptabilisées au PSI-VIH à Montréal ait légèrement diminué de 7 % par rapport à 2023, le nombre de personnes comptabilisées demeure plus élevé qu'avant la pandémie (augmentation de 72 % par rapport à 2019). Entre 2015 et 2019, une moyenne annuelle de 403 personnes (min-max : 362–439) a été enregistrée, comparativement à une moyenne annuelle de 684 (649–728) entre 2022 et 2024.

Si les hommes demeurent historiquement majoritaires parmi les personnes comptabilisées, le nombre de diagnostics chez les femmes a augmenté plus rapidement au cours des 10 dernières années. En effet, entre 2015 et 2024, une augmentation de 222 % est observée chez les femmes alors qu'une hausse de 49 % est constatée chez les hommes.

L'évolution récente du VIH à Montréal doit être interprétée à la lumière des fluctuations liées aux mouvements migratoires et au contexte sanitaire. Par exemple, une baisse de l'offre des services de dépistage pendant la pandémie de la COVID-19, ou encore la hausse des cibles d'immigration établies par les gouvernements provincial et fédéral. À noter que la proportion de personnes issues de l'immigration dont le VIH est détecté lors d'un EMI réalisé au Canada demeure faible, soit moins de 1 % (ASPC, 2025).

## 5. RÉPARTITION DÉMOGRAPHIQUE DES CAS

En croisant la date d'arrivée au Canada et la classification des diagnostics, il est possible de mieux distinguer les dynamiques de transmission locale du VIH de celles observées chez les personnes récemment arrivées vivant avec le VIH au Canada. Rappelons que ces interprétations comportent toutefois des limites importantes, puisqu'il est impossible de déterminer avec certitude le lieu et le moment de l'acquisition du VIH.

Parmi l'ensemble des personnes comptabilisées au PSI-VIH dans la région de Montréal en 2024, 17 % sont nées au Canada (n=117) et 6 % sont arrivées au pays depuis six ans ou plus (n=40). 61 % sont arrivées dans les 12 mois précédant leur enregistrement (n=409) et 13 % entre un et cinq ans auparavant (n=85) (Figures 3 et 4). Notons que Montréal est parmi les trois villes où s'installe la majorité des personnes issues de l'immigration au Canada (IRCC, 2025b).

Les tendances observées selon la date d'arrivée sont similaires dans les deux principales catégories d'exposition, soit les contacts hétérosexuels et les contacts sexuels entre hommes (Figures 6 à 9). Au cours des dernières années, une diminution du nombre de diagnostics est observée chez les personnes nées au Canada ainsi que chez celles arrivées au pays depuis six ans ou plus. À l'inverse, une augmentation est observée chez les personnes récemment arrivées, particulièrement parmi celles arrivées dans les 12 mois précédant leur enregistrement au programme ainsi que chez celles arrivées entre un et cinq ans auparavant.

### 5.1. PERSONNES NÉES AU CANADA OU ARRIVÉES DEPUIS SIX ANS OU PLUS

Au cours des dix dernières années, le nombre de diagnostics comptabilisé dans ce groupe a diminué de 37 %, tendance encourageante qui pourrait refléter l'efficacité des outils de prévention (PrEP, PPE, dépistages réguliers), des traitements antirétroviraux et suggère globalement une diminution de la transmission locale. Les efforts de prévention doivent être poursuivis afin de maintenir ces acquis.

## 5.2. PERSONNES NOUVELLEMENT ARRIVÉES

Les personnes nées à l'extérieur du Canada et récemment arrivées à Montréal présentent, comme l'ensemble de la population, des besoins en santé. Bien qu'il soit impossible de déterminer avec certitude le lieu d'acquisition du VIH chez les personnes récemment arrivées, l'augmentation du nombre de personnes de cette catégorie plaide pour que des efforts soient déployés pour l'adaptation linguistique et culturelle des services de prévention et de traitement du VIH.

Par ailleurs, l'augmentation des cibles d'immigration depuis 2022 pourrait contribuer à la hausse du nombre de personnes comptabilisées au PSI-VIH à Montréal, région qui accueille la plus grande proportion de personnes issues de l'immigration internationale au Québec (ISQ, 2025). Des tendances similaires étaient déjà observées, dans une moindre mesure, avant la pandémie de COVID-19. En effet, les fluctuations à la baisse entre 2020 et 2021 reflètent notamment les restrictions de voyage et la diminution des activités de dépistage. À noter que ces comparaisons dans le temps doivent être interprétées avec prudence, puisque les politiques et objectifs migratoires évoluent, limitant la possibilité de projeter ces tendances dans le futur.

Il importe également de souligner que les personnes nouvellement arrivées peuvent avoir reçu un diagnostic antérieur et avoir été suivies médicalement dans leur pays d'origine avant leur arrivée au Québec. Les indicateurs cliniques disponibles, notamment les niveaux de CD4 observés chez les personnes enregistrées avec un diagnostic antérieur, suggèrent que près de trois personnes sur quatre étaient déjà engagées dans un suivi médical avant leur arrivée. Dans ce contexte, le rôle du réseau de la santé consiste principalement à assurer un arrimage rapide aux soins et à faciliter la continuité du suivi au Québec. Les centres hospitaliers, les cliniques de santé sexuelle, les cliniques médicales d'immigration et les organismes communautaires contribuent à ce travail de coordination afin de soutenir l'intégration des personnes dans les services de soins. Les parcours migratoires demeurent toutefois variés, et certaines personnes peuvent avoir vécu des situations de vulnérabilité et des expériences traumatiques nécessitant un accompagnement rapide et adapté.

Figure 3. Nombre de premiers diagnostics enregistrés d'infection par le VIH selon la date d'arrivée, région de Montréal, 2003 à 2024 <sup>4</sup>

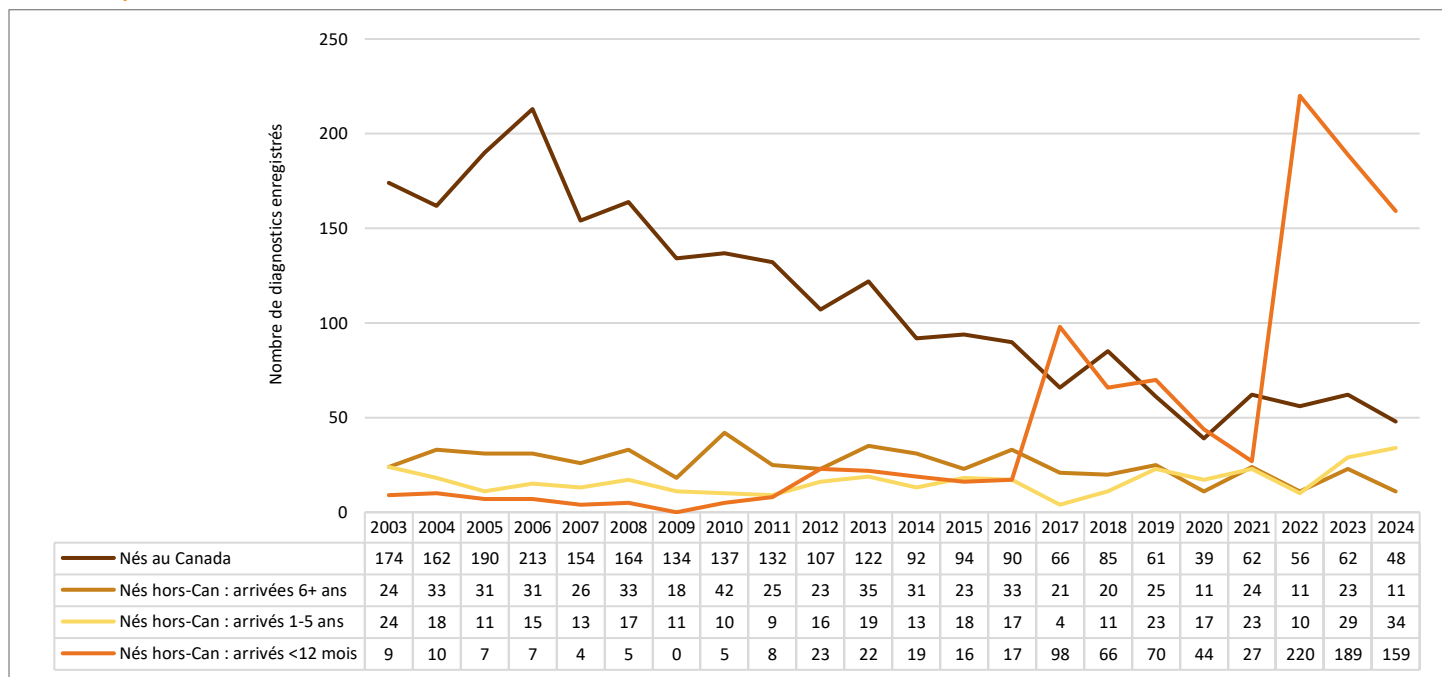
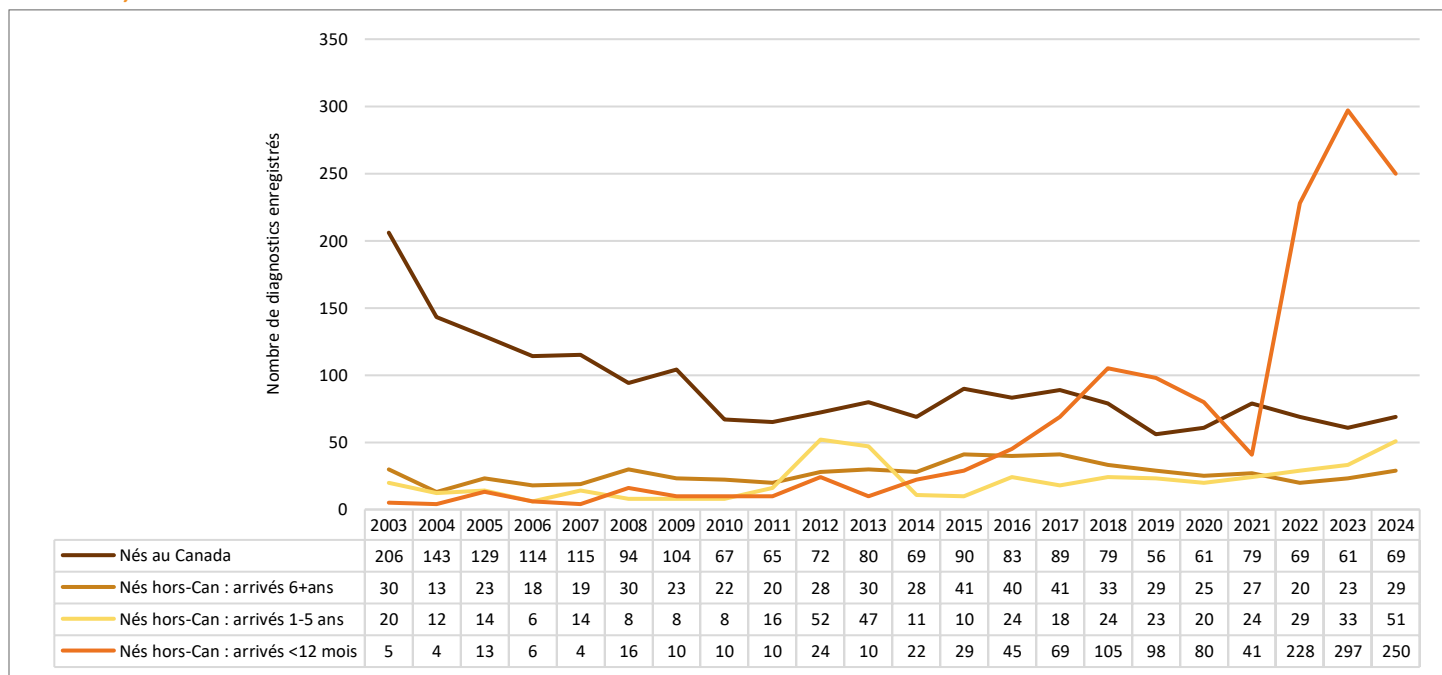


