



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

Rapport de recherche communautaire

Stella Tiné
Charlotte Guerlotté
Paule-Inès Kadjo
Drissa Sia
Christina Zarowsky

Juillet 2019 – Québec, Canada
Révisé en octobre 2021

Université 
de Montréal

 **COCQ-SIDA**
Membre de la Coalition
Internationale Sida 

UQO
UNIVERSITÉ
DU QUÉBEC
EN OUTAOUAIS

reachnexus

Équipe de recherche communautaire

Co-chercheur-se-s principaux-ales :

Ken Monteith (Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida)

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

Co-chercheur-se-s, utilisateur-trice-s des connaissances ou collaborateur-ric-e-s :

Joseph Jean-Gilles (GAP-VIES), Hugo Bissonnet (Le Dispensaire), Drissa Sia (Université du Québec en Outaouais), Janet Cleveland (Institut de recherche SHERPA), Océane Apffel Font* (Portail VIH/-SIDA du Québec), Rachel Laberge Mallette* (Médecins du Monde Canada); Nimâ Machouf* (Clinique Médicale du Quartier Latin), Joseph Cox (Service des maladies virales chroniques du Centre universitaire de santé McGill/Direction de la santé publique de Montréal), Léna Gauthier-Paquette (L'Anonyme), Manon Dugas* (Direction de la santé publique de Montréal), Mathilde Bombardier* (Centre d'Action Sida Montréal), Marilou Gagnon (Université de Victoria), Christine Vézina (Université Laval), David Lessard (Centre universitaire de santé McGill), Frédérick Pronovost* (RÉZO), Yvon Couillard (GEIPSI), Myriam Frédérique (MIELS-Québec), Bertrand Lebouché (Université McGill), Nitika Pant Pai (Université McGill).

**Certain-e-s représentant-e-s d'organisme ont changé aujourd'hui. Leurs affiliations sont celles au moment du projet en 2018 et 2019.*

Coordonnatrice du projet :

Charlotte Guerlotté (Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida et REACH Nexus)

Assistant-e-s de recherche :

Stella Tiné (École de santé publique de l'Université de Montréal)

Paule-Inès Kadjo (École de santé publique de l'Université de Montréal)

Dieudonné Mwamba Kazadi (École de santé publique de l'Université de Montréal)

Équipe de rédaction du rapport :

Stella Tiné, Charlotte Guerlotté, Paule-Inès Kadjo, Drissa Sia et Christina Zarowsky

Financé par le Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des Instituts de recherche en santé du Canada, numéro CDE du projet – 156907.



La **Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida** et de soutien pour les personnes vivant avec le VIH regroupe 34 organismes communautaires québécois impliqués dans la lutte contre le VIH/sida.

REACH Nexus est un groupe national de recherche qui travaille sur les moyens de faire face au VIH, à l'hépatite C et aux autres ITSS (infections transmissibles sexuellement et par le sang) au Canada.

Table des matières

I.	INTRODUCTION ET CONTEXTE	6
II.	ÉTAT DES CONNAISSANCES	8
III.	MÉTHODOLOGIE	12
IV.	RÉSULTATS	14
	1. PERCEPTIONS SUR LA SITUATION	14
	2. BARRIÈRES À L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX TRAITEMENTS	16
	<i>a) Barrières liées aux statuts d'immigration</i>	16
	<i>b) Barrières non reliées aux statuts d'immigration</i>	19
	3. ALTERNATIVES D'ACCÈS AUX SOINS ET AUX TRAITEMENTS	21
	4. MODÈLE DE SOINS PARTAGÉS	23
	<i>a. Le service des maladies virales chroniques du CUSM à Montréal</i>	23
	<i>b. La clinique Sida Amitié ou le Dispensaire à Saint-Jérôme</i>	24
	<i>c. Contraintes des corridors</i>	24
V.	PISTES DE SOLUTIONS – NOS RECOMMANDATIONS	25
	A. LA PAROLE AUX PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH : INTERVENTIONS PRIORITAIRES	25
	B. NOS RECOMMANDATIONS	26
	<i>a. Développer des données supplémentaires pour mieux saisir l'ampleur de la situation</i>	26
	<i>b. Développer des plaidoyers sur différents sujets à l'intention des décideurs politiques afin de créer ou d'aller vers une couverture universelle.</i>	26
	<i>c. Multiplier le modèle de soins partagés dans le milieu VIH et immigration.</i>	29
	<i>d. Fournir des outils tels que des guides ou des formations sur l'immigration pour les professionnel·les de la santé et communautaire.</i>	29
VI.	CONCLUSION	30
	1. LES RÉSULTATS PAR OBJECTIF SPÉCIFIQUE	30
	2. UNE INTERVENTION COMMUNAUTAIRE POUR LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH SANS RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE LA RAMQ : LE CERCLE ORANGE	32
	RÉFÉRENCES	33

Par souci d'inclusion, l'Université de Montréal et la COCQ-SIDA utilisent le point médian pour intégrer le féminin à l'écrit. Dans le cadre de ce document, elles ont décidé d'utiliser la nomenclature selon le Guide de rédaction inclusive de l'INRS: «·e·s».

Résumé

Au Québec, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) avec un statut d'immigration précaire ou temporaire éprouvent des difficultés d'accès aux soins de santé et aux traitements antirétroviraux (TAR) à cause de leur statut d'immigration ou de leur absence de statut. Depuis 2017, environ 30 % des PVVIH nouvellement diagnostiquées ne sont pas couvertes par le régime d'assurance maladie de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et sont immigrantes. Ce projet de recherche communautaire, dirigé par un comité de pilotage composé de professionnels des milieux communautaires, universitaires, cliniques et institutionnels de Montréal, Saint-Jérôme et Québec, a pour objectifs d'explorer et d'analyser les stratégies en vue d'instaurer une couverture sanitaire universelle au Québec pour les PVVIH sans considérer le statut d'immigration, ainsi que de définir des pistes de solutions à court terme pour permettre l'accès aux traitements et aux soins de santé.



Depuis 2017, environ 30 % des PVVIH nouvellement diagnostiquées ne sont pas couvertes par le régime d'assurance maladie de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et sont immigrantes.



OBJECTIFS

Explorer et analyser les stratégies pour instaurer une couverture sanitaire universelle au Québec pour les PVVIH sans considérer le statut d'immigration.

Définir des pistes de solutions à court terme pour permettre l'accès aux traitements et aux soins de santé aux PVVIH sans RAMQ.

Nous avons conduit des **entrevues individuelles qualitatives (1h30) semi-dirigées de 2018 à 2019 (n= 22)** avec des professionnel-le-s de santé, intervenant-e-s communautaires, chercheur-se-s engagé-e-s et décideur-se-s politiques pour identifier les barrières d'accès aux soins. Deux groupes de discussion (2h) avec 15 membres de l'équipe du projet et deux réunions délibératives (2h) avec des PVVIH issues de l'immigration ont également été réalisés. Les entretiens et les groupes de discussion ont été enregistrés (audio) et des fiches synthèses ont été réalisées, puis analysées avec NVivo.

Certaines barrières d'accès aux soins et aux traitements pour les personnes migrantes vivant avec le VIH (PMVVIH) qui n'ont pas de couverture maladie sont directement liées aux statuts d'immigration, soit celles administratives, politiques, structurelles et financières, mais d'autres n'ont pas de lien direct avec le statut. Elles sont plutôt liées au fait que les professionnels de santé et les intervenants manquent d'information sur les réalités d'immigration. Nous avons aussi constaté que certaines personnes au statut d'immigration précaire ne savent pas où se rendre pour recevoir des soins et que le manque de communication et de collaboration entre les milieux communautaires et les cliniques, entre organismes et entre institutions contribue à réduire l'accès aux soins.

De plus, plusieurs initiatives offrent gratuitement l'ensemble de la cascade de soins (du dépistage au TAR) pour les PMVVIH qui n'ont pas de couverture maladie. Ces initiatives sont organisées dans certaines cliniques publiques, privées et communautaires à Montréal et à Saint-Jérôme et dépendent de la bonne volonté et souvent du travail bénévole des professionnel-le-s de santé, mais éprouvent de grandes difficultés financières et structurelles pour leurs interventions.

Certaines barrières d'accès aux soins et aux traitements pour les personnes migrantes vivant avec le VIH (PMVVIH) qui n'ont pas de couverture maladie sont directement liées aux statuts d'immigration, soit celles administratives, politiques, structurelles et financières, mais d'autres n'ont pas de lien direct avec le statut.

Ce projet a permis d'identifier les initiatives existantes pour les PVVIH à statut d'immigration précaire ou temporaire, de mobiliser des acteurs-clés autour de l'accès aux soins et du statut d'immigration, ainsi que de documenter leurs besoins. Les résultats de recherche ont été mobilisés pour réaliser un nouveau protocole de recherche qui proposait la mise en œuvre d'un corridor de services coordonnés pour concerter les actions en faveur de l'accès aux soins. Notre soumission n'a pas été retenue par le bailleur de fonds. En parallèle, un tel corridor de services communautaire a été développé et mis en place: Le Cercle Orange. Ce service est aujourd'hui hébergé à la COCQ-SIDA. La COCQ-SIDA, Le Cercle Orange et l'équipe de recherche continuent le travail d'évaluation du processus de mise en œuvre de ce nouveau service et la promotion des résultats de l'impact de ce service ainsi que les résultats de cette recherche communautaire.



I. Introduction et contexte

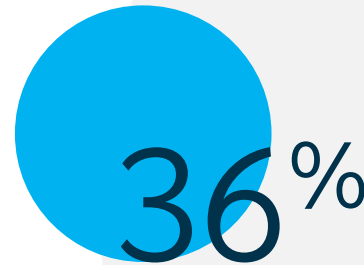
Au Québec, des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) avec un statut d'immigration précaire ou temporaire éprouvent de grandes difficultés d'accès aux soins de santé et aux traitements antirétroviraux (TAR). Environ 30 % des PVVIH nouvellement diagnostiquées ne sont pas couvertes par le régime d'assurance maladie de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et sont issues de l'immigration (91 personnes en 2018).

L'épidémie du VIH constitue un problème majeur de santé publique à travers le monde avec de graves répercussions économiques et sociales. Cette épidémie n'épargne pas le Canada : en 2018, **62 050 PVVIH sont enregistrées dans le pays [1]**. Au Québec, 305 nouveaux cas ont été enregistrés en 2019 [2]. La prophylaxie pré-exposition, les TAR, et les différentes technologies de dépistage ont le potentiel de réduire considérablement l'incidence du VIH au Canada [1]. Cependant, il reste encore du travail à faire pour atteindre les objectifs 95-95-95 du Programme des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) d'ici 2025, qui visent à ce que 95 % des PVVIH connaissent leur statut sérologique et soient diagnostiquées, que 95 % des personnes diagnostiquées reçoivent un traitement antirétroviral durable et que 95 % des personnes prises en charge aient une charge virale indétectable.

Certaines PVVIH font encore face à d'importants défis : obstacles à l'obtention de soins efficaces, problèmes de santé, stigmatisation et discrimination, etc. [3] Les résultats de l'étude de Kuile et al [4] suggèrent que ces obstacles peuvent avoir d'importantes conséquences non reconnues sur la morbidité et la mortalité.

Au Canada, l'accès aux soins et aux services de santé est lié au statut légal [5]. Les personnes sans statut d'immigration n'ont alors pas droit à une assurance maladie publique. Ainsi, les personnes migrantes qui vivent avec le VIH (PMVVIH) sans assurance maladie, doivent payer les services de dépistage et de prise en charge du VIH à un prix élevé [6, 7] et se retrouvent ainsi désavantagées [8]. De ce fait, elles n'auront pas accès aux dépistages, ni aux visites médicales, aux TAR, aux tests sanguins, ou aux autres soins, à moins de payer la totalité des frais [9]. Seules les personnes en situation d'urgence vitale peuvent bénéficier de services de santé avant d'être facturées [9]. Pourtant, sans recours aux TAR, les PVVIH courent un risque élevé de développer de graves problèmes de santé et de transmettre le virus. Ce qui constitue un problème pour elles-mêmes, pour la société et pour la santé publique [10].

Au Canada, l'accès aux soins et aux services de santé est lié au statut légal [5]. Les personnes sans statut d'immigration n'ont alors pas droit à une assurance maladie publique.



des cas d'infections par le VIH rapportés au Québec en 2019 sont des personnes sans numéro d'assurance maladie (NAM) et nées à l'étranger.

36% des cas d'infections par le VIH rapportés au Québec en 2019 sont des personnes sans numéro d'assurance maladie (NAM) et nées à l'étranger, selon les données de l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) [2]. Ces chiffres pourraient ne refléter qu'une partie de la réalité puisque les personnes sans statut d'immigration ne sont pas toutes connues des services de santé et certaines n'ont peut-être jamais été dépistées [2]. Entre 2002 et 2011, **2 242 cas de VIH n'ont pas été enregistrés à ce même programme à cause de l'absence d'un NAM ; ces cas provenaient de personnes en attente de résidence permanente ou ayant un statut de réfugié.** Le nombre de cas sans NAM a fortement augmenté [2]. En 2019, 109 nouveaux diagnostics sans NAM ont été rapportés alors qu'avant 2017, on en enregistrait moins de 50 par an au total.

En 2019, le Canada a reçu 341 000 personnes migrantes [5]. Chaque année, le Canada accueille des personnes migrantes, principalement pour combler un besoin lié au vieillissement de la population et à la diminution de la population active. Cumulativement, ces dernières représentent 21,9% de la population générale en 2019 [5].

Une personne migrante fait référence ici à une personne née à l'extérieur du Canada qui réside légalement ou non sur le territoire [11]. Les statuts d'immigration au Canada se répartissent en deux grandes catégories : les résident-e-s permanent-e-s et les résident-e-s non permanent-e-s. Cette étude s'intéresse aux résident-e-s non permanent-e-s, statut qui inclut les demandeur-se-s d'asile (en attente des résultats de leur demande), les travailleur-se-s temporaires, les étudiant-e-s étranger-ère-s ainsi que les visiteur-se-s.



Une personne migrante fait référence ici à une personne née à l'extérieur du Canada qui réside légalement ou non sur le territoire [11].

Résident-e-s permanent-e-s

Résident-e-s non permanent-e-s

Étudiant-e-s étranger-ère-s

Travailleur-e-s temporaires

Demandeur.e.s d'asile

Visiteur-euse-s

En 2019, le Québec comptait 40 600 personnes migrantes admises soit 12% de celles admises au Canada. Au cours des trois dernières années, les statistiques révèlent une augmentation marquée des résident-e-s non permanent-e-s avec un pic en 2019 de 263 200 résident-e-s non permanent-e-s composés de 46% de travailleur-se-s temporaires, 31% de demandeur-se-s d'asile et 23% d'étudiant-e-s étranger-ère-s [12].



Un nombre inconnu de personnes se retrouvent sans statut d'immigration pour plusieurs raisons: visa temporaire expiré, demande d'asile refusée, etc. [13]. En 2017 à Montréal, nous savons cependant que 232 personnes sans statut d'immigration ont participé à l'étude de Ridde et al. [14] et 493 ont fréquenté la clinique de Médecins du Monde en 2018-2019 [15].

Le présent rapport vise à documenter les différentes barrières d'accès aux soins et aux traitements, à mettre en lumière les corridors de services utilisés par ces personnes pour avoir droit à des soins de santé, ainsi qu'à amener la réflexion vers des pistes de solutions à court terme et à long terme afin de venir en aide à ces personnes, de rendre le système de santé plus équitable et de réduire les inégalités.

Ce projet a quatre objectifs :

1. **documenter l'état de la situation de l'accès aux soins des PMVIH auprès des professionnel-le-s** provenant de différents milieux ;
2. **déterminer des pistes de solutions à court terme** pour permettre l'accès aux traitements et aux soins pour celles qui en ont besoin et réduire les barrières d'accès aux soins et aux TAR pour les PMVVIH ;
3. **explorer des stratégies pour instaurer une couverture sanitaire universelle** au Québec pour les PVVIH dans cette situation ;
4. **développer un projet de recherche plus complet par la suite.**

Ce rapport présente les résultats de notre **projet pilote de recherche communautaire**, réalisé entre 2018 et 2019, et mené en collaboration entre la Coalition des organismes québécois de lutte contre le sida, l'Université de Montréal et une vaste équipe communautaire et universitaire d'une vingtaine de membres.

II. État des connaissances

1. Synthèse de notre revue de littérature

Dans le cadre de ce projet, une revue de littérature systématique a été réalisée par deux étudiant-e-s de l'École de santé publique de l'Université de Montréal, Stella Tiné et Dieudonné Mwamba Kazadi. Un total de 1 470 articles a été identifié lors d'une recherche initiale sur la base de mots-clés de recherche. Après la suppression des doublons et de toutes les études ne correspondant pas à nos critères d'inclusion dans les titres et résumés, 260 articles ont été retenus. Après révision des textes intégraux de ces articles, **71 articles ont été inclus dans l'analyse**. Sur les 71 articles retenus, 15 étaient des études qualitatives, 28 des études quantitatives, 3 utilisant des méthodes mixtes, 17 des revues de littérature, 3 rapports, 5 commentaires et une revue systématique.

Cette revue vise à répondre à la question suivante: quelles politiques, stratégies ou actions ont été mises en place ou sont en cours dans les pays (les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économique et les pays les plus touchés par le VIH) pour atteindre une couverture universelle sanitaire (CSU) sensible au VIH/ pour le VIH qui inclut toutes les personnes issues de l'immigration ?


Les principaux résultats

En France, l'aide médicale de l'État (AME) permet aux personnes en situation irrégulière d'accéder au TAR. Pour les immigrants non éligibles à l'AME ou toutes autres couvertures, les médecins inventent des solutions miracles qui leur permettent d'accéder au traitement. En 2004 le gouvernement français a créé un fond spécial pour régler la dette des établissements de santé qui fournissent des soins d'urgences aux patient-e-s non assuré-e-s, y compris les immigrant-e-s irrégulier-ère-s [16].

Au Japon, le système d'assurance n'étant pas bien établi pour les immigrant-e-s en situation irrégulière, la loi tertiaire permet aux établissements de santé de se faire rembourser les dettes impayées dues aux traitements de patient-e-s non assuré-e-s [17].

En Californie, le Plan de capacité à payer (Ability to Pay Plan, ATP) permet de réduire les frais de traitement pour les personnes défavorisées. Ce plan peut également aider les patients à négocier une entente de paiement échelonnée avec un établissement de santé [18].

À Philadelphie, malgré certaines barrières structurelles et culturelles rencontrées par les immigrants séropositifs d'origines africaines, les règles ont quelque peu été modifiées pour faciliter l'accès aux soins des personnes en situation d'immigration irrégulière et les fournisseurs de soins arrivent également dans bien des cas à trouver des moyens de soigner gratuitement ces patients [19].



71

articles ont été inclus
dans l'analyse

En Angleterre, l'accès aux soins et TAR a également été promu en reconnaissance des avantages importants pour la santé publique. Certain-e-s professionnel-le-s de la santé collaborent avec des cliniques et organismes communautaires pour aider les personnes en situation d'immigration irrégulière à accéder aux soins. Pour celles et ceux qui n'y ont pas accès, les stratégies utilisées sont l'automédication, l'achat de traitement depuis le pays d'origine, la médecine traditionnelle ou l'usurpation d'identité pour l'accès au TAR [20].

La majorité des pays à revenu moyen et faible sont encore en chemin vers la CSU. Ceux qui ont réussi à l'atteindre ont étendu la couverture à des services de soins de santé primaires, ciblant en priorité les couches les plus pauvres. Ces pays font face à plusieurs défis. L'organisation de leur système de santé, la durabilité du financement du système de santé pour atteindre et maintenir la couverture maladie universelle. La majorité de ces systèmes dépend de l'aide extérieure, en particulier du Fonds mondial et du programme PEPFAR pour l'accès au traitement antirétroviral [21-24].

Cette revue de littérature a permis de faire une analyse sommaire des politiques, des dispositions législatives, réglementaires, financières et des initiatives en lien avec l'accès aux soins et aux traitements pour les PMVVIH sans assurance maladie. **Cette analyse montre que fournir un accès gratuit équitable et de qualité aux services de santé et au TAR à ce groupe reste un défi aussi bien pour les pays à revenu élevé que pour les pays à revenu moyen ou faible.** Des études menées dans plusieurs pays ayant une couverture sanitaire universelle du VIH montrent que même lorsque les PMVVIH ont accès au traitement, elles sont moins susceptibles de fréquenter les services pour diverses raisons. Par ailleurs, peu de pays ont des politiques claires et spécifiques pour répondre aux besoins de santé des PMVVIH sans couverture. Même dans certains pays où les droits d'accès aux services de prise en charge du VIH sont clairement spécifiés, les PMVVIH doivent remplir certaines conditions ou s'exposer au risque d'expulsion pour bénéficier pleinement de ces droits.

S'assurer que toute PMVVIH ait accès aux services de prise en charge du VIH, quel que soit son statut d'immigration, est nécessaire pour le succès des programmes visant à éradiquer le VIH à l'intérieur des pays et pour l'atteinte des objectifs

95-95-95

fixés par l'ONUSIDA.

Bien que cette étude ne couvre pas tous les pays ayant établi une couverture sanitaire universelle, les résultats sont néanmoins intéressants du point de vue des politiques de santé et de recouvrement des coûts des différents systèmes de santé. Il était également intéressant d'observer les changements de politiques dans le temps et dans certains pays. **À la lumière de nos résultats, tout porte à penser que les politiques qui dissuadent les PMVVIH ne bénéficiant pas de couverture maladie d'obtenir des soins de santé, peuvent à la fois augmenter les coûts pour le système de santé et avoir des implications importantes pour la santé publique.**

Nous avons trouvé très peu d'études sur l'accès aux TAR chez les personnes issues de l'immigration dans les pays à faible revenu. Dans ces pays, seuls un renforcement des systèmes de santé et des stratégies durables de financement du secteur informel aux soins de santé permettraient une couverture sanitaire universelle du VIH. Même avec un financement du Fonds mondial et de President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), l'accès au TAR n'est pas équitable et le système de santé demeure fragile sur le plan de la durabilité de ses programmes. Ainsi, plusieurs exemples concrets d'initiatives offrant l'accès universel aux soins de santé existent, mais l'implantation de la couverture sanitaire universelle reste un défi.

Pour finir, nous pouvons dire que la Déclaration de Paris engageant les villes à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 et de lutter contre les inégalités d'accès aux services sanitaires et sociaux de base a conduit à des implications politiques à l'intérieur des pays. Dans plusieurs d'entre eux, les PMVVIH sans assurance maladie ont actuellement droit au TAR. S'assurer que toute PMVVIH ait accès aux services de prise en charge du VIH, quel que soit son statut d'immigration, est nécessaire pour le succès des programmes visant à éradiquer le VIH à l'intérieur des pays et pour l'atteinte des objectifs 95-95-95 fixés par l'ONUSIDA.



2. Une couverture universelle : qu'en est-il au Canada et au Québec ?

La couverture sanitaire universelle est l'une des cibles que les pays du monde se sont fixés lorsqu'ils ont adopté les objectifs de développement durable en 2015. **L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère une couverture sanitaire universelle lorsque « chaque personne obtient les services dont elle a besoin à un coût qui soit abordable pour elle et pour le pays dans son ensemble »** [25]. Certains pays ont déjà instauré cette couverture pour les PVVIH, comme nous l'avons vu dans notre revue de littérature. Ajoutons également que l'Afrique du Sud a mis en place un accès gratuit aux TAR pour toute personne sur le territoire, quel que soit leur statut d'immigration, avec des impacts positifs tant individuels que populationnels [26]. Les réformes au Gabon ont permis de réduire de moitié le taux de nouvelles infections au VIH et de multiplier par cinq l'accès aux TAR [27]. D'autres pays comme l'Irlande, la Grèce et la Norvège offrent également un accès gratuit aux TAR [28]. Les pays qui ont une couverture sanitaire universelle sont souvent motivés par des enjeux de santé publique [29].



L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère une couverture sanitaire universelle lorsque « chaque personne obtient les services dont elle a besoin à un coût qui soit abordable pour elle et pour le pays dans son ensemble ».

Le Canada, lors de la 58^e Assemblée mondiale de la santé en 2005, a reconnu « le rôle important des organes législatifs et exécutifs de l'État dans la poursuite de la Réforme des systèmes de financement de la santé (RFSS) en vue d'assurer une couverture universelle » [30]. L'universalité et l'équité sont des principes fondamentaux de la RAMQ et du Régime public d'assurance médicaments (RGAM) stipulant que « les services de santé et les services sociaux sont accessibles à tous sans discrimination » [31]. Pourtant, cela n'est pas une réalité [11, 32].

Dans son rapport du 3 juin 2019, le Secrétaire général des Nations Unies souligne l'importance d'intégrer le programme global de lutte contre le VIH dans la couverture sanitaire universelle. L'ONUSIDA encourage les pays à intensifier leurs actions et les partenariats pour donner accès à des services efficaces de prévention et de TAR à toutes les PVVIH [33].

La régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) permet à tou-te-s les citoyen-ne-s ou résident-e-s permanent-e-s de bénéficier de soins gratuits et d'adhérer automatiquement à une assurance médicaments [9]. Toute personne avec un permis de travail temporaire valide pour une période supérieure à six mois peut être admissible au régime d'assurance maladie de la RAMQ, après un délai de trois mois [9]. Si le permis de travail est de moins de six mois, s'il s'agit d'un permis ouvert, si une personne est dans un processus de renouvellement de document d'immigration ou si elle perd son emploi, il n'y a aucune possibilité d'obtenir une couverture médicale publique [11].

Les étudiant-e-s étranger-ère-s visé-e-s par une entente de réciprocité entre le Québec et 10 pays d'Europe [34] peuvent bénéficier du régime d'assurance maladie de la RAMQ. Ceux et celles n'étant pas visé-e-s par cette entente sont obligatoirement inscrit-s à un régime collectif d'assurance maladie privée [35]. Le régime collectif utilisé par l'Université de Montréal, par exemple, ne prend pas en charge tous les services de santé et peut avoir des limites de réclamation de 10 000 \$ à vie pour tous les frais liés au TAR [34].