Figure 4. Nombre de diagnostics antérieurs enregistrés d'infection par le VIH selon la date d'arrivée, région de Montréal, 2003 à 2024



<sup>4</sup> Les catégories présentées aux Figures 3 et 4 excluent un petit nombre de cas en raison de données manquantes concernant la date d'arrivée au Canada.

## 6. CATÉGORIES D'EXPOSITION

L'épidémiologie du VIH dans la population est influencée par un ensemble de facteurs liés aux déterminants de la santé, qui interagissent à différents niveaux : individuels, sociaux, systémiques et structurels. Les facteurs structurels et systémiques, tels que les politiques publiques, les conditions d'accès aux services de santé et aux services sociaux (par exemple, l'étendue des couvertures d'assurance maladie ou les politiques migratoires), ainsi que l'organisation des services, façonnent les contextes dans lesquels évoluent les personnes (OMS, 2018). Ces éléments influencent notamment l'accès aux services de santé sexuelle et aux outils de prévention, ainsi que la prévalence du VIH au sein de certains réseaux sociosexuels. Dans ce contexte, les comportements individuels associés au risque d'acquisition du VIH, tels que le nombre de partenaires sexuels ou l'utilisation non systématique du condom, s'inscrivent donc dans des environnements plus complexes.

Ces facteurs ne sont pas indépendants les uns des autres et peuvent se manifester au croisement de plusieurs positionnements sociaux, comme le genre, l'orientation sexuelle, la situation socioéconomique ou le statut migratoire. Ces intersections influencent à la fois l'exposition au VIH, l'accès aux ressources de prévention et de soins adaptés, ainsi que la capacité des personnes à adopter des stratégies de prévention et à s'engager dans les soins. Une analyse combinée de la date d'arrivée, de la classification du diagnostic et des catégories d'exposition au VIH permet d'éclairer certaines dynamiques observées dans l'épidémiologie locale du VIH.

À Montréal, la majorité des personnes comptabilisées au PSI-VIH sont associées à l'un de ces trois principaux contextes d'exposition<sup>5</sup> : contacts sexuels entre hommes (HARSAH), contacts hétérosexuels et utilisation de drogues injectables (Figure 5).

### **Le point sur la classification des catégories d'exposition au VIH**

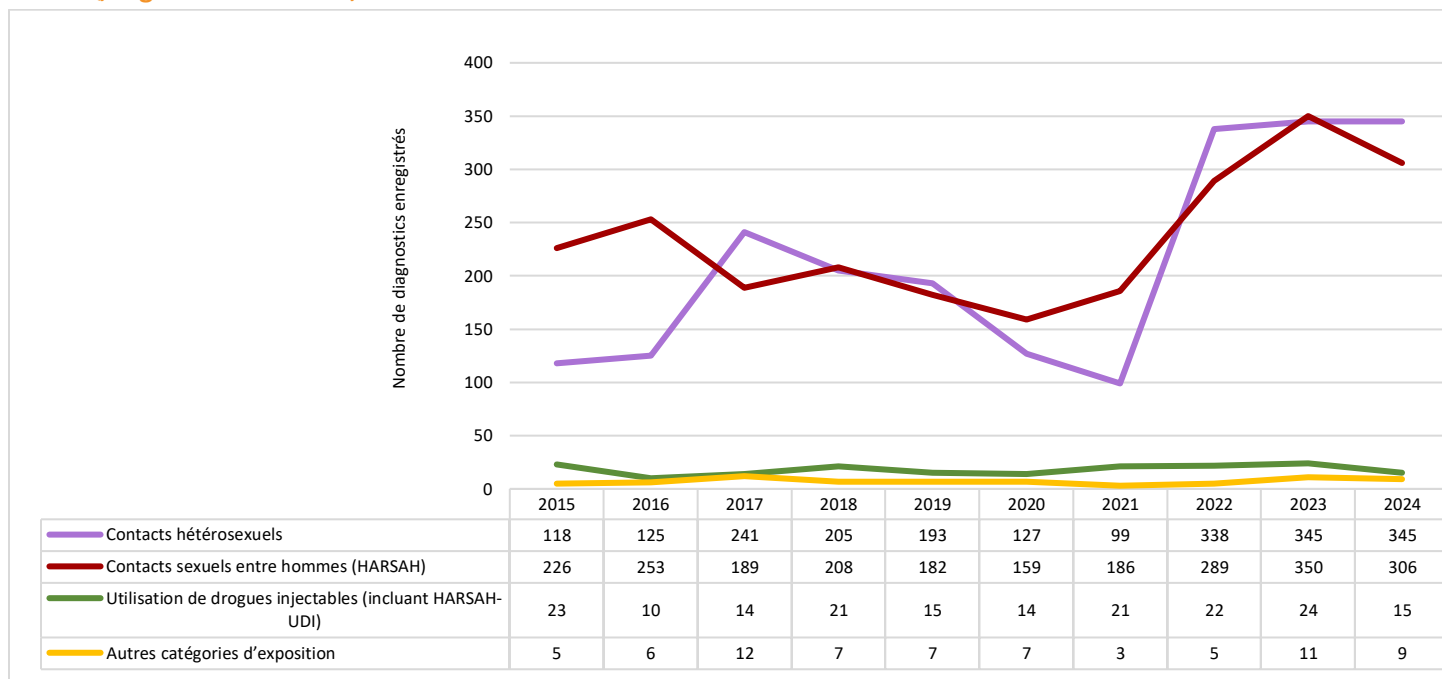
Une collecte de données est réalisée auprès du professionnel de la santé ayant prescrit le dépistage du VIH afin de déterminer la principale catégorie d'exposition au VIH (INSPQ, 2026).

Ces catégories sont :

- Contacts sexuels entre hommes
- Contacts sexuels entre hommes et utilisation de drogues injectables
- Utilisation de drogues injectables
- Contacts hétérosexuels
- Réception des facteurs de coagulation ou de transfusion sanguine avant 1985
- Transmission périnatale
- Sans risque identifié

<sup>5</sup> La catégorie d'exposition « originaire de pays où le VIH est endémique (OPE) » a été retirée des catégories d'exposition au VIH du PSI-VIH de l'INSPQ.

**Figure 5. Nombre de l'ensemble des diagnostics enregistrés d'infection par le VIH selon les catégories d'exposition de l'INSPQ, région de Montréal, 2015 à 2024**



### 6.1. CONTACTS HÉTÉROSEXUELS

Les personnes ayant acquis le VIH lors de contacts hétérosexuels représentent 51 % (n=345) de l'ensemble des personnes comptabilisées au PSI-VIH à Montréal en 2024. Les dynamiques observées dans ce groupe doivent être interprétées à la lumière des tendances selon la date d'arrivée présentées à la section précédente.

Chez les hommes, les contacts hétérosexuels représentent 30 % des expositions au VIH (n=133). Chez les femmes, les contacts hétérosexuels représentent la majorité des expositions au VIH, avec 92 % des cas (n=212) (Figures 6 et 7).

Bien que le nombre de cas chez les femmes ait augmenté au cours des dernières années, ces résultats doivent être interprétés avec prudence et ne suggèrent pas une transmission généralisée dans la population féminine, mais plutôt des dynamiques spécifiques à certains groupes, notamment en lien avec des contextes migratoires. Dans un contexte où les hommes demeurent majoritaires dans l'épidémiologie du VIH à Montréal, les besoins de santé des femmes vivant avec le VIH doivent être intégrés à la planification des soins et des interventions de prévention selon une approche sensible au genre. Cela implique notamment d'adapter les messages de prévention afin qu'ils rejoignent également les femmes et d'assurer que les services de dépistage et de soins favorisent leur engagement dans le suivi médical. Une attention particulière doit également être portée aux enjeux de santé sexuelle et reproductive, incluant le suivi des grossesses et la prévention de la transmission périnatale.

Figure 6. Nombre de premiers diagnostics enregistrés d'infection par le VIH chez les personnes ayant des relations sexuelles hétérosexuelles, selon la date d'arrivée, région de Montréal, 2015 à 2024

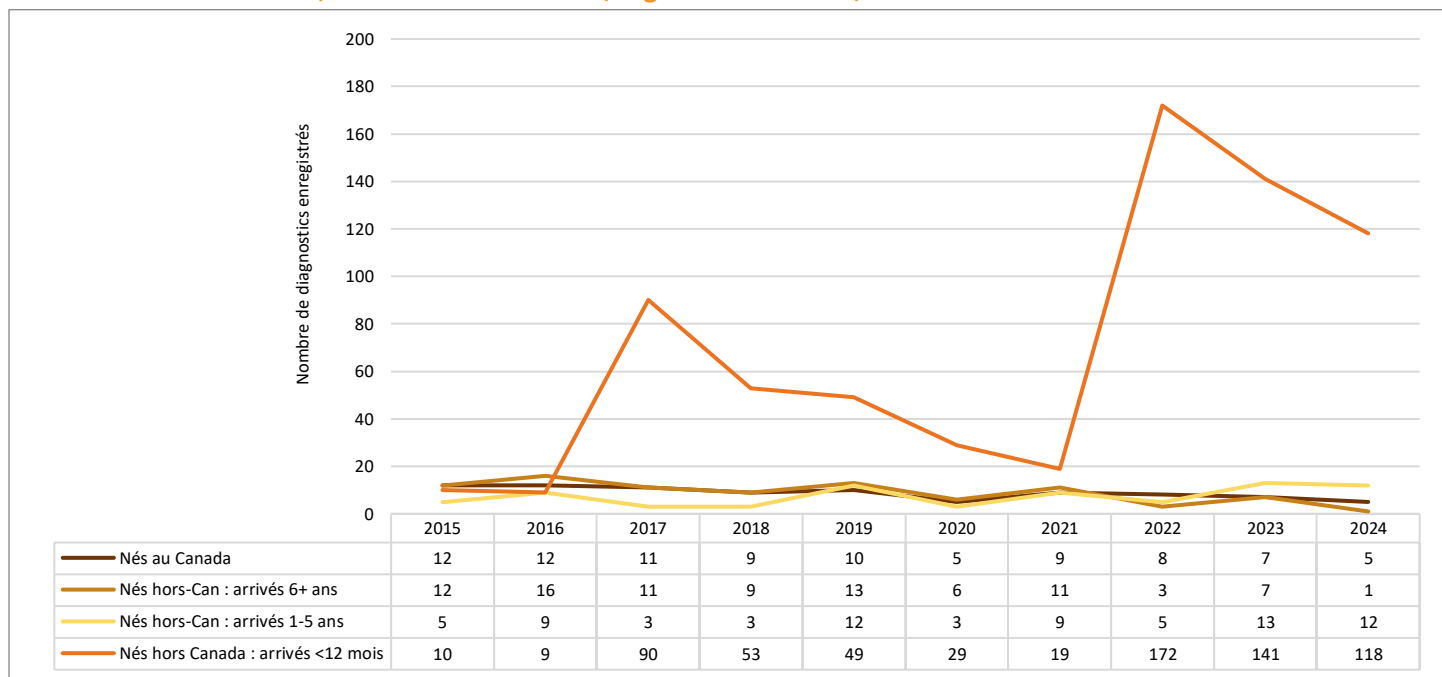
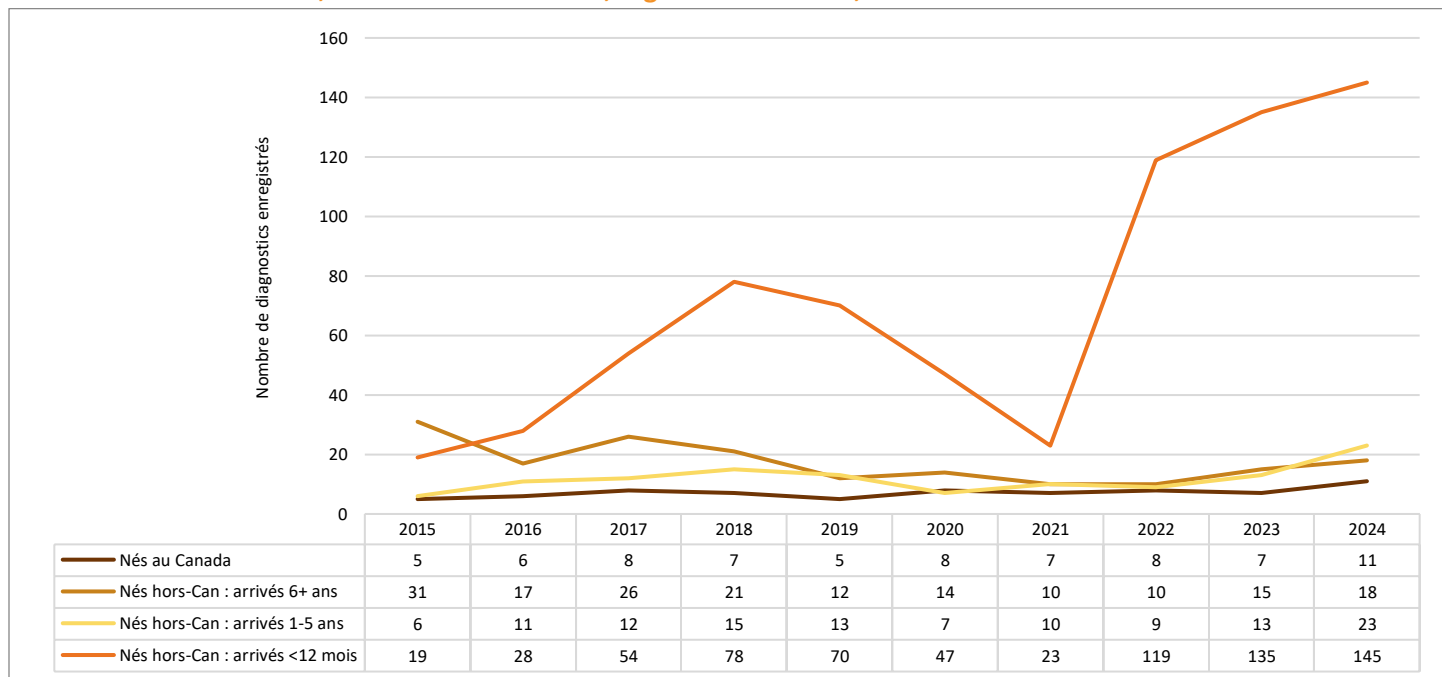


Figure 7. Nombre de diagnostics antérieurs enregistrés d'infection par le VIH chez les personnes ayant des relations sexuelles hétérosexuelles, selon la date d'arrivée, région de Montréal, 2015 à 2024