Les demandeur-se-s d'asile bénéficient du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) [9]. Toutefois, le PFSI n'est pas une garantie d'accès aux soins. Les demandeur-se-s d'asile ne peuvent pas s'inscrire au guichet d'accès pour un médecin de famille et n'ont accès qu'aux cliniques sans rendez-vous, à titre ponctuel et sans suivi. De plus, seul un petit nombre de cliniques acceptent le PFSI. En dehors de Montréal, c'est particulièrement rare.



3. Rôles des prestataires impliqués dans la lutte contre le VIH au Québec

Au Québec, plusieurs acteur·rice·s de la société civile sont engagé·e·s dans la protection des droits à la santé des populations migrantes [36-37]. Elles ou ils apportent de l'aide aux PMVVIH par diverses actions, comme la formation, l'intervention, le soutien psychosocial, l'accompagnement, la prévention primaire et secondaire, etc.

Parmi celles ou ceux-ci Médecins du monde (MDM), qui depuis plusieurs années s'engage à soigner les populations en situation de vulnérabilité et en marge du système de santé québécois, et Médecins québécois du régime public (MQRP). Ces derniers ont publié des rapports sur les lacunes du système de santé québécois en matière d'accès aux soins et ont proposé des solutions à un certain nombre de problèmes identifiés afin que les soins de santé soient accessibles équitablement à tou·te·s [15, 36].

Cependant, la coordination entre l'ensemble des services qui offrent des soins de santé gratuitement est peu développée. Même une excellente coordination des initiatives communautaires ne serait qu'un « pansement » pour ces défis d'inclusion et d'accès. De plus, ces organismes éprouvent de grandes difficultés financières, structurelles et systémiques lors de leurs interventions [36]. Bien qu'ils fournissent un effort considérable, et souvent bénévole, leurs ressources et alternatives sont très minces et limitées par plusieurs barrières complexes du système de santé.

Au Québec, plusieurs acteur·rice·s de la société civile sont engagé·e·s dans la protection des droits à la santé des populations migrantes [36-37].

III. Méthodologie

1. Recherche communautaire

Dans la présente recherche communautaire, des acteur-ric-e-s de la communauté ainsi que des chercheur-se-s ont combiné des connaissances et des pratiques pour impulser des changements sociaux en faveur de la couverture sanitaire universelle afin d'améliorer la santé des populations vulnérables et réduire les disparités de santé au sein de la communauté. Sur le plan de cadre théorique globale, cette recherche s'inscrit dans une posture de recherche communautaire et fondée sur les principes GIPA et MEPA¹, qui exigent la participation accrue et significative des PVVIH dans des projets de recherche notamment. De plus, ce projet se veut collaboratif, dans le sens qu'il s'inscrit dans une posture de recherche communautaire. Les différents partenaires et les personnes impliquées dans ce projet ont participé activement tout au long du processus de recherche conformément aux principes de la recherche communautaire [39]. L'équipe est composée de chercheur-se-s et étudiant-e-s universitaires, d'intervenant-e-s et directeur-ric-e-s communautaires, médecins et représentant-e-s de la santé publique, de Montréal, Saint-Jérôme et Québec.

2. Collecte de données

Nous avons réalisé **22 entretiens individuels** ou en duo d'une durée d'une heure et trente minutes et animé **2 groupes de discussion** avec **15 membres de l'équipe** du projet de deux heures, entre novembre 2018 et mai 2019, avec des professionnel-le-s de la santé et des intervenant-e-s communautaires faisant partie des personnes clés offrant des services aux PMVVIH sans assurance maladie, de Montréal, Saint-Jérôme et Québec. Un ancien acteur politique et des chercheur-se-s ont également participé à cette étude. 8 participant-e-s ont assisté à un entretien individuel et un groupe de discussion. Celles ou ceux-ci provenaient de différentes structures, comme des cliniques publiques, privées ou communautaires, organismes communautaires, pharmacies communautaires, institutions de santé publique et université (voir le tableau 1). Les participant-e-s affilié-e-s à un organisme communautaire font partie du réseau de l'organisme COCQ-SIDA.



La présente recherche a pour objectif d'améliorer la santé des populations vulnérables et réduire les disparités de santé au sein de la communauté.

22

entretiens individuels ou en duo ont été réalisés pour la collecte des données

Un courriel leur expliquant le projet et sollicitant leur participation leur a été envoyé par la coordonnatrice du projet. Les entretiens et les groupes de discussion ont été animés en français par Stella Tiné, Paule-Inès Kadjo et Dieudonné Mwamba Kazadi, les assistant-e-s de recherche du projet (étudiant-e-s de l'ESPUM), par Charlotte Guerlotté (COCQ-SIDA) coordonnatrice du projet ainsi que par Christina Zarowsky (ESPUM), co-chercheuse. L'ensemble des entretiens ont été enregistrés (audio) et une prise de notes assidue a été réalisée pendant chaque entretien. Les résultats présentés ici sont issus de cette prise de note. Les participant-e-s ont été majoritairement interviewé-e-s à leur lieu de travail. De plus, 3 observations participantes ont été réalisées par Paule-Inès Kadjo, dans le cadre d'un stage de fin d'études à l'École de santé publique de l'Université de Montréal en collaboration avec la COCQ-SIDA. Ces observations ont été réalisées au Portail VIH/SIDA du Québec, à GAP-VIES et à la Clinique Sida Amitié, aujourd'hui Le Dispensaire. Ces observations étaient d'une durée d'une journée à une semaine.

¹ The Greater Involvement of People Living with HIV and/or AIDS (GIPA) and the more Meaningful Engagement of People Living with HIV and/or AIDS (MEPA)

Affiliation des participant-e-s

Nombre de participant-e-s aux entretiens individuels ou en duo, et aux groupes de discussion

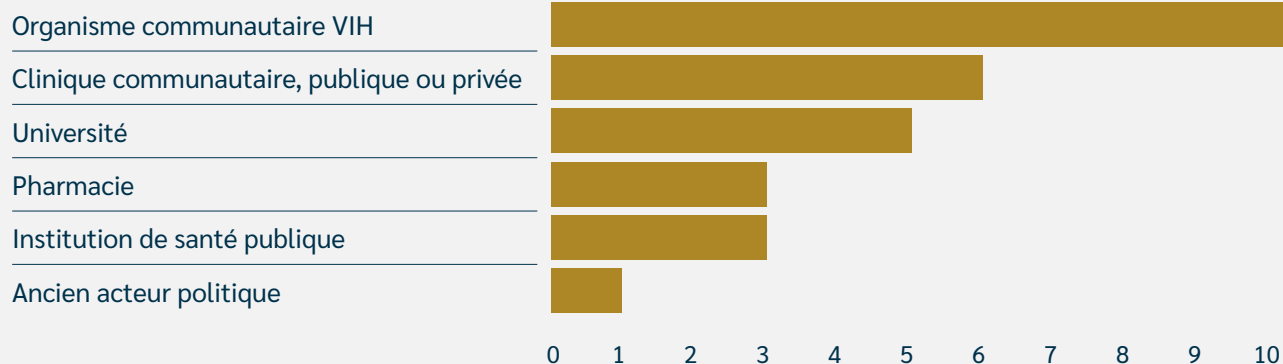


Tableau 1 : Affiliation des participant-e-s.

3. Approbation éthique et consentement

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal. Les efforts de recrutement des participant-e-s ont été dirigés par Charlotte Guerlotté en tant que coordonnatrice du projet de COCQ-SIDA. Toutes les personnes qui ont participé à cette recherche ont reçu des informations sur l'étude, ses risques potentiels associés et ses avantages. Cette information a été fournie en français. Les personnes étaient autorisées à poser à l'équipe de recherche toute question pertinente, puis à signer leur consentement à participer à la recherche. Elles avaient aussi la possibilité de se retirer de l'étude sans aucune conséquence. Aucune rémunération n'a été offerte pour participer à ce projet.

Les résultats ont été analysés
à travers l'examen de

5

points principaux.

4. Analyse et interprétation des données

À partir de la prise de notes des entretiens, les informations récoltées ont été organisées en fiche synthèse, qui suivaient un même schéma pour chaque entretien. L'ensemble de ces informations ont été ensuite analysées thématiquement via le logiciel d'analyse qualitative Nvivo.

À la suite de l'analyse, nous avons interprété ces résultats collectivement avec l'ensemble de l'équipe. Nous avons regroupé les principaux résultats dans un sondage en utilisant Survey Monkey afin de permettre à l'équipe de prioriser les informations qu'ils et elles considéraient les plus problématiques et d'identifier les actions qui devraient être mises en place au regard de ces résultats. Deux rencontres d'équipe ont été organisées pour discuter de ces résultats prioritaires et les idées ressorties ont permis d'identifier le sujet de notre nouveau projet de recherche. En parallèle, deux groupes de PMVVIH ont été rencontrés afin de discuter des résultats et d'avoir leur avis sur les actions qui devraient être mises en place afin de valider notre future démarche.

Les résultats ont été analysés à travers l'examen de cinq points principaux:

- les **perceptions** de la situation au Québec sur les questions d'accès aux soins et aux traitements antirétroviraux;
- les **barrières** aux soins et TAR;
- les **alternatives d'accès** aux soins et TAR;
- les **facteurs politiques ou légaux facilitant l'accès** aux services de dépistage du VIH, autres ITSS, aux soins et aux TAR au Québec;
- les **solutions possibles** pour aller vers l'accès aux soins et TAR pour toutes les PVVIH sans considérer le statut d'immigration.

IV. Résultats

Les résultats des entretiens sont présentés en trois catégories : les perceptions, les barrières d'accès aux soins et les alternatives.

1. Perceptions sur la situation

Globalement, l'opinion des professionnel-le-s de la santé et des intervenant-e-s communautaires sur l'accès aux services des PMVVIH sans assurance maladie est assez négative. Toutefois, dépendamment du milieu d'activité de nos participant-e-s, la perception sur l'importance du problème varie.

a. Accès aux soins inadéquats

Pour plusieurs d'entre eux ou elles, la situation est assez complexe, l'accès aux services est totalement inadéquat. Les participant-e-s ont expliqué que le dépistage anonyme est possible, mais le reste du suivi est difficile, car les tests coûtent cher et il est pratiquement impossible pour les PMVVIH sans assurance maladie de bénéficier d'un TAR dans le système de santé publique actuel.

b. Iniquité dans l'accès aux dépistages, aux soins et aux TAR entre régions

Malgré le fait que la prise en charge en lien avec le VIH s'améliore au Québec et qu'il y ait des services spécialisés qui se développent, on observe une iniquité dans l'accès aux dépistages et TAR entre les régions selon les participant-e-s. Ces dernier-ère-s font état d'une meilleure prise en charge de la population vulnérable dans la ville de Montréal, qui serait mieux desservie en termes de ressources disponibles et d'alternatives d'accès pour les PMVVIH sans couverture maladie.

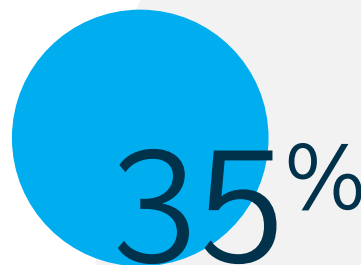
c. Enjeux éthiques

Les professionnel-le-s de la santé sont toutefois préoccupé-e-s par les enjeux éthiques autour de la politique de gratuité du dépistage pour les personnes sans assurances maladie, comme l'exprime une participante : « *Qu'est-ce que je fais si c'est positif, sachant que je ne peux pas lui offrir de soins ni de traitement ?* ».

d. Un problème qui concerne également les citoyens

D'autres participant-e-s ont un avis un peu mitigé de la situation, particulièrement en ce qui concerne l'accès au TAR. Celles ou ceux-ci perçoivent son accès, que ce soit en préventif ou curatif, comme un problème touchant autant les citoyen-ne-s avec une assurance privée et un revenu faible que les non-citoyen-ne-s sans assurance maladie. Les personnes qui ont une assurance médicaments publique au Québec doivent payer une franchise de 22,25\$ par mois et une coassurance d'une valeur de 35% du coût des médicaments couverts jusqu'à l'atteinte d'une

contribution mensuelle maximale. Cela revient à environ 280\$ par mois pour payer les TAR. Il-elle-s soulignent que plusieurs citoyens québécois ou résident-e-s permanent-e-s à faible revenu utilisant le modèle de copaiement, ou des assurances fédérales sont également incapables de payer ces frais en trois mois au début de chaque année, ce qui fait que beaucoup arrêtent leur traitement. Le problème d'accès toucherait également les populations autochtones en milieux urbains, car il n'est pas toujours évident pour les professionnel-le-s de la santé de retracer les cartes d'assurance maladie ou de retrouver un numéro en cas de perte de carte d'assurance maladie.