## 6.2. CONTACTS SEXUELS ENTRE HOMMES

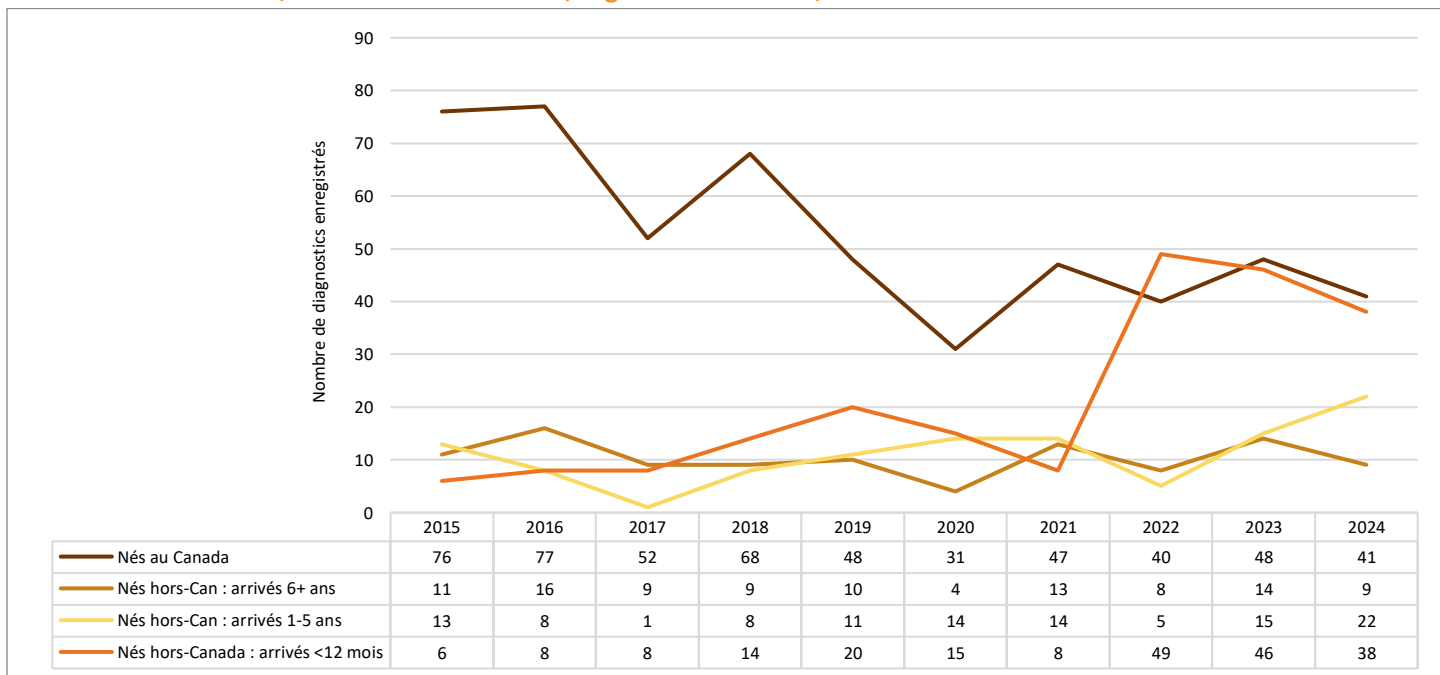
Les hommes ayant des contacts sexuels avec d'autres hommes représentent 44 % de l'ensemble des personnes comptabilisées au PSI-VIH en 2024 à Montréal (Figures 8 et 9).

Historiquement, les hommes gais, bisexuels et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (gbHARSAH) sont un groupe particulièrement affecté par le VIH et demeurent surreprésentés parmi l'ensemble des personnes comptabilisées à Montréal. En 2024, 67 % (n = 299) des hommes comptabilisés au programme ont déclaré avoir eu des partenaires sexuels exclusivement masculins ou à la fois masculins et féminins.

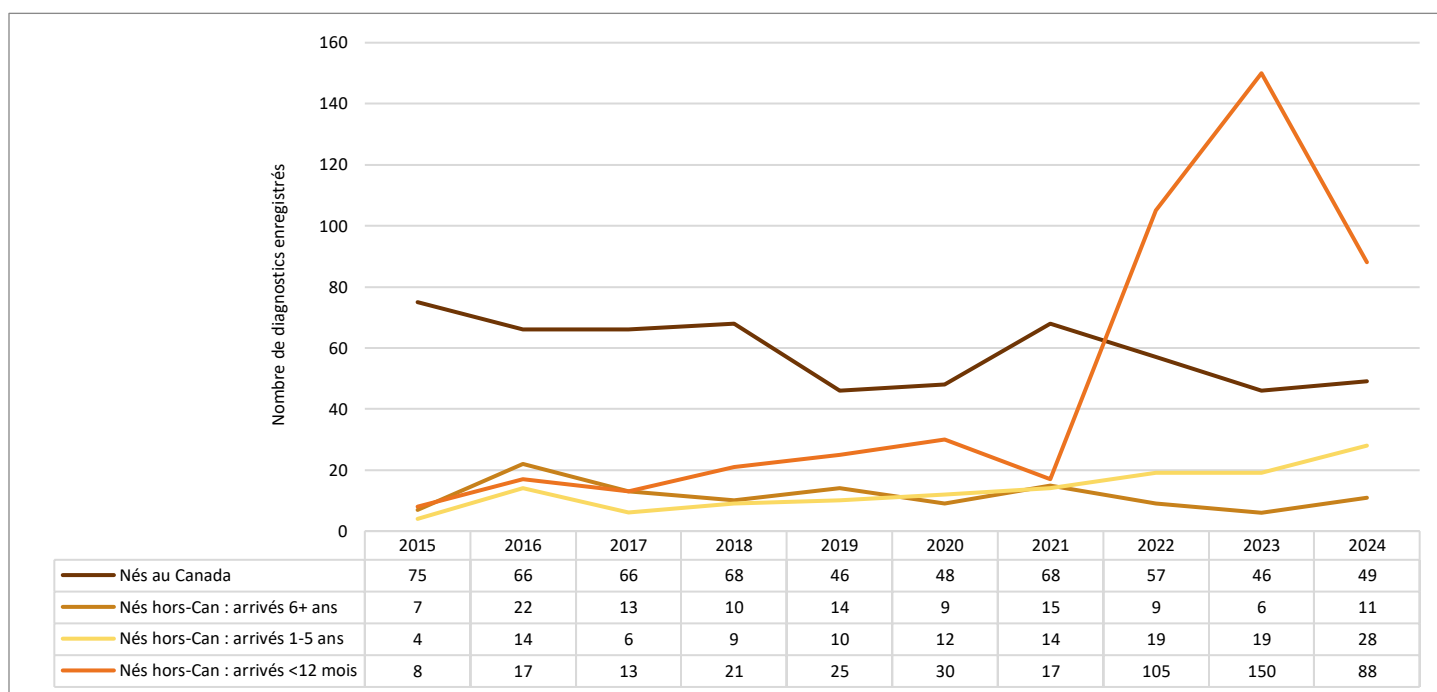
Les tendances observées dans ce groupe doivent être interprétées à la lumière des dynamiques selon la date d'arrivée présentées précédemment. Par exemple, la diminution du nombre de personnes comptabilisées au programme en 2024 qui sont nées au Canada ou arrivées depuis six ans ou plus suggère l'efficacité des stratégies de prévention déployées au cours des dernières années, notamment la prophylaxie préexposition (PrEP), ciblant historiquement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Lorsqu'elle est prise selon les recommandations, la PrEP protège efficacement contre le VIH. Son utilisation, qui implique un suivi médical régulier, incluant le dépistage des autres ITSS, contribue non seulement à la prévention du VIH, mais favorise également l'engagement dans les soins et le suivi de la santé sexuelle chez les personnes qui y ont recours.

La proportion importante d'hommes issus de la diversité sexuelle vivant avec le VIH récemment arrivés au Québec dans les dernières années souligne l'importance d'offrir des services en santé sexuelle inclusifs et adaptés, qui répondent aux besoins des personnes issues de la diversité sexuelle et de genre, y compris celles ayant un parcours migratoire récent.

**Figure 8. Nombre de premiers diagnostics enregistrés d'infection par le VIH chez les personnes ayant des contacts sexuels entre hommes, selon la date d'arrivée, région de Montréal, 2015 à 2024**



**Figure 9. Nombre de diagnostics antérieurs enregistrés d'infection par le VIH chez les personnes ayant des contacts sexuels entre hommes, selon la date d'arrivée, région de Montréal, 2015 à 2024**



### 6.3. UTILISATION DE DROGUES INJECTABLES

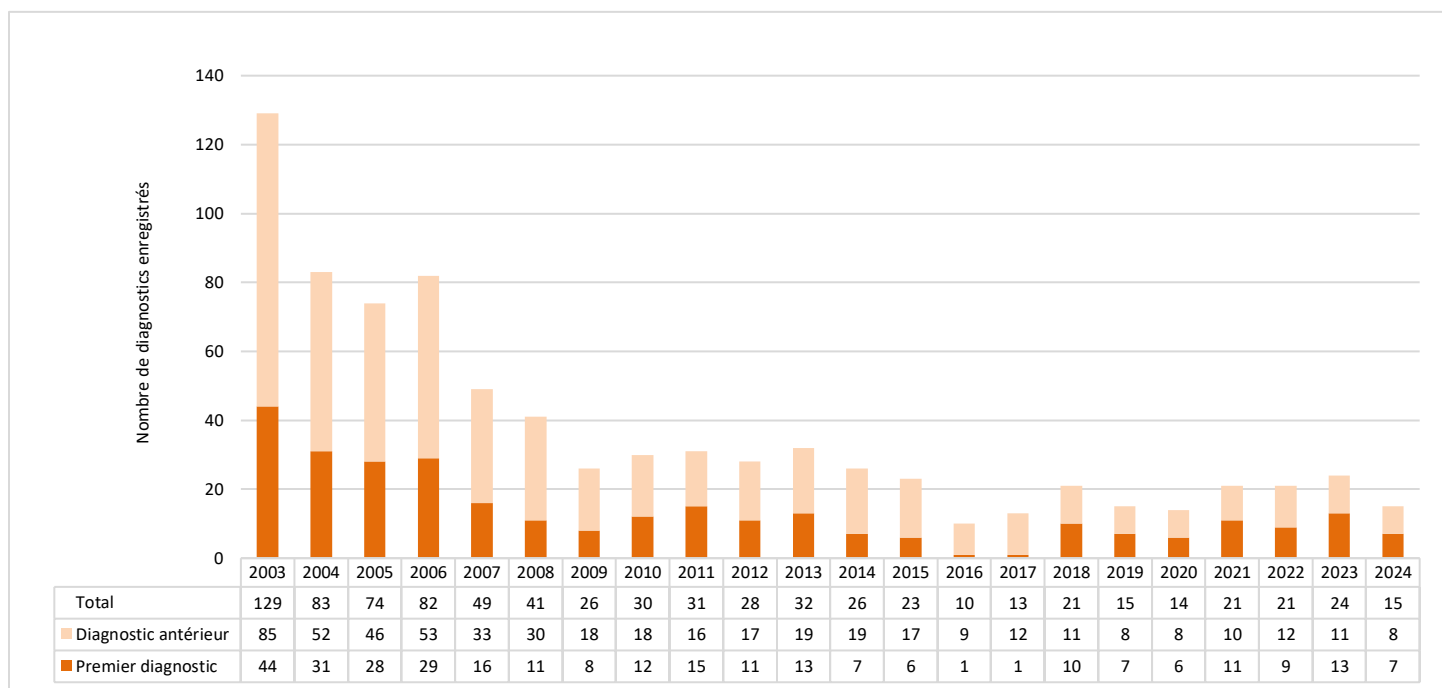
Bien que la proportion de personnes utilisant des drogues injectables diagnostiquées avec le VIH ait fortement diminué au cours des 20 dernières années, 15 nouvelles infections associées à l'injection de drogues ont été recensées en 2024 à Montréal, dont 7 premiers diagnostics et 8 diagnostics antérieurs (Figure 10). Un plateau semble avoir été atteint depuis 2016, ce qui souligne l'importance de rehausser des ressources allouées aux interventions de prévention ayant démontré leur efficacité auprès des personnes à risque ou affectées par le VIH afin de définitivement mettre fin à la transmission chez les personnes utilisant des drogues injectables à Montréal.

La diminution de cas de VIH enregistrés attribuable à l'injection de drogues à Montréal résulte vraisemblablement de la convergence de plusieurs facteurs. D'abord, les avancées en matière de prévention, de dépistage et de traitement du VIH dans la population ont contribué à briser la chaîne de transmission. Ensuite, les interventions de réduction des méfaits déployées depuis plus de 20 ans, incluant la distribution de matériel d'injection stérile par les centres d'accès au matériel d'injection et d'inhalation (CAMII), ont contribué à réduire les risques liés à l'injection. Enfin, les données sur le matériel commandé par les CAMII à Montréal suggèrent une évolution des modes de consommation vers un recours accru à l'inhalation pour certaines substances, ce qui pourrait également contribuer à la diminution des transmissions liées à l'injection. Cette tendance se confirme par les derniers résultats de l'enquête PSADUQ 2024, où a été observée une diminution de la fréquence de consommation par injection et une augmentation de la fréquence de consommation par inhalation (DRSP, 2024).

De plus, environ la moitié des personnes utilisant des drogues injectables et comptabilisées au PSI-VIH à Montréal depuis 2019 sont également des hommes de la diversité sexuelle. Cette observation illustre l'intersection de différents facteurs de risque, où certaines personnes peuvent être exposées simultanément à plusieurs contextes d'exposition, ce qui nécessite des interventions de prévention adaptées.

Les données issues de la cohorte Engage (2017-2023) permettent d'éclairer ces dynamiques. Dans cette étude menée auprès d'hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes résidant à Montréal, Toronto et Vancouver, environ 5 % des participants rapportaient une consommation récente de drogues par injection. Leur analyse montre que l'initiation à l'injection est associée à certains contextes spécifiques, notamment l'usage non injecté de méthamphétamine (*crystal meth*), la participation à des événements de type *party and play* (chemsex) et un nombre élevé de partenaires sexuels masculins (Cox et al., 2024).

**Figure 10. Nombre de premiers diagnostics et diagnostics antérieurs enregistrés d'infection par le VIH chez les personnes ayant une exposition au VIH attribuable à l'injection de drogues, région de Montréal, 2003 à 2024**



#### 6.4. AUTRES CATÉGORIES D'EXPOSITION AU VIH

Parmi l'ensemble des personnes comptabilisées au PSI-VIH en 2024 dans la région de Montréal, 9 personnes ont d'autres catégories d'exposition qui leur ont été attribuées, incluant 7 cas de transmission périnatale (0 premier diagnostic et 7 diagnostics antérieurs). Ces données indiquent qu'aucun premier diagnostic attribuable à une transmission périnatale n'a été observé dans la région de Montréal en 2024. En effet, tous les cas ont été détectés ou acquis ailleurs qu'au Québec, dont 86 % chez des personnes nées hors du Canada et arrivées dans les 12 mois précédant l'enregistrement.

À noter que les EMI ne sont pas habituellement réalisés chez les personnes âgées de moins de 15 ans, ce qui peut diminuer la capacité de détection chez les jeunes issus de l'immigration.

## 7. PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

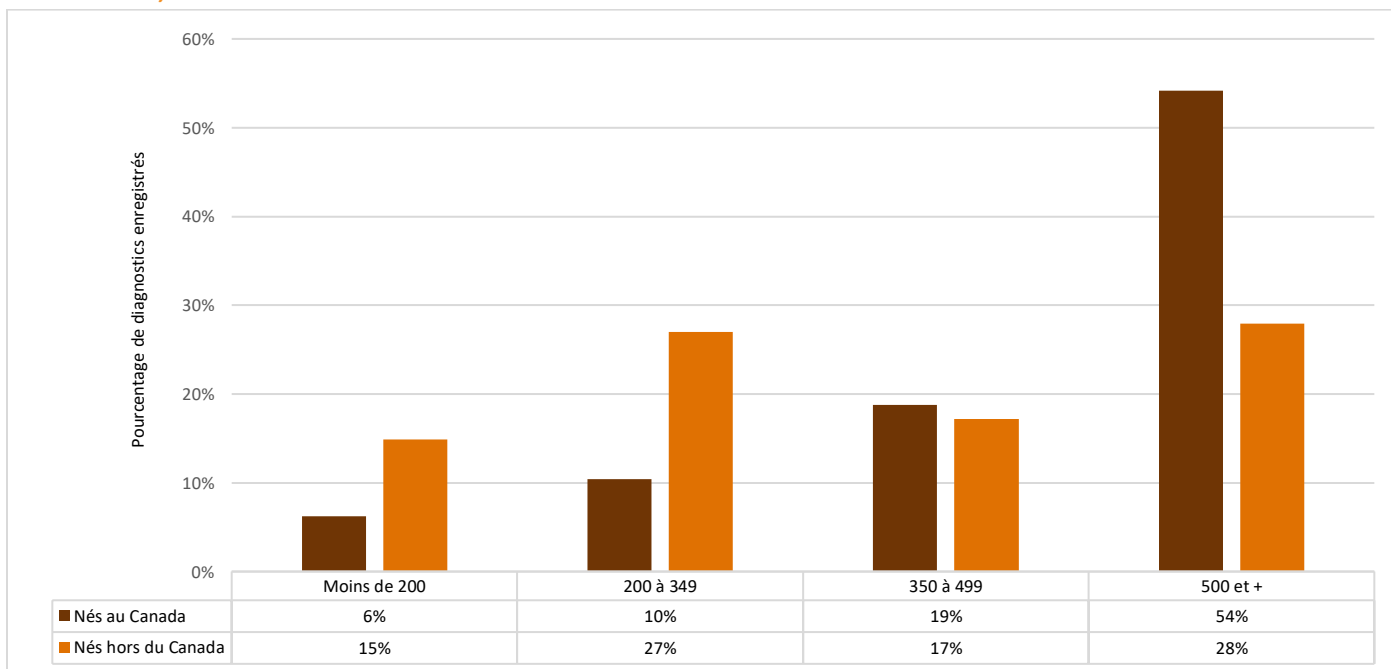
Le taux de CD4 permet d'évaluer l'état du système immunitaire des personnes vivant avec le VIH. Plus le taux de CD4 est faible, plus le système immunitaire est affaibli. Ce dernier peut d'ailleurs avoir des conséquences pour la santé sur le long terme. Un faible taux de CD4 peut être associé à un diagnostic tardif de l'infection, à une interruption de traitement ou à des difficultés d'adhésion et de continuité des soins.

- En 2024, la moitié (50 %) des personnes ayant été comptabilisées au PSI-VIH à Montréal présentaient un taux de CD4 supérieur à 500 cellules/mm<sup>3</sup>, ce qui suggère une prise en charge rapide ou la poursuite d'un traitement antirétroviral chez les personnes déjà suivies ailleurs.
- À l'inverse, près d'une personne sur quatre (24 %) présentait un taux de CD4 inférieur à 350 cellules/mm<sup>3</sup>, ce qui suggère un diagnostic tardif de l'infection, dont 8 % présentaient un stade avancé de la maladie (CD4 <200 cellules/mm<sup>3</sup>).