35%

du coût des médicaments couverts doit être payé par les personnes qui ont une assurance médicaments publique, jusqu'à l'atteinte d'une contribution mensuelle maximale.

e. Notre système de santé : une barrière systémique

Les participant-e-s partagent l'idée que le système de santé publique du Québec tel qu'il est conçu est l'une des principales barrières à l'accès pour ce groupe. Les personnes qui n'ont pas de régime d'assurance maladie de la RAMQ ne sont pas comptabilisées dans le système de santé québécois. De plus, les trois mois de carences exigés par le gouvernement du Québec pour accéder à la RAMQ seraient une barrière à l'accès du dépistage, des soins et du TAR pour les nouveaux-elles arrivant-e-s. Enfin, les participant-e-s perçoivent la situation actuelle comme un risque pour la santé publique et s'inquiètent des risques de transmission du VIH dans la population.

f. Le paradoxe du PFSI

Enfin les enjeux autour de l'application du Programme fédéral de soins de santé intérimaire (PFSI) ont été abordés. Certain-e-s participant-e-s pensent que grâce à ce programme, les demandeur-se-s d'asile et les réfugié-e-s sont mieux couvert-e-s pour les soins et le TAR que le reste de la population canadienne. Même s'il y a eu d'énormes progrès concernant ce programme, d'autres sont d'avis que cette population a aussi des besoins non comblés dans l'accès aux services de santé. Particulièrement en ce qui concerne la complexité des barrières administratives auxquels sont confrontés les fournisseurs de services et qui rendrait difficile l'offre de service. En outre, le mode de rémunération à l'acte des médecins et le manque d'information ou de connaissance sur ce programme poseraient également des problèmes.

g. Perception au regard des politiques

Il n'existe aucun facteur politique facilitant l'accès aux soins pour ces groupes selon les participant-e-s. Une situation qui n'évolue pas d'autant plus que le fédéral et le provincial n'interagissent pas et semblerait avoir des problèmes de communication. Certain-e-s participant-e-s ont exprimé leur déception en raison du manque de stratégie nationale québécoise en VIH.

Au fédéral, le nouveau gouvernement libéral a rétabli le PFSI en 2016 pour les demandeur-se-s d'asile et aucune stratégie n'a été mise en place au Québec. Des préoccupations ont été exprimées au sujet de la récente réforme du système de santé qui a également entraîné des coupures dans le budget alloué aux populations vulnérables, engendrant des conséquences négatives non intentionnelles dans l'accès aux services, même pour les populations marginalisées couverts par le régime public d'assurance maladie.

h. Vers une couverture maladie universelle

Des participant-e-s ont également souligné la nécessité d'instaurer ou d'étendre la couverture sanitaire universelle afin d'offrir des services qui, en termes de santé publique, apporteraient beaucoup de bénéfices, car une PVVIH qui prend un traitement ne transmet pas le VIH. Disposer de façon continue de services accessibles pour tous serait la chose la plus importante. Toutefois, instaurer une couverture universelle ne fait pour l'instant pas consensus et certain-e-s répondant-e-s, bien qu'étant convaincu-e-s du bienfondé d'instaurer cette couverture, ne croient pas que cela soit réaliste au Québec.



2. Barrières à l'accès aux soins et aux traitements

Les données font ressortir des disparités dans l'accès aux services aussi bien entre les personnes sans assurances et celles avec assurances, qu'entre les différents statuts d'immigration. Les PMVVIH sans assurance maladie rencontrent de nombreux obstacles à l'accès aux services, aux soins et aux TAR au Québec. Les participant-e-s interrogé-e-s ont identifié plusieurs barrières à l'accès. Celles-ci varient en fonction du type de population desservie et touchent aussi bien les intervenant-e-s lors de leurs interventions, que les bénéficiaires. Cela s'observe à tous les niveaux de la cascade de soins, allant de la difficulté dans l'accès au dépistage anonyme, à la PreP, à un médecin pour l'obtention d'un diagnostic, au laboratoire pour les bilans de suivi (CD4 et charge virale) et à l'accès au TAR. Il est intéressant de remarquer que certaines barrières ont un lien direct avec le statut d'immigration, alors que d'autres n'ont aucun lien avec celui-ci.

Barrières liées aux statuts d'immigration

Barrières organisationnelles

Barrières administratives

Barrières financières

Barrières non reliées aux statuts d'immigration

Manque d'informations

Manque de communication ou collaboration

Discrimination, stigmatisation et confidentialité

Barrières culturelles, linguistiques et géographiques

a) Barrières liées aux statuts d'immigration

1) Barrières organisationnelles

Plusieurs des barrières mentionnées dans l'offre de services sont majoritairement d'ordre organisationnel ou structurel.

La majorité des hôpitaux exigent aux personnes sans assurances maladie de payer leurs soins à l'avance. Un professionnel de la santé rapporte avoir été obligé de rencontrer des étudiant-e-s séropositif-ve-s sans assurance maladie dans les couloirs de l'hôpital où il exerce, parce que celles ou ceux-ci ne pouvaient plus fréquenter les services, du fait du coût des consultations élevé à 500\$ environ, comme l'explique un participant :

Moi, je n'avais même pas le droit de les voir, il fallait qu'ils paient d'abord, ce qui n'était pas possible, donc il y a certains que l'on voyait dans le couloir parce qu'ils n'osaient plus venir nous voir, parce qu'ils recevaient des factures de 400-500 dollars chaque fois qu'ils venaient nous voir.

Certains établissements qui fonctionnent sur leurs fonds propres sont obligés de fixer des quotas de patients sans assurance maladie à rencontrer. C'est le cas du Service des maladies virales chroniques (SMVC) du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) qui accepte de prendre en charge 12 personnes, dont tous les soins ne peuvent pas être payés ailleurs et leur administrer gratuitement leur traitement. Les traitements sont envoyés gratuitement par l'industrie pharmaceutique, par le biais d'un programme compassionnel; ils doivent être renouvelés tous les 6 mois.

Les professionnel-le-s qui offrent les services de soins et traitement du VIH ne sont pas adéquatement outillé-e-s pour œuvrer auprès des PMVVIH sans assurance maladie, tant pour reconnaître les enjeux reliés à l'offre de services pour ce groupe que pour les référer vers les différents corridors de services existants. Certains établissements qui reçoivent beaucoup d'immigrants ont rapporté avoir du mal à répondre aux besoins particuliers de certains groupes à cause d'un manque de ressources nécessaires ou parce qu'ils étaient en sous-effectif. En plus de ressources financières limitées, l'absence de certain-e-s professionnel-le-s clés, tels que les travailleur-se-s sociaux-ales, les psychologues, les pharmacien-ne-s cliniques ou des avocat-e-s spécialistes en immigration entravent l'offre de services optimaux.

D'autres établissements signalent rencontrer des difficultés avec les Services intégrés de dépistage et de prévention du VIH/SIDA et autres infections transmises sexuellement et par le sang (SIDEPS), vers lesquels ils ne recommandent personne sans assurance maladie pour le dépistage. Les programmes SIDEPS étant inégaux d'un territoire à l'autre, d'un Centre local de services communautaires (CLSC) à l'autre, certaines PMVVIH sans assurance y auraient été refoulées. Enfin, la non-démocratisation de l'accès au dépistage serait une barrière à l'optimisation du dépistage. Au Québec, il est nécessaire pour un organisme communautaire d'avoir l'apport d'une infirmière pour offrir du dépistage.

2) Barrières administratives

Le PFSI a apporté d'énormes progrès dans l'accès aux soins de santé des réfugié-e-s et des demandeur-se-s d'asile. Cependant, il existe encore des inégalités dans son application par rapport à l'assurance provinciale publique. Un des répondants souligne que le fait que la PFSI ne soit pas reconnue par le système de santé québécois rendrait difficile l'accès à un médecin de famille pour ce groupe. Les enjeux liés au renouvellement de la couverture PFSI en cas d'expiration ou de perte de documents ont également été soulevés. Il est difficile pour un demandeur d'asile dans cette situation de fournir une preuve de couverture PFSI et pour les professionnel-le-s de la santé d'être en mesure de retracer leur couverture. Les codes d'utilisateurs pour la vérification sur Croix Bleue Medavie ne sont pas toujours disponibles. Toutes ces conditions selon certain-e-s intervenant-e-s pourraient retarder non seulement l'accès à un médecin de famille, mais également à tout le suivi thérapeutique. Par exemple, un participant explique :

En principe la couverture est excellente. La personne devrait avoir accès à tout cela, en pratique. C'est un système qui est optionnel, c'est à chaque médecin de décider si oui ou non il agit comme fournisseur de service PFSI auprès de la Croix Bleue Medavie. Tous les hôpitaux du Québec y sont inscrits mais le médecin à l'intérieur de l'hôpital n'a aucune obligation. Il y a une série de raisons pour lesquelles les médecins et pharmaciens sont peu intéressés à s'inscrire comme fournisseurs PFSI. Donc si la personne va à l'aveuglette dans la clinique de son quartier pour voir un médecin il y a 7 chances sur 10 de se faire dire qu'on ne prend pas de patients PFSI ici et d'aller voir à l'urgence ou ailleurs... Dans les faits, une grande partie du temps les gens n'ont pas accès. Et cela fait en sorte que les personnes attendent d'être assez malades pour se présenter à l'urgence.



Par ailleurs, la lenteur administrative autour du remboursement des honoraires entraînerait également une très faible adhésion des médecins, des pharmacies et des cliniques à ce programme à Montréal, ce qui crée des difficultés d'accès aux services de première ligne pour ce groupe.

En outre, le délai de carence de trois mois pour l'obtention du régime d'assurance maladie de la RAMQ, soumis aux nouveaux-elles arrivant-e-s constitue un obstacle important à l'accès aux soins car durant cette période les frais médicaux ne sont pas couverts. Ces personnes sont obligées soit de souscrire à une assurance privée, soit d'effectuer des paiements directs au point de service, ce qui peut ne pas être évident pour ses populations qui vivent le plus souvent dans la précarité.

3) Barrières financières

La barrière financière était la préoccupation la plus fréquente des PMVVIH, rapportée par les participant-e-s. La question financière touche plusieurs aspects dans cette étude. Plusieurs immigrant-e-s sans couverture rencontrent des difficultés financières et sont incapables de payer une consultation, les bilans de laboratoire et le traitement ARV sont très dispendieux.

Certaines personnes ont des assurances, mais qui sont souvent limitées et ne couvrent pas les conditions préexistantes. D'autres assurances exigent que les bénéficiaires paient les frais avant de se faire rembourser. Enfin, beaucoup d'immigrant-e-s tel-le-s que les étudiant-e-s étranger-ère-s souscrivent à des assurances incomplètes ou ayant des couvertures limitées. C'est le cas de l'assurance Desjardins qui fixe une limite de 10 000 \$ à vie, par adhérent, pour tous les frais liés aux TAR. Pour illustrer cela, un des participant-e-s mentionne que la couverture des étudiant-e-s de McGill permet de payer trois mois de traitement uniquement.

Face à ce constat, certain-e-s participant-e-s pensent que souscrire à une assurance pour un immigrant en situation précaire ne sert pas à grand-chose car la prise en charge du VIH coûte très cher. Une participante souligne à cet effet que selon les directives ministérielles, toute personne n'étant pas assurée par la RAMQ est chargée 200% plus. Elle mentionne :

Un des patients qu'on a eus, justement qui avait le VIH, migrant, étudiant donc ça ne couvrait pas. Il est rentré à l'hôpital parce qu'il ne prenait plus ses ARV, parce qu'il n'avait pas les moyens. Il a été hospitalisé deux semaines d'une pneumonie opportuniste, mais il est sorti de l'hôpital avec une facture de 30 000 \$. Il ne la paiera jamais.

Par conséquent, ces PVIH qui n'ont pas accès aux traitements du fait de la barrière financière risqueraient de se rendre au stade sida. À ce stade, ils consulteront aux urgences et le système de santé serait dans l'obligation de traiter ces complications avec le risque de non-remboursement des frais, car il s'agit la plupart du temps de personnes à faibles revenus.



Plusieurs immigrant-e-s sans couverture rencontrent des difficultés financières et sont incapables de payer une consultation, les bilans de laboratoire et le traitement ARV sont très dispendieux.

b) Barrières non reliées aux statuts d'immigration

1) Manque d'informations

Un certain nombre de facteurs entravent l'accès au dépistage et au diagnostic. Les PMVVIH semblent éprouver davantage de difficultés à naviguer dans le système de santé que celles non issues de l'immigration. Un participant souligne que cela est encore vécu plus difficilement par les personnes sans assurance maladie, car il n'est déjà pas simple pour un-e nouvel-le arrivant-e de savoir où aller :

Si on parle d'un demandeur d'asile vivant avec le VIH qui arrive ici et qui a son parcours migratoire avant d'arriver ici, avec son lot de difficultés, c'est encore plus difficile pour lui de connaître comment le système médical fonctionne » ou un autre participant : « La première des choses, ce n'est pas nécessairement l'enjeu financier, mais ne pas savoir où aller pour avoir accès à une consultation médicale.

Le problème d'accès à l'information, notamment celui sur les services de dépistages gratuits pour les personnes sans assurance maladie a été longuement souligné.

Les organismes communautaires ont trouvé qu'il y a un manque flagrant d'informations sur les services disponibles de santé sexuelle et une méconnaissance des différents statuts migratoires dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Cette insuffisance retarderait l'accès aux services et limiterait l'offre de services. Une participante explique :

Il y a clairement un délai d'accès aux soins quand on fait plusieurs portes avant d'être informé sur notre couverture, sur le fonctionnement et sur comment avoir accès à tout ça.

Certain-e-s ont également relevé que, bien que l'accès au dépistage gratuit soit offert par les SIDEV+, cela n'est pas connu des principaux intéressés. En outre, les SIDEV étant inégaux sur l'ensemble du territoire, certain-e-s patient-e-s qui y sont recommandé-e-s s'y voient refuser des services.

En complément, plusieurs intervenant-e-s affirment avoir reçu des demandeur-se-s d'asile avec PFSI valide qui se sont fait renvoyer des CLSC, centres hospitaliers ou organismes communautaires. Ce qui démontre qu'il y a un manque d'information sur les différents statuts migratoires et sur l'accès aux services en fonction des différentes couvertures médicales qui y sont applicables. Par ailleurs, ces informations sont considérées comme « trop complexes » de la part des participant-e-s, comme l'explique l'un d'entre eux ou elles :

On se fait renvoyer des gens avec des PFSI valides, des CLSC, des centres hospitaliers, d'organismes communautaires. C'est correct, nous on les réoriente, mais ça démontre qu'il y a encore un manque d'information par rapport aux différents statuts migratoires premièrement, puis après ça, à l'accès aux soins en fonction de la couverture médicale qui est applicable ou non.

Par ailleurs, le problème d'accès à l'information, notamment celui sur les services de dépistages gratuits pour les personnes sans assurance maladie a été longuement souligné. Même la ligne Info-Santé qui constitue une composante majeure de la première ligne de soins de santé ne fournirait pas de renseignements sur les établissements qui pourraient offrir l'accès gratuit aux services de dépistage, de soins et de TAR aux PMVVIH sans couverture ou aux personnes non ciblées par des programmes de lutte spécifiques. Un participant le précise :

Les gens qui nous contactent et qui ont appelé 811 ont reçu le message qu'il n'y a aucun accès au dépistage ou aux traitements... C'est les organismes communautaires qui essaient de rejoindre les gens. Les personnes qui ne sont pas des hommes gais appellent info santé 811, pour des questions sur le dépistage et on leur dit qu'il n'y a pas de service.

Les intervenant-e-s soulèvent également le problème de littératie et d'idées préconçues de la part de certaines populations immigrantes. Selon eux, au regard de la visibilité réduite des campagnes de sensibilisation de lutte contre VIH au Canada, le risque de transmission du VIH pour eux serait quasiment nul dans ce pays, avec un nombre très peu levé de PVVIH. Un participant ajoute qu'il y aurait dans le milieu gai une espèce d'adoration de « l'homme blanc » qui, selon certain-e-s immigrant-e-s, ne pourrait pas attraper le VIH. Ces croyances conduiraient les immigrants à prendre plus de risque dans leurs pratiques sexuelles.

2) Manque de communication ou collaboration

D'autres obstacles à l'accès aux soins ont été relevés par certain-e-s participant-e-s, particulièrement celles et ceux issu-e-s du milieu privé et communautaire. Certaines personnes affirment être indignes face à la résistance qu'elles rencontrent dans leur collaboration avec les établissements publics, et ce particulièrement lorsqu'elles leur recommandent certain-e-s client-e-s. D'autres ont déploré le manque de communication à l'interne dans l'ensemble du réseau de la santé et l'absence d'arrimage des services entre les établissements publics, privés et communautaires. Elles ont attiré l'attention sur l'importance pour l'ensemble des milieux de collaborer pour une meilleure coordination dans la prise en charge des personnes sans couverture; en effet une participante mentionne: « *l'information ne circule pas* ».

3) Discrimination, stigmatisation et confidentialité

Pour les PMVVIH sans assurance maladie, **la crainte d'être stigmatisées dans leurs milieux communautaires et l'expérience de discrimination vécue dans les établissements de soins engendrent des barrières supplémentaires aux recours aux services dont elles ont besoin.** Un des répondants affirme que les personnes immigrantes font face à d'énormes préjugés mal fondés à l'intérieur des établissements de soins et que cela biaise beaucoup la détermination de la vulnérabilité.

Par ailleurs, il semblerait que la qualité de l'accueil fasse défaut dans la stratégie globale de prise en charge de certains hôpitaux, comme l'explique une participante: « *une personne a rapporté qu'elle vit comme un rejet quand elle va dans un autre service de santé et on lui dit "nous ne faisons pas ça ici" puis réfère à un autre service* ».

Certain-e-s immigrant-e-s sans assurance maladie ne consulteraient pas les organismes qui offrent l'accès gratuit au dépistage comme lors des cliniques mobiles organisé par GAP-VIE, parce qu'elles ou ils craignent d'être stigmatisé-e-s par leur communauté, particulièrement celles ou ceux qui viennent de petits milieux. D'autres personnes auraient peur de récupérer leurs médicaments dans des pharmacies par crainte d'être stigmatisées.

Les personnes sans statut d'immigration ont rapporté que la peur d'être

DÉPORTÉ

était une barrière à la recherche de soins.

Plusieurs répondant-e-s ont soulevé la question de la **confidentialité**. En effet, les participant-e-s qui reçoivent parmi leur clientèle **les personnes sans statut d'immigration ont rapporté que la peur d'être déporté était une barrière à la recherche de soins.** Par conséquent certain-e-s intervenant-e-s communautaires déclarent ne pas être à l'aise à demander aux personnes sans statut d'immigration d'aller chercher de l'aide dans les services publics, car celles ou ceux-ci sont très méfiants et refusent de consulter un-e professionnel-le de santé dans les hôpitaux par crainte de dévoiler leur statut d'immigration. Une des participant-e-s a rajouté que même celles ou ceux qui sont en attente d'une décision pour leur demande d'asile ont peur de se faire dépister, car un résultat positif pourrait impacter la décision des services d'immigration.

Pour illustrer cela, un des répondants rapporte le cas d'un immigrant sans statut d'immigration reçu aux urgences qui avait été saisi par les agents frontaliers puis rapatrié dans son pays d'origine dès sa sortie de l'hôpital. Pourtant, selon une autre participante, il y a une obligation de protection de la confidentialité dans le système de santé québécois. Contrairement aux professionnel-le-s de la santé, le personnel administratif n'a pas nécessairement la même conscience de la question de confidentialité.

L'aspect de confidentialité revient aussi dans l'étude au niveau des personnes qui ont peur d'être stigmatisées par les membres de leur communauté.

4) Barrières culturelles, linguistiques et géographiques

Plusieurs participant-e-s ont relevé que la répartition géographique des établissements de santé dans les zones rurales était inégale et que parfois l'offre de services était insuffisante. Ainsi, il devient plus périlleux pour certaines populations d'avoir accès à des services de santé de base, par rapport à d'autres vivants en zone urbaine.

Dans un contexte d'immigration avec des populations arborant plusieurs cultures, les compétences culturelles devraient être prises en compte dans l'offre de services. Cependant, il existerait certains ajustements internes, parfois non formels, mis en place au sein des organismes pour pallier à ce manque.

3. Alternatives d'accès aux soins et aux traitements

DÉPISTAGE



CONSULTATIONS



TESTS DE SUIVI



TRAITEMENTS



Devant ce contexte exigeant, autant pour les prestataires de services que pour les PMVVIH sans assurance maladie, différentes actions et stratégies ont pu être mises en place par des acteur-ric-e-s du réseau de la santé et des services sociaux, déterminé-e-s à améliorer la qualité de vie et à restaurer la santé de cette population victime des politiques restrictives entourant l'accès aux services dans le système de santé publique québécois. Ces alternatives d'accès concernent toutes la cascade de soins, allant du dépistage à la consultation et soin, au test de suivi et au traitement.

En plus de cela, certains établissements ont mis en place des arrangements en soins et en services VIH partagés disponibles gratuitement sans le soutien du gouvernement grâce aux fonds propres des établissements concernés ou par le biais de bailleurs de fonds.

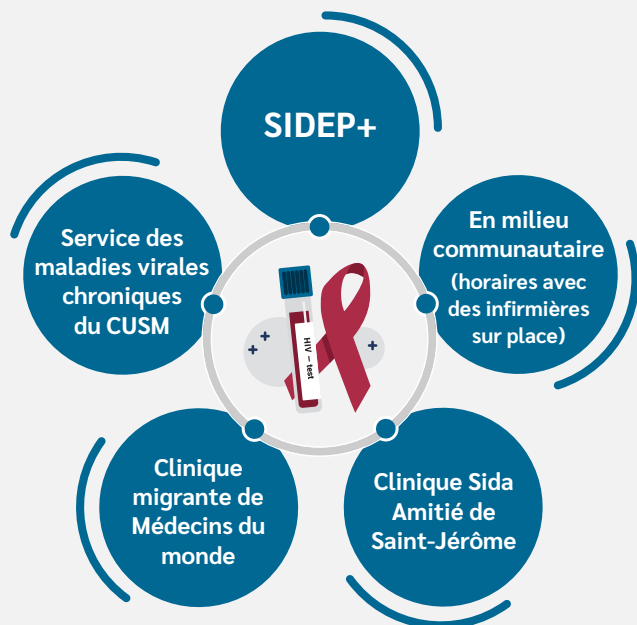
Les informations colligées indiquent que la collaboration avec différents milieux et le développement d'ententes de services avec différents partenaires se sont avérés primordiaux pour la pérennisation de ses arrangements. Bien que les différentes mesures prises soient non optimales dans un contexte de pauvreté en ressources, ces initiatives permettent d'améliorer l'accès aux dépistages, soins et TAR pour les PVVIH et sans assurance maladie au Québec, comme l'exprime une participante:

Nous on réussit à offrir un service relativement universel, le plus souvent pour les personnes marginalisées issues de l'immigration ou non, mais ça donne qu'on travaille avec des personnes qui ont des statuts particuliers ou pas de statut.



a. Dépistage

L'accès au dépistage au Québec est possible mais parfois difficile pour les personnes n'ayant pas accès à des assurances. Pour contourner cette barrière et permettre une meilleure accessibilité au dépistage, plusieurs organismes communautaires et cliniques publiques offrent des services gratuits, confidentiels et anonymes destinés à toutes populations confondues. Ainsi, toute personne, ayant une carte d'assurance ou pas désirant avoir accès à un dépistage, a la possibilité de se rendre soit dans les cliniques publiques comme :



b. Consultations, soins et tests sanguins

Il existe des établissements qui offrent des services aux PMVVIH sans assurance maladie et ceux-ci ont la particularité de ne demander ni la carte d'assurance maladie ni le statut d'immigration à leurs patient-e-s. Le statut d'immigration ou certaines informations plus spécifiques pourraient être demandés plus tard pour des besoins d'orientation vers des programmes existants financés par le gouvernement et ciblant des groupes particuliers, tels que les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) ou les programmes ciblant des utilisateurs de drogues (UDI). Dans l'optique d'éviter toute sorte de stigmatisation, jugement et discrimination, l'anonymat du patient est respecté.

Certains établissements ont aussi développé des ententes avec des laboratoires dans le but d'obtenir gratuitement des tests anonymes (charge virale, CD4).

En plus de cela, il existe des **corridors de services**, dont l'accès fonctionne par réseau et connaissance, très souvent de bouche à oreille, à travers les partenaires de certaines structures comme Médecins du monde ou par le biais de cliniques mobiles ou d'organismes communautaires. Beaucoup de références se font également à l'interne, entre les patient-e-s qui se font référer par d'autres patient-e-s. Les partenariats entre les organismes sont rapportés comme étant mis à profit lorsqu'arrive le temps de rediriger une PMVVIH sans assurance maladie ayant fait une demande de service à laquelle l'organisme en question n'est pas en mesure de répondre.

c. Traitement

Les PMVVIH sans assurance maladie ont accès à un traitement gratuit continu fourni soit dans le cadre d'un essai clinique ou par le biais de programmes compassionnel de certaines compagnies pharmaceutiques.

Le programme compassionnel des compagnies pharmaceutiques peut couvrir une partie des co-paiements des assurances des PVVIH ayant des difficultés financières, soit la totalité des frais de traitements. Ce programme est accessible via un médecin pour des raisons humanitaires ou urgentes. Un participant explique :

C'est un étudiant étranger et ses assurances étudiantes ne couvraient pas le VIH donc nous on a réussi à avoir du traitement compassionnel pour le traiter. Aujourd'hui il a fini son doctorat, son VIH est en charge virale indétectable, fait que ça fonctionne.

D'autres alternatives sont également utilisées pour l'accès gratuit aux TAR. **Certains établissements recyclent les médicaments laissés par d'autres patients** et les prescrivent à leur clientèle démunie sans assurance maladie.

Certaines pharmacies établissent des ententes de paiement différées avec les PVVIH dont les assurances exigent le paiement de la totalité des frais avant d'être remboursées. Elles permettent ainsi aux patients à faible revenu d'étaler le remboursement des frais à la pharmacie, sur une base mensuelle.