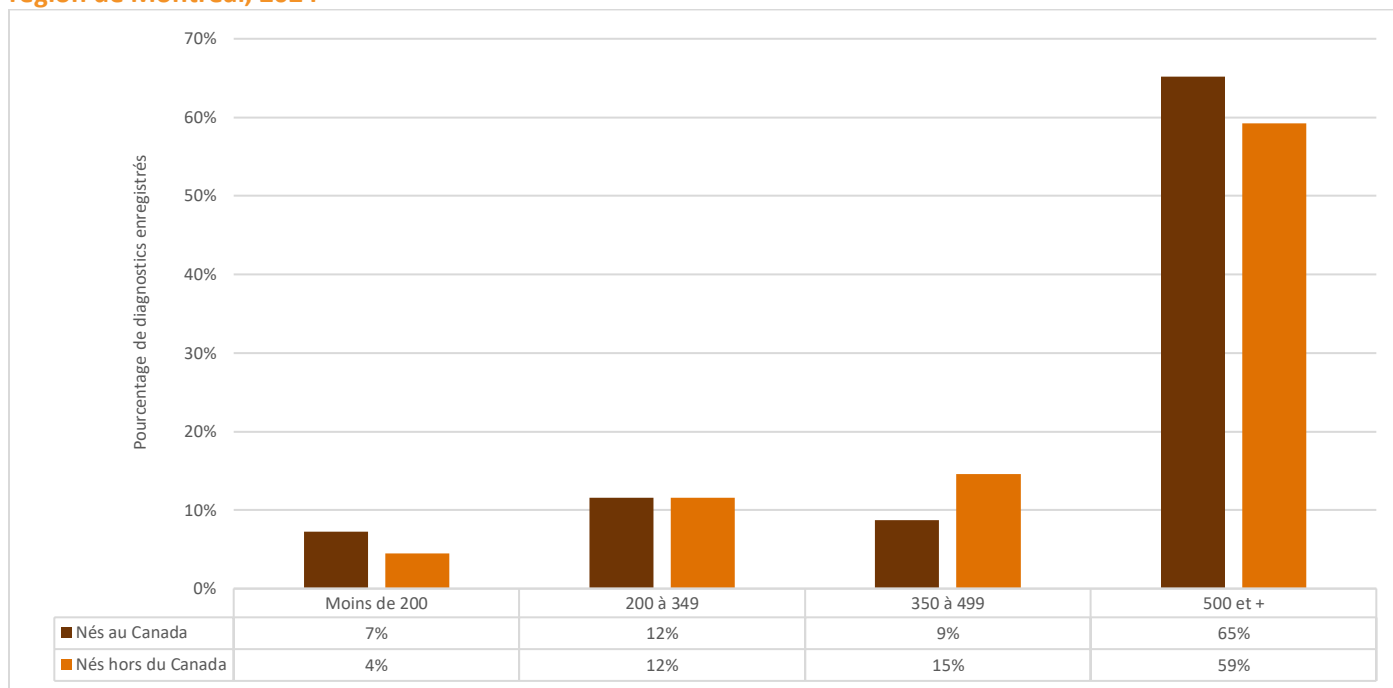
Parmi les personnes recevant un premier diagnostic, celles nées à l'extérieur du Canada présentent plus fréquemment des indicateurs de diagnostic tardif, ce qui suggère que certaines infections sont détectées à un stade où le système immunitaire est déjà affaibli (Figure 11). À l'inverse, les personnes enregistrées avec un diagnostic antérieur ont généralement des taux de CD4 plus élevés, ce qui reflète une prise en charge déjà établie, tant chez les personnes nées au Canada que celles nées hors Canada (Figure 12).

Globalement, ces résultats soulignent l'importance d'un accès rapide aux soins à la suite d'un diagnostic ou de l'arrivée au Québec afin de maintenir ou de rétablir un système immunitaire en santé, au bénéfice de la santé individuelle et populationnelle.

**Figure 11. Proportion de premiers diagnostics d'infection par le VIH selon le taux de CD4 et le lieu de naissance, région de Montréal, 2024**



**Figure 12. Proportion de diagnostics antérieurs d'infection par le VIH selon le taux de CD4 et le lieu de naissance, région de Montréal, 2024**



## 8. RECOMMANDATIONS

La situation épidémiologique du VIH à Montréal en 2024 démontre que malgré les avancées biomédicales des dernières années, des efforts supplémentaires seront nécessaires pour mettre fin à l'épidémie du VIH comme menace pour la santé publique. Les tendances observées dans ce portrait mettent en évidence plusieurs priorités d'action en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH ou à risque d'acquisition.

Les recommandations présentées dans ce portrait sont basées sur l'analyse des données montréalaises, les pratiques reconnues en matière de lutte au VIH, les principes de santé publique, ainsi que l'expertise des partenaires. Elles demeurent cohérentes avec des orientations mises de l'avant dans d'autres juridictions canadiennes et à l'international, incluant la promotion du dépistage, l'accès gratuit aux antirétroviraux et à la PrEP et l'approche Indétectable = Intransmissible. Elles rejoignent par ailleurs les constats récents du Commissaire à la santé et au bien-être (2026), qui souligne l'importance de mieux rejoindre les populations moins desservies et de renforcer la coordination entre les acteurs afin de faciliter un engagement dans les soins.

Dans ce contexte, ces recommandations s'articulent autour de trois axes complémentaires : renforcer les stratégies de prévention, mobiliser les connaissances pour orienter les interventions, et renforcer l'arrimage aux soins et la cascade de soins.

### Priorités d'actions pour mettre fin au VIH comme enjeu de santé publique à Montréal

1. **Réduire les barrières financières aux médicaments VIH (PrEP et ARV) :** Favoriser un accès gratuit pour améliorer la prévention et la prise en charge.
2. **Augmenter l'accès à la PrEP :** Diversifier les prescripteurs et simplifier les parcours d'accès.
3. **Renforcer la réduction des méfaits par des services adaptés aux réalités des populations :** Soutenir les organismes communautaires et adapter les services aux nouvelles pratiques de consommation, en offrant des interventions accessibles et culturellement adaptées.
4. **Mieux documenter les besoins des populations :** Poursuivre la recherche et la surveillance pour mieux comprendre les réalités des groupes davantage à risque ou touchés par le VIH.
5. **Renforcer la capacité d'intervention et l'arrimage aux soins :** Assurer un accès rapide aux données et aux mécanismes de suivi pour soutenir efficacement les personnes atteintes et améliorer leur accès aux soins.
6. **Faciliter l'accès aux soins pour les personnes à statut migratoire précaire :** Réduire les obstacles financiers et administratifs liés aux consultations, aux analyses et aux traitements.

### AXE 1 - RENFORCER LES STRATÉGIES DE PRÉVENTION

La diminution observée chez les personnes nées au Canada ou établies depuis plus de six ans suggère un effet positif des stratégies de prévention actuellement en place. Toutefois, compte tenu des outils de prévention disponibles, de l'efficacité des ARV et de l'engagement des acteurs locaux, ces efforts doivent être poursuivis et renforcés afin de maintenir les progrès observés.

#### Priorité #1 - Réduire les barrières financières à l'accès à la PrEP et aux traitements antirétroviraux

Malgré un accès théorique aux médicaments, les coûts associés à la PrEP et aux traitements antirétroviraux peuvent constituer un obstacle pour certaines personnes, notamment celles qui ne sont pas couvertes par le régime public

d'assurance médicaments ou qui ne disposent pas des ressources financières nécessaires pour assumer les coûts associés aux médicaments (ex. franchises et copaiements). À cet égard, une étude canadienne menée auprès de personnes gbHARSAH indique qu'environ 35 % d'entre elles considèrent les barrières financières comme un obstacle à l'utilisation de la PrEP (Pico-Espinosa et al., 2023).

La revue systématique de Doutré et coll. (2025), basée sur 22 études, montre que la gratuité des antirétroviraux est associée à une amélioration de plusieurs indicateurs de la cascade de soins du VIH. Elle est notamment associée à une augmentation du nombre de personnes recevant un traitement et à une meilleure suppression virale. Des effets similaires sont également observés pour la PrEP, notamment par une augmentation de son utilisation lorsque l'accès aux médicaments est gratuit. Ces résultats suggèrent que la réduction des barrières financières constitue un levier important pour augmenter l'utilisation de la PrEP et la prise en charge du VIH.

Face à ces données probantes et en cohérence avec les principes d'équité en santé, plusieurs provinces et territoires canadiens ont déjà mis en place des programmes permettant un accès gratuit à la PrEP et aux antirétroviraux (HIV Clinic, 2022 et HIV Clinic, 2026). Toutefois, certaines lacunes persistent en matière d'accès aux soins. À titre d'exemple, l'imposition récente de franchises pour les personnes demandeuses d'asile couvertes par le Programme fédéral de santé intérimaire (IRCC, 2026), ainsi que le maintien de franchises dans le régime québécois d'assurance médicaments, illustrent que des barrières financières demeurent présentes à plusieurs niveaux du système de santé.

### **Priorité #2 - Promouvoir l'utilisation des outils biomédicaux de prévention**

Bien que l'efficacité de la PrEP, lorsqu'elle est prise selon les recommandations, soit démontrée et que son adoption soit élevée, la prophylaxie préexposition (PrEP) pourrait être utilisée plus largement auprès de l'ensemble des personnes à risque d'acquisition du VIH. Des efforts supplémentaires sont nécessaires afin d'en élargir l'accès, notamment en :

- Augmentant le nombre de prescripteurs de PrEP par l'implication de différents professionnels de la santé ;
  - En soutenant un travail régional visant à étendre l'usage des ordonnances collectives permettant la prescription de la PrEP par le personnel infirmier dans les SIDEP de l'île de Montréal ;
  - En facilitant l'intégration de la prescription de la PrEP par les pharmaciens dans leur pratique professionnelle ;
  - En poursuivant les efforts de sensibilisation auprès des médecins omnipraticiens ;
- Soutenant la formation de l'ensemble des acteurs en santé sexuelle et l'adaptation des pratiques cliniques afin de favoriser des environnements de soins inclusifs, qui facilitent les discussions sur la sexualité et l'accès à la PrEP ;
- Diversifiant les lieux et les modalités de prescription afin de permettre un accès plus simple et plus rapide à la PrEP ;
- S'assurant que toutes les personnes pouvant bénéficier de la PrEP selon les lignes directrices en vigueur soient informées de cette option et puissent y accéder facilement.

### **Priorité #3 - Poursuivre les efforts en réduction des méfaits**

La diminution marquée de la transmission du VIH liée à l'utilisation de drogues injectables au cours des dernières décennies témoigne de l'efficacité des stratégies de réduction des méfaits déployées à Montréal ainsi que de l'évolution des modes de consommation. Il importe de rehausser le soutien aux initiatives de prévention portées par les organismes communautaires et de maintenir l'accès au matériel de protection.

Les services doivent mieux s'adapter aux réalités des différentes populations, notamment les jeunes adultes, les personnes de la diversité sexuelle et de genre et les femmes. Cela implique des interventions accessibles, culturellement adaptées et offertes directement dans les milieux qu'elles fréquentent. Concrètement, cela peut passer par le développement de

services de consommation supervisée incluant l'inhalation, une meilleure répartition géographique, des services dédiés aux personnes s'identifiant au genre féminin, ainsi qu'une présence accrue dans les milieux festifs.

## **AXE 2 - PRODUIRE ET MOBILISER LES CONNAISSANCES POUR ORIENTER LES INTERVENTIONS**

Considérant les changements épidémiologiques des dernières années, il apparaît essentiel de poursuivre les activités de surveillance et d'analyse, ainsi que de soutenir les travaux de recherche menés en collaboration avec les chercheurs afin de mieux comprendre les dynamiques de transmission du VIH et les besoins de santé de la population.

### **Priorité #4 - Mieux comprendre les réalités et les besoins des personnes vivant avec le VIH**

Les tendances récentes indiquent que les ITSS touchent de manière croissante certaines populations, notamment les femmes, les personnes issues de l'immigration et d'autres groupes exposés à des facteurs de vulnérabilité sociaux, économiques ou structurels. En complément de la surveillance épidémiologique de base, la poursuite de projets de surveillance biocomportementale et de recherche constitue un levier important pour mieux caractériser les besoins de santé de certaines populations encore sous-documentées, notamment les gbHARSAH, les populations racisées et les personnes utilisant des drogues.

Divers projets de recherche sont menés à Montréal pour mieux comprendre l'état de santé de certains groupes. Parmi ceux-ci, la cohorte SurvUDI et le projet PSADUQ permettent de documenter les besoins et les tendances émergentes liés aux pratiques de consommation, tandis que le projet Engage éclaire les facteurs influençant la santé sexuelle des hommes GBTQ+. Ces initiatives contribuent à suivre l'évolution de phénomènes émergents et à adapter les interventions en conséquence. Ces travaux permettent à la fois de suivre l'évolution de phénomènes émergents, de mettre en lumière certains angles morts, notamment les effets du croisement de vulnérabilités et les barrières d'accès aux services et d'adapter les interventions en conséquence.

### **Priorité #5 - Renforcer la capacité d'intervention et l'arrimage aux soins en matière de VIH**

La capacité à orienter les interventions de santé publique en fonction des besoins émergents repose sur un accès en temps opportun à des données de surveillance, permettant de soutenir les personnes atteintes et leurs partenaires. Or, le VIH occupe un statut particulier : à l'exception de certains contextes liés aux dons et à la réception de tissus et d'organes, il ne constitue pas une maladie à déclaration obligatoire (MADO), bien qu'il fasse l'objet d'un programme provincial de collecte systématique de données à des fins de surveillance épidémiologique, coordonné par l'Institut national de santé publique du Québec. Cette situation peut limiter la capacité à soutenir de manière optimale les trajectoires d'accès aux soins, notamment pour les personnes nécessitant un accompagnement dans leur arrimage aux soins et la notification aux partenaires potentiellement exposés au VIH. Ce souci d'arrimage est particulièrement d'actualité dans un contexte où une proportion significative des personnes vivant avec le VIH est issue de l'immigration récente, dont les besoins spécifiques doivent être intégrés dans la planification et l'organisation des services de santé.

À cet égard, il apparaît pertinent d'explorer des pistes visant à renforcer la capacité de rejoindre les personnes comptabilisées au PSI-VIH afin d'offrir un soutien et un accompagnement en temps opportun, notamment en évaluant la possibilité d'intégrer le VIH aux MADO provinciales, en amorçant des consultations auprès des parties concernées. Un tel changement pourrait permettre aux directions de santé publique d'offrir plus rapidement du soutien aux personnes vivant avec le VIH et leurs partenaires, tout en approfondissant la compréhension des dynamiques de transmission et des facteurs de risque, afin d'adapter les interventions et de soutenir l'arrimage aux soins.

Toutefois, il importe de considérer les compromis associés, notamment en ce qui concerne le maintien de la qualité et de l'uniformité des données actuellement assurées par le PSI-VIH, ainsi que les limites inhérentes aux différents systèmes de surveillance.

### **AXE 3 - RENFORCER L'ARRIMAGE AUX SOINS ET LA CASCADE DE SOINS**

L'atteinte des cibles internationales 95-95-95 repose sur la capacité du système de santé à assurer le dépistage, un arrimage rapide ainsi qu'une continuité des soins pour les personnes vivant avec le VIH. À cet égard, l'adhésion aux soins joue un rôle central, tant pour la santé individuelle que pour la prévention de la transmission, puisqu'une personne vivant avec le VIH dont la charge virale est indétectable ne transmet pas le virus (Indétectable = Intransmissible).

#### **Priorité #6 - Améliorer l'accès aux soins pour les personnes à statut migratoire précaire**

Alors que les données de la cohorte VIH du Québec<sup>6</sup> témoignent d'une forte adhésion aux soins, où 98,1 % des personnes suivies étaient sous traitement antirétroviral en 2023 (de Pokomandy et coll., 2025), il est important de reconnaître que ces données ne sont pas statiques et peuvent évoluer en fonction des besoins de la population. Notamment, avec la hausse des personnes issues de l'immigration dans les dernières années, des enjeux d'accès aux soins pour la prise en charge du VIH et la santé sexuelle persistent et peuvent encore être bonifiés.

En effet, malgré l'obligation de dépistage dans le cadre de l'examen médical d'immigration pour les personnes demandant la résidence permanente et certaines demandes de statut de résidence temporaire, l'accès subséquent aux soins pour les personnes vivant avec le VIH demeure variable. Selon le statut migratoire et la couverture d'assurance associée (RAMQ, assurance privée, Programme fédéral de santé intérimaire, sans assurance), les coûts liés aux consultations médicales, aux analyses de laboratoire et aux traitements antirétroviraux peuvent représenter des obstacles financiers importants.

Considérant que le Québec accueille une proportion importante de personnes détenant des statuts migratoires temporaires (travailleurs temporaires, étudiants internationaux et visiteurs) (ISQ, 2025), ces enjeux d'accès aux soins sont particulièrement préoccupants. Les assurances privées aux couvertures minimales présentées aux résidents non permanents et aux personnes non admissibles au régime public sont généralement mal adaptées à la prise en charge d'une infection chronique comme le VIH.

Des acteurs en santé sexuelle rencontrés dans le cadre d'un projet visant à décrire l'arrimage et le continuum de soins des personnes vivant avec le VIH issues de l'immigration à Montréal soulignent également des préoccupations concernant l'accès et l'adhérence aux soins des personnes ayant un statut migratoire temporaire ou détenant une couverture d'assurance privée. Plusieurs rapportent également des difficultés, au sein de leur organisation, à offrir des soins ou soutenir ces personnes en l'absence d'une couverture d'assurance équivalente à celle de la RAMQ.

Dans ce contexte, la gratuité des médicaments antirétroviraux, incluant la PrEP, est un premier pas nécessaire afin de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes vivant avec le VIH, y compris pour les personnes ayant un statut migratoire précaire.

---

<sup>6</sup> Regroupant six centres hospitaliers et sites cliniques de santé sexuelle à travers le Québec, totalisant 4 657 personnes vivant avec le VIH suivies dans ces établissements de santé.

## 9. CONCLUSION

Dans l'ensemble, les tendances observées suggèrent une évolution contrastée de l'épidémiologie du VIH à Montréal.