Certaines PMVVIH sans assurance maladie essaient d'accéder au TAR en les commandant à l'étranger dans leurs pays d'origine, mais très souvent ceux-ci sont saisis à la douane, car la loi proscrie l'envoi de la médication par la poste. D'autres patients retournent dans leur pays d'origine pour avoir accès aux traitements.

b. La clinique Sida Amitié ou le Dispensaire à Saint-Jérôme

La clinique Sida amitié offre des services à tous. L'accès au dépistage du VIH est gratuit pour tout le monde indépendamment du statut d'immigration ou de la couverture médicale. Comme le CSUM, CSA travaille en partenariat avec les compagnies pharmaceutiques pour l'accès au traitement sur du moyen terme pour leur clientèle et l'obtention de cartes compassionnelles pour les traitements. Ils ont aussi établi un partenariat avec un laboratoire à l'hôpital qui leur donne la possibilité d'effectuer des tests anonymes gratuitement pour la charge virale et le taux de CD4. Ils font également souvent appel au SIDEPE pour ces tests, mais rencontrent des difficultés dans cette collaboration, car les programmes SIDEPE sont très inégaux d'un territoire à l'autre. CSA collabore aussi avec un médecin-conseil en ITSS grâce à une entente particulière avec la RAMQ dans le cadre des Activités médicales particulières (AMP) pour offrir un certain nombre d'heures ou de journées payées.

La clinique Sida amitié offre des services à tous. L'accès au dépistage du VIH est gratuit pour tout le monde indépendamment du statut d'immigration ou de la couverture médicale.

c. Limites des corridors et des soins partagés

Les corridors développés dans le réseau présentent toutefois quelques limites. Les participant-e-s rapportent être obligé-e-s de créer ou refaire des corridors à chaque fois, en les adaptant au profil des personnes reçues. D'un autre côté, les cartes compassionnelles ne sont pas illimitées. Le programme permet l'accès aux TAR sur une courte période, généralement de 3 mois renouvelables en attendant que les PMVVIH puissent obtenir un statut et être prises en charge par le régime public ou la PFSI. Raison pour laquelle certains essais cliniques n'acceptent que des personnes qui pourraient obtenir leur statut rapidement. Pour celles et ceux qui n'arrivent pas à obtenir de statut, l'accès aux TAR est encore plus problématique. Une des participant-e-s rapporte le cas d'une PVVIH, établie au Canada depuis au moins 10 ans, qui navigue de recherche en recherche pour pouvoir être traitée: *« Il y a de la médication, il y en a mais on ne sait jamais exactement combien de temps ».*

Le programme permet l'accès aux TAR sur une courte période, généralement de

3

mois renouvelables en attendant que les PMVVIH puissent obtenir un statut et être prises en charge par le régime public ou la PFSI.

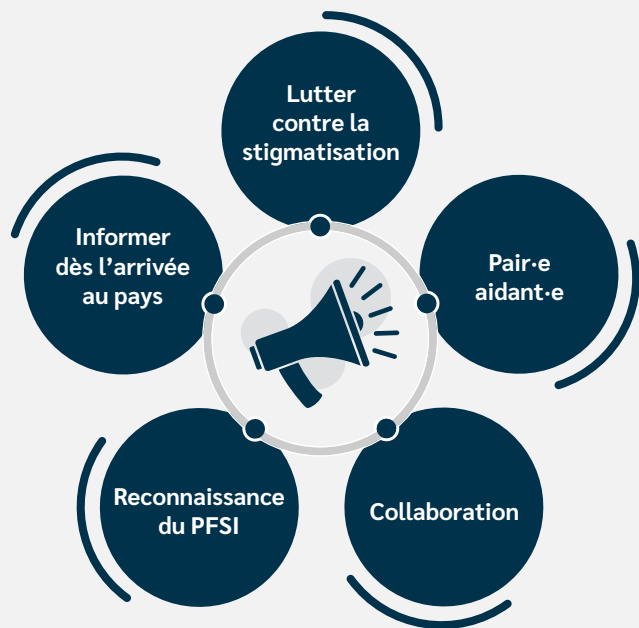
Les participant-e-s sont préoccupé-e-s par l'enjeu éthique autour du dépistage gratuit sans accès aux TAR, comme l'exprime l'un-e d'eux ou d'elles: *« Qu'est-ce que je fais si c'est positif sachant que je ne peux pas lui offrir de soins ni de traitement » ?* Lors du prétest counseling, certain-e-s professionnel-le-s se sentent obligé-e-s de dire, *« on va faire le test mais s'il revient positif, sache qu'on n'aura pas nécessairement de solution »* selon un participant. Même si par la suite aucun traitement ne pourra être fourni, les participant-e-s sont d'avis que le dépistage permettra à la personne d'adopter des comportements sains pour prévenir sa santé et celle de son partenaire. Pour d'autres, la préoccupation tourne autour du stress supplémentaire pour l'immigrant-e d'être conscient-e de souffrir d'une maladie mortelle sur laquelle on ne peut pas agir à cause d'un manque d'accès aux TAR. Enfin, concernant la participante à des essais cliniques, bien que cela favorise l'accès aux TAR, il requiert de la part des patient-e-s un engagement à un projet de recherche. Une intervenante y soulève la question de dignité humaine: *« Quand ils sont engagés dans des projets de recherche, ils sont un peu comme des cobayes si on fait juste les rattacher à des recherches tout le temps ».*

L'accès compassionnel, même s'il fournit les molécules les plus « à la mode » selon certain-e-s participant-e-s, ne permet pas d'offrir toutes les molécules aux patient-e-s sans couverture. Des professionnel-le-s de santé témoignent rencontrer des difficultés à trouver des molécules qui fonctionnent chez certaines PMVVIH qu'elles ou ils reçoivent, car celles-ci ont développé des résistances à des médicaments, à cause de multiples arrêts de leur traitement.

V. Pistes de solutions – Nos recommandations

Ce projet pilote a été l'occasion de récolter des idées et informations provenant de points de vue variés quant aux différentes solutions envisageables pour aller vers une couverture universelle au Québec pour les PVVIH.

a. La parole aux personnes vivant avec le VIH : interventions prioritaires



Des PMVVIH (17 personnes) ont été consultées en 2019, en fin de projet, afin de solliciter leur point de vue sur les résultats du projet pilote.

- Nous retenons de ces consultations que la problématique liée à **la stigmatisation et à la discrimination en lien avec le VIH est très forte pour les personnes immigrantes et que cela doit être considéré de façon transversale et prioritaire.**
- De plus, les participant-e-s expriment **un réel besoin d'information et de sensibilisation dès leur arrivée au Québec**, que cela soit dans les organismes d'immigration ou dans les services pour les étudiant-e-s étranger-ère-s à l'université ou pour les travailleur-se-s temporaires, car ces deux dernières catégories de migrant-e-s ne fréquentent pas les organismes d'immigration. Toutefois, par peur de vivre de la stigmatisation et de la discrimination, le statut VIH ne sera que rarement dévoilé à un-e intervenant-e d'un organisme d'accueil en immigration, alors que ce sont souvent les premier-ère-s professionnel-le-s qu'un-e nouvel-le arrivant-e rencontre et qui pourraient donc l'orienter vers des services appropriés.

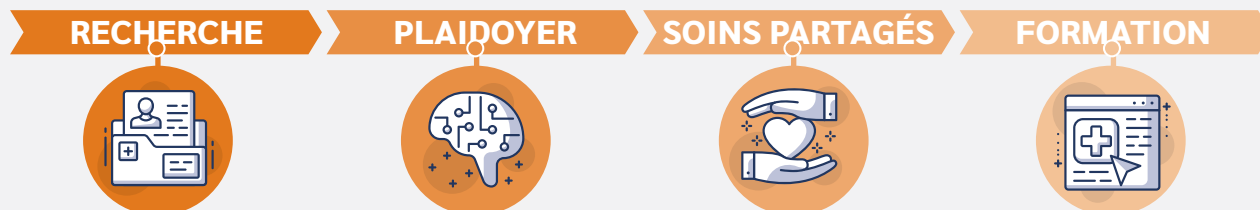
- Les participant-e-s ont rappelé aussi que **plusieurs établissements de santé n'acceptent pas le PFSI** pour couvrir les frais des soins, un défi important, d'autant plus si le refus de service est accompagné par des gestes qui sont vécus comme humiliants par les migrants.
- Les personnes ont souligné l'importance de **résoudre les barrières du manque de communication et de collaboration entre les milieux**, notamment avec les médecins mandatés par le ministère de l'Immigration.
- Enfin, les personnes ont rappelé **l'importance des organismes communautaires VIH** où les relations de confiance sont très bonnes. Selon eux, l'implication dans le milieu communautaire tend à augmenter la résilience et le leadership des PVVIH. **La place des pairs est indispensable. Ils sont considérés comme des « accélérateurs d'acceptation et d'espoir ».**

L'ensemble de ces éléments devront être traités de façon prioritaire dans toutes mobilisations et actions pour améliorer l'accès aux soins des PMVVIH.

b. Nos recommandations

L'analyse de l'ensemble de ces données nous permet d'avancer quatre recommandations :

- développer des données supplémentaires pour mieux saisir l'ampleur de la situation ;
- développer des plaidoyers sur différents sujets à l'intention des décideurs politiques afin de créer ou d'aller vers une couverture universelle ;
- multiplier le modèle de soins partagés dans le milieu VIH et immigration ;
- fournir des outils tels que des guides ou des formations sur l'immigration pour les professionnel-le-s de la santé et communautaire.



a. Développer des données supplémentaires pour mieux saisir l'ampleur de la situation

Des représentant-e-s du milieu de la santé publique affirment que le nombre de PMVVIH au Québec sans couverture maladie et médicament est faible. Cependant, il n'existe pas de données exactes les quantifiant. Un participant du milieu communautaire résume bien cet enjeu : **« Tout ce qui ne se mesure pas, ça n'existe pas : ce qui compte pour le système de santé ce sont les données dures, par rapport aux données molles ».**

Développer des données est donc une stratégie retenue par plusieurs participant-e-s du projet. Un participant suggère de commencer à regrouper l'ensemble des données existantes sur cette situation. Le besoin de quantifier le nombre de personnes dans cette situation est revenu à plusieurs reprises ainsi que la nécessité de documenter les besoins des personnes concernées et d'étudier le contexte politique et les perceptions du grand public.

Développer des données administratives pour analyser la faisabilité financière afin d'instaurer une couverture universelle, en étudiant le rapport coût-bénéfice, est un élément clé selon plusieurs participant-e-s. L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pourrait être un partenaire indispensable pour évaluer le coût des médicaments. Ainsi, plusieurs participant-e-s réitèrent l'importance de collaborer avec l'INSPQ et l'INESSS dans le cadre d'une nouvelle recherche. Un participant affirme que « pour pouvoir faire adopter ce projet par le gouvernement, il faut des données scientifiques sur cette problématique, fournies par l'INESSS et l'INSPQ ». L'exemple de la naloxone a été utilisé pour illustrer cette idée, car l'INESSS avait en recommandé l'accès universel, et le gouvernement a accepté cette recommandation.

b. Développer des plaidoyers sur différents sujets à l'intention des décideurs politiques afin de créer ou d'aller vers une couverture universelle.

Les données ainsi récoltées serviront à alimenter le contenu de plaidoyers à l'intention des décideurs politiques. En effet, afin d'aller vers une couverture universelle ou de rendre accessible les soins et les traitements à l'ensemble des PMVVIH sans considérer le statut d'immigration, les professionnel-le-s de santé et du milieu communautaire rencontrent des barrières ne pouvant être surmontées. Le plaidoyer est une méthode de prédilection pour créer du changement, rapporté par un grand nombre des participant-e-s. Plusieurs sujets de plaidoyer ont été évoqués afin d'aller par étape vers une couverture universelle.

Le plaidoyer est une méthode de prédilection pour créer du changement, rapporté par un grand nombre des participant-e-s. Plusieurs sujets de plaidoyer ont été évoqués afin d'aller par étape vers une couverture universelle.

PRINCIPAUX SUJETS DE PLAIDOYER

Changer les règlements des assurances afin d'augmenter la limite de remboursement des TAR

Changer le mode de rémunération des médecins (rémunération à l'acte)

Augmenter le nombre d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS)

Créer une carte temporaire d'assurance maladie de la RAMQ pour les personnes sans statut d'immigration et celles qui ont un statut précaire

Élargir l'admissibilité du PFSI aux personnes sans statut

Établir des collaborations avec les compagnies pharmaceutiques

Développer une clinique pour personnes migrantes à l'image des SIDEP+

Prévoir un budget spécifique dans les cliniques pour couvrir les frais des personnes sans régime d'assurance maladie de la RAMQ

Baisser le prix des traitements

Rendre la PreP gratuite

• Différents sujets de plaidoyer : vers une couverture universelle

L'objectif ultime du plaidoyer serait de changer une loi pour instaurer la couverture sanitaire universelle, qui aujourd'hui couvre seulement une partie de la population résidant au Québec, et non l'ensemble des personnes résidant sur le territoire. **Avant de changer la loi, un participant suggère de changer les règlements des assurances afin d'augmenter la limite de remboursement des TAR pour les assurances étudiantes par exemple.** Ce changement serait bénéfique pour les personnes admissibles à l'assurance privée, mais cela n'est pas le cas de plusieurs situations d'immigration.

De plus, le mode de rémunération à l'acte du médecin, plutôt qu'à l'heure, est une barrière à l'accès aux soins, car l'administration du mode de paiement doit passer par un numéro d'assurance maladie. Ainsi, **changer le mode de rémunération des médecins pourrait contribuer grandement à offrir davantage de soins aux personnes sans carte de la RAMQ, selon un participant.** Celui-ci suggère également d'offrir des incitatifs aux médecins qui offrent des soins à une personne sans carte RAMQ. Un participant précise que le pouvoir de changer le mode de rémunération des médecins revient à son **ordre professionnel.**

Enfin, il pourrait être également bénéfique d'**augmenter le nombre d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS)** dans les cliniques et les organismes communautaires. En effet, les IPS sont rémunérées à l'heure, ainsi le RAMQ n'est pas indispensable pour payer leur salaire. Une meilleure collaboration entre les médecins spécialistes en VIH et les IPS est également indispensable.

Enfin, un participant suggère de **créer une carte temporaire d'assurance maladie de la RAMQ pour les personnes sans statut d'immigration et celles qui ont un statut précaire**, pour laquelle une cotisation serait demandée, comme pour le reste de la population.

Un autre participant propose l'idée **d'élargir l'admissibilité du PFSI aux personnes sans statut.** De ce fait, il n'y aurait pas besoin de créer un nouveau programme.

Un autre recommande d'établir des collaborations entre ministères ou entre gouvernements, notamment entre le ministère de Santé et des Services sociaux (MSSS) et Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC). La Direction des affaires intergouvernementales est l'instance qui prend en charge ces collaborations.

Enfin, il est essentiel **d'établir des collaborations avec les compagnies pharmaceutiques.**

Une idée alternative à la couverture universelle est ressortie, soit celle de **développer une clinique pour personnes migrantes à l'image des SIDEP+, prise en charge par un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS).** Médecins du Monde a déjà une clinique pour les migrant-e-s, mais l'idée ici est de répliquer ce modèle dans le système public de santé avec des plages horaires plus grandes et plus de personnel.

Indépendantes du gouvernement, les cliniques pourraient prévoir un budget spécifique pour couvrir les frais des personnes sans régime d'assurance maladie de la RAMQ.

Enfin, le plaidoyer pourrait se concentrer uniquement sur le prix des traitements. Plusieurs idées ont été suggérées. Un participant précise: «on pourrait interpeller les compagnies pharmaceutiques, les producteurs. Que cela soit négocié entre le gouvernement et ces producteurs de médicaments.» **En baissant les prix des ARV, le gouvernement pourrait plus facilement accepter d'aller vers la couverture sanitaire universelle, selon un participant.**

Dans le même ordre d'idée, le ou la médecin pourrait laisser choisir le traitement par le patient en fonction de son prix dans une gamme cliniquement adapté pour lui ou mettre de l'avant les traitements génériques. Enfin, la PreP devrait également être accessible et gratuite et être proposée rapidement aux personnes les plus à risque.

• Quelques pistes pour développer ce plaidoyer

> Comment convaincre les décideurs d'instaurer une couverture universelle?

Plusieurs participant-e-s recommandent d'**utiliser l'argument de santé publique**, dans le sens où si une partie de la population ne peut pas avoir accès aux soins et aux traitements, l'incidence du VIH ne baissera pas et nous ne pourrons pas atteindre les objectifs de l'ONUSIDA. Un participant précise que l'argument de santé publique et l'argument économique sont plus convaincants pour le gouvernement que celui des droits humains. Notons que l'argument de santé publique n'est valable que si le nombre de personnes concernées est élevé. Toutefois, ces données devront être manipulées avec soin pour ne pas stigmatiser davantage les personnes migrantes. L'argument devrait être, selon un participant, « plus général et faire part des risques de transmission dans la population. Un argumentaire qui dénonce une situation au Québec ».

Le besoin de développer une nouvelle recherche pour documenter la situation est ainsi très pertinent. Toutefois, un participant précise l'importance de **sensibiliser la santé publique dans une logique d'accès à la santé équitable et égalitaire pour toutes et tous**. Ainsi, le développement d'un plaidoyer devrait être ancré dans une méthode de politique publique, par un expert sur les questions en science politique. En effet, les représentant-e-s de santé publique que nous avons rencontré-e-s considèrent qu'implanter la couverture universelle au Québec est peu réaliste et que la gratuité pour toutes et tous n'est pas une solution, puisque certaines personnes peuvent payer leur traitement. Un des participant-e-s demande quelle est l'institution qui a la responsabilité de prendre en charge les personnes sans statut. Celui-ci pense que cela n'est pas dans le mandat du MSSS.

> À qui le plaidoyer doit être ciblé?

Nous venons de voir la complexité des arguments à utiliser qui devront être étudiés avec soin, soutenus par des données probantes. Une réflexion au sujet du public cible à qui s'adresser est autant importante. En plus du MSSS et de l'IRCC, les participant-e-s ont mentionné l'**Agence de santé publique du Canada (ASPC)** et les **compagnies pharmaceutiques**.

Les participant-e-s ont également suggéré des façons de faire le plaidoyer, par exemple **utiliser une histoire personnelle**, qui peut être une histoire vraie ou celle d'un profil type, l'essentiel est d'y aller au cas par cas selon un participant. Il y a la méthode comparative entre un autre système de santé qui utilise l'assurance universelle et le nôtre, tout en présentant le contexte et ce qui ne fonctionne pas dans l'autre système. Selon un participant, la méthode comparative peut être utilisée aussi en comparant un autre programme de notre système de santé pour une initiative différente que celle du VIH, comme l'itinérance.

Il peut être bénéfique de **présenter plusieurs scénarios** de différentes situations pour instaurer la couverture universelle et différents budgets afin de présenter un argumentaire plus précis. Enfin, tout l'argumentaire ne devrait pas être plus long qu'une page recto verso.



Si une partie de la population ne peut pas avoir accès aux soins et aux traitements, l'incidence du VIH ne baissera pas et nous ne pourrons pas atteindre les objectifs de l'ONUSIDA.

• Communication grand public et manifestation

Les participant-e-s ont également mentionné l'utilisation des médias pour diffuser des messages au grand public appuyant ce plaidoyer afin de **changer l'opinion publique** qui pourrait être un levier pour convaincre le gouvernement. Les réseaux sociaux pourraient être mobilisés également, et avoir recours à des porte-parole d'influences est également une bonne méthode, selon un participant. Toutefois, **les messages devront être étudiés de façon à ne pas stigmatiser les populations migrantes, car le sujet de l'immigration est très délicat. Il faudrait donc également mettre en valeur l'importance de l'immigration au Québec et déconstruire les préjugés existants**.

Plusieurs participant-e-s ont évoqué l'intérêt de mobiliser les organismes communautaires pour organiser des manifestations publiques. Les notions de solidarité entre organismes et celle de visibilité ressortaient des entretiens. Cela est d'autant plus important qu'un participant mentionne que **« la valeur de la solidarité est en baisse dans la population. Il faut donc prôner le fait que la santé est un bien collectif »**. Enfin, il est possible de mettre en avant la débrouillardise actuellement utilisée par les professionnel-le-s de santé et communautaires pour démontrer notre pouvoir d'agir et de l'utiliser comme un levier de pression.



c. Multiplier le modèle de soins partagés dans le milieu VIH et immigration.

Avec les ressources dont nous disposons, nous pouvons commencer à faciliter un plus grand accès aux soins. Plusieurs participant-e-s ont mentionné l'efficacité des modèles de soins partagés où les collaborations entre services et professionnel-le-s sont optimisées. Établir des partenariats avec la municipalité, différents organismes et institutions, comme les organismes d'accueil pour immigrant-e-s pourraient faire partie de ce modèle de soins. Pour les personnes aux statuts précaires ou sans statut d'immigration, offrir des services en immigrations intégrés dans un corridor de soins serait indispensable.

Dans le cas où les personnes concernées sont peu nombreuses, plusieurs participant-e-s ont également évoqué l'idée de la création d'un programme spécial gratuit instauré par le MSSS. Sans parler de programme, certain-e-s participant-e-s ont amené l'idée d'avoir une capacité d'accès gratuit pour les personnes sans carte de la RAMQ qui vivent avec le VIH, ou de fixer une plage horaires réservée pour ces personnes. Enfin, ces idées pourraient être réunies sous la forme d'un protocole régional en identifiant les institutions de référence pour les PVVIH sans carte de la RAMQ, et transmettre ces informations auprès des organismes d'accueil pour immigration.

d. Fournir des outils tels que des guides ou des formations sur l'immigration pour les professionnel-le-s de la santé et communautaires.

Enfin, plusieurs professionnel-le-s de santé et communautaires ont mentionné avoir besoin de formation et d'un guide pour mieux intervenir auprès de personnes immigrantes aux statuts précaires et sans régime de la RAMQ. L'ensemble des alternatives existantes d'accès aux soins et aux traitements gratuitement devraient y être réunies.

De plus, les participant-e-s ont mentionné l'importance d'offrir des **services culturellement adaptés** (des formations existent déjà sur ce sujet) et l'importance capitale de **renforcer la confidentialité** dans la pratique auprès des personnes sans statuts et des demandeur-se-s d'asile.

VI. Conclusion

L'objectif de ce projet pilote était de réunir une équipe interdisciplinaire et intersectorielle pour préparer un projet de recherche communautaire plus vaste. Nous avons exploré et analysé les stratégies pour instaurer une couverture sanitaire universelle au Québec pour les PVVIH dans cette situation, ainsi que les pistes de solutions à court terme pour permettre l'accès aux traitements et aux soins pour celles qui en ont besoin. Ce projet pilote a permis de développer un projet plus vaste, déposé aux IRSC en octobre 2019, puis en 2021, afin d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité d'une intervention participative et communautaire pour améliorer l'accès aux services de sensibilisation, de prévention, de dépistage, aux traitements et aux soins pour le VIH chez des personnes ayant un accès limité en raison de leur statut migratoire.

1. Les résultats par objectif spécifique

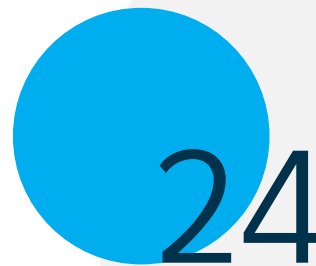
Créer un partenariat interdisciplinaire, intersectoriel et communautaire en respectant les principes GIPA

Ce projet de recherche communautaire, a été dirigé par un comité de pilotage composé de 24 professionnel·le·s des milieux communautaires, universitaires, cliniques et institutionnels de Montréal, Saint-Jérôme et Québec. L'ensemble des membres ont maintenu un grand intérêt à l'égard du projet jusqu'aux activités de transfert des connaissances. Cette motivation s'est concrétisée par une grande implication tout au long du déroulement de la recherche. La majorité des membres n'ont pas hésité à poursuivre leur implication pour la suite de ce projet. Pour le développement de la suite du projet, nous avons mobilisé 33 personnes des milieux communautaires, universitaires, cliniques et institutionnels et des personnes vivant avec le VIH et concernées par les enjeux d'immigration.

Analyser à travers la littérature les éléments de stratégies mobilisés pour mettre en place une couverture universelle dans d'autres pays

Un total de 1470 articles a été identifié lors de notre recherche initiale sur la base des mots clés de recherche. Après analyse, 71 articles ont été inclus. Cette revue de littérature a permis de faire une analyse sommaire des politiques, des dispositions législatives, réglementaires, financières et des initiatives en lien avec l'accès des PNVVIH sans assurance maladie. Cette analyse montre que fournir un accès gratuit équitable et de qualité aux services de santé et au traitement du VIH à ce groupe reste un défi, aussi bien pour les pays à revenu élevé que pour les pays à revenu moyen ou faible. Nos résultats ont démontré que les politiques qui dissuadent les PVVIH issues de l'immigration sans couverture d'obtenir des soins de santé peuvent à la fois augmenter les coûts pour le système de santé et avoir des implications importantes pour la santé publique.

La méthodologie utilisée dans cette étude, bien que rigoureuse et systématique, présente des limites qui peuvent influencer sur les résultats, en ce sens qu'il ne s'agit pas d'une revue systématique complète. En dehors des études aux États-Unis où le terme « personne non assurée » était fréquemment utilisé, dans la majorité des articles, le terme « immigrant en situation irrégulière » désignait les personnes n'ayant pas de couverture sanitaire. Nous avons inclus les études traitant de l'accès et de la couverture sanitaire universelle qui ne concernait pas notre population à l'étude. Nous avons également inclus des études réalisées dans différents contextes pour mieux comprendre toute la complexité entourant les réponses des systèmes de santé à l'épidémie du VIH dans un contexte d'immigration massive.