D'une part, la diminution des diagnostics chez les personnes nées au Canada ou établies au pays depuis plus longtemps laisse croire à une réduction de la transmission locale, attribuable aux stratégies de prévention déployées au cours des dernières années, notamment l'utilisation de la PrEP, le dépistage régulier et l'accès aux traitements antirétroviraux pour les personnes vivant avec le VIH. Toutefois, ces gains demeurent dépendants d'un accès réel à ces outils, encore inégal selon les populations. Dans ce contexte, la gratuité de la PrEP et des traitements antirétroviraux demeure essentielle pour maintenir les progrès observés, alors que ces interventions biomédicales permettent à la fois de prévenir l'acquisition du VIH et d'en interrompre la transmission (I = I).

D'autre part, l'augmentation du nombre de personnes comptabilisées au PSI-VIH parmi les personnes récemment arrivées au Canada met en lumière l'importance d'adapter l'organisation des services de santé en gestion du VIH à l'évolution démographique de la population montréalaise. Ces réalités soulignent l'importance d'agir sur les enjeux liés à l'arrimage aux soins et aux conditions d'accès aux traitements, qui demeurent centraux pour assurer une prise en charge rapide et continue des personnes vivant avec le VIH.

Les progrès observés au cours des dernières années reposent sur une mobilisation soutenue d'un ensemble d'acteurs. Les organismes communautaires, par leur travail de proximité, jouent un rôle essentiel pour rejoindre les populations les plus exposées et adapter les interventions aux réalités du terrain. Les partenaires cliniques assurent l'accès au dépistage, aux soins et à l'accompagnement clinique, tandis que les milieux de la recherche contribuent à documenter les phénomènes émergents et à approfondir la compréhension des déterminants de la santé.

L'épidémiologie du VIH à Montréal s'inscrit dans un environnement global interconnecté, influencé par les dynamiques internationales, les mouvements migratoires et les réalités locales. À l'échelle locale, il demeure des plus pertinents de poursuivre les investissements dans les interventions de terrain afin de maintenir la qualité des services.

Les cibles internationales visant à éliminer le VIH, dont la réduction des nouvelles infections, de la mortalité et de la stigmatisation (ONUSIDA, 2021), ne sont toujours pas atteintes. Dans ce contexte, la poursuite des efforts et la mobilisation des acteurs demeurent essentiels pour soutenir les progrès réalisés à Montréal. En poursuivant ce travail collectif, en demeurant attentif aux besoins émergents et en continuant de lutter contre la stigmatisation, il est possible de maintenir les progrès et de continuer d'avancer ensemble vers la fin du VIH comme enjeu de santé publique.

## 10. RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2024). *HIV in Canada: Surveillance report to December 31, 2023*. [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2025/aspc-phac/HP37-51-2023-eng.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2025/aspc-phac/HP37-51-2023-eng.pdf)
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2026). *Rapport synthèse : agir ensemble contre l'épidémie de VIH*. <https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/synthese-agir-ensemble-contre-lepidemie-vih.html>
- Cox, J., Apelian, H., Fourmigue, A., Dvorakova, M., Marbaniang, I., Lachowsky, N. J., Grace, D., Moore, D. M., Gormezano, A., Hart, T. A., Lall, A., Zhang, T., & Lambert, G. (2024). *Initiation of injection drug use by gay, bisexual and other men who have sex with men in Canada's three largest cities (2017–2023)* [Communication par affiche]. 24th International AIDS Conference, Munich, Allemagne. [https://www.iasociety.org/sites/default/files/AIDS2024/abstract-book/AIDS-2024\\_Abstracts.pdf](https://www.iasociety.org/sites/default/files/AIDS2024/abstract-book/AIDS-2024_Abstracts.pdf)
- De Pokomandy, A., Petrakos, N., Levy, L., Danna, S., Thomas, R., Klein, M., Baril, J.-G., Durand, M., Vachon, M.-L., Pilarski, R., & Cox, J. (2025). *2023 HIV cascade of care by specific groups in the Québec HIV Cohort* [Communication orale]. European AIDS Conference, Paris, France. <https://doi.org/10.1111/hiv.70104>
- Doutre, M., Godin, M. P., Dmitriev, I., Pena-Gralle, A. P., Bergeron, A., Blais, L., & Lemire, B. (2025). Free antiretrovirals as a key tool against the HIV pandemic: A systematic review. *HIV Medicine*, 26(9), 1329–1342. <https://doi.org/10.1111/hiv.70051>
- Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. (2025a). *Déterminez si vous devez passer un examen médical pour votre demande de résidence temporaire*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/demande/medical-police/examens-medicaux/exigences-residents-temporaires/exigences-pays.html>
- Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. (2025b). *Choose a city*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/services/settle-canada/choose-city.html>
- Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. (2026). *Changements au Programme fédéral de santé intérimaire*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/nouvelles/avis/changements-pfsi.html>
- Immunodeficiency Clinic. (2022). *Access and coverage of antiretroviral drugs through Canada's provincial and territorial drug programs*. University Health Network. [https://hivclinic.ca/wp-content/uploads/2025/01/ARV-Coverage\\_July-2022.pdf](https://hivclinic.ca/wp-content/uploads/2025/01/ARV-Coverage_July-2022.pdf)
- Immunodeficiency Clinic. (2026). *Provincial/territorial coverage of ARV drugs for HIV prevention across Canada: Pre-exposure prophylaxis (PrEP)*. University Health Network. <https://hivclinic.ca/wp-content/uploads/static/ARV%20access%20for%20HIV%20prevention.pdf>
- Institut de la statistique du Québec. (2025). *Bilan démographique du Québec, édition 2025*. <https://statistique.quebec.ca/en/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2025.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec, & Direction régionale de santé publique de Montréal. (2025). *Projet suprarégional d'analyse de drogues dans l'urine de personnes qui consomment au Québec — 2024*. [https://santepubliquemontreal.ca/sites/drsp/files/media/document/DRSP\\_Surdose\\_FaitsSillants2024.pdf](https://santepubliquemontreal.ca/sites/drsp/files/media/document/DRSP_Surdose_FaitsSillants2024.pdf)
- Institut national de santé publique du Québec. (2025). *Nombre de cas d'infection par le VIH (Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec)* [Fiche indicateur, Infocentre de santé publique du Québec].

Institut national de santé publique du Québec. (2026). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2023 et projections 2024*. <https://doi.org/10.64490/ONGK7850>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Guide québécois de dépistage des ITSS*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-308-13W.pdf>

ONUSIDA. (2021). *Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021–2026 : Mettre fin aux inégalités, mettre fin au sida*. <https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>

Organisation mondiale de la Santé, Centers for Disease Control and Prevention, UNAIDS, & FHI 360. (2018). *Lignes directrices relatives aux enquêtes biocomportementales portant sur les populations exposées au VIH*. Organisation mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7af77ebf-4483-4d1b-b080-5eae10eae576/content>

Pico-Espinosa, O. J., Hull, M., MacPherson, P., Grace, D., Lachowsky, N., Gaspar, M., Mohammed, S., Truong, R., & Tan, D. H. S. (2023). Reasons for not using pre-exposure prophylaxis for HIV and strategies that may facilitate uptake in Ontario and British Columbia among gay, bisexual and other men who have sex with men: A cross-sectional survey. *CMAJ Open*, *11*(3), E560–E568. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20220113>

STOP HIV/AIDS. (n.d.). *About STOP HIV/AIDS*. British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. <https://stophiv aids.ca/>

---

**Numéro d'ISBN ou ISSN : 978-2-555-03704-5**

**Analyse et rédaction :**

Audrey-Anne Couturier, MSc, Agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), Équipe ITSS, Prévention et contrôle des maladies infectieuses (PCMI)

Julian Gitelman, MD MPH CCFP FRCPC, Responsable médical, Équipe ITSS, PCMI

Joseph Cox, MD MSc FRCPC, Médecin-conseil, Équipe ITSS, PCMI

**Avec la collaboration de :**

Marie-Claire Chayer, Conseillère en soins infirmiers, Équipe ITSS, PCMI

Safari Joseph Balegamire, APPR, Équipe VIGIE, PCMI

**Relecture :**

Anne-Fanny Vassal, Directrice relations gouvernementales et développement recherche, Gestion Clinique Médicale L'Actuel INC.

Danielle Kouhio Depri, APPR, Équipe Personnes racisées, immigrantes et issues des minorités ethnoculturelles (PRIME), Environnement urbain et santé des populations (EUS)

David Alexandre Galiano, Médecin-résident SPMP, Équipe Réduction Des Méfaits (RDM), PCMI

Jonathan Bacon, Coordonnateur, Chaire de recherche du Canada TRADIS (trajectoires, diversité, substances), Université du Québec à Montréal (UQAM)

Jorge Flores-Aranda, Professeur agrégé et Titulaire de la Chaire de recherche du Canada TRADIS, UQAM

Lavanya Narasiah, MD MSc CCFP, Médecin-conseil, Équipe PRIME, EUS

Marie Bilodeau, spécialiste en procédés administratifs, Équipe ITSS, PCMI

**Graphisme :** Delphine Forest-Maurice et Linda Daneau, graphistes

Nous remercions l'équipe du Programme de surveillance de l'infection par le VIH de l'Institut national de santé publique du Québec pour la gestion du PSI-VIH ainsi que pour le soutien apporté à l'analyse des données.

**Date de publication de ce document :** 12 mai 2026

---