24

professionnel·le·s des milieux communautaires, universitaires, cliniques et institutionnels de Montréal, Saint-Jérôme et Québec ont dirigé ce projet de recherche communautaire.

Documenter l'état de la situation de l'accès aux soins des PVVIH issues de l'immigration auprès des professionnel-le-s de différents milieux

Afin de pousser la réflexion vers des pistes de solutions à court terme et à long terme pour venir en aide à ces personnes, rendre le système de santé plus équitable et réduire les inégalités, nous avons documenté la perception des professionnel-le-s de la santé et les organismes communautaires face aux difficultés rencontrées par les PMVVIH sans assurance maladie lorsqu'ils essaient d'accéder au système de santé québécois et des contraintes qu'ils rencontrent à leur niveau dans l'offre de services à ces populations marginalisées.

Il ressort huit catégories de barrières aux soins : barrières administratives, organisationnelles, financières, manque d'information, manque de communication et de collaboration entre différents milieux, le problème de stigmatisation et de discrimination, et des barrières culturelles.

Il ressort huit catégories de barrières aux soins :

- les barrières administratives ;
- les barrières organisationnelles ;
- les barrières financières ;
- le manque d'information ;
- le manque de communication et de collaboration entre différents milieux ;
- le problème de stigmatisation ;
- le problème de discrimination ;
- les barrières culturelles.

Certaines barrières sont directement liées aux statuts d'immigration, soit celles administratives, organisationnelles et financières, mais d'autres n'ont pas de lien direct avec le statut. Elles sont plutôt liées au fait que les professionnel-le-s de santé et les intervenant-e-s manquent d'information sur les réalités d'immigration. Nous avons aussi constaté que certaines personnes au statut d'immigration précaire ne savent pas où se rendre pour recevoir des soins, et que le manque de communication et de collaboration entre les milieux communautaires et les cliniques, entre organismes et entre institutions, contribue à réduire l'accès aux soins.

Nous avons identifié plusieurs initiatives qui offrent gratuitement l'ensemble de la cascade de soins (du dépistage aux TAR) pour les PMVVIH qui n'ont pas d'assurance maladie ou qui en ont une restrictive. Ces initiatives sont organisées dans certaines cliniques publiques, privées et communautaires à Montréal et Saint-Jérôme et dépendent de la bonne volonté et souvent du travail bénévole des professionnel-le-s de santé, qui éprouvent de grandes difficultés financières et structurelles pour leurs interventions.

Concevoir un nouveau projet de recherche sur un sujet prioritaire

Ce projet pilote a permis de consolider une équipe de recherche multisectorielle avec des experts sur la question du VIH et de l'immigration. À partir des résultats de ce projet, l'ensemble de l'équipe et des PMVVIH ont été consultés afin d'identifier le sujet de recherche prioritaire pour la suite de ce projet qui permettrait le mieux de répondre au besoin des PMVVIH sans couverture maladie. Nous avons alors réalisé en 2019 un nouveau protocole de recherche qui proposait la mise en œuvre d'un **corridor de services** coordonnés pour concerter les actions en faveur de l'accès aux soins déjà partiellement mise en œuvre par les organismes communautaires et cliniques.

Ce projet pilote a permis de consolider une équipe de recherche multisectorielle avec des experts sur la question du

VIH

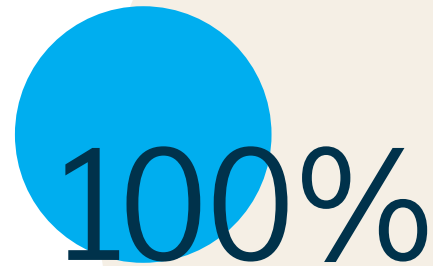
et de l'immigration.

2. Une intervention communautaire pour la prise en charge des PVVIH sans régime d'assurance maladie de la RAMQ : le Cercle Orange

Notre soumission qui n'a pas été retenue, toutefois un tel corridor de services a été développé et mis en place par le milieu communautaire : le Cercle Orange (CO). Ce service est une initiative communautaire, lancée en janvier 2020 pour répondre aux besoins de PVVIH sans couverture maladie et contribuer à faire avancer les cibles «95-95-95» de l'ONUSIDA. C'est un service de référence et de coordination gratuit à Montréal pour des PVVIH qui n'ont pas d'accès aux soins de santé, notamment (mais pas exclusivement) les personnes migrantes. Patrick Keeler, un intervenant communautaire est le coordonnateur du CO, il a observé qu'il est difficile ou impossible pour certaines personnes qui n'ont pas de couverture provinciale d'accéder au système de santé et de payer pour les services essentiels. Des ressources pour ces populations existaient à Montréal, mais étaient limitées, déconnectées et difficiles à naviguer. Pour répondre à ce problème, le CO a formé un réseau à l'échelle de la ville de Montréal avec une porte d'entrée commune. Cela permet d'amplifier le potentiel de ces ressources (médicales, juridiques et communautaires), et de soutenir les participant-e-s à naviguer à travers ces ressources, en assurant l'accès aux soins continus. Maintenant, les participant-e-s du CO ont accès à plus de 50 médecins dans 7 cliniques et 3 hôpitaux, des médicaments gratuits grâce aux programmes de support aux patient.e-s, des tests routines, 7 organisations juridiques pour répondre aux questions d'immigration, 10 organismes communautaires, tous sans frais. L'initiative propose également un suivi régulier (aux 2 à 3 mois) pour assurer la continuité des services. Le CO est financé par une initiative des compagnies pharmaceutiques (ViiV), jusqu'en janvier 2022.

L'objectif du CO est de soutenir moyennement 100 personnes (de janvier 2020 à décembre 2021) avec les objectifs spécifiques suivants : 100% des personnes ont un accès initial au traitement ; 90% ont une charge virale indétectable ; 80% un suivi régulier avec un fournisseur de soins primaire ; 60% entreprennent des actions d'obtenir un N.A.M.

Depuis mars 2020, le CO collabore activement avec notre équipe de recherche et l'initiative est hébergée à la COCQ-SIDA.



100%

des personnes soutenues par le Cercle Orange auront accès au traitement initial.



Références

1. HADDAD, N, A. WEEKS, A. ROBERT, S. TOTTEN., *Rapport de surveillance du VIH de 2019*, 2021. 47 (1): Agence de la santé publique du Canada.
2. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec-RAPPORT 2019, 2020, 2020*.
3. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA: OTTAWA (ON), *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes: Personnes vivant avec le VIH/sida*, 2013.
4. KUILE, S., et al., *The universality of the Canadian health care system in question: Barriers to services for immigrants and refugees*. International Journal of Migration, Health and Social Care, 2007. 3 (1): p. 15-26.
5. IMMIGRATION, RÉFUGIÉS ET CITOYENNETÉ CANADA, *Plan ministériel 2021-2022*, 2021.
6. KRONFLI, N., et al., *Delayed linkage to HIV care among asylum seekers in Quebec, Canada*. BMC public health, 2019. 19 (1): p. 1-9.
7. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Le bilan démographique du Québec*, 2020. p.183.
8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Le système de santé et de services sociaux au Québec, En bref*, 2017.
9. OAT-JUDGE, J., S.L. GALVIN, and D.J. FRAYNE, *Free pregnancy testing increases maternity care volume in family medicine residencies*. Fam Med., 2015. 47. (6): p. 4703.
10. WORLD HEALTH ORGANISATION: GENEVA, *Update WP. Antiretroviral treatment as prevention (TASP) of HIV and TV*. 2012.
11. MÉDECINS DU MONDE, *Personnes sans statut et à statut précaire d'immigration: Guide de formation*, 2018.
12. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Le bilan démographique du Québec*. Édition 2020, 2020. p. 183.
13. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *État de la situation: portrait statistique des demandeurs d'asile au Québec*, 2017.
14. RIDDE, V., et al., *Unmet healthcare needs among migrants without medical insurance in Montreal, Canada*. Global public health, 2020. 15 (11): p. 1603-1616.
15. MÉDECINS DU MONDE CANADA, OPÉRATIONS NATIONALES, *Rapport d'activités 2018-2019*, 2019: <https://www.medecinsdumonde.ca/wp-content/uploads/2019/06/DFI-MdM-activite%CC%81-2019-V16-WEB-v2.pdf>.
16. MOREL, S., *Inequality and discrimination in access to urgent care in France Ethnographies of three healthcare structures and their audiences*. Soc Sci Med, 2019. (232): p. 25.
17. KOMATSU, R.S., T. SAWADA, *The role of international migration in infectious diseases The HIV epidemic and its trends in Japan*. Int J Health Serv, 2007. 37 (4): p. 745.
18. POUNGKANTA, W.S., S. NIPAPORN, Y. WANWONG, P. NOPPARATTAYAPORN, *Health Insurance for Undocumented Migrants A Literature Review in Developed Countries*. J Med Assoc Thai, 2017. (v): p. 716.
19. FOLEY, E., *HIV/AIDS and African immigrant women in Philadelphia structural and cultural barriers to care*, 2005. 17 (8): p. 1030.
20. THOMAS, F, P. AGGLETON, J. ANDERSON, *"If I cannot access services, then there is no reason for me to test": the impacts of health service charges on HIV testing and treatment amongst migrants in England*, 2010. 22 (4): p. 526.
21. CHEMOUNI, B., *The political path to universal health coverage Power, ideas and community based health insurance in Rwanda*, 2018. (106): p. 87.

22. KUSI, A., K.S. HANSEN, F. ASANTE, U. ENEMARK, *Refusal to enrol in Ghana's National Health Insurance Scheme Is affordability the problem?*, 2015. 14 (1).
23. MILLS, A.A., JE. ATAGUBA, J. AKAZILI, J. BORGHI, B. GARSHONG; S. MAKAWIA, et al, *Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania implications for paths to universal coverage*, The Lancet, 2012. 380 (9837): p. 126.
24. MCINTYRE D, B. GARSHOUNG, G. MTEI, F. MEHEUS, M. THIEDE, J. AKAZILI et al, *Beyond fragmentation and towards universal coverage insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania*, Bull World Health Organ, 2008. (86): p. 871.
25. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Rapport sur la santé dans le monde 2013: la recherche pour la couverture sanitaire universelle*, 2013.
26. TANSER, F., et al., *High coverage of ART associated with decline in risk of HIV acquisition in rural KwaZulu-Natal, South Africa*. Science, 2013. 339 (6122): p. 966-971.
27. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Le chemin vers la couverture sanitaire universelle: étude de cas sur le Gabon*, 2015.
28. SIMONNOT, N., et al, *L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé dans 31 villes de 12 pays*, Médecins du Monde, 2016.
29. WOODWARD, A., N. HOWARD, and I. WOLFFERS, *Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review*, Health policy and planning, 2014. 29 (7): p. 818-830.
30. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Fifty-eighth world health assembly. Revision of the International Health Regulations*, 2005.
31. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC: QUÉBEC, *Le système de santé et de services sociaux au Québec. En bref*, in *La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*, 2008.
32. ROUSSEAU, C., et al., *Health care access for refugees and immigrants with precarious status*. Canadian Journal of Public Health, 2008. 99 (4): p. 290-292.
33. UNAIDS, *Galvanizing global ambition to end the AIDS epidemic after a decade of progress*, 2019.
34. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, *Ententes de réciprocité - Bénéficiaire du Régime de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)*. http://www.bei.umontreal.ca/bei/ass_exemptions.htm.
35. MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION, DE LA DIVERSITÉ ET DE L'INCLUSION: QUÉBEC, *Adhérer à une assurance maladie et hospitalisation. Immigration diversité et inclusion Québec*, 2017.
36. MÉDECINS DU MONDE CANADA: QUÉBEC, *État de situation: projet outreach de Médecins du Monde en prévention des ITSS chez les populations migrantes à statut précaire*, 2014.
37. ALVAREZ, F., G. BOIS, Z. BRABANT, A-S. BRIAND, I. LEBLANC, R. BLONDIN-GRAVEL, et al., *La santé pour tous et toutes, sans exception.: Étude des barrières à l'accès au système de santé public québécois*, MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC, 2018.
38. DEMANGE, É., É. HENRY, and M. PRÉAU, *From collaborative research to community-based research: A methodological toolkit*, ANRS, 2012.



Université 
de Montréal

 **COCQ-SIDA**
Membre de la Coalition
Internationale Sida 

UQO
UNIVERSITÉ
DU QUÉBEC
EN OUTAOUAIS

reachnexus

**Coalition des organismes communautaires
québécois de lutte contre le sida**

1, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2X 3V8
514 844 2477
info@cocqsida.com
cocqsida.com

Université de Montréal

Avec Christina Zarowsky, Professeure
École de santé publique –
Département de médecine sociale et préventive,
(514) 343-2441
christina.zarowsky@umontreal.ca

Université du Québec en Outaouais

Avec Drissa Sia, Professeur associé
École de santé publique -
Département de médecine sociale et préventive
drissa.sia@umontreal.ca

Conception graphique: Thrace Graphistes Conseil

Révision linguistique: Paola Duchaine, rédactrice agréée
et réviseure. www.motsetlumiere.com

Dépôt Légal: