

Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2023 et projections 2024

SURVEILLANCE ET VIGIE

NOVEMBRE 2025

PORTRAIT DE SANTÉ

AUTEURS ET AUTRICES

Karine Blouin, conseillère scientifique spécialisée
Raphaël Bitera, conseiller scientifique spécialisé
Paula Gruber, conseillère scientifique
Diane Sylvain, conseillère scientifique
Noémie Savard, médecin-conseil
Zoë Greenwald, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Jean-Sébastien Touchette, médecin-conseil
Régie régionale de la santé et des services sociaux du
Nunavik

SOUS LA COORDINATION DE

Anne Kimpton, chef d'unité scientifique
Direction des risques biologiques

COLLABORATION

Ludivine Veillette-Bourbeau, conseillère en vigie sanitaire
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Marilou Kiely, professeure adjointe sous octroi
Université Laval

Brigitte Lefebvre, spécialiste clinique en biologie médicale
Maud Vallée, spécialiste clinique en biologie médicale
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

Aurélié Maheux-Dubuc, conseillère scientifique
Secrétariat général
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Linda Cléroux, agente administrative
Direction des risques biologiques

RÉVISION

Nathanaëlle Thériault, médecin conseil
Direction de santé publique du Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Nicholas Brousseau, médecin conseil
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Tanguy Hedrich, coordonnateur de la recherche
communautaire
Coalition des organismes communautaires québécois de
lutte contre le sida

Les personnes qui ont révisé ce document ont été conviées à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document, et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les autrices et auteurs ainsi que les personnes qui ont révisé le document ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

REMERCIEMENTS

Nous remercions les cliniciens et le personnel du réseau de la santé et des services sociaux pour leur contribution à la qualité de la déclaration des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Nous remercions également toutes les personnes qui ont participé aux enquêtes de vigie rehaussée, aux programmes de surveillance spécifiques ou aux études épidémiologiques d'où proviennent les données qui ont permis de dresser le présent portrait des ITSS.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue ou en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-03249-1 (PDF)
DOI : <https://doi.org/10.64490/ONGK7850>

© Gouvernement du Québec (2026)

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Surveillance et vigie* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques visant la caractérisation de la santé de la population et de ses déterminants, ainsi que l'analyse des menaces et des risques à la santé et au bien-être.

Le présent Portrait de santé vise à fournir de l'information sur l'émergence, l'ampleur ainsi que la progression des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et de leurs déterminants au Québec afin d'orienter les interventions et la planification des ressources nécessaires en matière de lutte contre les ITSS.

Il a été réalisé grâce à un financement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Ce document s'adresse au ministère de la Santé et des Services sociaux, aux directions de santé publique, aux professionnels de la santé, aux associations, aux intervenants, aux groupes communautaires et aux individus engagés, de près ou de loin, dans la prévention des ITSS.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	XI
MESSAGES CLÉS	1
SOMMAIRE	2
1 INTRODUCTION	8
1.1 Objectifs du rapport.....	10
2 MÉTHODOLOGIE	11
2.1 Détection et déclaration des cas de MADO.....	11
2.1.1 Cas anciens ou nouveaux.....	12
2.1.2 Extraction des données 1990-2023	12
2.1.3 Projections 2024.....	13
2.1.4 Calcul des taux et variables de croisement.....	13
2.1.5 Résultats des enquêtes épidémiologiques effectuées à l'échelle provinciale	16
2.2 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS	16
2.3 Tests de détection des ITSS.....	17
2.4 Comparaisons provinciales et internationales.....	17
3 INFECTION À <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i>	18
3.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2023.....	18
3.2 Tendances temporelles	19
3.3 Sites anatomiques	19
3.4 Discussion.....	23
4 INFECTION GONOCOCCIQUE	24
4.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2023.....	24
4.2 Tendances temporelles	25
4.3 Sites anatomiques	25
4.4 Résistance aux antibiotiques.....	25
4.5 Discussion.....	30

5	SYPHILIS	31
5.1	Caractéristiques des cas de syphilis en phase infectieuse déclarés en 2023.....	31
5.2	Tendances temporelles	32
5.3	Syphilis congénitale.....	32
5.3.1	Description des contextes des cas de syphilis congénitale	33
5.4	Syphilis non infectieuse et sans précision.....	33
5.5	Discussion.....	39
6	LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE ET ITS RARES	40
6.1	Caractéristiques des cas déclarés en 2023.....	40
6.2	Tendances temporelles	40
6.3	ITS rares : chancre mou et granulome inguinal	40
6.4	Discussion.....	42
7	HÉPATITE B	44
7.1	Caractéristiques des cas déclarés en 2023.....	44
7.2	Tendances temporelles	44
7.3	Hépatite B néonatale ou chez des nourrissons de moins d'un an	45
7.4	Couverture vaccinale contre l'hépatite B.....	45
7.5	Discussion.....	48
8	HÉPATITE C	50
8.1	Caractéristiques des cas déclarés en 2023.....	50
8.2	Tendances temporelles	50
8.3	Discussion.....	52
9	INFECTION PAR LE VIH	54
9.1	Personnes nouvellement diagnostiquées en 2023 (nouveaux diagnostics de VIH)	55
9.1.1	Caractéristiques des personnes nouvellement diagnostiquées en 2023 : catégories d'exposition au VIH et populations clés	57
9.1.2	Statut clinique au moment du dépistage et historique de dépistage VIH	62
9.2	Les personnes ayant un diagnostic de VIH antérieur enregistré en 2023 (anciens diagnostics).....	63
9.3	Estimation de l'incidence, de la prévalence et de la cascade de soins du VIH	63
9.4	Discussion.....	64

10 CONCLUSION.....	67
ANNEXE 1 TESTS DE DÉTECTION DES ITSS	68
ANNEXE 2 NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE DE CERTAINES ITSS SELON L'ÂGE ET LE SEXE, QUÉBEC, 2023	72
ANNEXE 3 NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE BRUTS DES ITSS SELON LA RÉGION, QUÉBEC, 2019 À 2024P.....	75
ANNEXE 4 DONNÉES DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG, DE 2019 À 2023	82
ANNEXE 5 COMPARAISONS PROVINCIALES ET INTERNATIONALES	90
ANNEXE 6 CATÉGORIES D'EXPOSITION DES NOUVEAUX DIAGNOSTICS D'INFECTION PAR LE VIH, 2014-2023	102

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre de cas déclarés (N) et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2023	2
Tableau 2	Nombre de cas déclarés (N) et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2019, 2023, et projections 2024p	6
Tableau 3	Taux bruts d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2023	7
Tableau 4	Infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> aux sites rectaux et pharyngés, Québec, 2019 et 2023	20
Tableau 5	Infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> aux sites rectaux et pharyngés, Québec, 2019 et 2023	27
Tableau 6	Syphilis de nature autre qu'infectieuse : nombre de cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2019 à 2023	38
Tableau 7	Couverture vaccinale contre l'hépatite B à 15 mois (cohorte un an) et à 24 mois (cohorte deux ans) selon le nombre de doses, de 2019 à 2023	45
Tableau 8	Estimations des cas incidents, des cas prévalents et de la cascade de soins du VIH, Québec, années 2020 et 2022	64
Tableau 9	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence ¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, hommes, Québec, 2023	72
Tableau 10	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence ¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, femmes, Québec, 2023	73
Tableau 11	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence ¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, sexes réunis, Québec, 2023	74
Tableau 12	Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2019 à 2024p (projections pour 2024)	75
Tableau 13	Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2019 à 2024p (projections pour 2024)	76
Tableau 14	Syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2019 à 2024p (projections pour 2024)	77
Tableau 15	Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2019 à 2024p (projections pour 2024)	78

Tableau 16	Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2019 à 2024p (projections pour 2024).....	79
Tableau 17	Hépatite C (aiguë ou récente et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec de 2019 à 2024p (projections pour 2024).....	80
Tableau 18	Infection par le VIH : nombre et taux brut d'incidence de nouveaux diagnostics, selon la région, Québec, de 2019 à 2023	81
Tableau 19	Nombre total de médicaments individuels prescrits selon le sexe, Québec, 2019 à 2023	83
Tableau 20	Répartition des médicaments individuels prescrits selon le sexe des personnes, Québec, 2023	84
Tableau 21	Nombre de personnes ¹ ayant reçu une ou des ordonnances selon le sexe, Québec, 2019 à 2023	85
Tableau 22	Nombre d'ordonnances ¹ par personne chaque année, selon l'année et le sexe, Québec, 2019 à 2023	85
Tableau 23	Nombre d'ordonnances selon la nature du cas ¹ et le sexe, Québec, 2019 à 2023	86
Tableau 24	Répartition du nombre d'ordonnances selon la spécialité médicale du prescripteur et le sexe des personnes, Québec, 2023	86
Tableau 25	Combinaison de médicaments reçue à une même date de service par une même personne, compatible avec le traitement d'une l'atteinte inflammatoire pelvienne - Québec, 2019 à 2023	87
Tableau 26	<i>Chlamydia trachomatis</i> : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, 2019 à 2023.....	90
Tableau 27	Infection gonococcique : taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, 2019 à 2023	92
Tableau 28	Infection gonococcique : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, selon le sexe, 2019 à 2023	93
Tableau 29	Syphilis infectieuse : taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, 2019 à 2023.....	95
Tableau 30	Syphilis infectieuse : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, selon le sexe, 2019 à 2023	96
Tableau 31	Syphilis congénitale : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 naissances vivantes pour quelques provinces et pays, 2019 à 2023	98

Tableau 32	Hépatite C : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, 2019 à 2023	100
Tableau 33	VIH : Nouveaux diagnostics et taux de nouveaux diagnostics pour 100 000 personnes pour certaines provinces, 2019-2023.....	101
Tableau 34	Nombre de cas d'infections par le VIH selon le type de diagnostic, le genre et l'année du prélèvement, Québec, 2014-2023	102
Source :	Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), avril 2025	102
Tableau 35	Répartition des nouveaux diagnostics d'infections par le VIH par catégorie principale d'exposition et année du prélèvement chez les HOMMES, 2014-2023	103
Tableau 36	Répartition des nouveaux diagnostics d'infections par le VIH par catégorie principale d'exposition et année du prélèvement chez les FEMMES, 2014-2023	104
Tableau 37	Nouveaux diagnostics d'infections par le VIH par catégorie principale d'exposition et année du prélèvement (tous genres), 2014-2023	105

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2004 à 2024p.....	21
Figure 2	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2023	21
Figure 3	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2014 à 2024p	22
Figure 4	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, 2014 à 2024p	22
Figure 5	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2004 à 2024p	28
Figure 6	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2023	28
Figure 7	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2014 à 2024p	29
Figure 8	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2014 à 2024p.....	29
Figure 9	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2004 à 2024p	34
Figure 10	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes, Québec, de 2004 à 2024p	34
Figure 11	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2023	35
Figure 12	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2014 à 2024p	36
Figure 13	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2014 à 2024p.....	36
Figure 14	Taux d'incidence de cas déclarés de syphilis infectieuse chez les femmes de 15 à 49 ans et nombre de cas de syphilis congénitale, Québec, 2015-2024p	37
Figure 15	Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2005 à 2024p	41
Figure 16	Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2023.....	41
Figure 17	Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2023 (n = 1 245).....	42

Figure 18	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2004 à 2024p.....	46
Figure 19	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2023	47
Figure 20	Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, sexes réunis, Québec, de 2004 à 2024p.....	47
Figure 21	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2003 à 2024p.....	51
Figure 22	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2023	51
Figure 23	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2014 à 2024p.....	52
Figure 24	Nombre de nouveaux et d'anciens diagnostics d'infection par le VIH par année du prélèvement, 2014-2023.....	55
Figure 25	VIH : Taux de nouveaux diagnostics selon le genre, Québec, 2003-2023	56
Figure 26	VIH : Taux de nouveaux diagnostics selon l'âge et le genre, Québec, 2023.....	56
Figure 27	VIH : Nombre de nouveaux diagnostics selon le lieu de naissance et le délai entre l'arrivée et la date de diagnostic, 2014-2023.....	58
Figure 28	VIH : Caractéristiques des nouveaux diagnostics en 2023 selon la catégorie d'exposition au VIH, le lieu de naissance et le délai entre l'arrivée et la date de diagnostic.....	58
Figure 29	VIH : Tendances dans le nombre de nouveaux diagnostics par catégorie d'exposition selon le lieu de naissance et le délai entre l'arrivée et la date de diagnostic (2014-2023).....	61
Figure 30	Proportions des nouveaux diagnostics de VIH sans test de dépistage antérieur, pour certaines catégories d'exposition, selon le lieu de naissance et le délai entre l'arrivée et la date de diagnostic, 2014-2023	62
Figure 31	Nombre de tests de détection de <i>Chlamydia trachomatis</i> et de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> réalisés dans les laboratoires publics au Québec, de 2015-2016 à 2023-2024.....	69
Figure 32	Nombre de tests de détection d'anticorps et d'antigène du virus de l'immunodéficiência humaine réalisés dans les laboratoires publics au Québec, de 2018 à 2023	70
Figure 33	<i>Chlamydia trachomatis</i> : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays, 2019-2023.....	91

Figure 34	Infection gonococcique : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays, 2019-2023	94
Figure 35	Syphilis Infectieuse: Taux de cas déclarés totaux et selon le sexe pour certaines provinces et pays, 2019-2023	97
Figure 36	Syphilis congénitale : taux chez moins de 2 ans pour certaines provinces et pays, 2019-2023	99
Figure 37	Hépatite C : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays 2019-2023	100
Figure 38	VIH : taux de nouveaux diagnostics pour certaines provinces au Canada 2019-2023	101

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CDC	Centers for Disease Control and prevention
COVID-19	Infection par le SRAS-CoV-2 (acronyme virus du syndrome respiratoire aigu sévère – coronavirus 2)
C3G	Céphalosporines de 3 ^e génération
Cis	Relatif à une personne dont l'identité de genre correspond au sexe assigné à la naissance
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPPAP	Intervention préventive auprès des cas index et auprès de leurs partenaires sexuels
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
ITS	Infection transmise sexuellement
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NAM	Numéro d'assurance maladie
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PPrE	Prophylaxie pré-exposition
PUDI	Personne qui utilise des drogues par injection
PVVIH	Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
Trans	Relatif à une personne dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

MESSAGES CLÉS

Les données sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) depuis 2020 doivent être interprétées avec prudence en raison, notamment, des changements dans la disponibilité des soins de santé et des comportements de consultation pendant la pandémie de COVID-19. De 2010 à 2019, la fréquence des cas déclarés de la plupart des ITSS était soit stable, soit en hausse constante au Québec. Toutefois, la baisse globale, soudaine et importante observée en 2020 semblait liée à l'implantation des mesures sanitaires pour le contrôle de la COVID-19. Les augmentations récentes représentent probablement, en partie, un effet de rebond.

- En 2022, **une recrudescence importante** des taux d'incidence de cas déclarés de l'infection gonococcique, de la syphilis infectieuse, de la syphilis congénitale et de la lymphogranulomatose vénérienne a été observée. Cette recrudescence se poursuit en 2023 en ce qui concerne l'infection gonococcique et la syphilis infectieuse. Une hausse est également observée en 2023 pour les hépatites B et C.
- **Antibiorésistance** : Le pourcentage d'isolats de *Neisseria gonorrhoeae* résistants à l'azithromycine est de 33 % en 2023. En 2024, deux isolats non sensibles à la céfixime ont été identifiés au Québec, dont l'un présente un profil ultrarésistant alors que le second est également non sensible à la ceftriaxone. La présence de résistance aux antibiotiques chez *N. gonorrhoeae* peut augmenter la probabilité d'échecs de traitement. Les isolats ultrarésistants et multirésistants sont particulièrement préoccupants à cet égard.
- Alors qu'elle était initialement concentrée dans la région de Montréal, l'épidémie de **syphilis infectieuse** prend de l'essor dans la plupart des régions du Québec. Elle s'installe de plus en plus au sein de la population hétérosexuelle, avec une hausse particulièrement marquée chez les femmes.
- Une augmentation de 54 % des **nouveaux diagnostics de VIH¹** a été observée entre 2019 et 2023. Cette hausse concerne principalement des personnes arrivées au Canada au cours des cinq dernières années. En revanche, parmi les personnes nées au Canada ou nées à l'extérieur mais résidant au Canada depuis six ans ou plus, le nombre de nouveaux diagnostics a plutôt diminué entre 2014 et 2023.

¹ Nouveau diagnostic : personne diagnostiquée avec le VIH pour la toute première fois pendant la période de surveillance/année civile (aucun test antérieur positif ou tests antérieurs tous négatifs). Il peut s'agir d'une infection acquise récemment ou d'une infection ancienne jamais diagnostiquée auparavant.

SOMMAIRE

Les données sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) doivent être interprétées avec prudence en raison, notamment, des changements dans la disponibilité des soins de santé et des comportements de consultation pendant la pandémie de COVID-19. De 2010 à 2019, la fréquence des cas déclarés de la plupart des ITSS était soit stable, soit en hausse constante au Québec. Toutefois, la baisse globale, soudaine et importante observée en 2020 semblait liée à l'implantation des mesures sanitaires pour le contrôle de la COVID-19. Les augmentations récentes représentent probablement, en partie, un effet de rebond.

Tableau 1 Nombre de cas déclarés (N) et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2023

Infections	Nombre de cas	
	déclarés	Taux pour 100 000 personnes
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	27 759	314
Infection gonococcique	9 908	112
Syphilis infectieuse	1 389	16
Syphilis congénitale (moins de 2 ans)	9	5,4
Infection par le virus de l'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée)	1 105	12
Infection par le virus de l'hépatite C (aiguë et non précisée)	946	10,7
Infection par le VIH (nouveaux diagnostics enregistrés)	476	5,4

Infection à *Chlamydia trachomatis*

- La croissance soutenue de l'incidence des cas déclarés au cours des dernières années a été interrompue durant la période de la pandémie de COVID-19 (2020 et 2021). La reprise amorcée en 2022 s'est poursuivie en 2023, mais les taux demeurent plus bas qu'avant la période pré-pandémique (2015-2019). Une diminution semble attendue pour l'année 2024, selon les projections disponibles.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 51 % des cas en 2023. Le taux de cas déclarés le plus élevé est observé chez les femmes âgées de 20 à 24 ans (2 271 cas pour 100 000).
- Le suivi du nombre de tests de détection nous aide à interpréter l'évolution du nombre de cas déclarés. Le nombre de tests effectués pour détecter *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* a atteint son niveau le plus élevé en 2023-2024, depuis que cette information est colligée. Ainsi, la baisse du nombre de cas déclarés de *C. trachomatis* en 2023-2024 par rapport à 2019 ne semble pas attribuable à une diminution du nombre de tests effectués.

Infection gonococcique

Après une vingtaine d'années de hausse constante, l'incidence de cas déclarés d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* a chuté de 13 % entre 2019 et 2021. Elle a ensuite crû de 22 % entre 2021 et 2022, puis à nouveau de 20 % entre 2022 et 2023. Le taux pour 2023 est le plus élevé observé depuis 1990.

- La hausse du taux entre 2021 et 2023 est légèrement plus élevée chez les femmes (+ 63 %) que chez les hommes (+ 40 %). Un rebond est également manifeste dans la plupart des régions.
- Les taux d'incidence des cas déclarés dans la région du Nunavik et dans la région de Montréal étaient respectivement 40 fois et 2,3 fois plus élevés que celui de l'ensemble du Québec. Toutes les autres régions avaient un taux inférieur à celui de la province.
- Le pourcentage d'isolats de *Neisseria gonorrhoeae* résistants à l'azithromycine est de 33 % en 2023. Alors que trois souches non sensibles à la céfixime avaient été identifiées en 2017, dont une qui était également non sensible à la ceftriaxone², aucune souche non sensible aux céphalosporines de 3^e génération n'a été identifiée entre 2021 et 2023³. En 2024, deux isolats non sensibles à la céfixime ont été identifiés au Québec :
 - L'un présentait un profil ultrarésistant et une résistance de haut niveau à l'azithromycine;
 - Le second était également non sensible à la ceftriaxone. L'émergence de souches de *N. gonorrhoeae* résistantes à la ceftriaxone au Québec nécessite une vigilance accrue.

Syphilis infectieuse

- À l'exception d'une diminution de 28 % entre 2019 et 2021, le taux de cas déclarés de syphilis infectieuse n'a cessé d'augmenter depuis 1998. Il a atteint un nouveau sommet de 16 cas pour 100 000 en 2023, soit une hausse de 8,6 % par rapport à 2022. Le taux projeté pour 2024 est de 15 cas pour 100 000.
- Chez les femmes, 213 cas de syphilis en phase infectieuse ont été déclarés en 2023; le taux était 10 fois plus élevé en 2023 qu'en 2015 (+ 892 %). Selon les projections, le taux pour 2024 serait similaire à celui observé en 2023. La grande majorité (93 %) des femmes était en âge de procréer. Le nombre de cas de syphilis congénitale a augmenté considérablement chaque année de 2018 (1 cas) à 2022 (13 cas); il était de 9 et 11 cas, respectivement en 2023 et en 2024.
- Les régions du Nunavik (458 pour 100 000), de Montréal (33 pour 100 000) et de la Capitale-Nationale (17 pour 100 000) affichaient les taux de cas déclarés les plus élevés en 2023.

² Lefebvre B, Martin I, Demczuk W, et al. Ceftriaxone-Resistant *Neisseria gonorrhoeae*, Canada, 2017. *Emerg Infect Dis.* 2018;24(2):381-3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29131780>.

³ Lefebvre B, Labbé A-C. Sommaire des résultats d'antibiorésistance des souches de *Neisseria gonorrhoeae* au Québec en 2023. Institut national de santé publique du Québec. Avril 2025. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3650>

Lymphogranulomatose vénérienne

- Près de 20 ans après l'émergence de l'infection, l'épidémie de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) demeure concentrée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)⁴. Elle touche maintenant autant les HARSAH non infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) que ceux vivant avec le VIH.
- Trois cas probables ont été déclarés chez des femmes (un en 2022 et deux en 2023); le dernier cas féminin avait été observé en 2012.
- Le taux projeté pour l'année 2024 est identique à celui enregistré pour l'année 2023 (1,2 pour 100 000), soit une diminution de 29 % par rapport à 2022.

Infection par le virus de l'hépatite B (VHB)

- Le taux observé en 2023 est presque identique à celui observé en 2019, avant la pandémie de COVID-19. Le taux projeté pour l'année 2024 (16 pour 100 000, 1 412 cas) serait le taux le plus élevé observé depuis l'année 2002.
- L'augmentation observée des cas d'hépatite B de stade non précisé pourrait être attribuable à un accès limité aux données cliniques ou aux résultats de laboratoire nécessaires pour une classification précise dans les autres catégories (pour les personnes arrivées récemment au Québec, par exemple).
- Entre 1994, l'année d'introduction du programme de vaccination universel en milieu scolaire, et 2023, le taux annuel de cas déclarés d'hépatite B aiguë a diminué de 98 %.
- Entre 1994 et 2023, le taux annuel de cas déclarés d'hépatite B chronique a diminué de 68 %.
- La diminution du taux de cas déclarés d'hépatite B, en particulier des cas chroniques, doit être interprétée avec prudence, compte tenu de l'augmentation parallèle des cas de stade non précisé.

Infection par le virus de l'hépatite C (VHC)

- Une tendance globale à la baisse est observée depuis 2004 malgré de légers rebonds en 2018 et en 2023 (taux de 10,7 pour 100 000, 946 cas en 2023).
- Des hausses de plus de 50 % ont été observées entre 2022 et 2023 pour les régions de Montréal, des Laurentides, de l'Estrie et du Saguenay-Lac-Saint-Jean.
- Le taux projeté pour l'année 2024 serait légèrement plus faible que celui observé en 2023.

⁴ Blouin K, Diallo D, Dionne M, Labbé A-C, Lefebvre B, Veillette-Bourbeau L, Venne S. Enquête épidémiologique sur la situation de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) au Québec, données 2013-2019. Janvier 2022. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2825>

Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

- En 2023, 476 nouveaux diagnostics⁵ d'infection par le VIH ont été rapportés (taux de 5,4 pour 100 000). Cela marque une deuxième année consécutive d'augmentation des nouveaux diagnostics de VIH et un renversement de la tendance à la baisse observée de 2003 à 2019.
- Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH en 2023 a augmenté de 54 % par rapport à l'année 2019. Cette hausse globale reflète deux dynamiques distinctes : une augmentation importante chez des personnes nouvellement arrivées au cours des cinq dernières années, et une diminution légère chez les personnes nées au Canada ou arrivées depuis six ans ou plus.
- Parmi les personnes nées au Canada (N = 129, 27 % des nouveaux diagnostics en 2023), une diminution progressive des nouveaux diagnostics est observée entre 2014 et 2023, particulièrement chez les HARSAH (baisse de 41 %), témoignant de l'efficacité des programmes de prévention des ITSS au Québec.
- Les personnes nouvellement arrivées au Canada dans les cinq dernières années comprennent la majorité (N = 307, 65 %) des nouveaux diagnostics de VIH en 2023. Parmi eux, 263 (86 %) ont été diagnostiqués dans les 12 premiers mois après leur arrivée, ce qui suggère que l'accessibilité du dépistage lors des examens médicaux d'immigration contribue à un diagnostic rapide après l'arrivée. L'augmentation des diagnostics chez les personnes nouvellement arrivées s'explique par les modifications aux politiques fédérales d'immigration depuis 2018 qui ont facilité l'admission des personnes vivant avec le VIH et par l'accroissement du volume global d'immigration dans les années récentes.
- La moitié (49 %) des personnes nouvellement diagnostiquées en 2023 a reçu un diagnostic à un stade tardif de l'infection (taux de CD4 inférieur à 350 par mm³), 25 % à un stade avancé (taux de CD4 inférieur à 200 par mm³) et 7,2 % présentaient des signes d'infections chroniques ou du sida.

⁵ Nouveau diagnostic : personne diagnostiquée avec le VIH pour la tout première fois pendant la période de surveillance/année civile (aucun test antérieur positif ou tests antérieurs tous négatifs). Il peut s'agir d'une infection acquise récemment ou d'une infection ancienne jamais diagnostiquée auparavant.

Tableau 2 Nombre de cas déclarés (N) et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2019, 2023, et projections 2024p

Infections	Province de Québec					
	2019		2023		2024p ^a	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	28 556	336	27 759	314	26 148	293
< 1 an, Sexes réunis	3	3,6	7	8,6	16	19
15-24 ans, Hommes	4 857	1 016	4 315	875	3 885	771
15-24 ans, Femmes	10 837	2 404	9 575	2 061	8 681	1 868
Lymphogranulomatose vénérienne - Hommes	134	3,2	108	2,4	107	2,4
Infection gonococcique	7 516	88	9 908	112	9 704	109
< 1 an, Sexes réunis	2	2,4	1	1,2	0	0,0
15-24 ans, Hommes	1 119	234	1 152	234	1 110	220
15-24 ans, Femmes	794	176	983	212	855	180
Syphilis infectieuse^b	1 213	14	1 389	16	1 335	15
15-24 ans, Hommes	130	27	114	23	92	18
15-24 ans, Femmes	32	7,1	49	11	66	14
15-49 ans, Femmes	118	6,5	198	10,5	202	11
Syphilis congénitale (moins de 2 ans)	2	1,2	9	5,4	11	6,6
Infection par le virus de l'hépatite B^c	1 076	13	1 105	12	1 412	16
aiguë, Sexes réunis	11	0,1	7	0,1	18	0,2
< 1 an, Sexes réunis	0	0,0	2	2,5	3	3,9
Infection par le virus de l'hépatite C^d	1 090	13	946	10,7	904	10,1
aiguë/récente, Sexes réunis	17	0,2	17	0,2	28	0,3
< 1 an, Sexes réunis	1	1,2	1	1,2	2	1,9
Infection par le VIH^e	309	3,6	476	5,4	nd	nd
Transmission périnatale ^f	0	nd	1	nd	nd	nd
15-24 ans, Hommes	27	5,7	29	5,9	nd	nd
15-24 ans, Femmes	9	2,0	7	1,5	nd	nd

^a Nombre de cas projetés à partir du nombre de cas déclarés au cours des 222 premiers jours de l'année, à l'exception de la syphilis congénitale où il s'agit de l'année 2024 complète (données préliminaires au 28 mars 2025).

^b Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

^c Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

^d Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

^e Un nouveau diagnostic est un cas n'ayant jamais eu un test de détection positif auparavant. Il peut s'agir d'une infection acquise récemment ou d'une infection ancienne.

^f Nouveaux diagnostics de transmission verticale nés au Canada.

Note : Taux exprimés pour 100 000 personnes. nd : non disponible.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'Infocentre, Programme de surveillance du VIH au Québec.

Tableau 3 Taux bruts d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2023

Infection à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		Syphilis infectieuse ^a		Lymphogranulomatose vénérienne		Infection par le virus de l'hépatite B ^b		Infection par le virus de l'hépatite C ^c		Infection par le VIH	
RSS	Taux	RSS	Taux	RSS	Taux	RSS	Taux	RSS	Taux	RSS	Taux	RSS	Taux ^d
17	5 760	17	4 534	17	458	6	3,4	6	25	6	19	6	16
18	1 703	6	261	6	33	3	2,0	13	13	17	13	QC	5,4
6	423	QC	112	3	17	QC	1,2	QC	12	9	12	13	4,0
3	339	3	108	QC	16	9	1,1	3	12	2	11	3	3,6
QC	314	18	94	14	13	5	1,0	7	12	5	10,9	8	3,4
2	297	13	70	13	11	16	0,5	16	9,7	8	10,7	7	2,7
9	295	14	64	8	11	15	0,4	5	8,6	QC	10,7	16	2,5
5	292	16	61	7	10,9	13	0,4	2	8,1	3	10,5	14	2,2
14	285	15	59	16	9,8	14	0,4	4	7,9	4	10,4	5	1,9
13	278	7	53	1	7,9	7	0,2	17	6,7	7	9,4	15	1,6
15	264	5	47	12	7,3	12	0,2	9	6,7	15	8,7	12	1,3
7	260	4	39	15	6,7	1	0,0	8	6,0	12	7,6	2	1,1
4	256	9	28	4	5,7	2	0,0	12	5,8	13	7,5	9	1,1
8	249	12	27	5	4,6	4	0,0	14	5,4	10	7,5	1	1,0
16	241	2	17	2	3,2	8	0,0	15	4,8	16	6,0	4	0,5
10	210	10	15	9	2,2	10	0,0	11	4,3	14	5,8	10	0,0
12	189	1	13	11	1,1	11	0,0	1	2,5	11	5,4	11	0,0
1	159	8	12	10	0,0	17	0,0	10	0,0	1	2,5	17	0,0
11	144	11	5,4	18	0,0	18	0,0	18	0,0	18	0,0	18	0,0

^a Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

^b Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

^c Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

^d Nouveaux diagnostics de VIH enregistrés en 2023. Un nouveau diagnostic est un cas n'ayant jamais eu un test de détection positif auparavant.

Note : Taux exprimés pour 100 000 personnes. LGV : Lymphogranulomatose vénérienne; RSS : région sociosanitaire - consulter l'[annexe 3](#) pour la liste des régions; QC : taux global pour la province de Québec. Il faut interpréter avec prudence les taux calculés à partir d'un petit nombre de cas ou d'un petit effectif de population (par exemple, dans les régions 10, 17 et 18, qui comptent une population de moins de 20 000 habitants).

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre ; Programme de surveillance du VIH au Québec.

1 INTRODUCTION

Ce portrait fait état de la situation épidémiologique de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, de l'infection gonococcique, de la syphilis, de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV), de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB), de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) et de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Les maladies infectieuses qui peuvent être transmises sexuellement occasionnellement, mais qui ne sont pas à transmission essentiellement sexuelle telles que l'infection à mpox ou la shigellose ne sont pas examinées dans ce rapport.

Ces infections sont visées par la Loi sur la santé publique. L'infection à *C. trachomatis*, l'infection gonococcique, la syphilis, la LGV, l'hépatite B et l'hépatite C, de même que l'infection par le VIH chez une personne qui a reçu ou donné du sang, des produits sanguins, organes ou tissus doivent être déclarées (maladies à déclaration obligatoire, MADO) au directeur régional de santé publique par le personnel de la santé habilité à poser un diagnostic ou à évaluer l'état de santé d'une personne et par les directeurs des laboratoires de biologie médicale. Une enquête épidémiologique peut être réalisée à des fins de vigie et d'intervention. De plus, tous les tests positifs de détection de l'infection par le VIH font l'objet d'une collecte de renseignements épidémiologiques à des fins de surveillance, auprès de la professionnelle ou du professionnel de la santé qui a demandé le test.

La date d'entrée en vigueur de la déclaration obligatoire ou du programme de surveillance varie selon la maladie. Ainsi, l'infection à *C. trachomatis* est devenue une maladie à déclaration obligatoire (MADO) en 1990, mais c'est seulement depuis avril 2002 que le VIH fait l'objet d'une collecte spécifique de renseignements épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population.

Bien que le chancre mou et le granulome inguinal soient également visés par la Loi, ces MADO ne font pas l'objet de sections particulières, mais sont brièvement décrites dans le chapitre sur la LGV et les ITS rares.

Pourquoi se préoccuper des ITSS et en faire la surveillance ?

Les principaux objectifs des interventions de santé publique pour les ITSS sont d'éviter leurs conséquences sur la santé et prévenir la transmission.

Les modes de transmission et facteurs de risque sont décrits en détails dans le Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (troisième partie, fiches cliniques)⁶.

⁶ Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000090/>

Des traitements efficaces sont disponibles et permettent la guérison ou le contrôle des infections. Des vaccins préventifs sont disponibles pour l'hépatite B et le virus du papillome humain (VPH)⁷. Les interventions de prévention primaires, secondaires et tertiaires disponibles sont nombreuses et diversifiées.

Les complications médicales des ITSS sont bien connues. En voici quelques-unes⁸ :

- L'infection à *C. trachomatis* et l'infection gonococcique peuvent causer, entre autres, l'infertilité tubaire, des grossesses ectopiques, et des douleurs pelviennes chroniques.
 - *C. trachomatis* de génotype LGV peut causer des abcès et fistules anales, l'obstruction des vaisseaux lymphatiques, le gonflement et la déformation des organes génitaux.
- La syphilis peut causer des complications neurologiques, cardiovasculaires, oculaires et le décès.
- Les hépatites B et C peuvent devenir chroniques, causer la cirrhose, le cancer du foie et le décès.
- L'infection par le VIH entraîne une déficience du système immunitaire, laquelle favorise le développement d'infections opportunistes et de cancers. Si elle n'est pas prise en charge ou si elle est prise en charge trop tardivement, le stade ultime de l'infection, appelé le syndrome d'immunodéficience acquise (sida), peut conduire au décès par des infections opportunistes.
- Les ITSS peuvent être transmises au fœtus ou au nouveau-né (transmission verticale). *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* peuvent causer notamment des infections aux yeux et des pneumonies. La syphilis congénitale peut être très grave et atteindre plusieurs organes : dents, yeux (kératite, chorioretinite), oreilles (surdité), système nerveux central (retard mental, épilepsie, paralysie des nerfs crâniens, parésies), visage, os et articulations (malformations). La syphilis congénitale peut aussi être la cause de mortinaissances. Les virus de l'hépatite B et C peuvent être transmis pendant la grossesse ou lors de l'accouchement. Le VIH peut être transmis pendant la grossesse, lors de l'accouchement, ou lors de l'allaitement.

Les ITSS sont souvent asymptomatiques, ce qui signifie qu'une personne peut être infectée sans le savoir et transmettre l'infection à d'autres. Le dépistage régulier est donc essentiel pour les personnes sexuellement actives, même en l'absence de symptômes. Favoriser l'accès rapide aux soins en présence de symptômes ou à la suite d'une notification par un(e) partenaire sexuel(le) constituent également des interventions essentielles afin d'éviter les complications médicales des ITSS et contrôler la transmission.

⁷ Le VPH n'est pas une MADO et n'est pas inclus dans ce rapport.

⁸ Holmes KK, Sparling FP, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, Corey L, Cohen MS and Watts HD. Sexually Transmitted Diseases. 4th edition. 2007. The McGraw-Hill Companies: New York. ISBN : (Hardcover) 978-0071417488. 2 192 p.

Quelques-unes des populations particulièrement touchées par les ITSS

Certains groupes de la population sont plus touchés que d'autres par une ou plusieurs ITSS⁹. Plusieurs publications d'intérêt sur les populations clés peuvent être trouvées aux liens suivants :

- Les jeunes âgés de 15 à 24 ans - <https://www.inspq.qc.ca/publications/2307>;
- Les jeunes en difficulté (par exemple, les jeunes de la rue) - <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/Montreal/9782896732616.pdf>;
- Les hommes gais et autres HARSAH - <https://www.engage-men.ca/fr/montreal/>;
- Les personnes issues de la diversité de genre;
- Les personnes qui utilisent des drogues par injection - <https://www.inspq.qc.ca/publications/3362>;
- Les personnes incarcérées - <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/vih-et-vhc-chez-les-personnes-incarcerees>;
- Les personnes originaires de pays où la prévalence du VIH est particulièrement élevée - https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/itss/surveillance_2e_generation_vih_ss_g-afcar.pdf;
- Les personnes migrantes ou racisées;
- Les personnes autochtones;
- Les travailleurs et travailleuses du sexe.

1.1 Objectifs du rapport

Réaliser une analyse épidémiologique descriptive en utilisant diverses sources de données disponibles au Québec, et mener une réflexion sur l'émergence, l'ampleur et la progression des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), ainsi que sur leurs déterminants, afin d'orienter les interventions et la planification des ressources nécessaires à la lutte contre les ITSS.

⁹ Plan d'action 2024-2030 du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/plan-action-2024-2030-infections-transmissibles-sexuellement-et-par-sang.html>

2 MÉTHODOLOGIE

Les notes méthodologiques s'appliquent aux cas d'ITSS à déclaration obligatoire. Les sources des données sont mentionnées au bas de tous les tableaux et de toutes les figures. Les figures peuvent présenter des échelles différentes, notamment les tendances par groupes d'âge et selon le sexe.

2.1 Détection et déclaration des cas de MADO

Les définitions nosologiques utilisées aux fins de déclaration sont disponibles sur le site Web du MSSS :

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2019) Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec - Définitions nosologiques - Maladies d'origine infectieuse - 12e édition - Mise à jour juillet 2019. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000480/>

Les données présentées ici se rapportent aux cas d'ITSS qui ont été détectés et déclarés. Les personnes atteintes doivent donc nécessairement avoir été en lien avec les services de santé. Les ITSS étant fréquemment asymptomatiques, plusieurs cas restent non détectés et, a fortiori, non déclarés. Conséquemment, l'analyse des cas déclarés ne rend compte que d'une partie des infections contractées par la population québécoise et de la distribution de celles-ci. De façon générale, la justesse des taux basés sur les cas déclarés par rapport à la fréquence réelle de l'infection dans la population est influencée par les facteurs suivants :

- Une offre du dépistage des ITSS adaptée;
- L'accessibilité culturelle (difficultés en lien avec la langue, les croyances ou le stigma, par exemple), géographique et financière au dépistage ainsi qu'au diagnostic; le recours au dépistage et au diagnostic;
- La proportion de personnes symptomatiques et la sévérité des symptômes;
- La sensibilité (proportion des personnes infectées dont l'infection est détectée par le test) et la spécificité (proportion des personnes non infectées qui sont reconnues comme telles par le test) des tests utilisés pour détecter l'infection;
- Les critères nosologiques utilisés pour reconnaître un cas à des fins de surveillance épidémiologique;
- Le taux de déclaration (risque d'erreur lors de manipulations manuelles d'informations aux laboratoires, par exemple);
- Les ressources humaines affectées aux enquêtes et à la classification des cas déclarés selon les critères nosologiques en vigueur.

Par exemple, étant donné que les femmes ont plus régulièrement des contacts avec le système de santé en général, les occasions de dépistages se révèlent plus nombreuses chez elles. De ce fait, la proportion de cas féminins déclarés est plus élevée que celle des cas masculins, en particulier pour certaines infections qui sont souvent asymptomatiques (*C. trachomatis*, principalement).

2.1.1 Cas anciens ou nouveaux

Les cas inclus dans ce portrait sont consignés dans le Système d'information - Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI) selon la date de déclaration. La date d'acquisition, souvent inconnue, peut précéder la date de déclaration de plusieurs mois. Le présent portrait fait état de l'incidence annuelle des cas déclarés, et non des nouvelles infections acquises.

Le VIH n'est pas une MADO, sauf chez une personne qui a reçu ou donné du sang, des produits sanguins, organes ou tissus. Les cas sont enregistrés¹⁰ de façon anonyme dans un système d'information spécifique au programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec.

2.1.2 Extraction des données 1990-2023

Pour les années CDC (*Centers for Disease Control and prevention*) 1990 à 2014 (du 1^{er} janvier 1990 au 3 janvier 2015), les données relatives à l'âge, au sexe, à la région de résidence, au site anatomique et à la date d'épisode¹¹ ont été extraites du fichier des MADO à l'Infocentre le 15 juillet 2020. Pour les années CDC 2015 à 2024, l'extraction a été effectuée le 13 décembre 2024 au Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI).

Les données antérieures au 1^{er} janvier 1990 sont des données historiques tirées des rapports annuels antérieurs.

Afin de permettre une comparaison valide des données annuelles, la moyenne du nombre de cas des semaines CDC 52 et 53 est ajoutée au nombre de cas des 51 premières semaines de l'année lors des années CDC de 53 semaines (1992, 1997, 2003, 2008, 2014, 2020). Une exception est faite pour les données portant sur les sites anatomiques d'infection, le nombre total de cas des 53 semaines CDC est alors présenté. Pour les années CDC de 52 semaines, le nombre total de cas déclarés est présenté.

Les nombres rapportés peuvent fluctuer puisque le SI-GMI est ouvert et dynamique. De plus, les processus complémentaires de validation entraînent parfois des changements ou des mises à jour de données.

¹⁰ Pour le VIH, les cas sont enregistrés par le Programme de surveillance de l'infection par le VIH (PSI-VIH) selon la date du premier test VIH positif au Québec.

¹¹ Date à laquelle la première déclaration du cas (épisode) ou de l'événement (signalement, exposition, éclosion) a été reçue pour la première fois par une direction de santé publique.

2.1.3 Projections 2024

Les projections pour l'année 2024 reposent sur le nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC, soit entre le 31 décembre 2023 et le 10 août 2024, période qui correspond aux huit premières périodes définies par les Centers for Disease Control and Prevention états-uniens pour l'année 2024 (une année comptant treize périodes de quatre semaines chacune). Les données relatives à ces cas ont été extraites du SI-GMI le 13 décembre 2024. Les projections sont obtenues en extrapolant à 365 jours les taux observés durant les 222 premiers jours selon un calcul proportionnel. Une dernière extraction de données a été effectuée le 28 mars 2025 afin de valider les cas de syphilis congénitale pour 2024 (année complète).

Pourquoi des projections 2024? Des retards de saisie sont possibles, et le classement de plusieurs infections requiert des informations cliniques complémentaires qui nécessitent parfois plusieurs mois afin d'être obtenues. Les directions régionales de santé publique reçoivent des rappels en octobre afin de compléter tous les cas jusqu'à la 32^e semaine CDC. La complétude de ces 32 semaines étant vraisemblable, un calcul simple de projection apparaît valide. Les projections doivent toutefois être interprétées avec prudence, en particulier si le rythme de détection des cas change en cours d'année.

2.1.4 Calcul des taux et variables de croisement

Les données relatives à l'âge, au sexe, à la région de résidence et à la date d'épisode sont extraites du SI-GMI.

Dénominateur

Les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux sont ceux de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), Série 2023 des estimations de population (1996-2022 : série révisée en novembre 2023) et Série 2023 des projections de population (2023-2041 : série produite en juillet 2023), dernière modification effectuée le 8 décembre 2023¹².

Tous les taux sont calculés pour 100 000 personnes-années, sauf indication contraire. Les taux calculés à partir d'un petit nombre de cas ou d'un petit effectif de population, notamment ceux des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, doivent être interprétés avec prudence.

¹² <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001617/>

Numérateur

Dans le présent document, sauf indication contraire, les taux d'incidence font référence aux cas déclarés et inscrits dans le SI-GMI au cours de la période ciblée.

Chaque infection déclarée répondant aux critères des définitions nosologiques compte pour un cas. Pour certaines ITS (par exemple l'infection à *C. trachomatis*^{13,14} et l'infection gonococcique), il n'est pas exceptionnel qu'une personne soit infectée plus d'une fois au cours d'une même année (réinfection), ainsi le nombre de cas déclarés dans une année ne correspond pas nécessairement au nombre de personnes infectées.

Régions sociosanitaires

Les cas sont déclarés selon la région sociosanitaire de résidence. Si l'information nécessaire pour identifier la région de résidence d'un cas n'est pas disponible, le cas sera classé dans la région où il a été détecté. Le nombre de cas peut donc être surestimé ou sous-estimé dans certaines régions. Montréal enregistre ainsi un nombre relativement élevé de cas dont la région de résidence est inconnue, en particulier pour certaines infections comme l'hépatite C.

Sexe et genre^{15,16} : Le **sexe** est lié principalement à des caractéristiques physiques et physiologiques, par exemple les chromosomes, l'expression génique, les niveaux d'hormones et l'anatomie reproductrice ou sexuelle. Le sexe est généralement défini simplement comme « féminin » ou « masculin »; toutefois, il existe des variations dans les caractéristiques biologiques. Souvent, les personnes qui présentent ces variations sont considérées comme des personnes intersexuées ou s'identifient ainsi. Si le sexe renvoie à l'ensemble des caractéristiques anatomiques et physiologiques, le **genre** renvoie quant à lui à la construction sociale de l'identité et sort des limites de la conception binaire selon laquelle il n'existerait que deux genres (homme, femme) et selon laquelle le sexe assigné à la naissance correspondrait à l'identité de genre.

¹³ Götz, H.M., Hoebe, C.J.P.A., van Bergen, J.E.A.M., et collab., High yield in reinfections during a chlamydia screening programme when automatically sending testkits after 6 months to previously infected in 19th Biennial Conference of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research, 2011, Sex Transm Dis.: Quebec City, Canada. p. A21-A22.

¹⁴ Hosenfeld, C.B., Workowski, K.A., Berman, S., et collab. (2009) Repeat infection with Chlamydia and gonorrhea among females: a systematic review of the literature. Sexually transmitted diseases, 36(8), 478-489.

¹⁵ Instituts de recherche en santé du Canada. (2014, janvier 10). Qu'est-ce que le genre ? Qu'est-ce que le sexe? <https://cihr-irsc.gc.ca/f/48642.html>

¹⁶ Comité interministériel de terminologie sur l'équité, la diversité et l'inclusion. (2022). Guide de la terminologie liée à l'équité, la diversité et l'inclusion—Lexiques et vocabulaires—TERMIUM Plus®—Ressources du Portail linguistique du Canada. Services publics et Approvisionnement Canada. <https://www.noslangues-ourlangues.gc.ca/fr/publications/equite-diversite-inclusion-equity-diversity-inclusion-fra>

Dans le SI-GMI, les ITSS sont le plus souvent déclarées par l'intermédiaire d'un formulaire de résultat de laboratoire où les catégories pour la variable « sexe » sont les suivantes : « hommes, femmes, hommes transsexuels, femmes transsexuelles et sexe inconnu ». Le classement du cas est effectué le plus souvent grâce aux informations mentionnées sur la carte d'assurance maladie. Avant 2020, le guide méthodologique de saisie des MADO mentionnait, pour les « personnes transsexuelles », la précision suivante : « ayant complété un traitement hormonal et une chirurgie de redéfinition de sexe ». Les personnes trans n'ayant pas complété de transition médicalisée (traitements hormonaux et chirurgicaux) ou pour lesquelles les informations ne sont pas disponibles pouvaient également être classées sur la base de leur prénom, en fonction des informations disponibles.

Les catégories disponibles dans les données reflètent donc le marqueur de genre légal des cas, soit le genre indiqué sur la carte d'assurance-maladie¹⁷. Il ne s'agit ni d'une mesure précise du sexe assigné à la naissance ni de l'identité de genre, puisque de nombreuses personnes trans et non binaires ont un marqueur de genre légal qui ne reflète pas nécessairement leur identité de genre. Le changement de mention de genre sur la carte d'assurance maladie est possible depuis 2015 au Québec. Les personnes ayant fait une demande de changement de marqueur de genre sont maintenant identifiées selon ce changement sur leur carte RAMQ et dans les bases de données. Malgré le changement récent de législation, aucun marqueur de genre neutre n'était encore disponible en date de cette analyse. Nous ne sommes donc pas en mesure d'identifier les personnes trans et non binaires qui sont mal classées dans nos données sources. L'ampleur et la direction de cette classification erronée sont également inconnues. Pour les sections sur les MADO, le terme « sexe » est utilisé de façon arbitraire, sachant que ni le sexe ni le genre ne sont des termes parfaitement valides. Dans le cadre du programme de surveillance du VIH, les cas font l'objet d'une collecte d'information exhaustive et certaines informations sont disponibles sur le genre. Il est vraisemblable que le terme « genre » soit généralement approprié dans cette situation; il est donc utilisé.

Site anatomique de l'infection¹⁸

Les données relatives au site de l'infection pour *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* doivent être interprétées avec prudence. Lorsque plusieurs sites se sont révélés positifs pour un même épisode, ils sont généralement inscrits distinctement dans le fichier des MADO (site 1, site 2, et ainsi de suite); les pratiques de saisie des données peuvent différer selon les Directions de santé publique régionales. Par ailleurs, des erreurs de saisie surviennent, comme dans toute banque de données.

¹⁷ Tordoff D. *et al.* (2022) Sex Transm Dis. 49(2):e45-e49. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34407018/>

¹⁸ Dans le SI-GMI, site de la maladie.

2.1.5 Résultats des enquêtes épidémiologiques effectuées à l'échelle provinciale

Au niveau régional et local, des enquêtes épidémiologiques peuvent être réalisées pour certaines situations prioritaires, comme décrites dans le guide d'intervention sur les ITS à déclaration obligatoire¹⁹.

Les informations complémentaires recueillies peuvent servir à mieux caractériser les cas (p. ex. : facteurs d'exposition, aspects cliniques). Ces informations peuvent être utilisées afin de mieux cibler les interventions en réponse à certaines menaces à la santé ou lors d'épidémies émergentes.

Dans la présentation des résultats relatifs aux enquêtes épidémiologiques effectuées à l'échelle provinciale, les données manquantes sont habituellement exclues du calcul des proportions.

2.2 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS

Les renseignements sur les modalités d'application du programme sont disponibles sur le site de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)²⁰. Les données ont été fournies par la RAMQ. De manière à assurer l'anonymat des informations recueillies, aucun renseignement nominatif n'a été transmis et certaines données ont été regroupées en catégories avant leur transfert.

Les résultats descriptifs suivants sont présentés sous forme de tableaux pour les années 2019 à 2023 :

- Nombre et caractéristiques des personnes et des médicaments différents prescrits; caractéristiques des prescripteurs;
- Type de récipiendaire des médicaments, c'est-à-dire une personne atteinte (code K), un contact (code L) ou le traitement accéléré du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une chlamydie ou d'une gonorrhée (code M)²¹; le code M a été introduit en fin d'année 2019.

La définition d'« ordonnance » représente l'ensemble des médicaments prescrits à une même date de service à une même personne. Certaines combinaisons de médicaments d'intérêt pour la santé publique sont présentées. La dose totale du médicament prescrit a été calculée en

¹⁹ Groupe de travail Guide d'intervention ITS-MADO (2014) Guide d'intervention - Infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire, ministère de la Santé et des Services sociaux, 339 p.

²⁰ <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/professionnels/Pages/liste-medicaments.aspx> (annexe H).

²¹ Traitement accéléré du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une chlamydie ou d'une gonorrhée qui n'ont pas consulté un professionnel autorisé à délivrer une ordonnance - <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/traitement-accelere-des-partenaires-tap-de-personnes-atteintes-d-infection-chlamydia-trachomatis-ou-neisseria-gonorrhoeae>

multipliant le dosage du médicament (ex. : nombre de milligrammes par comprimé) par la quantité remise (ex. : nombre de comprimés).

Une ordonnance répétée²² ne correspond pas nécessairement à un deuxième épisode d'infection étant donné qu'une personne peut avoir reçu plus d'une ordonnance lors d'un même épisode infectieux pour diverses raisons cliniques (à titre d'exemples : ajustement de traitement d'une infection gonococcique à la suite du résultat de l'analyse de sensibilité aux antibiotiques, ajustement du traitement d'une infection à *C. trachomatis* à la suite de l'identification d'un génotype causant la LGV).

2.3 Tests de détection des ITSS

Les volumes de tests de détection des ITSS effectués dans le réseau public ont été fournis par la Direction des laboratoires et imagerie médicale, Direction générale de la pertinence et services spécialisés, Sous-ministériat santé physique et pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux, et les données ont été tirées de Centralab.

La période couverte pour chacune des années réfère à l'année financière soit du 1^{er} avril au 31 mars, sauf si autre mention. Les résultats se rapportent au volume total de tests effectués. Aucune information sociodémographique n'est disponible. Plusieurs tests peuvent avoir été effectués à une même date pour une même personne. Les tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) utilisés au Québec sont majoritairement un test duplex détectant à la fois *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. Pour le VIH, le nombre de tests de détection exclut les tests de confirmation au laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ).

2.4 Comparaisons provinciales et internationales

Quelques provinces et pays ayant des situations socioéconomiques relativement similaires au Québec ont été identifiés ([annexe 5](#)). Les sites Web des organismes de santé publique de ces pays ou provinces ont été consultés afin d'identifier les plus récents rapports de surveillance des ITSS. La consultation des sites web a été complétée par une recherche sur Pubmed et Google avec les mots-clés « sexually transmitted infection, surveillance and report ». En plus des mises en garde habituelles associées aux données de surveillance passive (voir la [section 2.1](#)), la prudence est particulièrement de mise lors de la comparaison des taux entre différentes provinces et pays. Les différences entre les définitions nosologiques sont très fréquentes, particulièrement dans le cas de la syphilis et des hépatites. Les comparaisons présentées dans ce chapitre ne tiennent pas compte de ces différences et doivent donc être interprétées en tenant compte de ces particularités. Les notes de bas de figures et tableaux mentionnent quelques-unes des différences les plus importantes.

²² Une ordonnance remise ultérieurement. Le délai entre deux ordonnances peut être très court.

3 INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Après une vingtaine d'années de hausse constante puis une chute de 16 % entre 2019 et 2021, l'incidence de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* a crû de 11 % entre 2021 et 2022, puis à nouveau de 7,6 % entre 2022 et 2023. Cette hausse est légèrement plus élevée pour les cas masculins (8,0 %) que pour les cas féminins (6,2 %).

3.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2023

- L'infection à *C. trachomatis* demeure la plus fréquente des ITSS à déclaration obligatoire, avec 27 759 cas déclarés en 2023 et un taux global de 314 cas pour 100 000 personnes (taux de 260 pour 100 000 chez les hommes et de 360 pour 100 000 chez les femmes). Les cas féminins représentent 57 % des cas, en baisse constante depuis 2003 (72 % des cas totaux en 2003).
- En 2023, sept cas ont été déclarés chez des nourrissons âgés de moins d'un an (taux de neuf cas pour 100 000).
- Les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent 51 % de l'ensemble des cas déclarés (taux de 1 467 pour 100 000), soit 37 % des cas masculins (taux de 875 pour 100 000) et 60 % des cas féminins (taux de 2 061 pour 100 000). Le taux d'incidence dans ce groupe est neuf fois plus élevé que celui observé dans l'ensemble des autres groupes d'âge (172 pour 100 000), et jusqu'à 13 fois plus élevé chez les femmes de 15 à 24 ans par rapport aux femmes des autres groupes d'âge (158 pour 100 000).
- Les personnes âgées de 50 à 64 ans représentent 3,0 % de l'ensemble des cas déclarés (taux de 54 pour 100 000), soit 6,2 % des cas masculins (taux de 82 pour 100 000) et 1,3 % des cas féminins (taux de 24 pour 100 000).
- Cette infection est très répandue dans tout le Québec. Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James présentent les taux les plus élevés (respectivement de 18 et cinq fois supérieurs à celui de l'ensemble de la province), puis suivent les régions de Montréal (taux de 423 pour 100 000), de la Capitale-Nationale (339), du Saguenay-Lac-Saint-Jean (297), de la Côte-Nord (295) et de l'Estrie (292). Toutes les autres régions ont un taux inférieur à celui de la province. Les taux les moins élevés (moins de 210 pour 100 000) s'observent en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, au Bas-Saint-Laurent, en Chaudière-Appalaches et dans le Nord du Québec ([annexe 3](#)).
- Le taux d'incidence des cas déclarés chez les cas masculins est deux fois plus élevé dans la région de Montréal que dans le reste de la province (442 vs 204 cas pour 100 000), alors que chez les cas féminins, il est relativement similaire (381 vs 353 cas pour 100 000).

3.2 Tendances temporelles

- Le taux global d'incidence des cas déclarés d'infection à *C. trachomatis* est passé de 300 à 336 pour 100 000 entre 2015 et 2019, une croissance de 12 % s'inscrivant dans un cycle de hausse ininterrompue depuis de nombreuses années. Après avoir brièvement diminué à 262 pour 100 000 entre 2019 et 2021 (- 22 %), le taux grimpe à nouveau depuis 2022, s'élevant à 314 pour 100 000 en 2023 (+ 20 % par rapport au taux de l'année 2021) et se rapprochant ainsi du taux de 2019 sans toutefois l'atteindre.
- L'ampleur de ce rebond est globalement similaire selon le sexe, mais plus marquée chez les 40 ans et plus, et particulièrement chez les femmes de ce groupe d'âge (+ 20 % entre 2022 et 2023).
- Les hausses de taux les plus marquées depuis 2019 sont observées dans les régions du Nunavik (+ 39 %), du Saguenay-Lac-Saint-Jean (+ 8,9 %) et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (+ 8,2 %).
- Selon les projections disponibles, le taux global diminuera à 293 pour 100 000 en 2024 (- 6,7 % par rapport au taux de l'année 2023).
- Le nombre de cas déclarés chez les moins d'un an passe de 12 cas en 2022 à sept cas en 2023. Selon les projections, 16 cas pourraient être déclarés en 2024.

3.3 Sites anatomiques

- Les données relatives au site anatomique de l'infection à *C. trachomatis* disponibles pour les années 2019 et 2023 permettent de noter une hausse des infections touchant des sites extragénitaux (+ 7,0 % chez les hommes et + 8,5 % chez les femmes pour les infections touchant le rectum ou le pharynx, avec ou sans autre site d'infection pour un même épisode) ([tableau 4](#)).

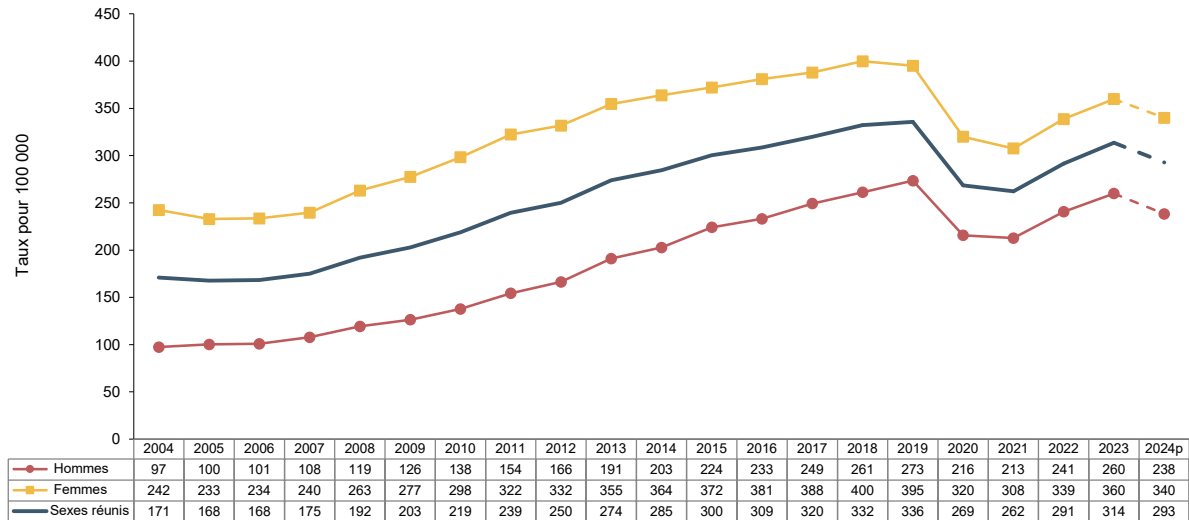
Tableau 4 Infections à Chlamydia trachomatis aux sites rectaux et pharyngés, Québec, 2019 et 2023

Cas avec information disponible sur le site d'infection*	Hommes*				
	2019 (N = 11 489)		2023 (N = 10 900)		Différence de proportion
	n	%	n	%	
Rectum ou pharynx**	2 345	20	2 965	27	+7,0 %
Seulement rectum ou pharynx	2 112	18	2 741	25	+7,0 %
Rectum**	2 051	18	2 381	22	+4,0 %
Seulement rectum	1 711	15	2 230	20	+5,0 %
Seulement rectum et pharynx	140	1,2	49	0,4	-0,8 %
Pharynx**	459	4,0	645	5,9	+1,9 %
Seulement pharynx	261	2,3	462	4,2	+1,9 %
Cas avec information disponible sur le site d'infection*	Femmes*				
	2019 (N = 16 641)		2023 (N = 14 740)		Différence de proportion
	n	%	n	%	
Rectum ou pharynx**	590	3,5	1 828	12	+8,5 %
Seulement rectum ou pharynx	249	1,5	915	6,2	+4,7 %
Rectum**	377	2,3	815	5,5	+3,2 %
Seulement rectum	138	0,8	347	2,4	+1,6 %
Seulement rectum et pharynx	6	0,0	28	0,2	+0,2 %
Pharynx**	249	1,5	1 146	7,8	+6,3 %
Seulement pharynx	105	0,6	540	3,7	+3,1 %

* Le N exclut les cas pour lesquels le site d'infection est manquant. Plusieurs sites peuvent être mentionnés pour un même épisode et les catégories présentées ne sont pas mutuellement exclusives.

** Avec ou sans autres sites d'infection pour un même épisode.

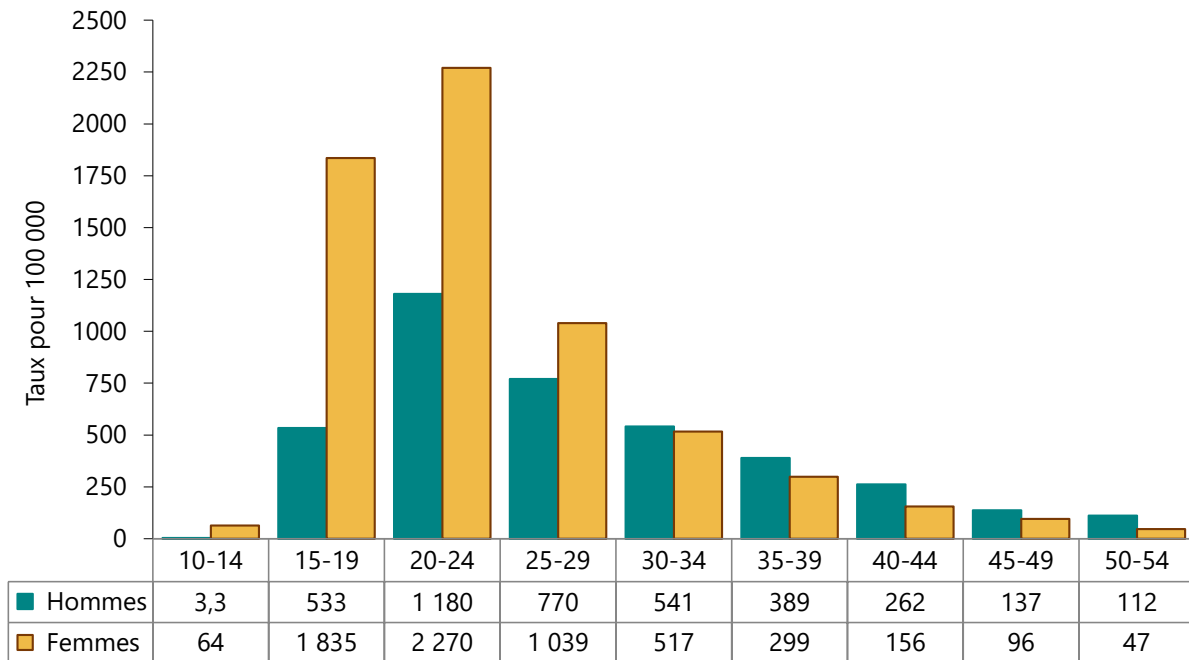
Figure 1 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2004 à 2024p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2024 est une projection (2024p) à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

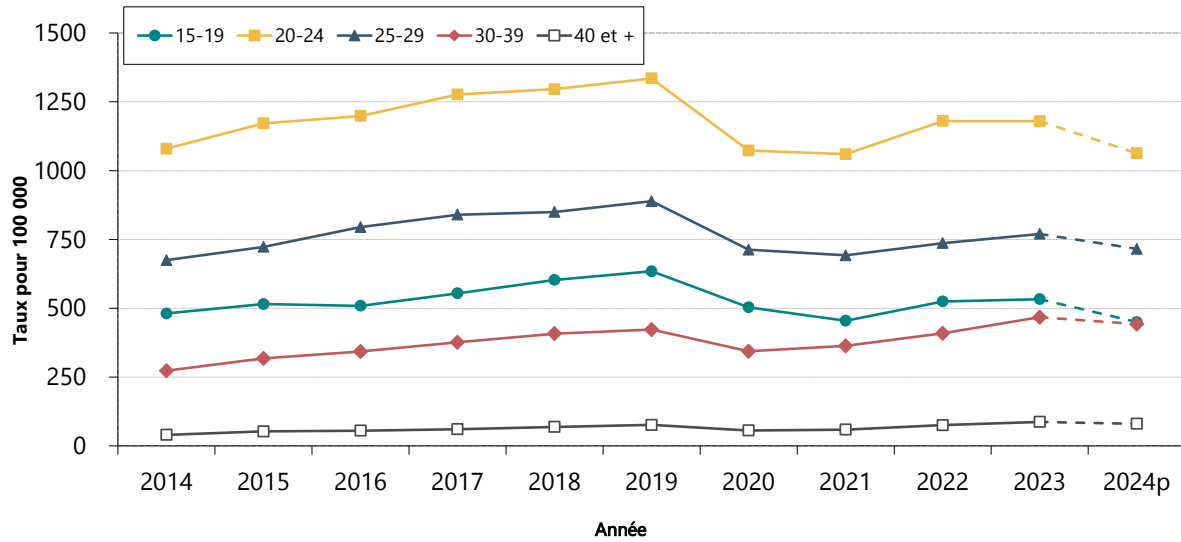
Figure 2 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2023



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

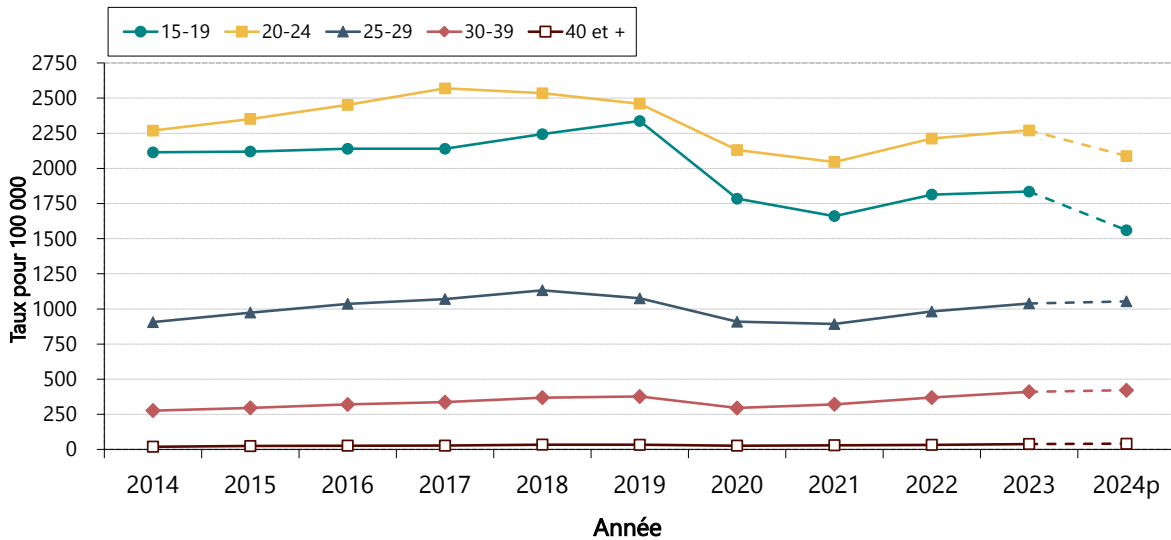
Figure 3 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2014 à 2024p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2024 est une projection (2024p) à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Figure 4 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, 2014 à 2024p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2024 est une projection (2024p) à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

3.4 Discussion

- La croissance soutenue de l'incidence des cas déclarés au cours des dernières années a été interrompue durant la période de la pandémie de COVID-19 (2020 et 2021). La reprise amorcée en 2022 s'est poursuivie en 2023, mais une baisse semble attendue pour l'année 2024, selon les projections disponibles.
- Bien que le nombre de cas déclarés subisse une hausse chez les personnes de plus de 40 ans, une forte majorité des cas sont toujours déclarés chez les jeunes de 15 à 24 ans (51 %).
- Plusieurs facteurs peuvent influencer l'évolution des taux d'incidence de cas déclarés, notamment l'accessibilité et l'utilisation des tests de détection des cas.
 - Le nombre total de tests de détection (928 392 tests effectués en 2023-2024) représente le nombre le plus élevé depuis que cette donnée est colligée.
- La hausse des infections aux sites anatomiques extragénitaux peut être réelle, ou bien s'expliquer par une augmentation des prélèvements effectués pour les sites extragénitaux, voire simplement par une hausse de la déclaration d'informations concernant ces sites.
- L'[annexe 5](#) permet de comparer les taux de cas déclarés de *C. trachomatis* au Québec avec ceux de plusieurs provinces canadiennes et de différents pays pour les années 2019 à 2023. À noter que la province de l'Ontario ainsi que l'Australie subissent aussi des hausses similaires au Québec pour l'année 2023.

4 INFECTION GONOCOCCIQUE

Après une vingtaine d'années de hausse constante, l'incidence de cas déclarés d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* a chuté de 13 % entre 2019 et 2021. Elle a ensuite crû de 22 % entre 2021 et 2022, puis à nouveau de 20 % entre 2022 et 2023. Aucune souche non sensible aux céphalosporines de 3^e génération (ceftriaxone, céfixime) n'a été identifiée en 2021, en 2022 ni en 2023. En 2024, deux isolats non sensibles à la céfixime ont été identifiés au Québec, dont l'un présente un profil ultrarésistant alors que le second est également non sensible à la ceftriaxone.

4.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2023

- En 2023, 9 908 cas d'infection à *N. gonorrhoeae* ont été déclarés pour un taux global de 112 cas pour 100 000 personnes (taux de 165 pour 100 000 chez les hommes et de 57 pour 100 000 chez les femmes). Les hommes représentaient 74 % des cas, soit un rapport hommes/femmes de 2,9 pour un.
- En 2023, un cas a été déclaré chez les nourrissons âgés de moins d'un an (taux de 1,2 cas pour 100 000).
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentaient 22 % de l'ensemble des cas (16 % des cas masculins et 39 % des cas féminins). Chez ces jeunes, le rapport hommes/femmes était de 1,1 pour un.
- Parmi les cas masculins, les hommes de 25 à 29 ans présentaient le taux d'incidence le plus élevé (476 pour 100 000). Parmi les cas féminins, les femmes âgées de 20 à 24 ans présentaient le taux d'incidence le plus élevé (279 pour 100 000).
- Les personnes âgées de 50 à 64 ans représentaient 9,7 % de l'ensemble des cas déclarés (taux de 55 pour 100 000), 12 % des cas masculins (taux de 99 pour 100 000) et 3,8 % des cas féminins (taux de 10,8 pour 100 000).
- Les taux d'incidence des cas déclarés dans la région du Nunavik (4 534 pour 100 000) et dans la région de Montréal (261 pour 100 000) étaient respectivement 40 fois et 2,3 fois plus élevés que celui de l'ensemble du Québec ([annexe 3](#)). Toutes les autres régions avaient un taux inférieur au taux moyen de la province. Les taux les plus faibles, soit de moins de 25 cas pour 100 000, ont été observés dans les régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de l'Abitibi-Témiscamingue, du Nord du Québec et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.
- Chez les hommes, le taux de cas déclarés dans la région de Montréal (435 pour 100 000) est 5,4 fois plus élevé que celui enregistré dans le reste de la province (81 pour 100 000).

4.2 Tendances temporelles

- Le taux global d'incidence des cas déclarés d'infection à *N. gonorrhoeae* est passé de 48 à 88 pour 100 000 entre 2015 et 2019, une croissance globale de 84 % s'inscrivant dans un cycle de hausse ininterrompue depuis de nombreuses années. Après avoir progressivement diminué jusqu'à 76 pour 100 000 entre 2019 et 2021 (- 13 %); la hausse a repris depuis, atteignant 112 pour 100 000 en 2023 (+ 27 % par rapport au taux de 2019) et dépassant ainsi le plus haut taux enregistré depuis 2004.
- L'ampleur de ce rebond du taux entre 2019 et 2023 est légèrement plus élevée chez les femmes (+ 33 %) que chez les hommes (+ 24 %). Le rebond est manifeste dans la plupart des régions.
- Selon les projections, le taux global s'élèverait à 109 pour 100 000 en 2024, en stabilité avec le taux de 2023.

4.3 Sites anatomiques

- Les données relatives au site anatomique de l'infection à *N. gonorrhoeae* disponibles pour les années 2019 et 2023 permettent de noter une hausse des infections touchant des sites extragénitaux chez les femmes (+ 12 %) pour les infections touchant le rectum ou le pharynx, avec ou sans autre site d'infection pour un même épisode.

4.4 Résistance aux antibiotiques

La surveillance de la résistance aux antibiotiques est assurée par le LSPQ, où les analyses de sensibilité sur les souches de *Neisseria gonorrhoeae* sont effectuées à partir des souches acheminées par l'ensemble des laboratoires du Québec. Les souches de *N. gonorrhoeae* reçues en 2023 ont été analysées afin de déterminer leur sensibilité à cinq antibiotiques : azithromycine, ciprofloxacine, céfixime, ceftriaxone et gentamicine. Les faits saillants du programme de surveillance pour l'année 2023 sont les suivants²³ :

- Le nombre de souches reçues au Laboratoire de santé publique du Québec en 2023 (2 117) est le plus élevé depuis le début de la surveillance en 1998.
- Le pourcentage de résistance à l'azithromycine (≥ 2 mg/L) a atteint un sommet en 2022 avec 44 %, pour ensuite diminuer à 33 % en 2023.
- En 2023, la résistance à la ciprofloxacine était évaluée à 48 %, en stabilité depuis 2021. Elle a varié entre 67 % et 74 % au cours des années 2017-2020.

²³ Lefebvre B, Labbé A-C. Sommaire des résultats d'antibiorésistance des souches de *Neisseria gonorrhoeae* au Québec en 2023. Institut national de santé publique du Québec. Avril 2025. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3650>

- Aucune souche non sensible aux céphalosporines de 3^e génération n'a été identifiée de 2021 à 2023. Toutefois, selon les informations disponibles concernant les souches isolées en 2024, deux souches non sensibles à la céfixime ont été identifiées au Québec. La première souche, isolée chez un homme ayant rapporté des contacts sexuels avec une travailleuse du sexe lors d'un voyage en Asie²⁴, présente un profil ultrarésistant (UR), soit non sensible à la céfixime, sensible à la ceftriaxone, résistante à l'azithromycine, à la ciprofloxacine, à la tétracycline et à la pénicilline. Cette souche est la première souche UR au Canada. La seconde souche, isolée chez une personne sans historique de voyage²⁵, est non sensible à la céfixime et à la ceftriaxone, résistante à la ciprofloxacine, à la tétracycline et à la pénicilline, mais sensible à l'azithromycine.
- L'augmentation observée en 2014-2015 de la proportion de souches présentant une sensibilité réduite (SR) à la ceftriaxone n'a pas été soutenue pendant les années subséquentes. En 2020, on a observé une hausse de SR à la céfixime avec 28 souches (2,4 %) présentant une CMI de 0,25 mg/L (OMS, 2012). En 2023, seulement neuf souches présentaient une SR à la céfixime (0,4 %) et une autre souche une SR à la ceftriaxone (0,1 %).
- Il est fréquent d'observer l'émergence de multirésistance et d'échecs de traitements dans des réseaux sexuels avec une transmission rapide de l'infection^{26,27}. Un réseau sentinelle au Québec a également permis une analyse descriptive détaillée des échecs de traitements détectés entre 2015 et 2019²⁸.

²⁴ Extensively Drug-Resistant *Neisseria gonorrhoeae* Strain, Canada. Lefebvre B, Martin I, Thorington R, Gitelman J, Bui-Nguyen A, Fortin C, Fafard J. Emerg Infect Dis. 2025 Jul;31(7):1446-1449. doi: 10.3201/eid3107.250023. PMID: 40563105. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40563105/>

²⁵ Appel à la vigilance : Souches de *Neisseria gonorrhoeae* résistantes aux antibiotiques. https://www.ciussc-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/SantePublique/InfoMADO/2025-04-07_Appel-vigilance%20_NG.pdf

²⁶ Blouin K, Lefebvre B, Trudelle A et coll. Correlates of *Neisseria gonorrhoeae* antimicrobial resistance: cross-sectional results from an open cohort sentinel surveillance network in Quebec, Canada, 2016-2019. BMJ Open 2023; 13: e073849.

²⁷ Blouin K, Trudelle A, Defay F, et coll. Réseau sentinelle de surveillance de l'infection gonococcique, de l'antibiorésistance et des échecs de traitement au Québec : Résultats du 1er septembre 2015 au 31 décembre 2019. Institut national de santé publique du Québec, 2023. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3330>

²⁸ Blouin K, Lefebvre B, Trudelle A, Defay F, Perrault-Sullivan G, Gnimatin JP, Labbé A-C. *Neisseria gonorrhoeae* treatment failure to the recommended antibiotic regimen - Québec, Canada, 2015-2019. J Antimicrob Chemother, 2024 Nov 4; 79(11):3029-3040, doi: <https://doi.org/10.1093/jac/dkaf327>

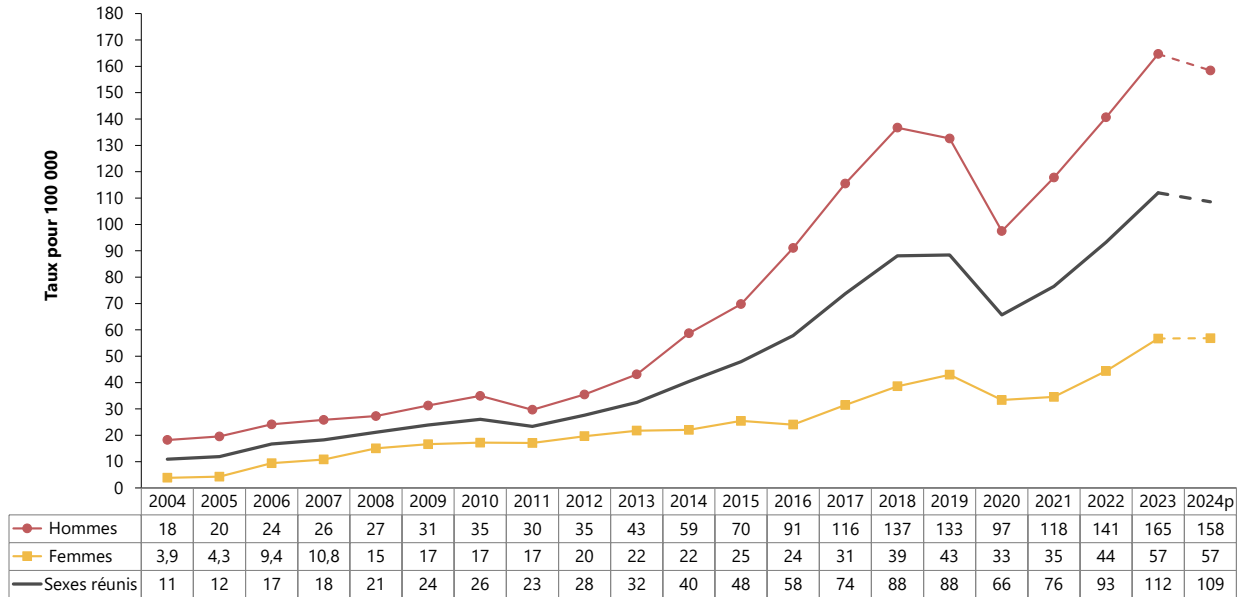
Tableau 5 Infection à *Neisseria gonorrhoeae* aux sites rectaux et pharyngés, Québec, 2019 et 2023

Cas avec information disponible sur le site*	Hommes*				Différence de proportion
	2019 (N = 5 601)		2023 (N = 6 973)		
	n	%	n	%	
Sites rectum ou pharynx**	3 818	68	4 738	68	+0,0 %
Seulement rectum ou pharynx	3 277	59	4 477	64	+5,0 %
Rectum**	1 867	33	2 196	31	-2,0 %
Seulement rectum	1 038	19	1 837	26	+7,0 %
Seulement rectum et pharynx	522	9,3	208	3,0	-6,3 %
Pharynx**	2 606	47	2 823	40	-7,0 %
Seulement pharynx	1 717	31	2 432	35	+4,0 %
Cas avec information disponible sur le site*	Femmes*				Différence de proportion
	2019 (N = 1 809)		2023 (N = 2 054)		
	n	%	n	%	
Sites rectum ou pharynx**	522	29	840	41	+12 %
Seulement rectum ou pharynx	311	17	611	30	+13 %
Rectum**	111	6,1	168	8,2	+2,1 %
Seulement rectum	28	1,5	73	3,6	+2,1 %
Seulement rectum et pharynx	13	0,7	13	0,6	-0,1 %
Pharynx**	460	25	735	36	+11 %
Seulement pharynx	270	15	525	26	+11 %

* Le N exclut les cas pour lesquels le site d'infection est manquant. Plusieurs sites peuvent être mentionnés pour un même épisode et les catégories présentées ne sont pas mutuellement exclusives.

** Avec ou sans autres sites d'infection pour un même épisode.

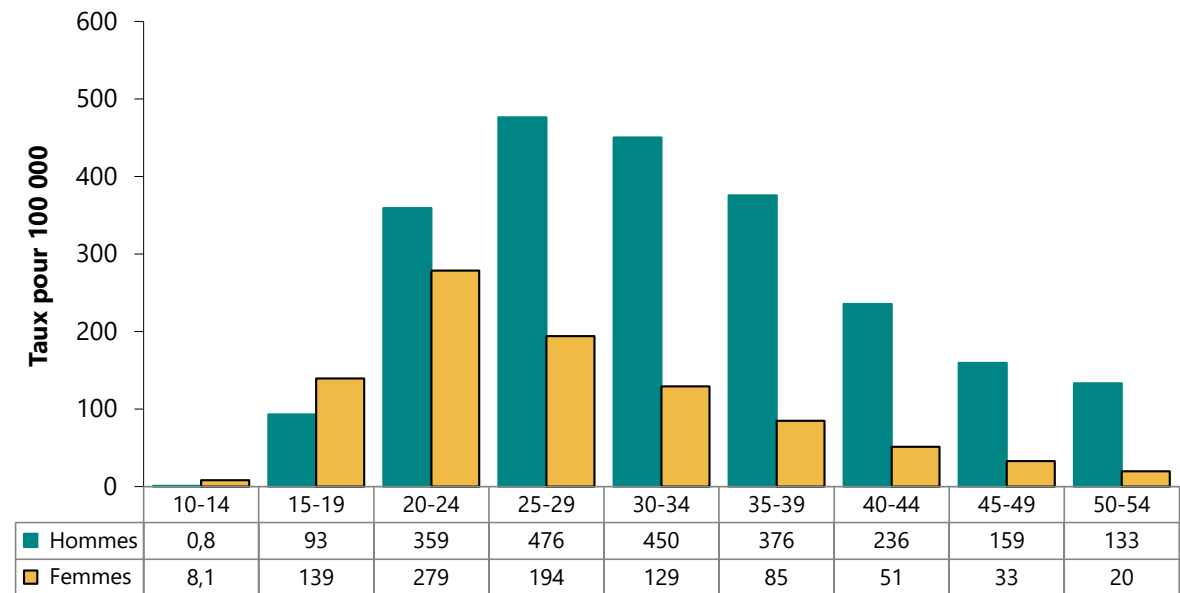
Figure 5 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2004 à 2024p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2024 est une projection (2024p) à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

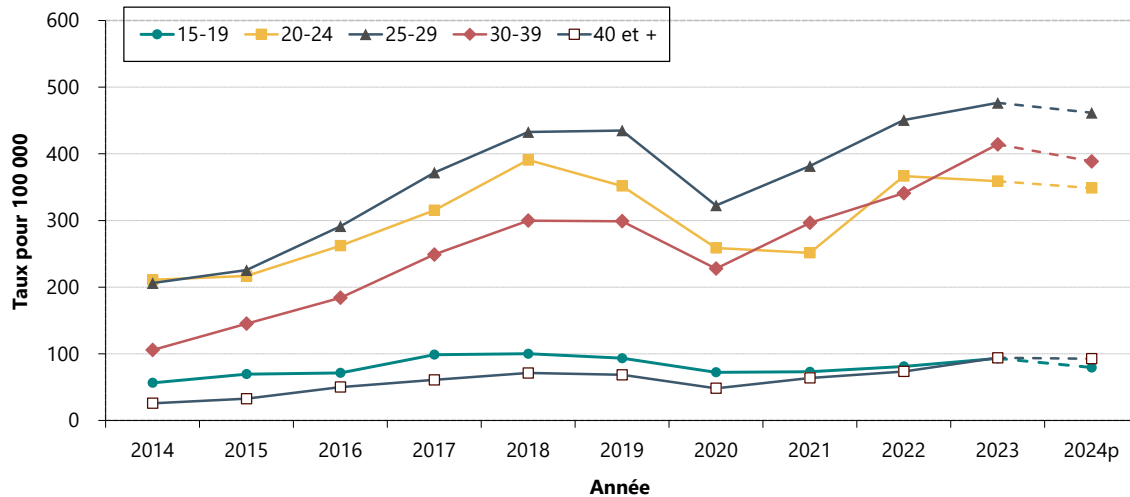
Figure 6 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2023



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

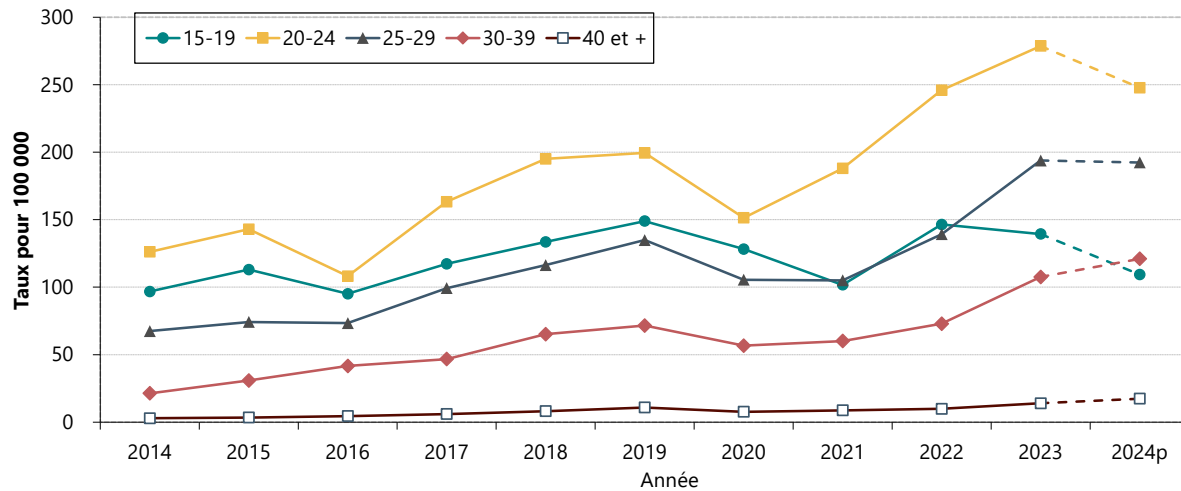
Figure 7 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2014 à 2024p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2024 est une projection (2024p) à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Figure 8 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2014 à 2024p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2024 est une projection (2024p) à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

4.5 Discussion

- La croissance soutenue au cours des dernières années de l'incidence des cas déclarés d'infection à *N. gonorrhoeae* a brusquement ralenti durant la période de la pandémie de COVID-19 (2020 et 2021). La reprise amorcée en 2022 s'est confirmée en 2023. Les taux de cas déclarés en 2023 et de cas projetés pour 2024 sont les plus élevés jamais observés au Québec.
- Plusieurs facteurs peuvent influencer l'évolution à la baisse ou à la hausse des taux d'incidence de cas déclarés d'infection gonococcique, notamment l'accessibilité et l'utilisation des tests de détection des cas. Le nombre de cas de *N. gonorrhoeae* déclarés entre 2015-2019 a crû parallèlement à l'augmentation du nombre de tests de détection effectués au Québec et a diminué durant la pandémie alors que le nombre de tests fléchissait ([Figure 31, annexe 1](#)).
- La possibilité de détecter plus facilement les infections extragénitales pourrait également expliquer une partie de l'augmentation des cas déclarés chez les hommes ainsi que, dans une moindre mesure, chez les femmes. Cette hausse s'explique par la recommandation, officialisée en 2013, de prélever tous les sites extragénitaux exposés (anus-rectum ou pharynx). Ces infections extragénitales pouvaient auparavant passer inaperçues.
 - La hausse des infections extragénitales observée entre 2019 et 2023 peut être réelle, ou bien s'expliquer par une augmentation des prélèvements effectués pour les sites extragénitaux, voire simplement une hausse de la déclaration d'informations concernant ces sites.
- Il demeure important de maintenir une capacité de surveillance de la résistance du gonocoque aux antibiotiques utilisés pour le traitement ainsi que les impacts de cette résistance tels que la survenue d'échecs thérapeutiques. Les recommandations de traitement ont été modifiées de façon régulière, notamment en 2018, en 2020 et en 2024, en réponse à une hausse importante de résistance à l'azithromycine au Québec²⁹. Une fréquence alarmante de souches de *N. gonorrhoeae* résistantes à la ceftriaxone a récemment été rapportée par certains pays d'Asie^{30,31}, les prévalences mesurées se situant entre huit et 15 %.

²⁹ https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/Guide_ITSS-Chlamydia_gonorrhoeae.pdf

³⁰ Zhu X, Xi Y, Gong X, Chen S. Ceftriaxone-Resistant Gonorrhoea - China, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2024 Mar 28;73(12):255-259. doi: 10.15585/mmwr.mm7312a2. PMID : 38 547 027; PMCID : PMC10986818.

³¹ Ouk V, Heng LS, Virak M, Deng S, Lahra MM, Frankson R, Kreisel K, McDonald R, Escher M, Unemo M, Wi T, Maatouk I; EGASP Cambodia Working Group. High prevalence of ceftriaxone-resistant and XDR *Neisseria gonorrhoeae* in several cities of Cambodia, 2022-23: WHO Enhanced Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme (EGASP). *JAC Antimicrob Resist.* 2024 Apr 4;6(2):dlae053. doi : 10.1093/jacamr/dlae053. PMID : 38 577 702; PMCID : PMC10993901.

5 SYPHILIS

Le taux de syphilis en phase infectieuse a augmenté de façon importante au cours des 25 dernières années. La grande majorité des cas touche les hommes, particulièrement les HARSAH. Toutefois, en 2023, le nombre de cas féminins a été sept fois plus élevé que celui observé 10 ans auparavant. La plupart de ces femmes étaient en âge de procréer ; neuf cas de syphilis congénitale ayant par ailleurs été déclarés en 2023.

5.1 Caractéristiques des cas de syphilis en phase infectieuse déclarés en 2023

- Au total, 1 389 cas de syphilis en phase infectieuse ont été déclarés en 2023. Parmi ceux-ci, 27 % étaient des cas de syphilis primaire, 27 % des cas de syphilis secondaire et 46 % des cas de syphilis latente précoce.
- Le taux global de cas déclarés était de 16 cas pour 100 000 personnes (26 pour 100 000 chez les hommes et 4,8 pour 100 000 chez les femmes). Les cas masculins (n = 1 172) comptaient pour 84 % de l'ensemble des cas, soit un rapport hommes/femmes de 5,5 pour un.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentaient 12 % de l'ensemble des cas (9,7 % des cas masculins et 23 % des cas féminins).
- Les hommes âgés de 30 à 39 ans comptaient pour 31 % des cas masculins et avaient le taux de syphilis infectieuse le plus élevé (59 pour 100 000).
- Parmi les 213 femmes chez qui a été diagnostiquée une syphilis en phase infectieuse en 2023, 93 % étaient en âge de procréer (15 à 49 ans). Les femmes âgées de 20 à 24 ans présentaient le taux d'incidence le plus élevé (16 pour 100 000).
- Les personnes âgées de 50 à 64 ans représentaient 17 % de l'ensemble des cas déclarés (taux de 14 pour 100 000), 20 % des cas masculins (taux de 26 pour 100 000) et 5,6 % des cas féminins (taux de 1,4 pour 100 000).
- La région affichant le plus haut taux d'incidence de cas déclarés de syphilis infectieuse est la région du Nunavik (458 pour 100 000); suivie de la région de Montréal (33 pour 100 000) qui compte pour 50 % des cas déclarés au Québec. Les taux se situaient ensuite entre 10 et 17 cas pour 100 000 dans les régions de l'Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Capitale-Nationale, Laval, Lanaudière et Montérégie. Les régions suivantes rapportaient les plus hauts taux de syphilis en phase infectieuse chez les femmes : Nunavik (taux de 595 pour 100 000; 43 cas), Lanaudière (8,7 pour 100 000; 24 cas), Montréal (5,0 pour 100 000; 53 cas) et Capitale-Nationale (4,9 pour 100 000; 19 cas).

5.2 Tendances temporelles

- À l'exception d'une chute de 28 % entre 2019 et 2021, le taux de cas déclarés de syphilis en phase infectieuse n'a cessé d'augmenter depuis le plancher de 1998; atteignant en 2023 un sommet de 16 cas pour 100 000, soit une hausse de 8,6 % par rapport au taux 2022 (14 cas pour 100 000). Le taux projeté pour 2024 est de 15 cas pour 100 000.
- Chez les femmes, la croissance a débuté en 2015. Le taux, qui était de 0,5 pour 100 000 à l'époque, a atteint 4,8 pour 100 000 en 2023 (croissance de 892 %). Contrairement à la situation chez les hommes, le taux n'a pas baissé chez les femmes pendant la pandémie de COVID-19, ce qui est possiblement attribuable au contexte principal de dépistage de la syphilis chez les femmes; à savoir les suivis de grossesse, qui ont été moins affectés par la pandémie.
- Le nombre de cas déclarés au Nunavik est en légère baisse en 2023 comparativement à 2022 (- 15 %), mais demeure élevé tant chez les femmes que chez les hommes.

5.3 Syphilis congénitale³²

- Au Québec, neuf cas de syphilis congénitale (tous des cas de syphilis congénitale précoce détectés chez des nourrissons âgés de moins de deux ans) ont été déclarés en 2023, soit un taux de 0,5 cas pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans et de 5,4 cas pour 100 000 nourrissons âgés de moins de deux ans).
- Treize cas avaient été déclarés en 2022, six en 2021, trois en 2020, deux en 2019, un en 2018, un en 2017 et trois en 2016 pour un total de 38 cas en huit ans. Le nombre de cas rapportés entre 2016 et 2023 est ainsi plus de sept fois plus élevé que celui rapporté au cours des 16 années précédentes (total de cinq cas enregistrés entre 2000-2015). Selon les données actuellement disponibles (en date du 11 mars 2025), 11 cas ont été déclarés pour 2024.
- La [Figure 14](#) illustre la relation temporelle entre la croissance du taux de syphilis en phase infectieuse chez les femmes et le nombre de cas de syphilis congénitale.

³² Veillette-Bourbeau, L. La syphilis congénitale au Québec, description des cas 2021, 2022 et 2023. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. Communication personnelle, mai 2024.

5.3.1 Description des contextes des cas de syphilis congénitale

- Parmi les 39 cas de syphilis congénitale rapportés en 2021, 2022, 2023 et 2024³³ (les catégories ne sont pas mutuellement exclusives), on retrouve :
 - Dix cas reliés à un contexte d’immigration récente. Les personnes enceintes étaient arrivées au Canada au 3^e trimestre de grossesse et n’avaient pas eu de suivi prénatal avant l’accouchement.
 - Quatre cas pour lesquels un dépistage effectué au premier trimestre de la grossesse s’était révélé négatif. L’infection contractée au cours de la grossesse n’avait pas été détectée avant l’accouchement.
 - Cinq cas pour lesquels l’infection a été contractée à nouveau (réinfection) au cours de la grossesse et qui n’ont pas complété le suivi recommandé.
 - Seize cas attribués soit à l’absence de suivi en début de grossesse soit à un dépistage tardif ou encore à une perte au suivi pour le traitement. Les personnes enceintes vivaient une situation de grande vulnérabilité psychosociale (consommation de drogues, travail du sexe ou itinérance).

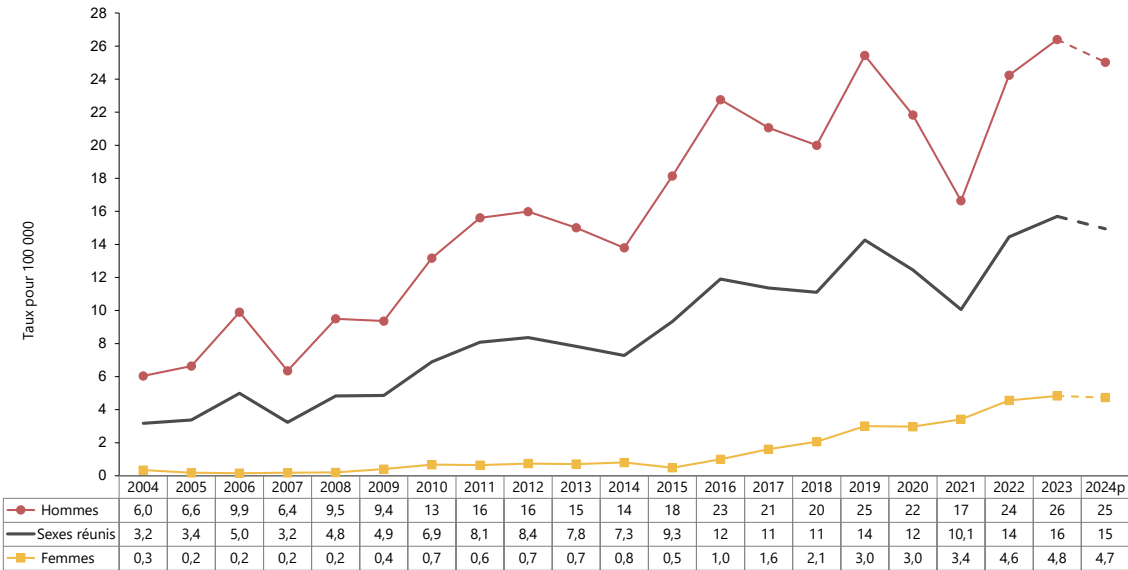
Certaines opportunités manquées de prise en charge et de prévention ont été identifiées : bilan prénatal fait à l’intérieur de la période fenêtrée; non-répétition du dépistage de la syphilis en présence de facteurs de risque chez la personne enceinte ou son/ses partenaire(s) sexuel(s); syphilis non envisagée et non recherchée malgré la présence de symptômes lors de consultation dans des urgences.

5.4 Syphilis non infectieuse et sans précision

- Entre 2019 et 2023, le nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse a augmenté de 15 % alors que, parallèlement, le nombre de cas déclarés de syphilis non infectieuse ou de syphilis sans précision augmentait de 88 % (de 1 002 à 1 888 cas). Plus spécifiquement, le nombre de cas de :
 - Syphilis latente tardive augmentait de 73 % (de 705 à 1 220 cas) durant cette période;
 - Syphilis tertiaire autre que neurosyphilis fluctuait entre 3 et 6 cas annuellement;
 - Neurosyphilis diminuait de 23 % (de 48 à 37 cas);
 - Syphilis sans précision augmentait de 152 % (de 245 à 618 cas).

³³ Sources : SI-GMI et communication personnelle de la région de Montréal (juin 2025). Les informations au sujet d’un des cas de 2023 et de trois cas en 2024 étaient insuffisantes pour qu’ils soient classés selon cette catégorisation.

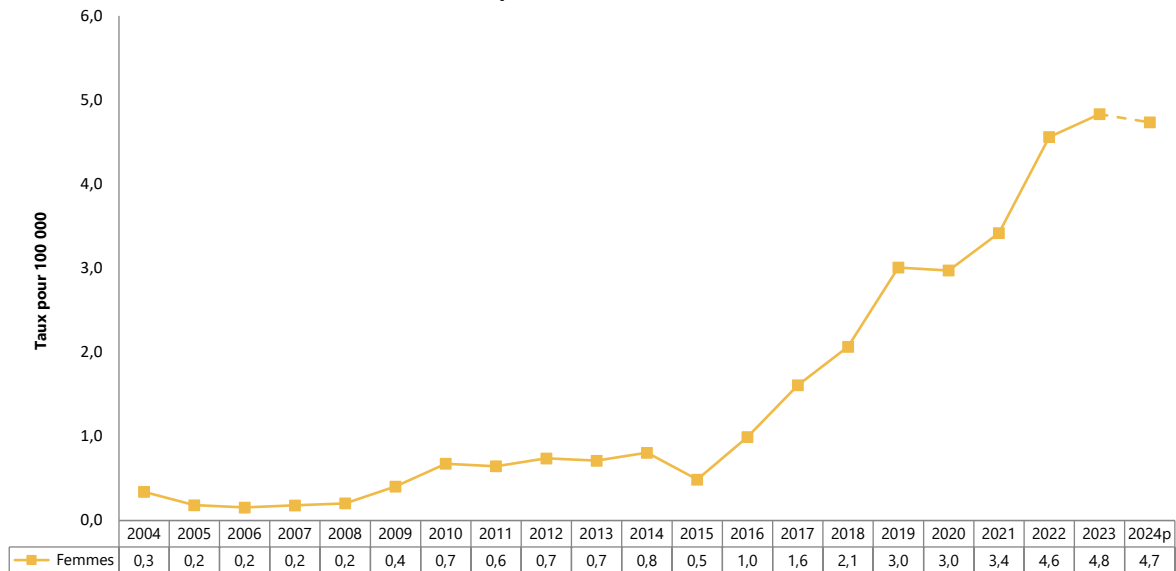
Figure 9 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2004 à 2024p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an). Le nombre de cas pour 2024 est une projection (2024p) à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

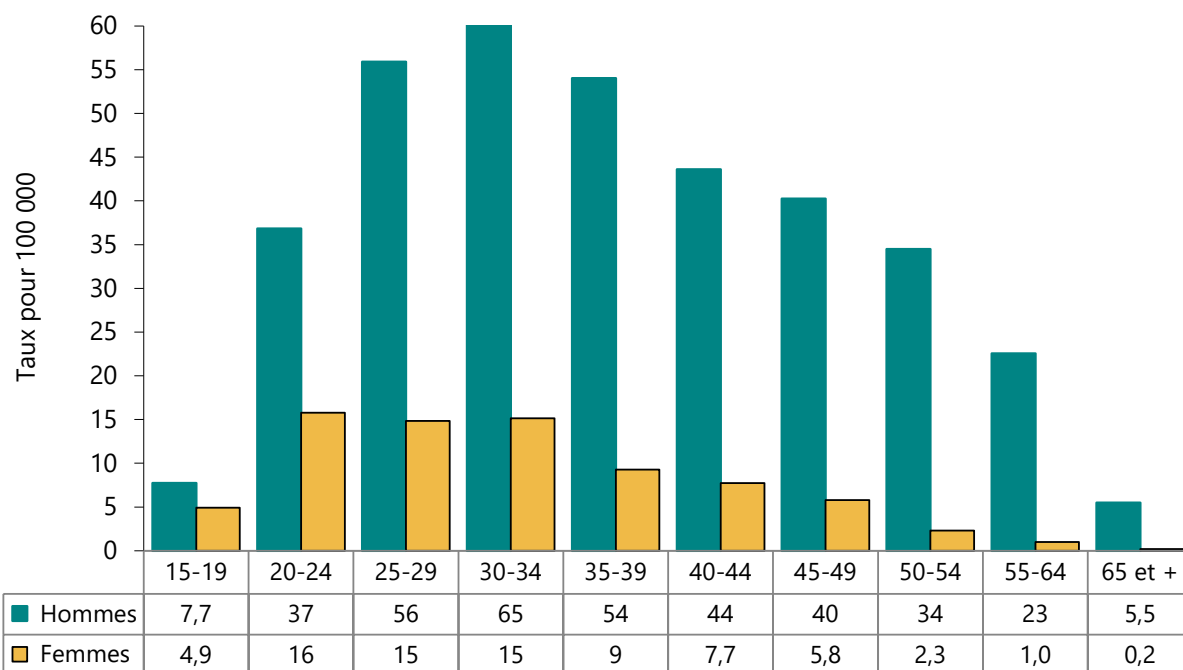
Figure 10 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes, Québec, de 2004 à 2024p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an). Le nombre de cas pour 2024 est une projection (2024p) à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

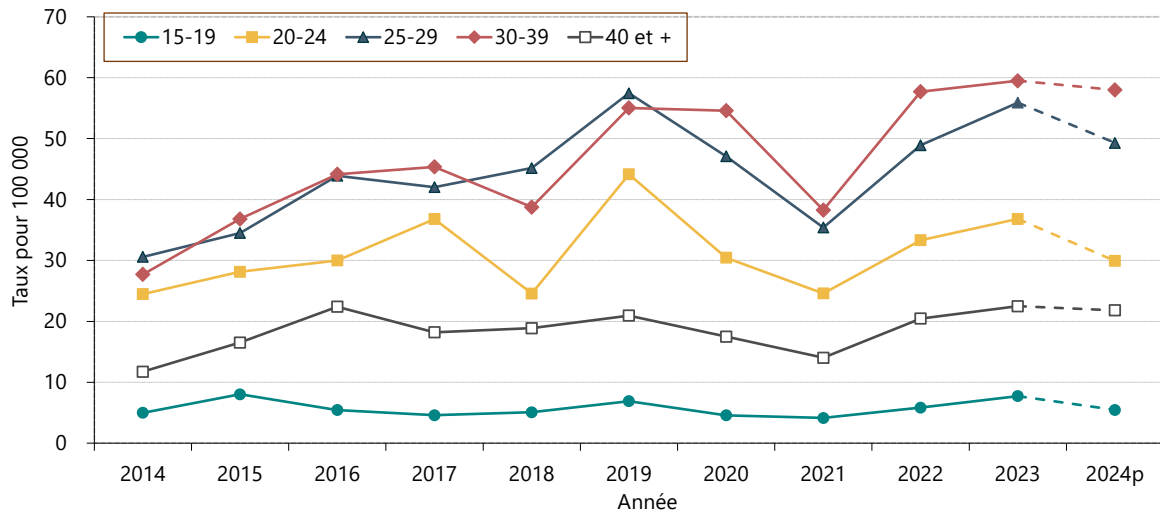
Figure 11 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2023



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

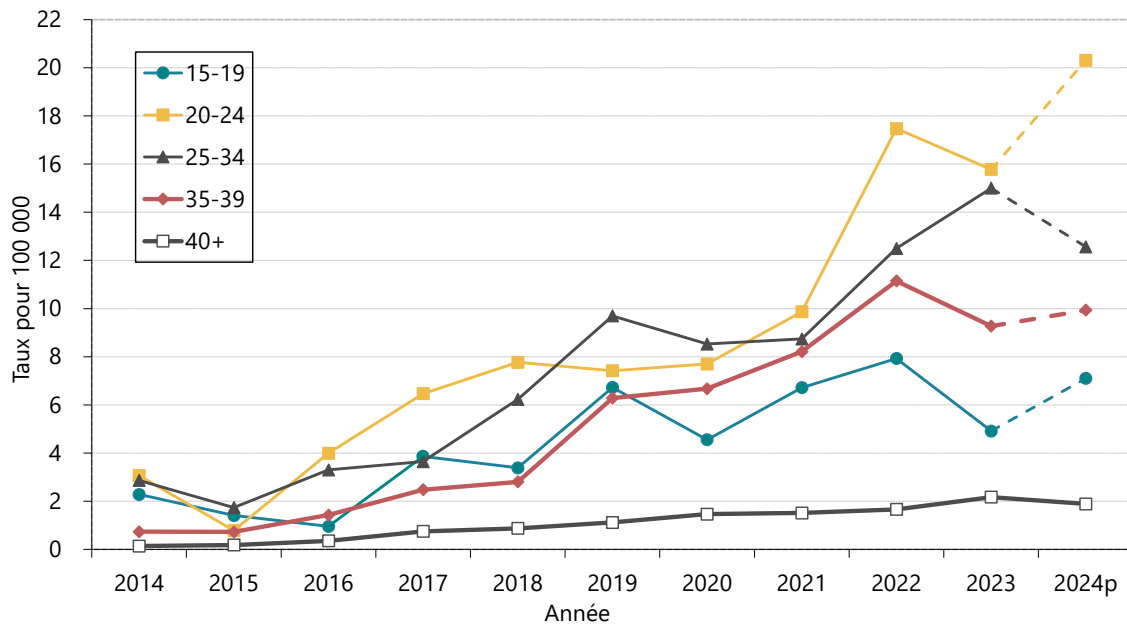
Figure 12 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2014 à 2024p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an). Le nombre de cas pour 2024 est une projection (2024p) à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

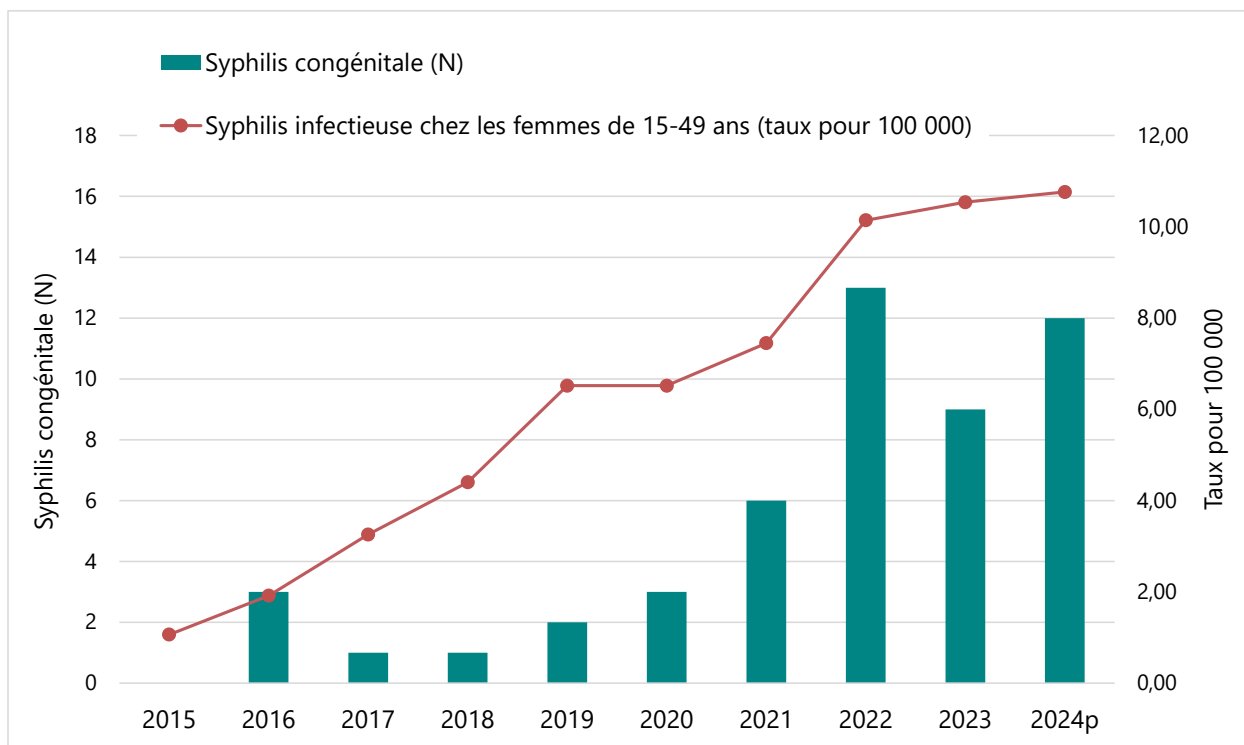
Figure 13 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2014 à 2024p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an). Le nombre de cas pour 2024 (2024p) est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Figure 14 Taux d'incidence de cas déclarés de syphilis infectieuse chez les femmes de 15 à 49 ans et nombre de cas de syphilis congénitale, Québec, 2015-2024p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an). Le nombre de cas pour 2024 est une projection (2024p) à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Tableau 6 Syphilis de nature autre qu'infectieuse : nombre de cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2019 à 2023

Hommes	2019	2020	2021	2022	2023
Syphilis latente tardive	468	307	376	681	836
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans</i>	19 (4 %)	20 (7 %)	19 (5 %)	42 (6 %)	61 (7 %)
Neurosyphilis	41	15	16	25	33
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	2	4	4	3	2
Syphilis sans précision	182	274	195	453	436
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans</i>	18 (10 %)	18 (7 %)	6 (3 %)	20 (4 %)	28 (6 %)
Femmes					
Syphilis latente tardive	235	164	141	347	379
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans</i>	15 (6 %)	15 (9 %)	9 (6 %)	17 (5 %)	44 (12 %)
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-49 ans</i>	114 (49 %)	89 (54 %)	71 (50 %)	230 (66 %)	220 (58 %)
Neurosyphilis	6	3	3	4	4
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	1	1	2	2	2
Syphilis sans précision	62	64	75	147	175
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans</i>	7 (11 %)	3 (5 %)	7 (9 %)	13 (9 %)	19 (11 %)
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-49 ans</i>	24 (39 %)	27 (42 %)	29 (39 %)	83 (56 %)	100 (57 %)
Sexes réunis					
Syphilis latente tardive	705	475	525	1032	1220
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans</i>	34 (5 %)	34 (7 %)	29 (6 %)	59 (6 %)	105 (9 %)
Neurosyphilis	48	18	19	29	37
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	3	5	6	5	4
Syphilis sans précision	245	340	274	603	618
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans</i>	26 (11 %)	21 (6 %)	13 (5 %)	33 (5 %)	48 (8 %)
Syphilis non infectieuse (et sans précision)	1 002	609	836	1674	1 888

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

5.5 Discussion

- Au Québec, la syphilis infectieuse continue d'affecter principalement les hommes.
- Toutefois, la hausse du nombre de cas déclarés de syphilis s'accélère chez les femmes; la grande majorité de ces cas concernant des femmes en âge de procréer.
- Le nombre de cas de syphilis congénitale semble atteindre un plateau en 2023, après avoir doublé pratiquement chaque année depuis 2018.
- La croissance de cas féminins et de cas de syphilis congénitale au cours des dernières années est aussi observée dans plusieurs provinces canadiennes et pays industrialisés ([tableau 29-tableau 31](#), [figure 35-figure 36](#), [annexe 5](#)).
- Divers facteurs de vulnérabilité (défavorisation matérielle, situation d'itinérance, statut d'immigration précaire, consommation de drogues, etc.) ont été identifiés dans l'analyse des cas de syphilis congénitale.
- La syphilis congénitale est évitable. L'accès au suivi prénatal, le dépistage prénatal systématique de la syphilis, la répétition du dépistage en présence de facteurs de risque au cours de la grossesse, le diagnostic en présence de manifestations cliniques compatibles avec la syphilis et le traitement précoce de l'infection chez la personne enceinte sont des actions essentielles permettant de prévenir la syphilis congénitale.

6 LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE ET ITS RARES

La lymphogranulomatose vénérienne (LGV) était très rare au Québec jusqu'à la survenue d'une éclosion en 2005 et 2006. Après une période de transmission locale limitée entre 2007 et 2012, une résurgence a été observée à partir de 2013. Le nombre de cas déclarés oscille entre 81 et 146 cas par année depuis 2015, ce qui suggère que la LGV est maintenant bien installée au Québec.

6.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2023

- En 2023, 108 cas masculins ont été déclarés, ce qui correspond à un taux de 2,4 cas pour 100 000 hommes. Deux cas féminins probables ont été rapportés.
- Les taux les plus élevés ont été observés chez les 30-34 ans (7,0 pour 100 000, 22 cas).
- La région de Montréal est celle ayant enregistré le plus de cas (71/110, 65 %, annexe 3). Les neuf autres régions ayant enregistré des cas sont celles de la Capitale-Nationale (16 cas), de la Montérégie (huit cas), de l'Estrie (cinq cas), des Laurentides (trois cas), de Lanaudière (deux cas), de Laval (deux cas), de l'Outaouais, de la Côte-Nord et de Chaudière-Appalaches (un cas chacune).

6.2 Tendances temporelles

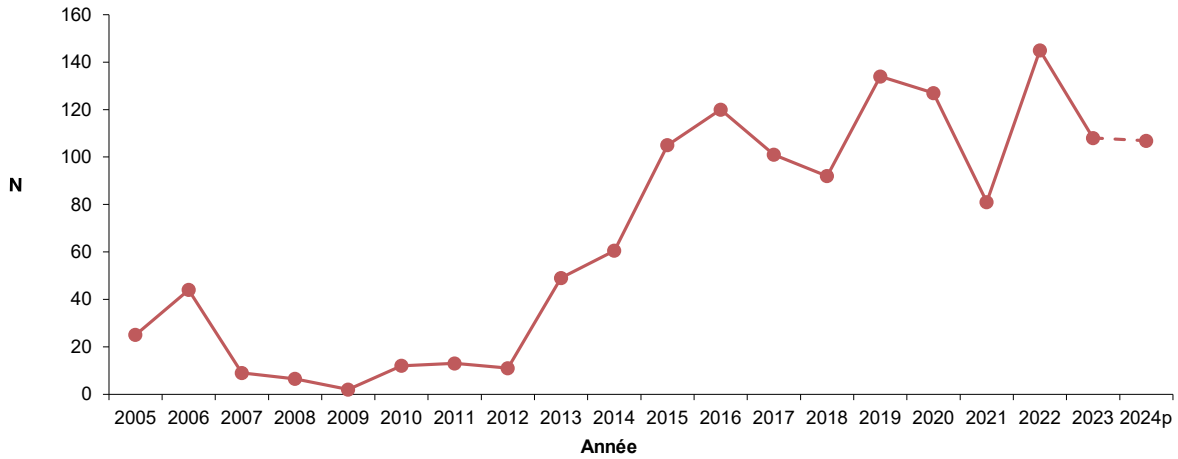
- À partir de l'année 2015, le nombre de cas déclarés de LGV a fluctué entre un minimum de 81 cas en 2021 et un maximum de 146 cas en 2022 (1,7 pour 100 000).
- La projection pour l'année 2024 est de 107 cas. Le taux projeté pour 2024 est identique à celui enregistré pour l'année 2023 (1,2 pour 100 000), soit une diminution de 29 % par rapport à 2022.
- Une fluctuation importante de la distribution d'âge est observée d'année en année.
- La hausse la plus importante (relative et absolue) du taux entre 2019 et 2023 a été observée pour la Capitale-Nationale (3,1 fois).

6.3 ITS rares : chancre mou et granulome inguinal

Au Québec, aucun cas de chancre mou ni de granulome inguinal n'a été déclaré en 2023.

- Un cas de chancre mou a été déclaré en 2021. Les derniers cas précédents avaient été déclarés en 2007 pour le chancre mou et en 2004 pour le granulome inguinal.

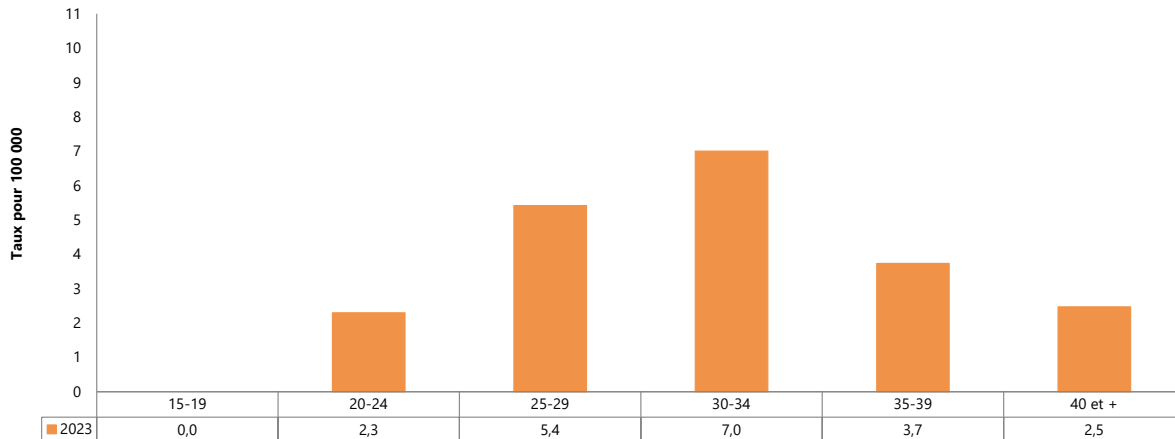
Figure 15 Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2005 à 2024p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2024 est une projection (2024p) à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

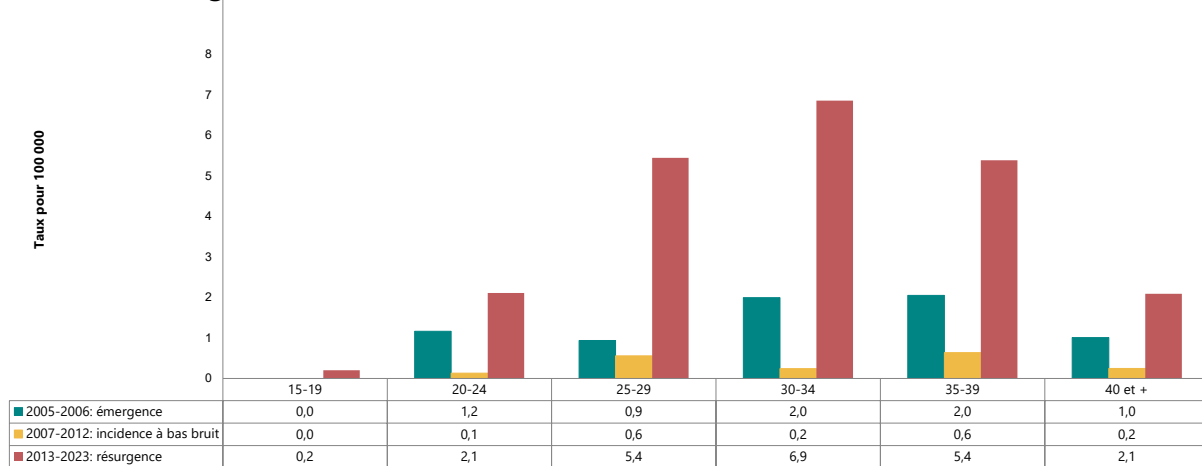
Figure 16 Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2023



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Figure 17 Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2023 (n = 1 245)



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

6.4 Discussion

- Le taux de LGV pour l'année 2022 était le plus élevé observé à ce jour au Québec (1,7 pour 100 000 personnes, soit 146 cas). Une diminution est observée en 2023 et en 2024 (projection). Trois cas probables ont été déclarés chez des femmes (un en 2022 et deux en 2023); aucun cas féminin n'avait été observé depuis 2012.
- Aux débuts de l'épidémie de LGV, les cas étaient déclarés essentiellement chez des HARSAH vivant avec le VIH. On observe maintenant environ la moitié des cas chez des HARSAH séronégatifs. La présence d'une infection bactérienne comme la LGV pourrait augmenter le risque de transmission du VIH entre des partenaires sérodiscordants. Toutefois, la charge virale du VIH lors du dernier test était rapportée indétectable chez 88 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en 2018 et 91 % en 2019 au Québec³⁴. Ainsi, le risque de transmission du VIH ne serait pas un enjeu dans la majorité des cas de LGV.

L'accès au traitement pour les PVVIH et à la prophylaxie pré-exposition (PPrE) pour les personnes séronégatives présentant des expositions fréquentes est une condition essentielle à la prévention de la transmission du VIH, particulièrement dans le contexte de l'épidémie de LGV³⁵. Il est bien démontré que l'usage de la PPrE avec une bonne observance est efficace pour prévenir l'infection par le VIH, y compris en présence d'une infection bactérienne.

³⁴ Blouin K, Diallo D, Dionne M, Labbé A-C, Lefebvre B, Veillette-Bourbeau L, Venne S. Enquête épidémiologique sur la situation de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) au Québec, données 2013-2019. Janvier 2022. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2825>

³⁵ La prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine : Guide pour les professionnels de la santé du Québec. Janvier 2019. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-334-02W.pdf>

Comme recommandé par le Guide québécois de dépistage des ITSS³⁶, le dépistage régulier de l'infection rectale à *C. trachomatis* chez les HARSAH présentant des expositions de manière continue ou répétée demeure une priorité pour le contrôle de la LGV.

³⁶ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000090/>

7 HÉPATITE B

Les cas déclarés d'hépatite B comprennent les cas aigus, chroniques ainsi que les cas dont le stade n'a pu être précisé. Les données sur l'infection aiguë permettent d'apprécier grossièrement la situation actuelle de la transmission dans la communauté, tandis que les cas d'infection chronique illustrent le fardeau possible de la maladie.

7.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2023

- Un total de 1 105 cas d'hépatite B a été déclaré en 2023, ce qui équivaut à un taux de 12 cas pour 100 000 personnes (15 pour 100 000 chez les hommes et neuf pour 100 000 chez les femmes). Les hommes représentent 60 % de l'ensemble des cas déclarés.
- En 2023, sept cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés (taux de 0,1 pour 100 000), dont un cas masculin et six cas féminins.
- Les cas d'hépatite B chronique représentent 41 % de l'ensemble des cas d'hépatite B déclarés (5,1 pour 100 000, 451 cas).
- Les cas d'hépatite B de stade non précisé représentent 59 % de l'ensemble des cas d'hépatite B déclarés (7,3 pour 100 000, 647 cas).
- Les taux d'hépatite B chronique ou de stade non précisé les plus élevés sont observés parmi les 25 à 54 ans chez les hommes et les 25 à 44 ans chez les femmes.
- Deux régions présentent un taux d'hépatite B supérieur à celui de la province (12 cas pour 100 000) : Montréal (25 pour 100 000) et Laval (13 pour 100 000, [annexe 3](#)).

7.2 Tendances temporelles

- Le taux de cas déclarés d'hépatite B était en baisse constante depuis quelques années (2004-2016); a augmenté de 2016 à 2018; puis a diminué de façon particulièrement abrupte entre 2019 et 2020, passant de 1 076 à 723 cas (8,4 pour 100 000).
- Une augmentation est observée entre 2020 et 2023. L'augmentation a été plus marquée entre 2022 et 2023, passant de 10,5 à 12,5 pour 100 000. Le taux projeté pour l'année 2024 (16 pour 100 000, 1 412 cas) serait le taux le plus élevé observé depuis l'année 2002.
- Entre 1994, l'année d'introduction du programme de vaccination universel en milieu scolaire, et 2023, le taux annuel de cas déclarés **d'hépatite B aiguë** a diminué de 98 %.
- Entre 1994 et 2023, le taux annuel de cas déclarés **d'hépatite B chronique** a diminué de 68 %. La diminution du taux d'hépatite B chronique doit être interprétée avec prudence dans le contexte d'une augmentation du taux d'hépatite B de stade non précisé.
- Une hausse de 128 % du taux d'**hépatite B de stade non précisé** a été observée, passant de 3,2 pour 100 000 en 2015 à 7,3 pour 100 000 en 2023. Le taux projeté pour 2024 est de 10,1 pour 100 000, soit le taux le plus élevé enregistré depuis 1990.

- Entre 2019 et 2023, une hausse importante des taux d'hépatite B a été observée dans les régions du Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (+290%, +trois cas), du Saguenay-Lac-Saint-Jean (+274 %, +17 cas), du Chaudière-Appalaches (+255 %, +19 cas), d'Abitibi-Témiscamingue (+197 %, + six cas), et de Lanaudière (+116 %, +17 cas).

7.3 Hépatite B néonatale ou chez des nourrissons de moins d'un an

- Aucun cas d'hépatite B aiguë n'a été déclaré en 2023 chez des nourrissons de moins d'un an.
 - Le dernier cas dans ce groupe d'âge a été enregistré en 2009.
- Deux cas d'hépatite B de stade chronique ou non précisé ont été déclarés en 2023 chez des nourrissons de moins d'un an.
 - Entre 2012 et 2022, un total de quatre cas avait été rapportés dans ce groupe d'âge.

7.4 Couverture vaccinale contre l'hépatite B

- Après une légère baisse observée en 2021, la couverture vaccinale contre l'hépatite B est demeurée élevée, particulièrement pour les enfants de la cohorte un an³⁷.

Tableau 7 Couverture vaccinale contre l'hépatite B à 15 mois (cohorte un an) et à 24 mois (cohorte deux ans) selon le nombre de doses, de 2019 à 2023

	2019	2021	2023 ³⁸
Cohorte 1 an ^a	98 %	97 %	97 %
Cohorte 2 ans ^b	94 %	92 %	91 %

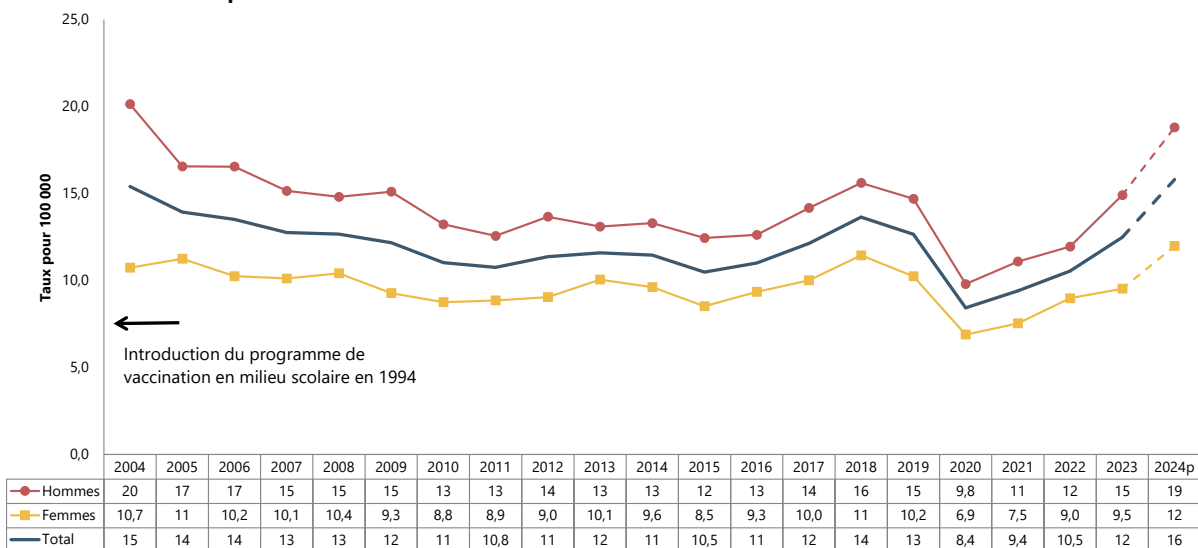
^a Couverture vaccinale par deux doses

^b Couverture vaccinale par trois doses

³⁷ Marilou Kiely, Manale Ouakki, Nicholas Brousseau, Ève Dubé, Diane Audet. Étude sur la couverture vaccinale des enfants québécois âgés de 1 an, 2 ans et 7 ans, 2021. Institut national de santé publique du Québec; 2024 [cité le 14 Mar 2025]. Disponible: <https://www.inspq.qc.ca/publications/3570>

³⁸ Les données pour l'année 2023 ont été transmises par Marilou Kiely avant la publication de l'Étude sur la couverture vaccinale des enfants québécois âgés de 1 an, 2 ans et 7 ans, 2023.

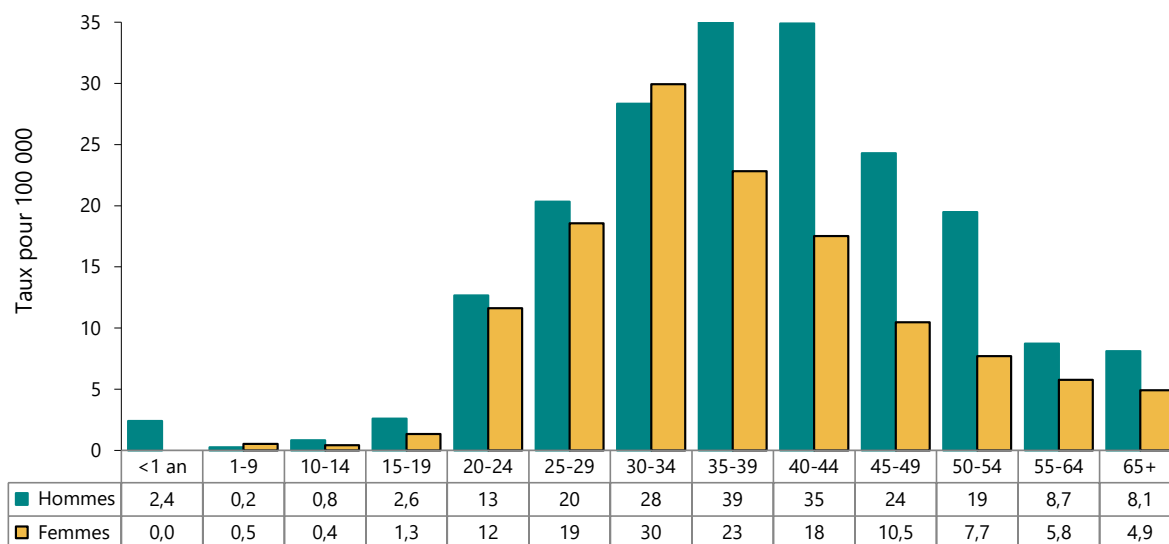
Figure 18 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2004 à 2024p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2024 est une projection (2024p) à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

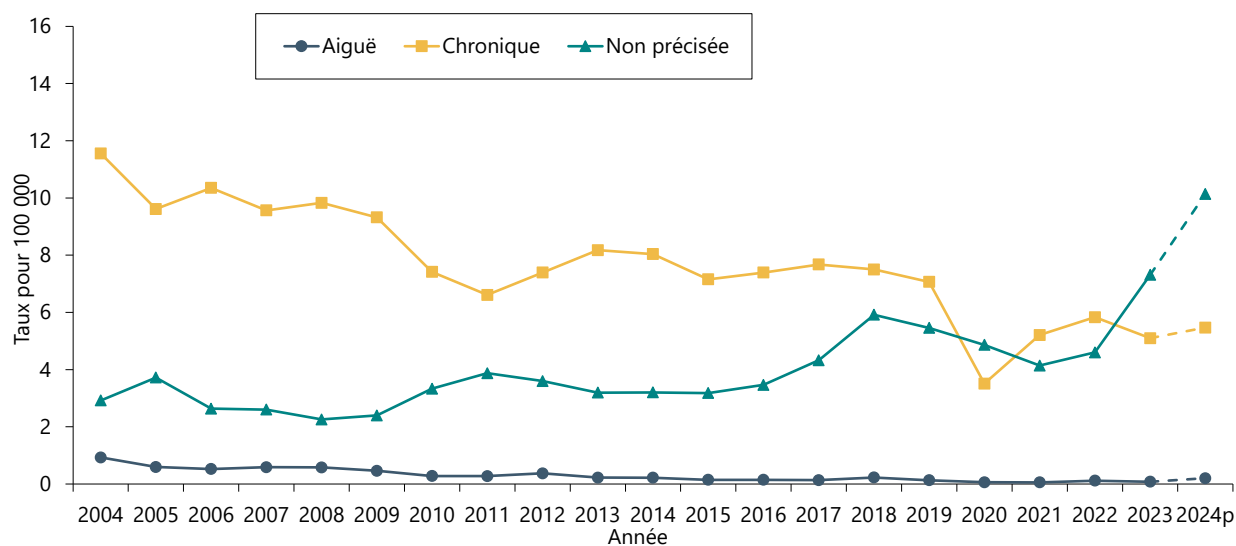
Figure 19 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2023



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Figure 20 Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, sexes réunis, Québec, de 2004 à 2024p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2024 est une projection (2024p) à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

7.5 Discussion

L'information nécessaire à la classification des cas n'est pas systématiquement recherchée, est difficile à obtenir ou encore n'est simplement pas disponible. Par exemple, des tests de détection de cette infection n'ont pas toujours été effectués antérieurement à l'épisode déclaré. Cela peut contribuer à l'augmentation observée des cas de stade non précisé.

Il est probable que les deux cas d'hépatite B de stade chronique ou non précisé déclarés en 2023 chez des nourrissons de moins d'un an soient en réalité des infections aiguës. Les données permettant de confirmer l'infection aiguë étaient vraisemblablement manquantes.

Par ailleurs, il est possible que le nombre de déclarations de cas chroniques et de cas de stade non précisé soit alimenté par des personnes originaires de pays où l'hépatite B est fortement endémique, ayant acquis l'infection avant leur arrivée au Québec (à titre d'exemple, lors de soins de santé administrés dans des conditions de stérilisation non optimales ou lors de transmissions verticales) et qui reçoivent maintenant un diagnostic au Québec. L'accroissement des cas rapportés entre 2018 et 2023 (à l'exception des années avec des restrictions de déplacement liées à la pandémie de COVID-19) pourrait refléter une augmentation transitoire de l'influx de personnes récemment arrivées au Québec.

Le programme de vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire (programme universel de vaccination en 4^e année du primaire et rattrapage effectué dans les écoles secondaires chez les personnes nées depuis 1983) ainsi que les programmes ciblés d'offre vaccinale aux personnes plus susceptibles de contracter l'infection ont eu une influence majeure sur la prévention de cette infection. De plus, le MSSS a instauré en 2013 un programme de vaccination des nouveaux contre l'hépatite B, ce qui devrait augmenter la proportion des personnes protégées contre cette infection.

- Il est à noter que depuis 2013, le nombre de cas déclarés d'hépatite B aiguë touchant les personnes âgées de moins de 40 ans, ce qui correspond à la cohorte des personnes vaccinées en milieu scolaire, s'est toujours chiffré à cinq ou moins par année.
- Les programmes ciblés d'offre de vaccination aux personnes plus susceptibles de contracter l'infection ne rejoignent pas toutes celles-ci. Ainsi, le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) définit les groupes pour lesquels la vaccination est indiquée et gratuite.³⁹ Parmi les participants de l'étude Engage, seulement 59 % des personnes de statut VIH négatif ou inconnu et 65 % des personnes de statut VIH positif rapportaient qu'elles avaient reçu une dose ou plus de vaccin contre l'hépatite B⁴⁰.

³⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) - Édition Mai 2013, mises à jour de Mars 2016; 2016 [cité le 29 mars 2016]. Disponible : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/piq/misesajour/maj_mars2016_continu.pdf.

⁴⁰ G Lambert, J Cox, M Messier-Peet, H Apelian et les membres de l'équipe de recherche Engage. Engage Montréal, Portrait de la santé sexuelle des hommes de la région métropolitaine de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes, Cycle 2017-2018, Faits saillants. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Janvier 2019.

Le virus de l'hépatite B est toujours présent, ce qui justifie des efforts accrus pour mieux comprendre la répartition des cas selon la catégorie d'exposition ainsi que pour améliorer la couverture vaccinale parmi les populations à risque, les mesures prises pour prévenir la transmission au sein des réseaux sexuels et le niveau d'accès et de recours aux traitements antiviraux disponibles. La persistance du virus de l'hépatite B justifie également la poursuite des efforts pour augmenter la couverture du programme de vaccination des nourrissons, et pour promouvoir la vaccination auprès des groupes de personnes davantage à risque³⁷.

8 HÉPATITE C

Depuis 1990, année du début de la saisie des cas d'hépatite C au registre MADDO, presque 49 000 cas ont été déclarés au Québec.

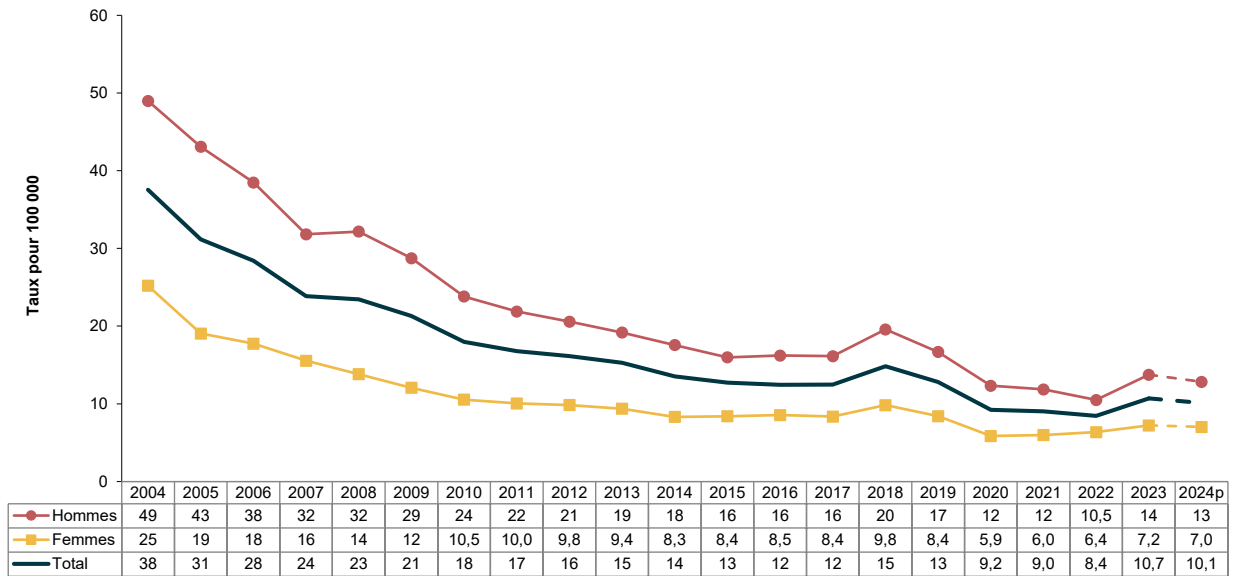
8.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2023

- Un total de 946 cas d'hépatite C a été déclaré en 2023, ce qui équivaut à un taux de 10,7 cas pour 100 000 personnes (14 pour 100 000 chez les hommes et 7,2 pour 100 000 chez les femmes).
- Les hommes représentaient 64 % de l'ensemble des cas déclarés. Les taux les plus élevés étaient observés chez les hommes âgés 50 à 64 ans (26 pour 100 000).
- Chez les femmes, le taux le plus élevé était observé parmi les femmes âgées de 50 à 54 ans (15 pour 100 000).
- La région de Montréal représentait 42 % des cas d'hépatite C dans la province et avait le taux le plus élevé (19 cas pour 100 000). Les autres régions socio-sanitaires avaient des taux semblables ou inférieurs à celui de la province, à l'exception du Nunavik (13 pour 100 000; deux cas) et de la Côte-Nord (12 pour 100 000; 11 cas) (voir l'[annexe 3](#)).
- En ce qui a trait spécifiquement à l'hépatite C aiguë ou récente, 17 cas ont été déclarés en 2023 (65 % chez les hommes).

8.2 Tendances temporelles

- Une tendance globale à la baisse est observée depuis 2004 malgré de légers rebonds en 2018 et en 2023. Par rapport à 2022 (8,4 cas pour 100 000, 734 cas), on observe une augmentation de 27 % en 2023 (10,7 pour 100 000). Le taux projeté pour 2024 reste stable par rapport à 2023 (10,1 pour 100 000).
- La plupart des régions ont observé des fluctuations mineures des taux de VHC entre 2022 et 2023. Cependant, des augmentations de plus de 50 % ont été observées à Montréal (de 250 à 392 cas), dans les Laurentides (de sept à 58 cas), en Estrie (de 33 à 57 cas) et au Saguenay-Lac-Saint-Jean (de 17 à 32 cas). La Mauricie et Centre-du-Québec a atteint son plus haut taux en cinq ans en 2023. Le Nunavik a vu en 2023 ses deux premiers cas depuis 2018 et le Nord-du-Québec, son premier cas aussi depuis 2018.
- Des taux à la baisse sont projetés en 2024 par rapport à 2023 pour la majorité des régions. Des augmentations de plus de 10 % sont toutefois projetées pour Laval, les Laurentides et le Bas-Saint-Laurent. Les taux projetés pour Montréal sont relativement stables par rapport à 2023 mais demeurent élevés par rapport à 2022 et par rapport à la moyenne québécoise.
- Le nombre de cas d'hépatite C aiguë ou récente déclarés annuellement a oscillé entre 15 et 31 au cours des 10 dernières années.

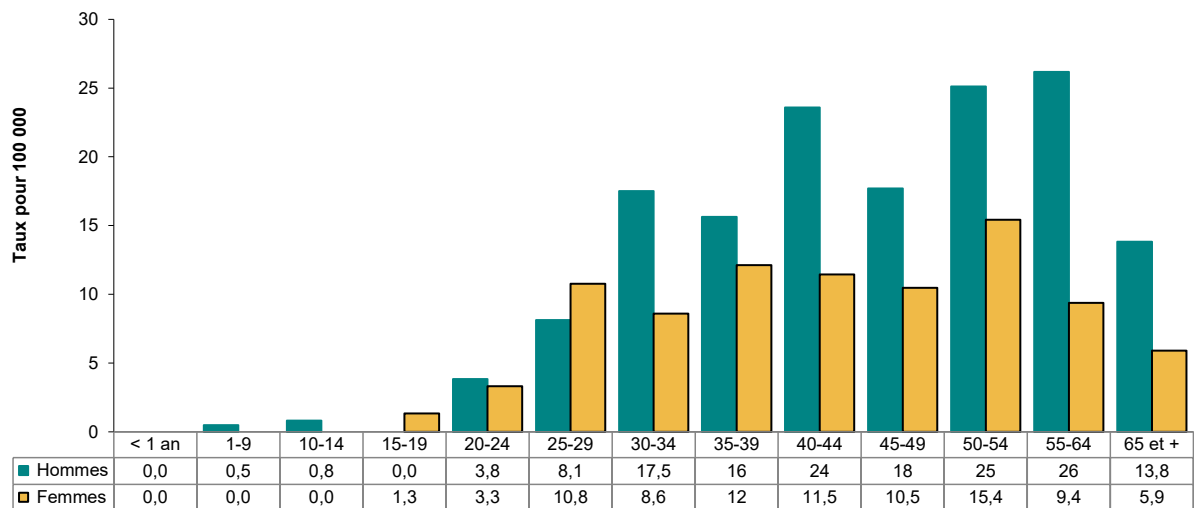
Figure 21 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2003 à 2024p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2024 est une projection (2024p) à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

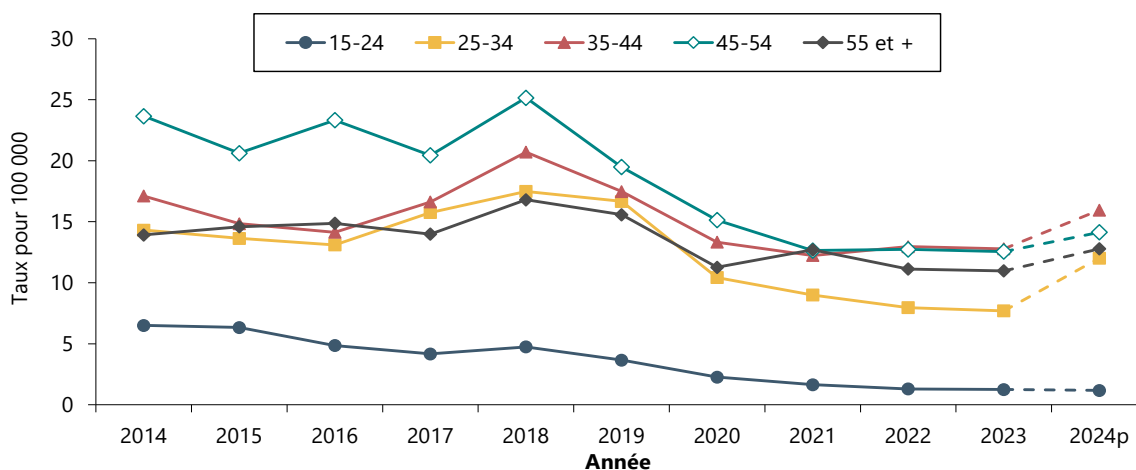
Figure 22 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2023



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë ou récente et non précisée).

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Figure 23 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2014 à 2024p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë ou récente et non précisée). Le nombre de cas pour 2024 est une projection (2024p) à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

8.3 Discussion

Tendances temporelles

Les tendances d'hépatite C montrent une baisse générale depuis plusieurs années avec un léger rebond en 2018, ainsi qu'une augmentation en 2023 reflétant probablement le creux de 2020-2022, la pandémie ayant réduit l'accès aux services de dépistage et aux soins^{41,42}. Les données de 2023 et celles projetées pour 2024, qui se rapprochent des niveaux de 2019, soutiennent cette hypothèse. L'augmentation de 2023 pourrait représenter en partie un rattrapage des cas non diagnostiqués durant les années précédentes.

⁴¹ CATIE, Réseau Canadien sur l'Hépatite C et Agence de la santé publique du Canada. Rapport de la réunion pancanadienne sur l'élimination de l'hépatite C : partager les progrès, raviver les efforts. Toronto. CATIE, 2024. À l'adresse : www.catie.ca

⁴² Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les progrès du Canada vers l'élimination de l'hépatite virale en tant que problème de santé publique. 2024. À l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/progres-vers-elimination-hepatite-virale-menace-2021.html>

Contexte d'élimination de l'hépatite C

Les données de surveillance sont importantes dans le contexte actuel des cibles d'élimination de l'hépatite C. Avec l'introduction des traitements curatifs disponibles depuis 2015, le Canada s'est engagé à atteindre les objectifs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de réduire l'incidence de l'hépatite C de 90 % d'ici 2030⁴³. Les progrès sont perceptibles: entre 2015-2021, le nombre des personnes au Canada traitées pour l'hépatite C a dépassé celui des nouvelles infections⁴⁴. Au Québec, 64 % des personnes atteintes d'infection chronique avaient entrepris un traitement en 2018⁴⁵.

Limites des données

La sous-estimation probable des cas aigus et l'absence d'identification des réinfections limitent l'évaluation précise de l'incidence. Bien souvent, la présentation clinique de l'hépatite C aiguë est peu spécifique. De plus, l'information nécessaire à la classification des cas aigus ou récents n'est pas systématiquement recherchée, est difficile à obtenir ou encore n'est simplement pas disponible. Par exemple, des tests de détection du virus de l'hépatite C (VHC) n'ont pas toujours été effectués avant l'épisode déclaré. La priorisation des enquêtes épidémiologiques, permettant d'obtenir l'historique des tests de détection, varie d'une région à l'autre. Il est donc difficile de distinguer une infection aiguë ou récente d'une infection chronique ou sans précision. Le nombre de cas déclarés d'hépatite C aiguë ou récente représente probablement une sous-estimation importante de la situation réelle dans la communauté. De surcroit, les définitions nosologiques actuellement en vigueur au Québec ne permettent pas de discriminer les infections actives des infections résolues, car elles n'intègrent pas l'information sur la présence des acides nucléiques du VHC. Les données manquent également concernant les facteurs de risque et les populations surreprésentées: personnes qui utilisent des drogues, immigrants de pays endémiques, Autochtones, personnes incarcérées, HARSAH et personnes vivant avec le VIH⁴⁶.

⁴³ Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016-2021 : vers l'élimination de l'hépatite virale. 2016. À l'adresse: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250577/WHO-HIV-2016.06-fre.pdf>

⁴⁴ Idem – ASPC (2024)

⁴⁵ Passos-Castilho AM, Murphy DG, Blouin K, Benedetti A, Panagiotoglou D, Bruneau J, Klein MB, Kwong JC, Sander B, Janjua NZ, et al. Ongoing Gaps in the Hepatitis C Care Cascade during the Direct-Acting Antiviral Era in a Large Retrospective Cohort in Canada: A Population-Based Study. *Viruses*. 2024; 16(3):389. <https://doi.org/10.3390/v16030389>

⁴⁶ Comité de rédaction et Groupes de travail du Modèle directeur du Réseau Canadien sur l'Hépatite C. Modèle directeur pour éclairer les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada. Montréal, QC : Réseau Canadien sur l'Hépatite C; 2019. Accessible à : <https://www.canhepc.ca/fr/publication>

9 INFECTION PAR LE VIH

Le Programme de surveillance de l'infection par le VIH (PSI-VIH) recueille et analyse des données épidémiologiques sur les cas confirmés d'infection par le VIH au Québec depuis 2002. Ces informations font l'objet d'un rapport détaillé publié chaque année⁴⁷.

En 2023, un total de 1 110 cas d'infection par le VIH ont été enregistrés, incluant :

- 476 personnes diagnostiquées pour la première fois en 2023 (nouveaux diagnostics⁴⁸)
- 631 personnes qui avaient déjà eu un diagnostic du VIH antérieur (anciens diagnostics⁴⁹)
- Trois cas qui n'ont pu être classés dans l'une ou l'autre de ces catégories.

Le nombre total des cas d'infection par le VIH rapporté en 2023 a augmenté de 21 % par rapport à l'année 2022 et de 69 % par rapport à l'année 2019 ([Figure 24](#)). L'augmentation entre 2019 et 2023 est plus prononcée pour les anciens diagnostics (+ 84 %) que pour les nouveaux (+54 %).

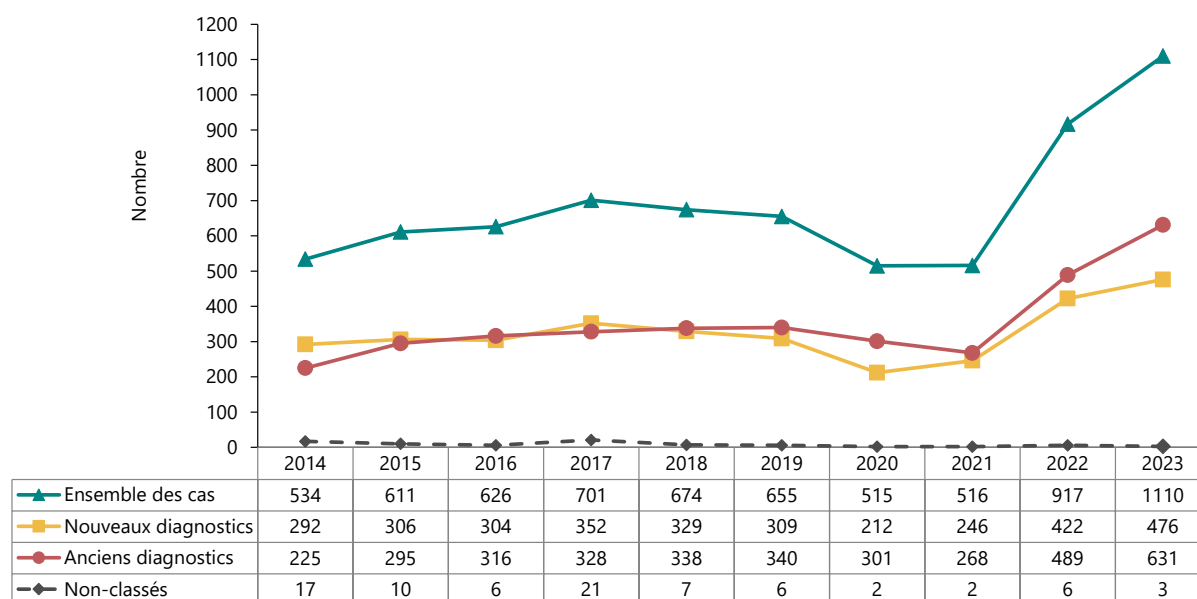
En 2023, 507 376 tests ont été réalisés dans le réseau des laboratoires publics pour la détection du VIH, une augmentation de 8,9 % par rapport à l'année 2022 et de 5,4 % par rapport à 2019 ([annexe 1](#)).

⁴⁷ Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2022, Institut national de santé publique du Québec. 2024. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3532>

⁴⁸ Nouveau diagnostic : personne diagnostiquée avec le VIH pour la toute première fois pendant la période de surveillance/année civile (aucun test antérieur positif ou tests antérieurs tous négatifs). Il peut s'agir d'une infection acquise récemment ou d'une infection ancienne jamais diagnostiquée auparavant.

⁴⁹ Ancien diagnostic : personne déjà diagnostiquée (rapportant un test antérieur positif) qui n'avait pas été enregistré au programme au moment du test antérieur positif.

Figure 24 Nombre de nouveaux et d’anciens diagnostics d’infection par le VIH par année du prélèvement, 2014-2023



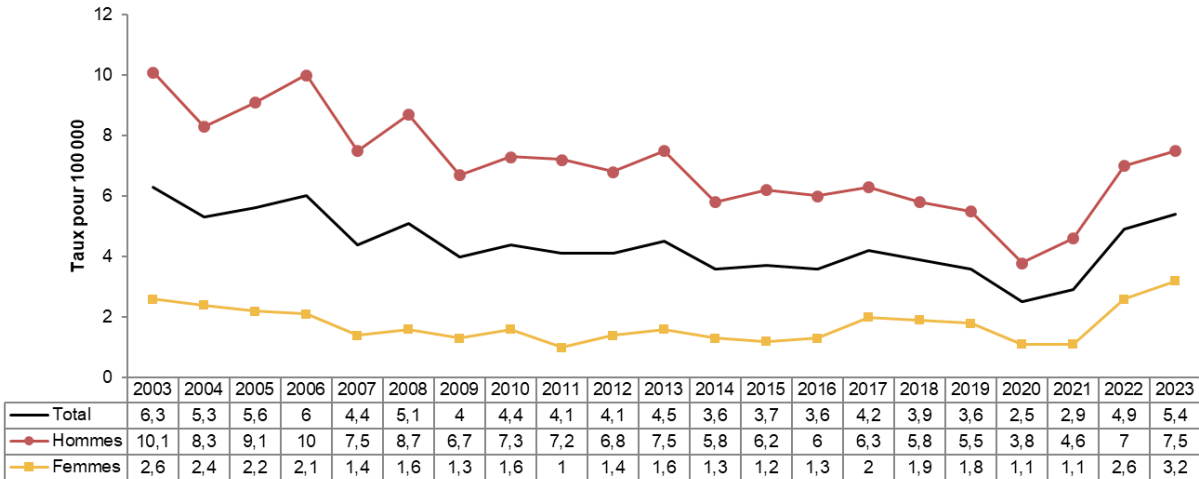
9.1 Personnes nouvellement diagnostiquées en 2023 (nouveaux diagnostics de VIH)

- En 2023, 476 personnes ont été nouvellement diagnostiquées avec le VIH (331 hommes, 140 femmes et cinq personnes trans⁵⁰).
- Pour l’ensemble du Québec, le taux de nouveaux diagnostics s’établit à 5,4 cas pour 100 000 personnes en 2023 (taux de 7,5 pour 100 000 chez les hommes et de 3,2 pour 100 000 chez les femmes, [figure 25](#)). Les hommes représentent 70 % des nouveaux diagnostics de VIH, soit un rapport hommes/femmes de 2,4 pour un.
- Bien que le VIH touche davantage les hommes, l’augmentation du taux des nouveaux diagnostics depuis 2019 est proportionnellement plus importante chez les femmes (+ 78 %) que chez les hommes (+ 36 %), [figure 25](#). L’[annexe 6](#) présente les caractéristiques des nouveaux diagnostics stratifiées selon le genre ([tableau 35](#) et [tableau 36](#)).
- La région de Montréal se démarque par un taux nettement supérieur à la moyenne provinciale, soit 16 cas pour 100 000 personnes ([annexe 3](#)).

⁵⁰ Les données collectées par le PSI-VIH incluent l’identité de genre rapportée par le personnel professionnel de la santé responsable du dépistage. La catégorie trans peut inclure trans-femme, trans-homme et trans non-binaire. Cependant, cette variable a le même potentiel de classification erronée entre sexe à la naissance et l’identité de genre décrit dans la section méthodologie pour les MADO. Dans la section VIH de ce rapport, les personnes avec genre trans sont incluses dans les analyses sur l’ensemble des cas, mais exclues des répartitions par genre.

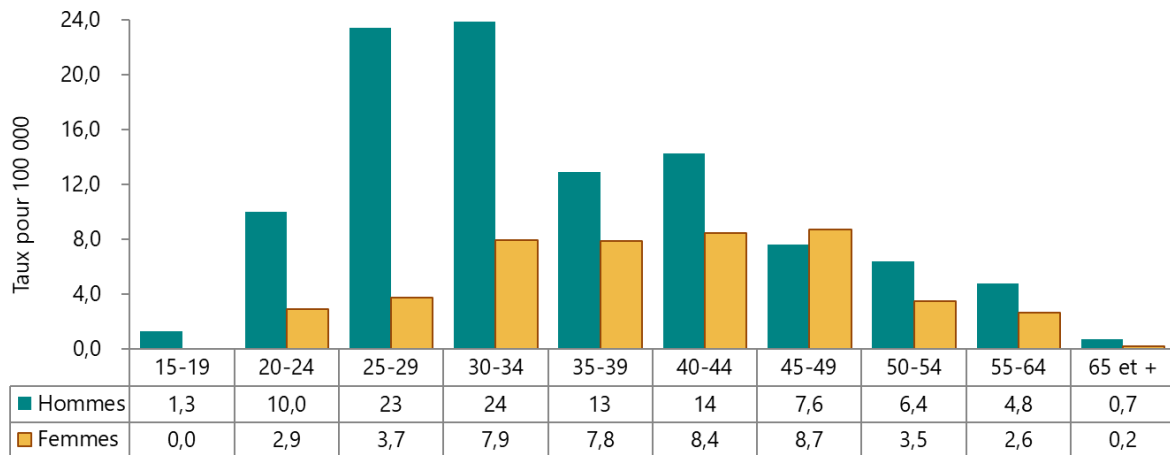
- L'âge médian au moment du diagnostic était de 34 ans chez les hommes et 40 ans chez les femmes. Le taux de nouveaux diagnostics le plus élevé a été observé dans le groupe des 25-34 ans chez les hommes (taux d'environ 23 cas pour 100 000) et dans le groupe des 45-49 ans chez les femmes (taux de 8,7 cas pour 100 000), [Figure 26](#).

Figure 25 VIH : Taux de nouveaux diagnostics selon le genre, Québec, 2003-2023



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Comprend les nouveaux diagnostics VIH. Donnée non rapportée pour cinq personnes trans dans les répartitions par genre.

Figure 26 VIH : Taux de nouveaux diagnostics selon l'âge et le genre, Québec, 2023



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Comprend les nouveaux diagnostics VIH. Donnée non rapportée pour cinq personnes trans.

9.1.1 Caractéristiques des personnes nouvellement diagnostiquées en 2023 : catégories d'exposition au VIH et populations clés

Les données de surveillance présentées séparément selon les caractéristiques des populations clés aident à comprendre les tendances épidémiologiques parmi ces groupes et à orienter efficacement les interventions de prévention de l'infection par le VIH. La collecte de données par le PSI-VIH comprend des informations sur les comportements pouvant exposer une personne au risque d'infection par le VIH - notamment types d'expositions sexuelles (contact sexuel homme-homme ou hétérosexuel) ou par le sang (l'usage de drogues injectables) – qui sont regroupées par catégorie d'exposition⁵¹.

Les données sur le pays de naissance, et pour les personnes nées à l'extérieur du Canada, la date d'arrivée approximative (mois et année), sont utilisées pour identifier des personnes nouvellement arrivées au Canada, et décrire le délai entre l'arrivée au Canada et le test VIH positif enregistré dans le programme de surveillance. Un court intervalle entre l'arrivée et le diagnostic peut indiquer les infections probablement acquises à l'étranger et diagnostiquées pendant les examens médicaux d'immigration (EMI), tout en permettant de mieux comprendre l'épidémiologie des transmissions locales⁵².

Pour les personnes nées à l'extérieur du Canada, les données sont présentées pour les personnes arrivées il y a cinq années ou moins (« personnes nouvellement arrivées au Canada ») et celles arrivées depuis six ans ou plus. Parmi les personnes nouvellement arrivées au Canada, nous décrivons : 1) le nombre médian de mois entre l'arrivée et le diagnostic, et 2) la proportion diagnostiquée dans la première année après leur l'arrivée.

Le seuil de cinq ans pour définir des personnes nouvellement arrivées au Canada a été choisi pour se conformer aux définitions d'IRCC et Statistiques Canada pour les immigrants récents (cinq ans ou moins) – mais sans spécification sur le statut légal d'immigration (les renseignements sur le statut légal ne sont pas disponibles par le PSI-VIH). Nous reconnaissons les limites de cette classification, mais ce groupe a été créé pour être inclusif d'une variété de profils de migrants et pour fournir des données sur cette population clé qui peut rencontrer des obstacles aux soins et nécessiter des soutiens supplémentaires pour assurer un accès équitable aux soins.

⁵¹ Les catégories d'exposition au VIH suivent une hiérarchie de classification précise. Lorsqu'une personne présente plusieurs facteurs de risque, elle est classée selon l'ordre de priorité suivant : exposition périnatale, HARSAH/PUDI (hommes* ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes qui utilisent aussi des drogues injectables), HARSAH (hommes* ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes), PUDI (personnes utilisant des drogues injectables), contact hétérosexuel, receveur de facteur de coagulation ou transfusion sanguine avant 1985, ou si aucune des catégories précédentes ne s'applique, le cas est codé comme sans risque identifié.

* Les personnes trans peuvent avoir une catégorie d'exposition HARSAH, si leur identité de genre ou leur sexe à la naissance est masculin et qu'elles ont des rapports sexuels avec des hommes ou d'autres personnes trans.

⁵² Doyle C, Xia Y, Anato JLF, Maheu-Giroux M (2025) Revue globale des pratiques de surveillance du VIH. Agence de santé publique du Canada. Lien : publications.gc.ca/pub?id=9.947640&sl=0

Figure 27 VIH : Nombre de nouveaux diagnostics selon le lieu de naissance et le délai entre l'arrivée et la date de diagnostic, 2014-2023

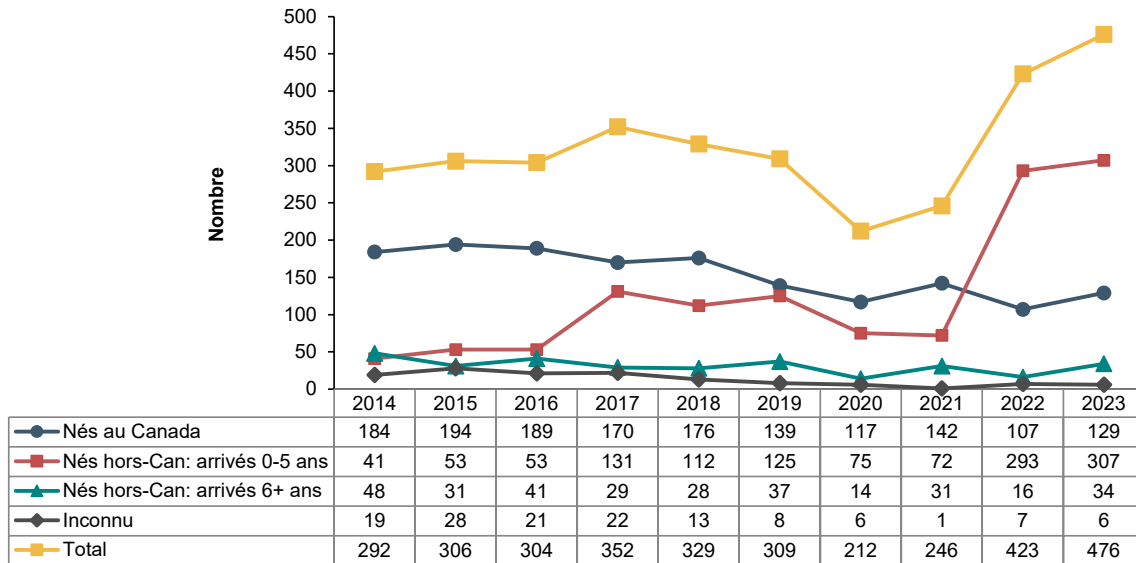
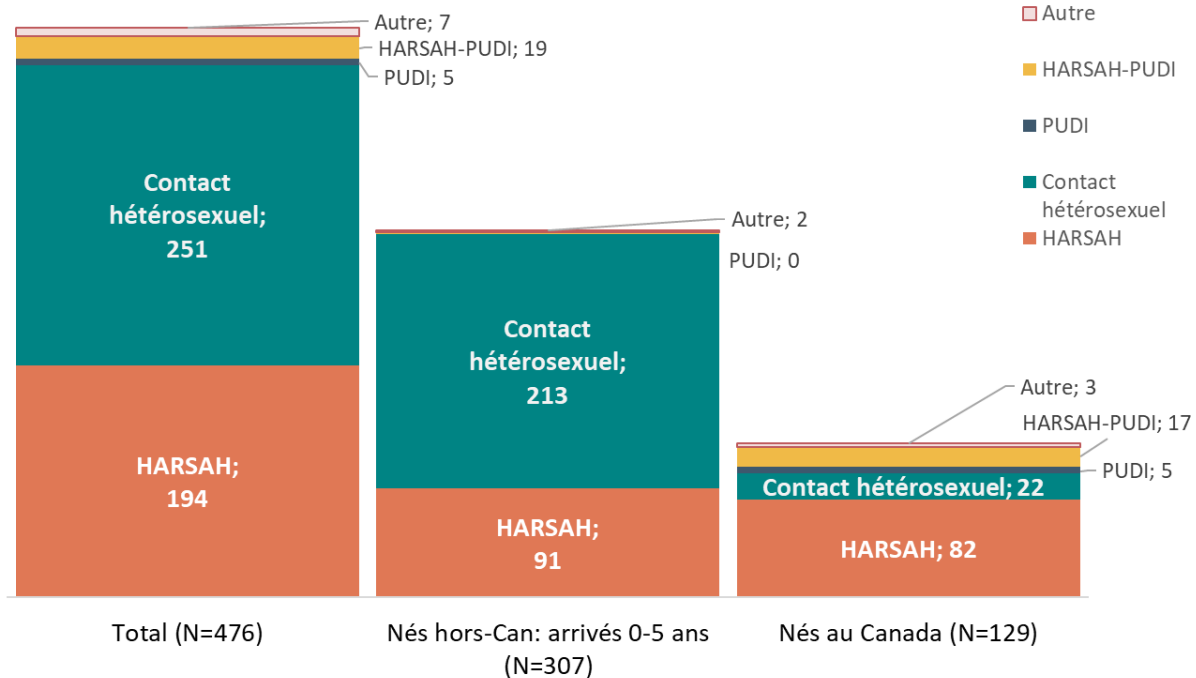


Figure 28 VIH : Caractéristiques des nouveaux diagnostics en 2023 selon la catégorie d'exposition au VIH, le lieu de naissance et le délai entre l'arrivée et la date de diagnostic



Note : La catégorie « Autre » comprend sept personnes pour l'ensemble des nouveaux diagnostics (deux cas d'exposition périnatale et cinq cas sans risque identifié). Données non présentées pour les personnes nées à l'extérieur du Canada arrivées six ans ou plus avant leur diagnostic VIH (N = 34 au total; 17 HARSAH, 14 contacts hétérosexuels, un HARSAH-PUDI); et les personnes avec un lieu de naissance ou une date d'arrivée au Canada inconnue (N = 6 au total, quatre HARSAH, deux contacts hétérosexuels).

Lieu de naissance et délai entre l'arrivée et le diagnostic de VIH

- **Les personnes nouvellement arrivées au Canada dans les cinq dernières années** comprennent presque les deux-tiers (65 %, N = 307) des nouveaux diagnostics de VIH ([figure 27](#) et [figure 28](#)). Parmi eux, le délai médian approximatif entre l'arrivée et leur diagnostic était de 1,5 mois (intervalle interquartile : 0,7 mois à 4,7 mois).
 - 263 personnes ont été diagnostiquées dans les 12 premiers mois suivant leur arrivée;
 - 44 ont été diagnostiquées entre une et cinq années après leur arrivée.

Les autres nouveaux diagnostics concernaient 27 % (N = 129) de personnes nées au Canada, 7 % de personnes nées hors Canada arrivées depuis six ans ou plus (incluant huit personnes diagnostiquées 6 à 10 ans après l'arrivée et 26 personnes diagnostiquées 11 ans ou plus après leur arrivée); et 1 % de personnes pour lesquelles le pays de naissance ou la date d'arrivée au Canada reste inconnue (N = 6).

- **Tendances temporelles** : Dans les 10 dernières années, le nombre de nouveaux diagnostics a diminué parmi les personnes nées au Canada ou les personnes nées hors Canada arrivées depuis six ans ou plus (- 30 % de 2014 à 2023, [figure 27](#)). Cependant, ces tendances se sont stabilisées depuis 2019. À l'inverse, parmi les personnes nouvellement arrivées dans les cinq dernières années, une augmentation importante a été observée ([figure 27](#)). En raison des croissances migratoires⁵³ dans les 10 dernières années et les changements dans les politiques d'immigration concernant l'admissibilité au Canada pour les personnes vivant avec le VIH⁵⁴, il n'est pas possible d'effectuer une comparaison juste d'une année à l'autre parmi cette population.

⁵³ Institut de la statistique du Québec. (2024). [Le bilan démographique du Québec. Édition 2024](#).

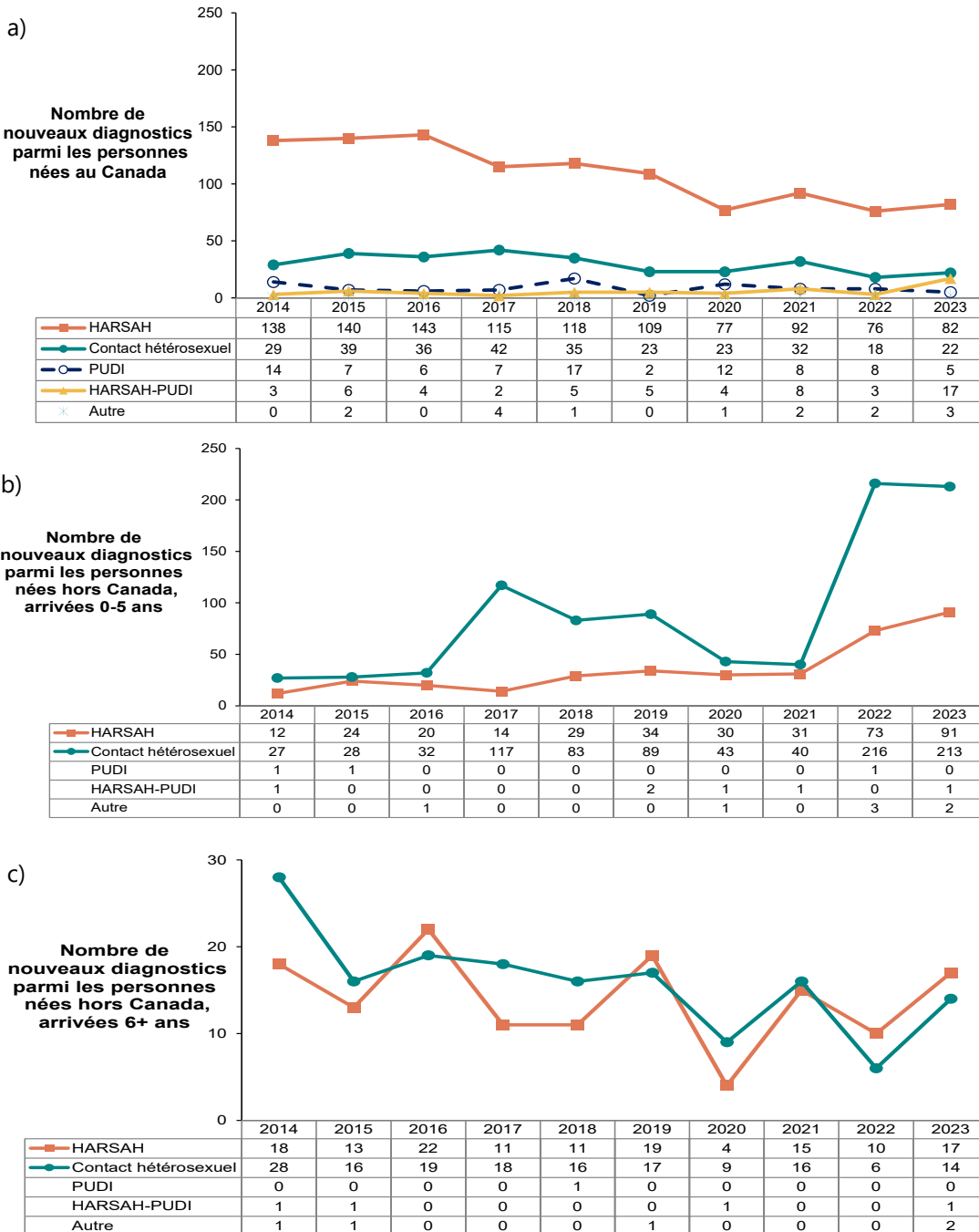
⁵⁴ Gouvernement du Canada, Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. (2018). [Politique publique temporaire concernant la demande excessive sur les services de santé et sociaux](#).
Gouvernement du Canada, Gazette du Canada. (2022). [Règlement modifiant le Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés](#). Partie 2, Volume 156, Numéro 6;
Gouvernement du Canada, Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. (2023). [Cessation de la politique de notification automatique aux partenaires](#).

Les personnes avec une exposition au VIH liée à/aux :

- **Contacts sexuels homme-homme (HARSAH)⁵⁵**. Ils représentaient 40 % des nouveaux diagnostics en 2023 (194 cas, [figure 28](#)). Entre 2014 et 2023, le nombre de nouveaux diagnostics par année liés aux contacts sexuels homme-homme a diminué de 41 % parmi les personnes nées au Canada ([figure 29a](#)), mais a augmenté parmi les personnes nouvellement arrivées au Canada ([figure 29b](#)).
- **Contacts sexuels hétérosexuels**. Ils représentaient 53 % des nouveaux diagnostics (251 cas). Parmi ces personnes, 84 % (213/251) sont des personnes nouvellement arrivées au Canada ([figure 28](#)). En 2023, 98 % des femmes et 34 % des hommes nouvellement diagnostiqués sont classés dans la catégorie d'exposition hétérosexuelle ([annexe 6](#)). La [figure 29b](#) montre l'augmentation au cours des 10 dernières années du nombre des nouveaux diagnostics de VIH attribués aux contacts hétérosexuels parmi les personnes nouvellement arrivées au Canada - particulièrement en 2017, 2022 et 2023.
- **Injection des drogues**. Les personnes qui s'injectent des drogues (PUDI) représentaient 5 % des nouveaux diagnostics au total (24 cas), incluant 5 cas (1 %) parmi les PUDI sans exposition liée aux relations sexuelles homme-homme et 19 cas (4 %) parmi des HARSAH qui s'injectent des drogues (HARSAH-PUDI). Une augmentation importante du nombre de cas liés à l'exposition HARSAH-PUDI a été observée dans les 10 dernières années, notamment chez des personnes nées au Canada ([figure 29a](#)).
- **Transmission périnatale** : Deux nouveaux diagnostics d'infection périnatale ont été enregistrés en 2023. Le premier concerne un jeune enfant né au Canada. Le second cas concerne un jeune individu né hors Canada dont la transmission aurait eu lieu dans son pays d'origine. Au total, depuis 2002, 52 nouveaux diagnostics d'infections périnatales ont été enregistrés.

⁵⁵ Réfère aux rapports sexuels anaux entre deux personnes s'identifiant comme hommes ou ayant un sexe biologique masculin (pénis), incluant certaines personnes trans (trans femmes, trans hommes, trans non-binaire selon leur identité de genre ou leur anatomie). En 2023, il y avait cinq personnes trans avec une exposition HARSAH (HARSAH-PUDI ou HARSAH).

Figure 29 VIH : Tendances dans le nombre de nouveaux diagnostics par catégorie d'exposition selon le lieu de naissance et le délai entre l'arrivée et la date de diagnostic (2014-2023)

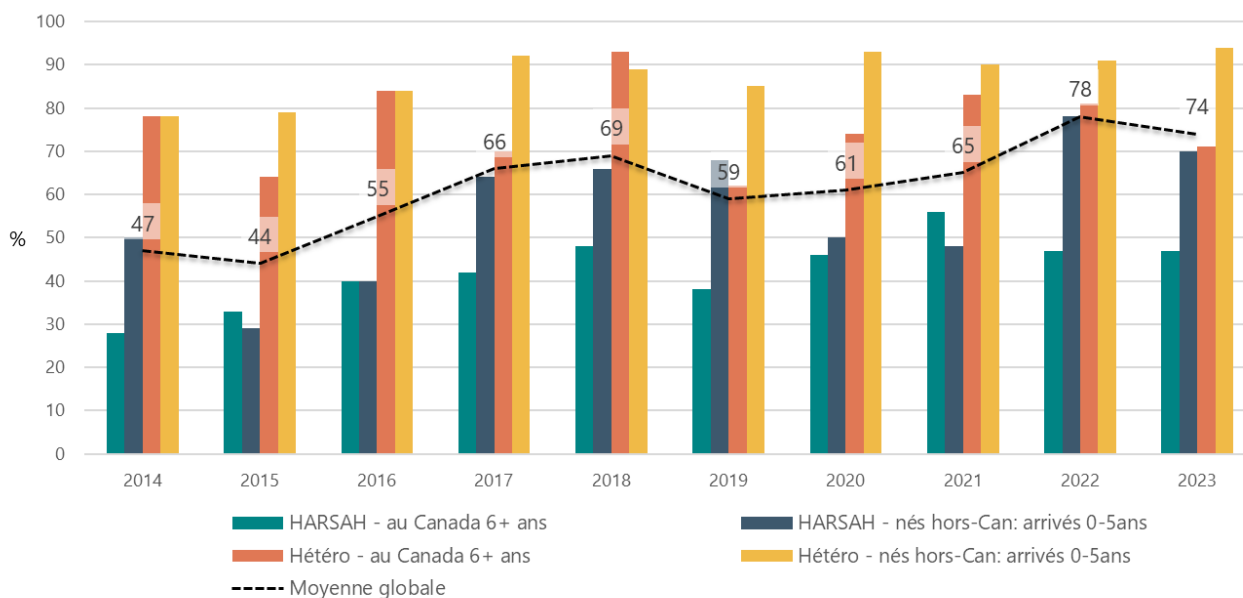


Note : a) (haut) parmi les personnes nées au Canada; b) (moyenne) : parmi les personnes nouvellement arrivées (cinq dernières années); c) (bas) : parmi les personnes nées hors Canada et arrivées depuis six ans ou plus. HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; PUDI : personnes qui utilisent des drogues par injection; HARSAH-PUDI : HARSAH qui utilise des drogues par injection – La catégorie « autre » comprend les facteurs comme exposition périnatale ou sans facteur de risque identifié. Les lignes dans la figure ne sont pas présentées pour les groupes avec moins de cinq cas par année. Voir l'[annexe 6](#) pour plus de détails.

9.1.2 Statut clinique au moment du dépistage et historique de dépistage VIH

- La proportion de nouveaux diagnostics sans test antérieur est en croissance depuis 2016 pour atteindre 74 % en 2023 (figure 30). Par catégorie d'exposition et lieu de naissance/durée depuis l'arrivée, la proportion jamais dépistée auparavant était :
 - 61 % des HARSAH (70 % chez des HARSAH nouvellement arrivées, 47 % chez les HARSAH nés au Canada ou arrivés depuis six ans ou plus);
 - 90 % des personnes avec des contacts hétérosexuels (94 % chez ceux nouvellement arrivés, 74 % chez ceux nés au Canada ou arrivés depuis 6 ans ou plus);
 - 47 % des HARSAH/PUDI et 20 % des PUDI.
- Parmi 401 nouveaux diagnostics ayant un test de numération des lymphocytes T CD4 :
 - 169 (42 %) ont été diagnostiqués à un stade tardif (< 350 cellules CD4 par mm³);
 - 84 (21 %) ont été diagnostiqués à un stade avancé (< 200 cellules CD4 par mm³);
 - Au moment du diagnostic, 33 personnes (7,2 %) présentaient des signes d'infections chroniques ou du sida.

Figure 30 Proportions des nouveaux diagnostics de VIH sans test de dépistage antérieur, pour certaines catégories d'exposition, selon le lieu de naissance et le délai entre l'arrivée et la date de diagnostic, 2014-2023



Note : La moyenne globale de tous les nouveaux diagnostics comprend toutes les catégories d'exposition. Le libellé « au Canada 6+ ans » comprend les personnes nées au Canada et ceux né hors Canada qui ont arrivé six ans ou plus avant leur diagnostic. Les catégories d'exposition HARSAH-PUDI, PUDI, et autres groupes sont exclues à cause des petits nombres de cas par année et de la variabilité des résultats.

9.2 Les personnes ayant un diagnostic de VIH antérieur enregistré en 2023 (anciens diagnostics)

- En 2023, la majorité des cas rapportés, soit 631 personnes (57 %), concernait des personnes qui avaient déjà eu un diagnostic de VIH antérieurement (les anciens diagnostics) et qui n'avaient pas été enregistrées ou ne pouvaient l'être au moment du test antérieur positif;
- Les personnes nouvellement arrivées au Canada dans les cinq dernières années représentaient presque trois-quarts des cas de diagnostic antérieur, soit 461 personnes (72 %);
- La charge virale était disponible pour 560 des anciens diagnostics au moment de l'enregistrement dans le programme de surveillance. Près de neuf personnes sur dix (87 %) avaient une charge virale supprimée (< à 200 copies par mL).

9.3 Estimation de l'incidence, de la prévalence et de la cascade de soins du VIH

Les estimations par modélisation du nombre de cas incidents et prévalents effectuées par l'agence de la santé publique du Canada (ASPC) se basent sur la triangulation de plusieurs sources de données, dont celles du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec. Les plus récentes estimations produites par l'ASPC⁵⁶ évaluaient qu'environ 19 000 (n = 19 101) personnes vivaient avec le VIH au Québec en 2022 et qu'environ 500 (n = 522) d'entre elles l'auraient contracté au Québec au cours de la même année (tableau 8). Comme l'infection par le VIH est chronique et que le taux de mortalité s'y rapportant connaît une diminution, on peut prévoir que la prévalence continuera de progresser même en présence d'une baisse du nombre de cas incidents.

Les estimations de l'atteinte des cibles de l'ONUSIDA^{57,58} effectuées par l'ASPC pour la prise en charge des cas au Québec en 2022 sont les suivantes : en 2022, 89 % des PVVIH au Québec savaient qu'elles étaient séropositives; 82 % des personnes connaissant leur statut de séropositivité recevaient des traitements antirétroviraux et 96 % des personnes sous traitement antirétroviral présentaient une charge virale inférieure à 200 copies/mL.

⁵⁶ Agence de la santé publique du Canada. Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2022, communication personnelle de Nashira Popovic, juillet 2024. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/progres-canada-vers-elimination-epidemie-vih-2022.html>

⁵⁷ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) (2014) 90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida, <https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/90-90-90>.

⁵⁸ Global Task Team on 2030 Targets Recommendations (2025) Global HIV Target Setting for 2030. UNAIDS https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-03/20250328_recommended_2030_HIV_targets_livedocument_en.pdf

Tableau 8 Estimations des cas incidents, des cas prévalents et de la cascade de soins du VIH, Québec, années 2020 et 2022

Indicateurs	2020	2022
Cas incidents estimés (nombre de nouvelles infections par le VIH)	412 (300 - 520)	522 (350 - 750)
Cas prévalents estimés (nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH))	17 753 (15 550 – 20 000)	19 101 (16 600 – 21 600)
Proportion des PVVIH qui sont diagnostiquées	88 %	89 %
Proportion des PVVIH diagnostiquées qui reçoivent des antirétroviraux	86 %	82 %
Proportion des PVVIH diagnostiqués et recevant des antirétroviraux qui ont une charge virale inférieure à 200 copies/ml)	96 %	96 %

Source : Agence de la santé publique du Canada. Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2022, communication personnelle de Qiuying Yang, avril 2025. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/progres-canada-vers-elimination-epidemie-vih-2022.html>

9.4 Discussion

Le PSI-VIH recueille et analyse les données de surveillance du VIH depuis 2002 pour soutenir la planification des programmes de prévention et du système de santé, évaluer les progrès vers l'atteinte des cibles liées au VIH et identifier les populations disproportionnellement touchées.

Tendances récentes

La pandémie de COVID-19 a perturbé l'accès aux services de santé en 2020-2021, contribuant à une diminution des diagnostics de VIH. En 2022 et 2023, une forte augmentation des cas de VIH enregistrés a été observée, particulièrement parmi des personnes nouvellement arrivées, reflétant le rattrapage du dépistage, l'influx migratoire observés au Québec et des changements dans les politiques d'immigration concernant l'admissibilité au Canada des personnes vivant avec le VIH⁵⁹.

⁵⁹ Gouvernement du Canada. (2018). [Politique publique temporaire concernant la demande excessive sur les services de santé et sociaux](#). Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada; Gazette du Canada. (2022). [Règlement modifiant le Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés](#). Partie 2, Volume 156, Numéro 6; Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. (2023). [Cessation de la politique de notification automatique aux partenaires](#).

Développements encourageants et défis persistants

La diminution du nombre de nouveaux diagnostics enregistrés chez les populations nées ou établies au Canada, particulièrement dans la catégorie d'exposition des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes est encourageante, malgré un ralentissement de ces tendances dans les années récentes. Ces tendances vers la baisse pourraient refléter un impact des interventions de lutte contre l'infection le VIH : la prévention biomédicale – incluant les thérapies antirétrovirales hautement efficaces entraînant une réduction de la charge virale et du risque de transmission, et la prophylaxie préexposition pour le VIH (PPrE), les approches comportementales mieux adaptées, et l'accessibilité au dépistage. Parmi les nouveaux diagnostics en 2023, 50 % concernent des personnes arrivées au Canada la même année, ce qui suggère que l'accessibilité du dépistage lors des examens médicaux d'immigration contribue également à un diagnostic rapide.

Toutefois, des défis importants persistent, notamment la hausse de la proportion de nouveaux diagnostics sans test de détection antérieur ainsi qu'une proportion importante des cas détectés tardivement. Il est important d'assurer que l'offre de dépistage du VIH soit accessible pour toutes les personnes qui vivent au Québec, incluant les résidents non permanents, une population en croissance depuis 2022⁶⁰, qui ne sont pas tous obligés de passer l'examen médical d'immigration⁶¹, et peuvent rencontrer diverses barrières aux services de dépistage tels que la méconnaissance du système de santé québécois, les barrières linguistiques et l'absence de carte RAMQ. De plus, le pourcentage estimé de PVVIH diagnostiquées recevant un traitement a diminué de 86 % à 82 % entre 2020 et 2022 ([tableau 8](#)), ce qui suggère que l'arrimage au système de santé n'est pas toujours optimal. Il est essentiel d'assurer une liaison fluide avec les soins et l'accès aux traitements antirétroviraux pour que les PVVIH – particulièrement les personnes nouvellement arrivées – puissent être orientées vers des services culturellement adaptés et non discriminatoires. Bien que Montréal, principale région d'accueil des migrants au Québec⁶², dispose de réseaux d'organismes communautaires qui peuvent faciliter l'accès aux services pour le VIH, cette préoccupation demeure importante dans les régions en dehors de Montréal où l'on observe une augmentation des taux de VIH, mais où les ressources spécialisées sont souvent limitées.

⁶⁰ <https://statistique.quebec.ca/fr/communiqu%C3%A9/croissance-migratoire-record-217-600-personnes-au-quebec-en-2023>

⁶¹ <https://www.catie.ca/fr/vision-positive/des-interdictions-de-sejour-aux-portes-ouvertes>

⁶² <https://statistique.quebec.ca/en/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2024.pdf>

Limites des données

Ces données de surveillance se limitent au moment du premier test positif au Québec et ne peuvent pas être jumelées à d'autres ensembles de données pour suivre les résultats longitudinaux tels que l'initiation du traitement et la suppression virale subséquente, les co-infections avec d'autres ITSS ou la progression de l'état de santé parmi les PVVIH. Les données sur des caractéristiques des cas sont celles rapportées par le personnel professionnel de la santé plutôt que des données autodéclarées, ce qui peut entraîner une sous-déclaration de certaines caractéristiques. Le renforcement du cadre de surveillance du VIH et les collaborations continues pour la modélisation des progrès vers les cibles d'élimination du VIH constituent des données complémentaires importantes pour une compréhension plus complète de l'épidémie.

10 CONCLUSION

Les données doivent être interprétées avec prudence en raison, notamment, des changements dans la disponibilité des soins de santé et des comportements de consultation pendant la pandémie de COVID-19. De 2010 à 2019, la fréquence des cas déclarés de la plupart des ITSS était soit stable, soit en hausse constante au Québec. Toutefois, la baisse globale, soudaine et importante observée en 2020 semblait liée à l'implantation des mesures sanitaires pour le contrôle de la COVID-19. Les augmentations récentes représentent probablement, en partie, un effet de rebond.

Le portrait de la situation épidémiologique des ITSS au Québec met en évidence quelques améliorations, mais aussi plusieurs éléments préoccupants.

- En 2023, la **recrudescence** se poursuit en ce qui concerne l'infection gonococcique et la syphilis infectieuse. Une hausse est également observée pour les hépatites B et C.
- **Antibiorésistance** : Le pourcentage d'isolats de *Neisseria gonorrhoeae* résistants à l'azithromycine est de 33 % en 2023. En 2024, deux isolats non sensibles à la céfixime ont été identifiés au Québec, dont l'un présente un profil ultrarésistant alors que le second est également non sensible à la ceftriaxone.
- Alors qu'elle était initialement concentrée dans la région de Montréal, l'épidémie de **syphilis infectieuse** prend de l'essor dans la plupart des régions du Québec. Elle s'installe de plus en plus au sein de la population hétérosexuelle, avec une hausse particulièrement marquée chez les femmes.
- Les virus de **l'hépatite B** et de **l'hépatite C** demeurent présents, ce qui justifie de poursuivre les efforts de prévention et d'intervention. Par ailleurs, le traitement de l'hépatite C grâce aux antiviraux à action directe constitue une avancée majeure, et les efforts de vaccination contre l'hépatite B ont permis des progrès significatifs.
- Une augmentation de 54 % des **nouveaux diagnostics de VIH** a été observée entre 2019 et 2023; cette augmentation concerne principalement des personnes nouvellement arrivées au Canada dans les 5 dernières années. Parmi les personnes nées au Canada et celles établies au Canada depuis six ans ou plus, le nombre de nouveaux diagnostics a plutôt diminué entre 2014 et 2023, particulièrement dans la catégorie d'exposition des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Les ITSS sont souvent asymptomatiques, ce qui signifie qu'une personne peut être infectée sans le savoir et transmettre l'infection à d'autres. Le dépistage régulier est donc essentiel pour les personnes sexuellement actives, même en l'absence de symptômes. Favoriser l'accès rapide aux soins en présence de symptômes ou à la suite d'une notification par un(e) partenaire sexuel(le) constituent également des interventions essentielles afin d'éviter les complications médicales des ITSS et contrôler la transmission.

ANNEXE 1 TESTS DE DÉTECTION DES ITSS

Cette section présente les nombres de tests de détection de l'infection à *C. trachomatis*, de l'infection gonococcique et de l'infection par le VIH effectués au Québec au cours des dernières années (la méthode est décrite à la section 2.4). Cette information aide à interpréter les tendances temporelles de ces d'ITSS décrites dans les chapitres précédents.

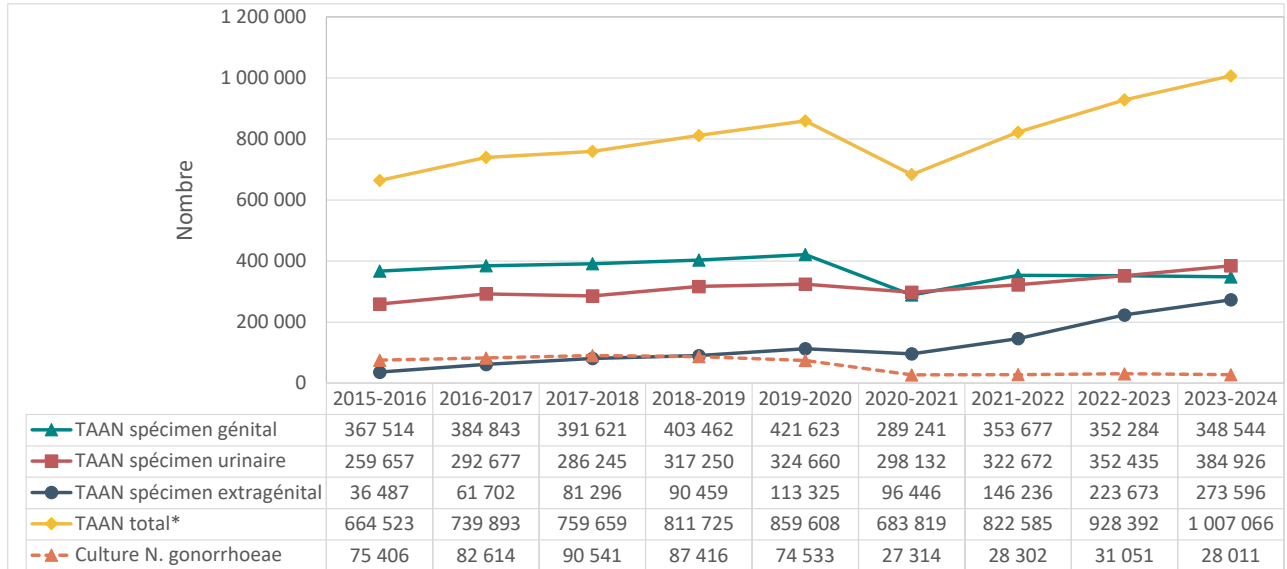
Tests de détection de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*

- Le nombre total de tests de détection a augmenté progressivement jusqu'en 2019-2020, puis a diminué pendant la pandémie de COVID-19. Un maximum de 928 392 tests effectués a été atteint en 2023-2024, soit le nombre le plus élevé depuis que cette donnée est colligée.
- Le nombre de tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) aux sites anatomiques extragénitaux augmente progressivement.
- Le nombre de prélèvements effectués pour la culture de *N. gonorrhoeae* a diminué de manière importante, de 74 533 en 2018-2019 à 27 314 en 2020-2021. Depuis, il se maintient à environ 28 000 tests par année.

Détection du VIH

- Hormis les années de la pandémie de COVID-19 où une diminution a été observée, le nombre de tests de détection du VIH se maintient à des niveaux relativement stables, soit entre 460 000 et 480 000 par année. Le nombre de tests le plus élevé a été observé en 2023, soit 507 376 tests, ce qui représente une augmentation de 5,4 % par rapport à 2019.

Figure 31 Nombre de tests de détection de *Chlamydia trachomatis* et de *Neisseria gonorrhoeae* réalisés dans les laboratoires publics au Québec, de 2015-2016 à 2023-2024

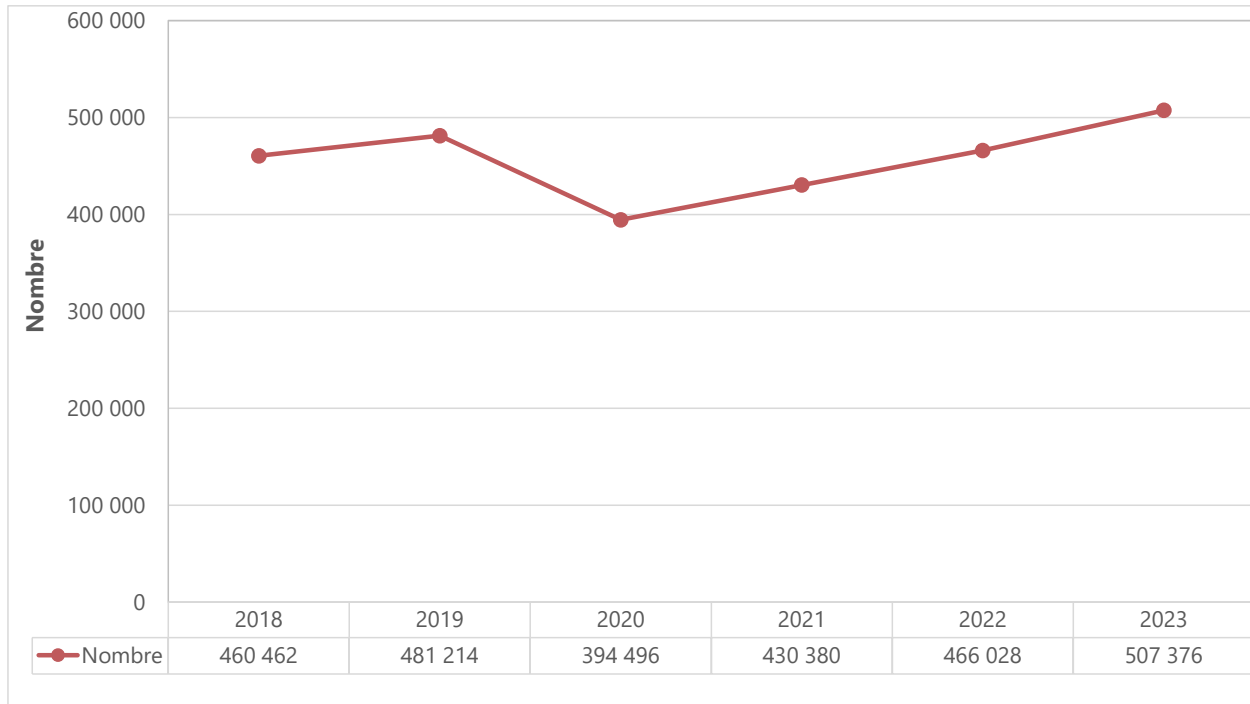


* Ce total TAAN inclut les cultures pour *C. trachomatis*. Le nombre de cultures pour *C. trachomatis* s'est toujours situé en deçà de 1 000 par année, et a diminué progressivement jusqu'à moins de dix depuis 2020-2021. Le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) utilisé au Québec est majoritairement⁶³ un test duplex détectant à la fois *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*.

Source : Direction des laboratoires et de l'imagerie médicale, Direction générale de la pertinence et des services spécialisés, Sous-ministériat de la santé physique et pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux, données tirées de Centralab, extraites le 21 février 2025.

⁶³ À partir de 2019-2020, seul le TAAN duplex est utilisé.

Figure 32 Nombre de tests de détection d’anticorps et d’antigène du virus de l’immunodéficience humaine réalisés dans les laboratoires publics au Québec, de 2018 à 2023



Note : Le nombre de tests de détection exclut les tests de confirmation au LSPQ.

Source : Direction des laboratoires et de l’imagerie médicale, Direction générale de la pertinence et des services spécialisés, Sous-ministériat de la santé physique et pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux, données tirées de Centralab.

Commentaires

- Les TAAN aux sites extragénitaux sont disponibles depuis le début des années 2010 et recommandés dans le Guide québécois de dépistage des ITSS depuis 2014, particulièrement pour certaines populations comme les HARSAH. Les recommandations concernant leur usage ont évolué en fonctions de nombreux facteurs, notamment l’évolution des technologies de détection et l’homologation par Santé Canada des prélèvements extragénitaux à partir de certaines trousse commerciales.
- La dernière mise à jour du Guide québécois de dépistage des ITSS en 2019 simplifiait les recommandations de l’usage des TAAN extragénitaux et élargissait l’usage du TAAN à des situations pour lesquelles la culture était auparavant recommandée⁶⁴.

⁶⁴ Prélèvements et analyses recommandés chez une personne asymptomatique – Infections à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* et lymphogranulomatose vénérienne - Intervention préventive relative aux ITSS. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-308-10W.pdf>

- La hausse des tests de détection aux sites extragénitaux explique en partie l'augmentation progressive des taux de *N. gonorrhoeae* enregistrés depuis 2013. Ces infections extragénitales pouvaient passer inaperçues auparavant.
- La diminution du nombre de prélèvements pour culture de *N. gonorrhoeae* effectués au-delà de 2020-2021 reflète possiblement le changement des recommandations en 2019, une meilleure adhésion aux indications ciblées d'effectuer des cultures ou des changements technologiques. Le pourcentage de cas déclarés incluant une détection par cultures et le nombre de souches reçues au LSPQ dans le cadre du programme de surveillance de l'antibiorésistance demeurent relativement constants⁶⁵.
- Il faut être prudent au sujet de la relation entre le nombre de tests effectués et le nombre de cas déclarés au registre des MADO. En effet, plusieurs tests de détection peuvent avoir été effectués pour un même épisode. Le nombre de tests effectués par année n'est pas équivalent non plus au nombre de personnes dépistées par année, et ne peut pas être interprété comme un taux de dépistage au niveau populationnel.
- Les résultats sous-estiment le nombre de tests de détection effectués au Québec, car les analyses effectuées dans des laboratoires privés ne sont pas considérées.

⁶⁵ Lefebvre B., Labbé A-C. (2023) Surveillance des souches de *Neisseria gonorrhoeae* résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec : rapport 2022. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3579> et Sommaire 2023 : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3650>

ANNEXE 2 NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE DE CERTAINES ITSS SELON L'ÂGE ET LE SEXE, QUÉBEC, 2023

Tableau 9 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, hommes, Québec, 2023

Âge	Infection à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse ²		Infection par le VHB ³		Infection par le VHC ⁴		Infection par le VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N ⁵	Tx
< 1 an	3	7,2	1	2,4	0	0,0	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0
1-9	1	0,2	2	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,2	2	0,5	2	0,0
10-14	8	3,3	2	0,8	0	0,0	0	0,0	2	0,8	2	0,8	0	0,0
15-19	1 239	533	216	93	0	0,0	18	7,7	6	2,6	0	0,0	3	1,3
20-24	3 076	1180	936	359	6	2,3	96	37	33	13	10	3,8	26	10,0
25-29	2 273	770	1 406	476	16	5,4	165	56	60	20	24	8,1	69	23
30-34	1 700	541	1 414	450	22	7,0	203	65	89	28	55	17,51	75	24
35-39	1 145	389	1 106	376	11	3,7	159	54	114	39	46	16	38	13
40-44	810	262	729	236	18	5,8	135	44	108	35	73	24	44	14
45-49	396	137	459	159	7	2,4	116	40	70	24	51	18	22	7,6
50-54	298	112	355	133	15	5,6	92	34	52	19	67	25	17	6,4
55-64	419	69	508	84	8	1,3	137	23	53	8,7	159	26	29	8,4
65 et +	123	14,1	153	17	5	0,6	48	5,5	71	8,1	121	13,82	6	0,7
Inconnu	52		25		0		3		2		0			
Total	11 543	260	7 312	165	108	2,4	1 172	26	662	15	610	13,7	331	7,5

¹ Taux pour 100 000 personnes.

² Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

³ Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

⁴ Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

⁵ Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif). Il peut s'agir d'une infection acquise récemment ou d'une infection ancienne. Données du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), 2024.

Source : Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Tableau 10 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, femmes, Québec, 2023

Âge	Infection à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse ²		Infection par le VHB ³		Infection par le VHC ⁴		Infection par le VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N ⁵	Tx
< 1 an	2	5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1-9	3	0,8	7	1,8	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,0
10-14	151	64	19	8,1	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	2	0,9
15-19	4 107	1 835	312	139	1	0,4	11	4,9	3	1,3	3	1,3	0	0,0
20-24	5 468	2 270	671	279	0	0,0	38	16	28	12	8	3,3	7	2,9
25-29	2 798	1 039	522	194	0	0,0	40	15	50	19	29	10,8	10	3,7
30-34	1 503	517	376	129	1	0,3	44	15	87	30	25	8,6	23	7,9
35-39	838	299	238	85	0	0,0	26	9	64	23	34	12	22	7,8
40-44	462	156	152	51	0	0,0	23	7,7	52	18	34	11	25	8,4
45-49	266	96	91	33	0	0,0	16	5,8	29	10,5	29	10,5	24	8,7
50-54	122	47	51	20	0	0,0	6	2,3	20	7,7	40	15	9	3,5
55-64	87	14	43	7,1	0	0,0	6	1,0	35	5,8	57	9,4	16	0,5
65 et +	14	1,4	4	0,4	0	0,0	2	0,2	49	4,9	59	5,9	2	0,2
Inconnu	41		13		0		1		0		0			
Total	15 862	360	2 499	57	2	0,05	213	4,8	420	9,5	318	7,2	140	3,2

¹ Taux pour 100 000 personnes.

² Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an.

³ Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

⁴ Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

⁵ Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif). Il peut s'agir d'une infection acquise récemment ou d'une infection ancienne. Données du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), 2024.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Tableau 11 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, sexes réunis, Québec, 2023

Âge	Infection à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse ²		Infection par le VHB ³		Infection par le VHC ⁴		Infection par le VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N ⁵	Tx
< 1 an	7	8,6	1	1,2	0	0,0	0	0,0	2	2,5	1	1,2	0	0,0
1-9	5	0,6	9	1,1	0	0,0	0	0,0	4	0,5	2	0,2	2	0,0
10-14	159	33	21	4,4	0	0,0	0	0,0	3	0,6	2	0,4	2	0,4
15-19	5 394	1182	533	117	1	0,2	29	6,4	9	2,0	3	0,7	3	0,7
20-24	8 654	1725	1 640	327	6	1,2	134	27	63	13	18	3,6	33	6,6
25-29	5 146	912	1 950	345	16	2,8	206	36	114	20	53	9,4	81	14
30-34	3 257	539	1 801	298	23	3,8	248	41	180	30	80	13	99	16
35-39	2 006	349	1 353	235	11	1,9	185	32	180	31	81	14	61	11
40-44	1 282	211	888	146	18	3,0	158	26	161	27	109	18	70	12
45-49	665	118	551	98	7	1,2	132	23	102	18	83	15	46	8,1
50-54	423	80	406	77	15	2,9	98	19	72	14	111	21	26	4,9
55-64	508	42	551	45	8	0,7	145	12	89	7,3	223	18	45	4,4
65 et +	140	7,5	158	8,4	5	0,3	50	2,7	121	6,5	180	9,6	8	0,4
Inconnu	113		46		0		4		5		0			
Total	27 759	314	9 908	112	110	1,2	1 389	16	1 105	12,5	946	10,7	476	5,4

¹ Taux pour 100 000 personnes.

² Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

³ Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

⁴ Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

⁵ Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif). Il peut s'agir d'une infection acquise récemment ou d'une infection ancienne. Données du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), 2024.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

ANNEXE 3 NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE BRUTS DES ITSS SELON LA RÉGION, QUÉBEC, 2019 À 2024p

Tableau 12 Infection génitale à Chlamydia trachomatis : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2019 à 2024p (projections pour 2024)

Région	2019		2020		2021		2022		2023		Moyenne 2019-2023		2024p		Variation 2023-2019			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
01 - Bas-Saint-Laurent	453	229	365	184	334	168	327	163	321	159	360	181	307	152	-132	-29	-70	-31
02 - Saguenay—Lac-Saint-Jean	757	272	631	226	729	260	622	220	844	297	717	255	691	242	87	11	24	8,9
03 - Capitale-Nationale	2 483	330	2 243	296	1 988	261	2 283	296	2 656	339	2 331	305	2 382	301	173	7,0	8,3	2,5
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	1 816	349	1 367	260	1 345	252	1 453	269	1 404	256	1 477	277	1 394	252	-412	-23	-92	-26
05 - Estrie	1 543	315	1 315	264	1 276	252	1 324	257	1 527	292	1 397	276	1 440	272	-16	-1,0	-23	-7,2
06 - Montréal	8 415	407	6 163	297	6 535	323	7 916	388	8 906	423	7 587	368	8 208	387	491	5,8	16,2	4,0
07 - Outaouais	1 410	355	1 115	278	984	243	1 072	262	1 076	260	1 131	279	1 166	278	-334	-24	-96	-27
08 - Abitibi-Témiscamingue	444	301	418	283	378	255	348	234	371	249	392	264	304	204	-73	-16	-52	-17
09 - Côte-Nord	265	292	217	239	151	167	112	124	266	295	202	223	280	312	1	0,4	3,1	1,1
10 - Nord-du-Québec	34	249	25	186	18	134	15	112	28	210	24	179	15	112	-6	-18	-39	-16
11 - Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	120	133	119	131	103	112	109	118	133	144	117	127	127	136	13	11	11	8,2
12 - Chaudière-Appalaches	990	231	768	177	796	182	781	176	851	189	837	191	842	186	-139	-14	-41	-18
13 - Laval	1 292	294	1 054	238	907	205	1 121	251	1 257	278	1 126	253	1 274	279	-35	-2,7	-16	-5,5
14 - Lanaudière	1 670	324	1 480	282	1 421	266	1 534	282	1 573	285	1 536	287	1 499	269	-97	-5,8	-39	-12
15 - Laurentides	2 104	339	1 786	283	1 696	262	1 903	289	1 765	264	1 851	287	1 547	229	-339	-16	-75	-22
16 - Montérégie	3 881	273	3 238	225	3 030	208	3 515	239	3 592	241	3 451	237	3 417	227	-289	-7,4	-32	-12
17 - Nunavik	586	4 153	490	3 409	552	3 791	666	4 544	855	5 760	630	4 341	847	5 633	269	46	1 607	39
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	293	1 616	244	1 326	239	1 279	233	1 233	326	1 703	267	1 431	409	2 111	33	11	87	5,4
Région non précisée/hors Québec	0		0		75		6		8		18		0		8			
Province de Québec	28 556	336	23 035	269	22 557	262	25 340	291	27 759	314	25 449	294	26 148	293	-797	-3	-22	-6,6

Note : Taux pour 100 000 personnes

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Tableau 13 Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2019 à 2024p (projections pour 2024)

Région	2019		2020		2021		2022		2023		Moyenne 2019-2023		2024p		Variation 2023-2019			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
01 - Bas-Saint-Laurent	29	15	15	7,6	18	9,0	20	10,0	26	13	22	10,8	26	13	-3	-10	-1,8	-12
02 - Saguenay—Lac-Saint-Jean	38	14	37	13	24	8,6	64	23	48	17	42	15	110	39	10	26	3,2	23
03 - Capitale-Nationale	384	51	318	42	375	49	702	91	844	108	525	69	855	108	460	120	57	111
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	168	32	104	20	141	26	195	36	216	39	165	31	281	51	48	29	7,2	22
05 - Estrie	216	44	134	27	162	32	184	36	244	47	188	37	230	44	28	13	2,6	5,9
06 - Montréal	4 265	206	3 102	150	3 917	193	4 552	223	5 486	261	4 264	207	5 195	245	1 221	29	54	26
07 - Outaouais	269	68	175	44	164	41	184	45	219	53	202	50	284	68	-50	-19	-15	-22
08 - Abitibi-Témiscamingue	44	30	30	20	13	8,8	26	18	18	12	26	18	13	8,8	-26	-59	-18	-59
09 - Côte-Nord	2	2,2	3	3,3	1	1,1	16	18	25	28	9	10,4	41	46	23	1 150	26	1 158
10 - Nord-du-Québec	5	37	1	7,4	1	7,5	2	15,0	2	15	2	16	3	25	-3	-60	-22	-59
11 - Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	6	6,6	7	7,7	3	3,3	6	6,5	5	5,4	5	5,9	12	12	-1	-17	-1,2	-18,7
12 - Chaudière-Appalaches	50	12	70	16	83	19	128	29	120	27	90	21	143	32	70	140	15	129
13 - Laval	308	70	223	50	221	50	319	71	315	70	277	62	404	89	7	2,3	0	-0,7
14 - Lanaudière	299	58	252	48	208	39	323	59	351	64	287	54	266	48	52	17	5,7	9,8
15 - Laurentides	380	61	246	39	238	37	368	56	393	59	325	50	349	51	13	3,4	-2,4	-3,9
16 - Montérégie	673	47	559	39	684	47	761	52	902	61	716	49	972	64	229	34	13	28,0
17 - Nunavik	358	2 537	351	2 445	307	2 108	259	1 767	673	4 534	390	2 686	493	3 281	315	88	1 996	78,7
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	22	121	8	41	9	48	3	16	18	94	12	64	25	127	-4	-18	-27	-23
Région non précisée/hors Québec	0		0		11		0		3		3		0		3		0	
Province de Québec	7 516	88	5 632	66	6 580	76	8 112	93	9 908	112	7 550	87	9 704	109	2 392	31,8	24	27

Note : Taux pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Tableau 14 Syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2019 à 2024p (projections pour 2024)

Région	2019		2020		2021		2022		2023		Moyenne 2019-2023		2024p		Variation 2023-2019			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
01 - Bas-Saint-Laurent	9	4,6	1	0,5	2	1,0	7	3,5	16	7,9	7	3,5	12	5,7	7	78	3,4	74
02 - Saguenay—Lac-Saint-Jean	6	2,2	10	3,6	3	1,1	14	5,0	9	3,2	8	3,0	16	5,8	3	50	1,0	47
03 - Capitale-Nationale	59	7,9	45	5,9	22	2,9	50	6,5	133	17	62	8,1	158	20	74	125	9	116
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	19	3,6	20	3,8	12	2,3	18	3,3	31	5,7	20	3,7	25	4,5	12	63	2,0	55
05 - Estrie	39	8,0	26	5,2	20	3,9	32	6,2	24	4,6	28	5,6	39	7,5	-15	-38	-3,4	-42
06 - Montréal	689	33	636	31	471	23	696	34	697	33	638	31	602	28	8	1,2	0	-0,6
07 - Outaouais	44	11	29	7,2	35	8,7	44	10,8	45	10,9	39	9,7	28	6,7	1	2,3	0	-2,1
08 - Abitibi-Témiscamingue	5	3,4	1	0,7	0	0,0	5	3,4	17	11	6	3,8	3	2,2	12	240	8,0	237
09 - Côte-Nord	1	1,1	2	2,2	1	1,1	1	1,1	2	2,2	1	1,5	2	1,8	1	100	1,1	101
10 - Nord-du-Québec	1	7,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	1,5	0	0,0	-1	-100	-7,3	-100
11 - Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	2	2,2	1	1,1	1	1,1	1	1,1	1	1,1	1	1,3	0	0,0	-1	-50	-1,1	-51
12 - Chaudière-Appalaches	11	2,6	16	3,7	6	1,4	13	2,9	33	7,3	16	3,6	49	10,9	22	200	4,8	186
13 - Laval	34	7,7	24	5,4	19	4,3	40	9,0	52	11	34	7,6	56	12	18	53	3,8	49
14 - Lanaudière	35	6,8	28	5,3	38	7,1	56	10,3	70	13	45	8,5	69	12	35	100	5,9	87
15 - Laurentides	51	8,2	35	5,5	47	7,3	53	8,1	45	6,7	46	7,2	82	12	-6	-12	-1,5	-18
16 - Montérégie	148	10,4	126	8,7	104	7,2	142	9,7	146	9,8	133	9,1	156	10,4	-2	-1,4	-0,6	-5,8
17 - Nunavik	60	425	70	484	81	556	80	546	68	458	72	494	38	252	8	13	33	7,7
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0	3	16	5	26	0	0	2	8,6	0	0,0	0	ND	0	ND
Région non précisée/hors Québec	0		0		0		0		0	0,0	0		0		0		0,0	
Province de Québec	213	14	1 069	12	865	10	1 257	14,5	1 389	16	1 159	13	1 335	15	176	15	1,4	10

Note : Taux pour 100 000 personnes. ND : Non disponible; les pourcentages de variation ne peuvent être estimés puisqu'aucun cas n'est enregistré à la situation de base. Il faut donc se référer à la variation pour évaluer l'ampleur du changement.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Tableau 15 Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2019 à 2024p (projections pour 2024)

Région	2019		2020		2021		2022		2023		Moyenne 2019-2023		2024p		Variation 2023-2019			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
01 - Bas-Saint-Laurent	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,1	2	0,8	0	ND	0,0	ND
02 - Saguenay—Lac-Saint-Jean	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
03 - Capitale-Nationale	5	0,7	3	0,4	0	0,0	7	0,9	16	2,0	6	0,8	15	1,9	11	220	1,4	207
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	2	0,4	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,1	0	0,0	-2	-100	-0,4	-100
05 - Estrie	1	0,2	3	0,6	3	0,6	1	0,2	5	1,0	3	0,5	0	0,0	4	400	0,8	369
06 - Montréal	109	5,3	103	4,9	66	3,3	102	5,0	71	3,4	90	4,4	69	3,3	-38	-35	-1,9	-36
07 - Outaouais	2	0,5	0	0,0	3	0,7	4	1,0	1	0,2	2	0,5	2	0,4	-1	-50	-0,3	-52
08 - Abitibi-Témiscamingue	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
09 - Côte-Nord	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,2	0	0,0	1	ND	1,1	ND
10 - Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
11 - Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
12 - Chaudière-Appalaches	3	0,7	0	0,0	1	0,2	6	1,4	1	0,2	2	0,5	10	2,2	-2	-67	-0,5	-68
13 - Laval	2	0,5	3	0,7	1	0,2	2	0,4	2	0,4	2	0,4	0	0,0	0	0	0,0	-2,9
14 - Lanaudière	3	0,6	1	0,2	0	0,0	6	1,1	2	0,4	2	0,4	0	0,0	-1	-33	-0,2	-38
15 - Laurentides	1	0,2	2	0,3	0	0,0	4	0,6	3	0,4	2	0,3	7	1,0	2	200	0,3	179
16 - Montérégie	6	0,4	11	0,8	7	0,5	12	0,8	8	0,5	9	0,6	5	0,3	2	33	0,1	27
17 - Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Région non précisée/hors Québec	0		0		0		0		0		0		0		0		0,0	
Province de Québec	134	1,6	127	1,5	81	0,9	146	1,7	110	1,2	120	1,4	107	1,2	-24	-18	-0,3	-21

Note : Taux pour 100 000 personnes. ND : Non disponible; les pourcentages de variation ne peuvent être estimés puisqu'aucun cas n'est enregistré à la situation de base. Il faut donc se référer à la variation pour évaluer l'ampleur du changement.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Tableau 16 Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2019 à 2024p (projections pour 2024)

Région	2019		2020		2021		2022		2023		Moyenne 2019-2023		2024p		Variation 2023-2019			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
01 - Bas-Saint-Laurent	7	3,5	1	0,5	5	2,5	5	2,5	5	2,5	5	2,3	12	5,7	-2	-29	-1,1	-30
02 - Saguenay—Lac-Saint-Jean	6	2,2	6	2,2	9	3,2	24	8,5	23	8,1	14	4,8	21	7,5	17	283	5,9	274
03 - Capitale-Nationale	61	8,1	25	3,2	52	6,8	73	9,5	95	12	61	8,0	109	14	34	56	4,0	49
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	22	4,2	13	2,5	20	3,8	42	7,8	43	7,9	28	5,2	39	7,1	21	95	3,6	86
05 - Estrie	29	5,9	17	3,4	26	5,1	35	6,8	45	8,6	30	6,0	39	7,5	16	55	2,7	45,4
06 - Montréal	606	29	406	20	370	18	441	22	535	25	472	23	774	37	-71	-12	-3,9	-13
07 - Outaouais	54	14	58	14	60	15	40	9,8	50	12	52	13	53	13	-4	-7,4	-1,5	-11
08 - Abitibi-Témiscamingue	3	2,0	4	2,7	13	8,8	10	6,7	9	6,0	8	5,3	10	6,6	6	200	4,0	197
09 - Côte-Nord	9	9,9	2	2,2	3	3,3	4	4,4	6	6,7	5	5,3	8	9,2	-3	-33	-3,3	-33
10 - Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	22	0,0	0	1	4,5	3	25	0	ND	0	ND
11 - Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	1	1,1	1	1,1	2	2,2	1	1,1	4	4,3	2	2,0	5	5,3	3	300	3,2	290
12 - Chaudière-Appalaches	7	1,6	15	3,5	25	5,7	22	5,0	26	5,8	19	4,3	39	8,7	19	271	4,2	255
13 - Laval	61	14	29	6,4	42	9,5	38	8,5	57	13	45	10,2	61	13	-4	-6,6	-1,3	-9,2
14 - Lanaudière	13	2,5	9	1,7	19	3,6	18	3,3	30	5,4	18	3,3	38	6,8	17	131	2,9	116
15 - Laurentides	32	5,2	28	4,4	31	4,8	24	3,7	32	4,8	29	4,6	21	3,2	0	0	-0,4	-7,1
16 - Montérégie	165	12	110	7,6	128	8,8	137	9,3	144	9,7	137	9,4	179	12	-21	-13	-1,9	-17
17 - Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7	0	1,4	0	0,0	1	ND	6,7	ND
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	1	5,4	0	0,0	0	0,0	0	1,1	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Région non précisée/hors Québec	0		0		3		0		0		1		0		0		0,0	
Province de Québec	1 076	13	723	8,4	809	9,4	917	10,5	1 105	12	926	10,7	1 412	16	29	2,7	-0,2	-1,3

Note : Taux pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Tableau 17 Hépatite C (aiguë ou récente et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec de 2019 à 2024p (projections pour 2024)

Région	2019		2020		2021		2022		2023		Moyenne 2019-2023		2024p		Variation 2023-2019			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
01 - Bas-Saint-Laurent	13	6,6	11	5,6	16	8,0	5	2,5	5	2,5	10	5,0	7	3,3	-8	-62	-4,1	-62
02 - Saguenay—Lac-Saint-Jean	22	7,9	19	6,8	21	7,5	17	6,0	32	11,2	22	7,9	21	7,5	10	45	3,3	42
03 - Capitale-Nationale	102	14	72	9,5	55	7,2	65	8,4	82	10,5	75	9,8	56	7,1	-20	-20	-3,1	-23
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	37	7,1	35	6,6	38	7,1	48	8,9	57	10,4	43	8,0	49	8,9	20	54	3,3	46
05 - Estrie	56	11	43	8,5	34	6,7	33	6,4	57	10,9	45	8,8	31	5,9	1	1,8	-0,5	-4,6
06 - Montréal	454	22	292	14	236	12	272	13	392	19	329	16	414	20	-62	-14	-3,3	-15
07 - Outaouais	78	20	50	12	75	19	55	13	39	9,4	59	15	30	7,1	-39	-50	-10,2	-52
08 - Abitibi-Témiscamingue	14	9,5	8	5,4	16	10,8	11	7,4	16	10,7	13	8,8	10	6,6	2	14	1,3	13
09 - Côte-Nord	12	13	14	15	20	22	11	12	11	12	14	15	7	7,3	-1	-8,3	-1,0	-7,7
10 - Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,5	0,2	1,5	0	0,0	1	ND	7,5	ND
11 - Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	11	12	6	6,6	10	10,9	8	8,7	5	5,4	8	8,7	8	8,9	-6	-55	-6,8	-56
12 - Chaudière-Appalaches	24	5,6	30	6,9	48	11	25	5,6	34	7,6	32	7,3	36	8,0	10	42	2,0	35
13 - Laval	35	8,0	37	8,2	36	8,1	43	9,6	34	7,5	37	8,3	62	13,7	-1	-2,9	-0,4	-5,6
14 - Lanaudière	55	11	39	7,3	38	7,1	36	6,6	32	5,8	40	7,5	25	4,4	-23	-42	-4,9	-46
15 - Laurentides	51	8,2	20	3,2	10	1,5	7	1,1	58	8,7	29	4,5	66	9,7	7	14	0,5	5,7
16 - Montérégie	124	8,7	116	8,1	119	8,2	97	6,6	89	6,0	109	7,5	82	5,5	-35	-28	-2,7	-31
17 - Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	13	0	2,8	0	0,0	2	ND	13	ND
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	2	11	1	5,4	2	10,7	1	5,3	0	0,0	1	6,4	0	0,0	-2	-100	-11,0	-100
Région non précisée/hors Québec	0		0		2		0		0		0		0		0		0	
Province de Québec	1 090	13	791	9	776	9,0	734	8,4	946	10,7	867	10,0	904	10	-144	-13	-2,1	-17

Note : Taux pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Tableau 18 Infection par le VIH : nombre et taux brut d'incidence de nouveaux diagnostics, selon la région, Québec, de 2019 à 2023

Région	2019		2020		2021		2022		2023		Moyenne 2019-2023		Variation 2023-2019			
	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
01 - Bas-Saint-Laurent	2	1,0	1	0,5	0	0,0	2	1,0	2	1,0	1	0,7	0	0,0	0,0	0,0
02 - Saguenay—Lac-Saint-Jean	3	1,1	8	2,9	2	0,7	5	1,8	3	1,1	4	1,5	0	0,0	0,0	0,0
03 - Capitale-Nationale	20	2,7	23	3,0	18	2,4	18	2,3	28	3,6	21	2,8	8	40	0,9	33
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	10	1,9	5	1,0	5	0,9	9	1,7	3	0,5	6	1,2	-7	-70,0	-1,4	-74
05 - Estrie	5	1,0	5	1,0	3	0,6	3	0,6	10	1,9	5	1,0	5	100	0,9	90
06 - Montréal	190	9,3	116	5,6	141	6,9	311	15	329	16	217	10,5	139	73	6,3	68
07 - Outaouais	11	2,8	8	2,0	15	3,7	5	1,2	11	2,7	10	2,5	0	0,0	-0,1	-3,6
08 - Abitibi-Témiscamingue	3	2,0	3	2,0	4	2,7	1	0,7	5	3,4	3	2,2	2	67	1,4	70
09 - Côte-Nord	0	0,0	1	1,1	0	0,0	2	2,2	1	1,1	1	0,9	1	ND	1,1	ND
10 - Nord-du-Québec	1	7,3	1	7,4	1	7,5	0	0,0	0	0,0	1	4,5	-1	ND	-7,3	ND
11 - Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	1	1,1	0	0,0	0	0,0	2	2,2	0	0,0	1	0,7	-1	ND	-1,1	ND
12 - Chaudière-Appalaches	4	0,9	6	1,4	2	0,5	3	0,7	6	1,3	4	1,0	2	50	0,4	44
13 - Laval	13	3,0	6	1,4	11	2,5	13	2,9	18	4,0	12	2,7	5	38	1,0	33
14 - Lanaudière	5	1,0	3	0,6	5	0,9	9	1,7	12	2,2	7	1,3	7	140	1,2	120
15 - Laurentides	11	1,8	9	1,4	4	0,6	8	1,2	11	1,6	9	1,3	0	0,0	-0,2	-11
16 - Montérégie	30	2,1	16	1,1	34	2,3	32	2,2	37	2,5	30	2,0	7	23	0,4	19
17 - Nunavik	0	0,0	1	7,0	1	6,8	0	0,0	0	0,0	0	2,8	0	ND	0,0	ND
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Région non précisée/hors Québec													0			
Province de Québec	309	3,6	212	2,5	246	2,9	423	4,9	476	5,4	333	3,9	167	54	1,8	50

Note : Taux pour 100 000 personnes.

Source : Données du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ).

ANNEXE 4 DONNÉES DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG, DE 2019 À 2023

Au Québec, depuis avril 1992, le *Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)* permet aux personnes atteintes d'une ITSS (cas index), ainsi qu'aux partenaires sexuels d'une personne atteinte (contact) de se procurer gratuitement les médicaments prescrits pour le traitement de leur infection.

Nombre et caractéristiques des médicaments⁶⁶ prescrits, 2019-2023

Le nombre total de médicaments prescrits a diminué de 26 % entre 2019 et 2023; il est passé de 78 529 médicaments prescrits en 2019 à 58 653 en 2023 ([tableau 10](#)).

Les antibiotiques prescrits le plus fréquemment en 2023 sont la doxycycline, l'azithromycine, la ceftriaxone, le céfixime et la pénicilline G benzathine ([tableau 20](#)).

Nombre et sexe des personnes, description des ordonnances et des prescripteurs

Le nombre annuel de personnes différentes ayant reçu au moins une ordonnance a diminué progressivement, passant de 46 943 personnes en 2019 à 38 229 en 2023, soit une diminution de 19 % ([tableau 21](#)). En 2023, plus de la moitié des personnes recevant des ordonnances étaient des hommes (60 %) et le rapport hommes/femmes augmente progressivement entre 2019 (1,4) et 2023 (1,5).

En 2023, la majorité des personnes (83 %, 31 830) ont eu une seule ordonnance au cours de l'année ([tableau 22](#)). Une proportion non négligeable de personnes a eu entre deux et quatre ordonnances (16 %, 6 212), mais seulement 187 personnes (< 1 %) en ont eu cinq ou plus.

Globalement, au cours des cinq dernières années, le nombre total d'ordonnances est passé de 58 057 en 2019 à 47 150 en 2023, soit une diminution de 19 % ([tableau 23](#)).

⁶⁶ Plusieurs médicaments peuvent avoir été prescrits lors d'une ordonnance. Consulter la section 2.3 pour les définitions.

Parmi les ordonnances prescrites en 2023, 66 % concernent des personnes atteintes (indiquées par le code K), 31 % concernent des contacts (code L) et 4,0 % concernent des traitements accélérés des partenaires (code M⁶⁷). Le rapport entre le nombre d'ordonnances destinées à des personnes atteintes vs. à des contacts a augmenté légèrement en 2021, en 2022 et en 2023 ([tableau 23](#)). Il est plus élevé chez les femmes que chez les hommes en 2023 (3,2 comparativement à 1,7).

En 2023, le traitement accéléré des partenaires a été indiqué sur 464 ordonnances prescrites à des femmes et 1 442 ordonnances prescrites à des hommes.

En 2023, la majorité des ordonnances ont été prescrites par des omnipraticiens (86 %) ([tableau 24](#)).

Depuis 2017, le guide d'usage optimal sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang – Approche syndromique⁶⁸ recommande la combinaison de ceftriaxone 250 mg IM, doxycycline 100 mg BID et métronidazole 500 mg PO BID pour le traitement de l'atteinte inflammatoire pelvienne. Le tableau 25 permet de suivre la tendance du nombre d'ordonnances de cette combinaison chez les femmes : on observe une augmentation de 14 % entre 2019 (214 ordonnances) et 2023 (243 ordonnances).

Tableau 19 Nombre total de médicaments individuels prescrits selon le sexe, Québec, 2019 à 2023

	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Femmes	28 699	24 738	21 546	21 689	20 967	117 639
Hommes	50 830	42 133	36 613	38 005	37 686	205 267
Total	79 529	66 871	58 159	59 694	58 653	322 906

⁶⁷ Le code M (traitement accéléré du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une chlamydie ou d'une gonorrhée (TAP) a été introduit en fin d'année 2019. Consulter la section 2.3 pour la référence au guide de pratique sur le TAP. Le code M se distingue du code L (contact) par le fait que le contact est vu en consultation, alors que pour le TAP (code M), la prescription est transmise par une personne à son ou ses partenaires.

⁶⁸ Consulter le site Web de l'Institut d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) pour connaître ses plus récentes recommandations concernant le traitement des ITSS (www.inesss.qc.ca/index.php).

Tableau 20 Répartition des médicaments individuels prescrits selon le sexe des personnes, Québec, 2023

	Hommes	Femmes	Total
Doxycycline	17 382	11 674	29 056
Azithromycine	6 475	4 852	11 327
Ceftriaxone	8 255	1 705	9 960
Céfixime	2 668	1 248	3 916
Pénicilline G (benzathine)	1 839	213	2 052
Métronidazole	132	969	1 101
Autres	438	136	574
Gentamicine	137	61	198
Moxifloxacin	152	38	190
Lévoﬂoxacin	108	10	118
Non précisé	30	10	40
Ciproﬂoxacin	27	10	37
Amoxicilline	4	30	34
Pénicilline G sodique	32	0	32
Triméthoprime/sulfaméthoxazole	6	10	16
Céfuroxime axetil	1	1	2
Total	37 686	20 967	58 653

¹ Médicaments regroupés dans la catégorie « autres » : lidocaïne, véhicules pour suspension orale, eau stérile pour injection, chlorhydrate de diphenhydramine, chlorure de sodium, perfuseur elastomérique et seringue jetable (sans aiguille).

Tableau 21 Nombre de personnes¹ ayant reçu une ou des ordonnances selon le sexe, Québec, 2019 à 2023

	2019	2020	2021	2022	2023
Femmes	19 863	17 117	15 625	15 671	15 371
Hommes	27 080	23 501	22 001	22 581	22 858
Total	46 943	40 618	37 626	38 252	38 229

¹ Nombre de personnes différentes chaque année, une même personne peut compter dans plus d'une année.

Tableau 22 Nombre d'ordonnances¹ par personne chaque année, selon l'année et le sexe, Québec, 2019 à 2023

		1 ordonnance	2 à 4 ordonnances	5 ordonnances et plus	Nombre total de personnes ²
2019	Hommes	21 786	5 048	246	27 080
	Femmes	17 233	2 617	13	19 863
	Total	39 089	7 665	259	46 943
2020	Hommes	19 013	4 315	173	23 501
	Femmes	14 853	2 249	15	17 117
	Total	33 866	6 564	188	40 618
2021	Hommes	17 877	3 949	175	22 001
	Femmes	13 778	1 836	11	15 625
	Total	31 655	5 785	186	37 626
2022	Hommes	18 129	4 255	197	22 581
	Femmes	13 690	1 965	16	15 671
	Total	31 819	6 220	213	38 252
2023	Hommes	18 383	4 295	180	22 858
	Femmes	13 447	1 917	7	15 371
	Total	31 830	6 212	187	38 229

¹ Une ordonnance est définie comme tous les médicaments prescrits à une même date (date du service), à une même personne.

² Nombre de personnes différentes pour cette année, une même personne est susceptible de compter dans plus d'une année.

Tableau 23 Nombre d'ordonnances selon la nature du cas¹ et le sexe, Québec, 2019 à 2023

	Femmes			Hommes			Total ²	Femmes rapport K/L	Hommes rapport K/L	Sexes réunis rapport K/L
	K	L	M	K	L	M				
2019	15 971	7 031	76	20 064	14 981	178	58 057	2,2	1,3	1,6
2020	13 372	5 995	523	16 526	12 321	1 439	49 950	2,2	1,3	1,6
2021	12 327	4 965	550	15 531	11 223	1 506	45 921	2,5	1,4	1,7
2022	13 112	4 538	469	17 130	10 728	1 510	47 265	2,9	1,6	2,0
2023	13 159	4 109	464	17 830	10 355	1 442	47 150	3,2	1,7	2,1
Total	67 941	26 638	2 082	87 081	59 608	6 075	248 343	2,6	1,5	1,8

¹ Code K : personne atteinte; code L : cas contact; code M—TAP : traitement accéléré du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une chlamydie ou d'une gonorrhée.

² La somme des codes est plus élevée que le nombre d'ordonnances, car une ordonnance peut contenir plusieurs codes différents (un code par médicament).

Tableau 24 Répartition du nombre d'ordonnances selon la spécialité médicale du prescripteur et le sexe des personnes, Québec, 2023

Spécialité du prescripteur	2023
Omnipraticiens	40 541
Obstétriciens-gynécologues	1 784
Infectiologues	1 666
Résidents	1 537
Autres spécialités	1 006
Spécialités manquantes	577
Urologues	28
Dermatologues	11
Total	47 150

Tableau 25 Combinaison de médicaments reçue à une même date de service par une même personne, compatible avec le traitement d'une l'atteinte inflammatoire pelvienne - Québec, 2019 à 2023

		2019	2020	2021	2022	2023	Total
Ceftriaxone 250 mg et doxycycline 100mg BID (14 comprimés) et métronidazole 500 mg PO BID (dose totale de 14 000 mg) <i>traitement syndromique de l'atteinte inflammatoire pelvienne</i>	Femmes	214	204	232	230	243	1 123
	Hommes	1	1	2	2	2	8
	Total	215	205	234	232	245	1 131

Commentaires

La base de données analysée est une banque administrative de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les limites habituelles à ce type de banque de données s'appliquent. Il est donc nécessaire d'être très prudent lors de l'interprétation de ces résultats. La qualité des données dépend de l'utilisation adéquate des outils de collecte et du niveau de complétion des informations fournies par les professionnels. Par exemple, les codes servant à différencier les cas-index (code K - personne atteinte) des contact (code L - contact ayant reçu un traitement épidémiologique) peuvent avoir été inversés par les cliniciens. Les données du programme sous-estiment le nombre de personnes traitées pour une ITS ciblée et le nombre de traitements administrés pour le traitement des ITS ciblées dans la mesure où le traitement serait fourni hors programme (traitement ITS sans que les codes ne soient inscrits sur la prescription ou traitement administré en milieu hospitalier, par exemple). La base de données ne comprend pas de renseignements directs sur le diagnostic, ce qui limite l'identification de l'ITS traitée. L'ITS traitée peut parfois être déduite à partir des profils de traitement (ex. : prescription de Pénicilline G benzathine et syphilis). Dans certains cas, des interprétations sont nécessaires. L'analyse a toutefois permis de fournir certaines informations utiles.

Le nombre total de cas d'infection à *Chlamydia trachomatis*, d'infection gonococcique, de LGV et de syphilis (toutes syphilis) déclarés au registre des MADO en 2023 était de 41 061. Ce nombre est relativement près du nombre d'ordonnances prescrites à des personnes atteintes (code K) en 2023, c'est-à-dire 30 989 ordonnances. Les personnes traitées comme contact (code L) peuvent ne pas être incluses dans le fichier MADO car seuls les cas confirmés par laboratoire sont généralement enregistrés au fichier MADO et qu'il est recommandé de traiter les partenaires même en l'absence d'un test avec résultat positif. Pour ces raisons, il n'est pas surprenant d'observer que le nombre total d'ordonnances prescrites dans le cadre de ce programme en 2023 (47 150 – tableau 23) excède le nombre de cas déclarés au SI-GMI (MADO).

Le rapport des codes K/L était stable (1,6) depuis plusieurs années, et une hausse est observée en 2021 (1,7), 2022 (2,0) et 2023 (2,1), ce qui signifie proportionnellement moins d'ordonnances prescrites à des contacts. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette tendance. Une première pourrait être une diminution de la notification des partenaires sexuels, une intervention essentielle pour contrôler les épidémies d'ITS. Une seconde hypothèse suggère une réduction progressive du nombre de contacts sexuels par personne atteinte. Toutefois, des inversions des codes K (personne atteinte) et L (contact) sont possibles. Il est donc nécessaire d'interpréter ce rapport des codes K/L avec prudence.

Le traitement accéléré du partenaire d'une personne atteinte d'une chlamydie ou d'une gonorrhée⁶⁹ est encadré au Québec depuis la fin de l'année 2019. Les années 2020 à 2023 présentent des fréquences stables et très similaires.

⁶⁹ <https://www.inspq.qc.ca/formation/institut/itss/tap-personnes-atteintes-infection-c-trachomatis-n-gonorrhoeae>

La combinaison de ceftriaxone, doxycycline et métronidazole est considérée comme un traitement spécifique de l'atteinte inflammatoire pelvienne. Une légère hausse du nombre d'ordonnances est observée au cours des dernières années chez les femmes, une observation qui doit être surveillée et analysée davantage afin de mieux la comprendre. Bien que ces données soient intéressantes, elles ne tiennent pas compte des traitements administrés à l'hôpital pour une telle condition.

ANNEXE 5 COMPARAISONS PROVINCIALES ET INTERNATIONALES

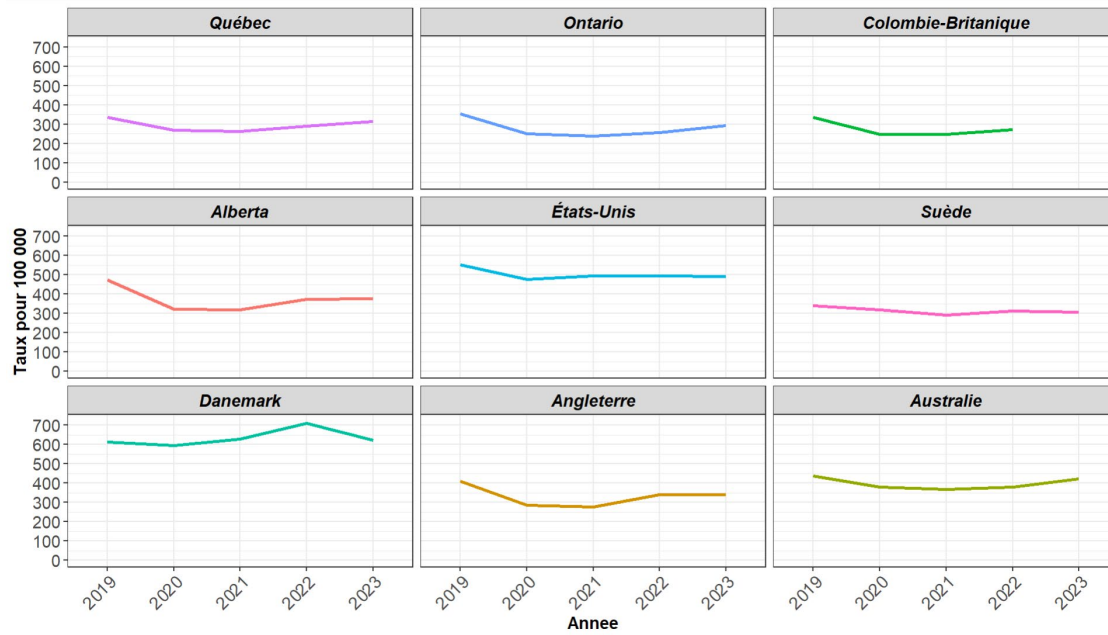
Infection à *C. trachomatis*

Tableau 26 Chlamydia trachomatis : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, 2019 à 2023

Province ou Pays	2019		2020		2021		2022		2023	
	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux
Québec	28 556	336,0	23 035	269,0	22 557	262,0	25 340	291,0	27 759	314,0
Ontario	51 539	354,3	37 113	252,0	35 389	239,0	38 943	257,7	45 737	293,0
*Colombie Britannique	17 043	334,5	12 727	246,9	12 833	246,7	14 519	272,9	15 098	ND
Alberta	18 192	471,7	14 107	320,1	14 064	317,5	16 809	372,4	17 625	375,4
États-Unis	808 703	551,0	1 579 885	476,7	1 644 416	495,5	649 716	495,0	648 568	492,2
Suède	34 784	340,0	32 890	318,5	30 171	290,7	32 802	313,8	32 298	306,0
Danemark	35 650	614,5	34 659	595,6	36 607	627,3	41 595	708,9	37 111	622,5
Angleterre	22 917	408,9	161 799	287,3	155 934	275,7	194 244	340,1	194 970	341,4
Australie	107 384	437,2	91 439	379,0	87 366	366,3	94 356	380,8	109 451	422,4

*nombre de cas et taux pour les infections génitales; ND : non

Figure 33 Chlamydia trachomatis : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays, 2019-2023



Infection gonococcique

Tableau 27 Infection gonococcique : taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, 2019 à 2023

Province ou Pays	2019	2020	2021	2022	2023
	Taux total	Taux total	Taux total	Taux total	Taux total
Québec	88,4	65,7	76,5	93,3	112,0
Ontario	76,6	61,9	66,3	77,7	90,9
*Colombie Britannique	70,2	71,2	62,3	60,0	ND
Alberta	122,6	111,0	113,2	110,4	115,6
États-Unis	187,8	204,5	214,0	194,4	179,5
Suède	31,4	25,9	25,8	31,9	40,0
Danemark	38,1	45,8	48,3	66,9	68,9
Angleterre	126,5	90,0	87,2	138,8	149,2
Australie	141,0	122,3	109,7	132,4	153,9

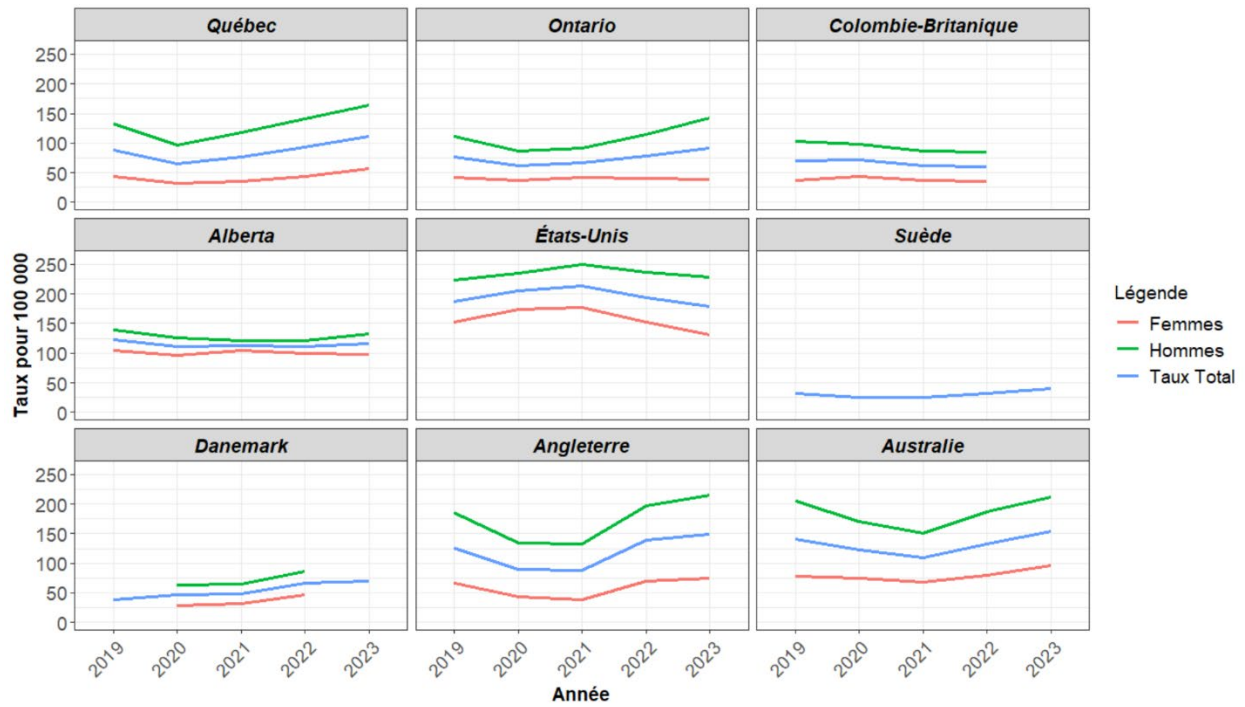
* taux pour les infections génitales; ND : non disponible

Tableau 28 Infection gonococcique : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, selon le sexe, 2019 à 2023

Province ou Pays	2019		2020		2021		2022		2023											
	Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes									
	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux								
Québec	1 830	43,0	5 632	132,5	1 432	33,0	4 179	97,3	1 486	35,0	5 067	117,6	1 928	44,3	6 122	140,6	2 499	57,0	7 312	165,0
Ontario	3 143	42,7	7 956	110,7	2 733	36,7	6 324	86,9	2 099	41,4	6 672	91,2	3 230	40,0	8 500	115	3 033	38,7	11 073	142,7
*Colombie Britannique	951	37,0	2 611	103,5	1 158	44,5	2 484	97,4	978	37,2	2 247	87,3	952	35,4	2 212	84,2	940	ND	2 598	ND
Alberta	2 269	105,0	3 066	139,6	2 093	95,8	2 795	125,8	2 310	105,1	2 702	120,9	2 243	100,2	2 732	120,3	2 285	98,0	3 140	132,8
États-Unis	253 359	152,1	361 586	223,7	290 666	173,8	385 551	234,8	298 015	177,9	410 388	249,7	255 566	152,1	390 548	236,3	221 176	130,7	378 428	228,3
Suède	892		2 352		621		2 066		544		2 145		772		2 580		960		3 251	
Danemark					842	29,0	1 821	63,0	949	32,0	1 856	64,0	1 378	47,0	2 538	87,0				
Angleterre	19 054	66,5	50 911	184,6	12 555	43,7	37 051	134,3	11 058	38,3	36 656	132,4	20 327	69,8	55 147	197,1	21 563	74,0	60 298	215,5
Australie	9 426	78,0	25 206	204,7	8 941	75,2	20 766	169,9	8 097	68,7	18 424	151,3	9 628	79,1	23 385	18,5	12 180	96,2	27 677	212,4

ND : non disponible

Figure 34 Infection gonococcique : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays, 2019-2023



Syphilis infectieuse

Tableau 29 Syphilis infectieuse : taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, 2019 à 2023

Province ou Pays	2019	2020	2021	2022	2023
	Taux total	Taux total	Taux total	Taux total	Taux total
Québec	14,2	12,4	10,1	14,0	16,0
Ontario	16,8	16,5	20,2	23,6	20,9
*Colombie Britannique	20,9	17,7	27,5	37,1	37,5
Alberta	53,5	57,2	73,3	73,5	57,9
États-Unis	11,9	12,6	16,2	17,7	15,8
Suède	4,2	4,6	5,6	5,1	5,4
Danemark	6,2	7,6	10,9	11,5	10,9
Angleterre	14,3	12,3	13,3	15,2	16,7
Australie	23,9	21,8	23,5	24,4	24,4

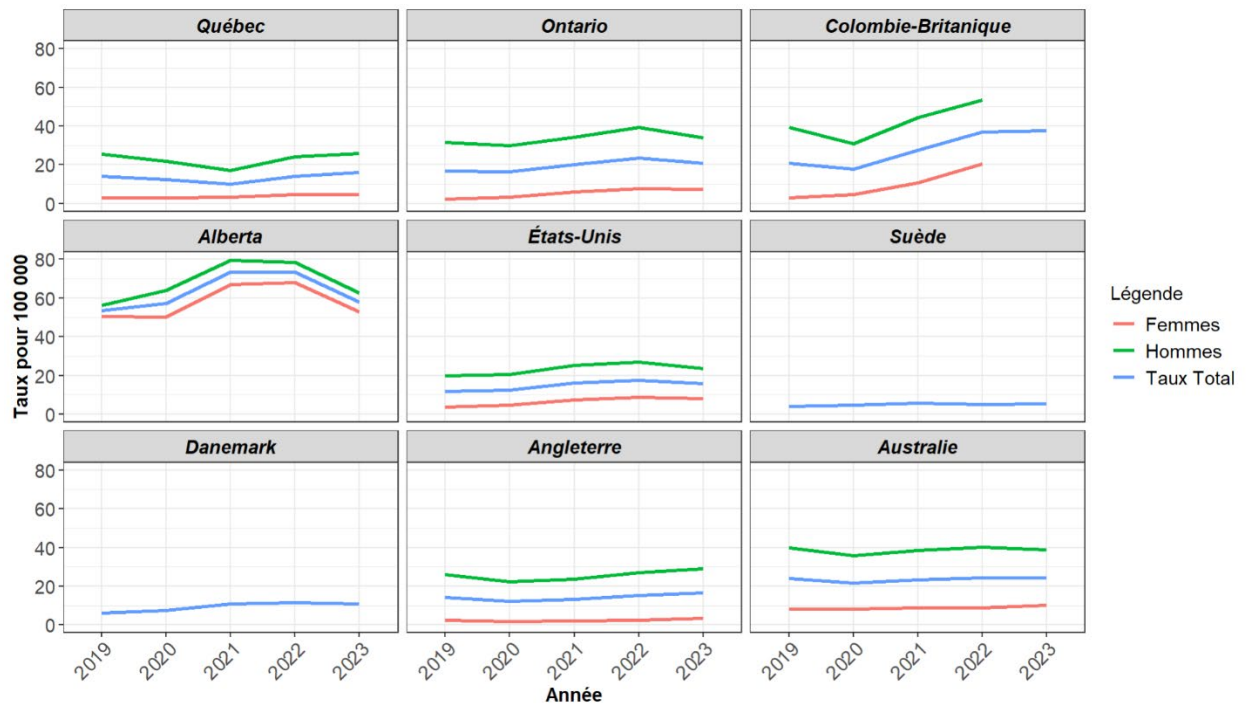
^a Taux pour syphilis primaire et secondaire

Tableau 30 Syphilis infectieuse : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, selon le sexe, 2019 à 2023

Province ou Pays	2019		2020		2021		2022		2023											
	Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes									
	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux								
Québec	128	3,0	1 080	25,4	128	3,0	936	21,8	147	3,4	716	17,0	198	4,6	1 055	24,2	213	4,8	1 172	26,0
Ontario	162	2,2	2 272	31,5	235	3,2	2 182	29,8	457	6,1	2 531	34,4	577	7,6	2 966	39,5	590	7,5	2 646	34,1
Colombie Britannique	75	2,9	988	39,2	117	4,5	788	30,9	284	10,8	1 143	44,4	550	20,4	1 407	53,5	745	ND	1 306	ND
Alberta	1 091	50,5	1 238	56,4	1 100	50,3	1 419	63,9	1 473	67,0	1 775	79,5	1 532	68,0	1 783	78,5	1 237	53,0	1 485	62,8
*États-Unis	6 493	3,9	32 402	20,0	7 901	4,7	33 646	20,5	12 265	7,3	41 349	25,2	14 652	8,7	44 309	26,8	13 763	8,1	39 188	23,6
Suède	29		402		111		363		46		545		123		414		45		511	
Danemark	39		326		37		409		52		582		70		606		76		638	
Angleterre	671	2,3	7 166	26,0	552	1,9	6 167	22,3	630	2,2	6 554	23,7	760	2,6	7 524	26,9	978	3,4	8 184	29,2
Australie	969	8,1	4 920	40,0	959	8,1	4 380	35,8	1041	8,8	4 708	38,5	1 086	8,8	5 062	40,3	1 301	10,2	5 082	38,8

* nombre de cas et taux pour les infections primaires et secondaire; ND : non disponible

Figure 35 Syphilis Infectieuse: Taux de cas déclarés totaux et selon le sexe pour certaines provinces et pays, 2019-2023



Syphilis congénitale

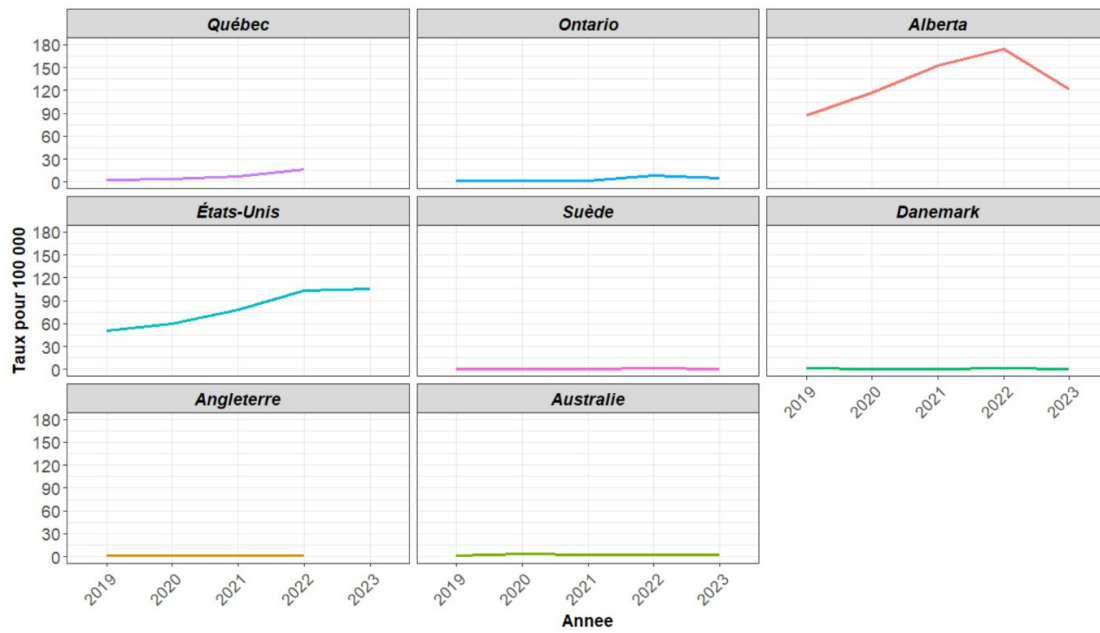
Tableau 31 Syphilis congénitale : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 naissances vivantes pour quelques provinces et pays, 2019 à 2023

Province ou Pays	2019		2020		2021		2022		2023	
	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux
Québec	2	2,4	3	3,7	6	7,0	13	16,1	9	11,6 ^b
*Ontario	3	1,5	5	1,9	6	2,1	23	8,2	14	5,0
Colombie Britannique	3	ND	1	ND	4	ND	3	ND	5	ND
Alberta	45	87,2	57	116,9	76	152,0	82	174,4	58	121,6
États-Unis	1 884	50,3	2 163	59,9	2 881	78,6	3 769	102,8	3 882	105,8
Suède	1	0,9	0	0,0	0	0,0	2	1,9	0	0,0
Danemark	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0
Angleterre	11	1,8	8	1,4	11	1,8	8	1,4	2	
Australie	Alloch- tone (n =3)	1,1	Alloch- tone (n =9)	3,3	Alloch- tone (n =6)	2,1	Alloch-tone (n =5)	2,2	Alloch-tone (n =7)	2,5
	Autoch- tone (n =1)	4,6	Autoch- tone (n =8)	36,3	Autoch- tone (n =9)	38,3	Autoch- tone (n =9)	36,9	Autoch- tone (n =13)	53,3

^a Taux pour 100 000 population ; ND : non disponible

^b Le nombre de naissances vivantes en 2023 est une donnée provisoire

Figure 36 Syphilis congénitale : taux chez moins de 2 ans pour certaines provinces et pays, 2019-2023

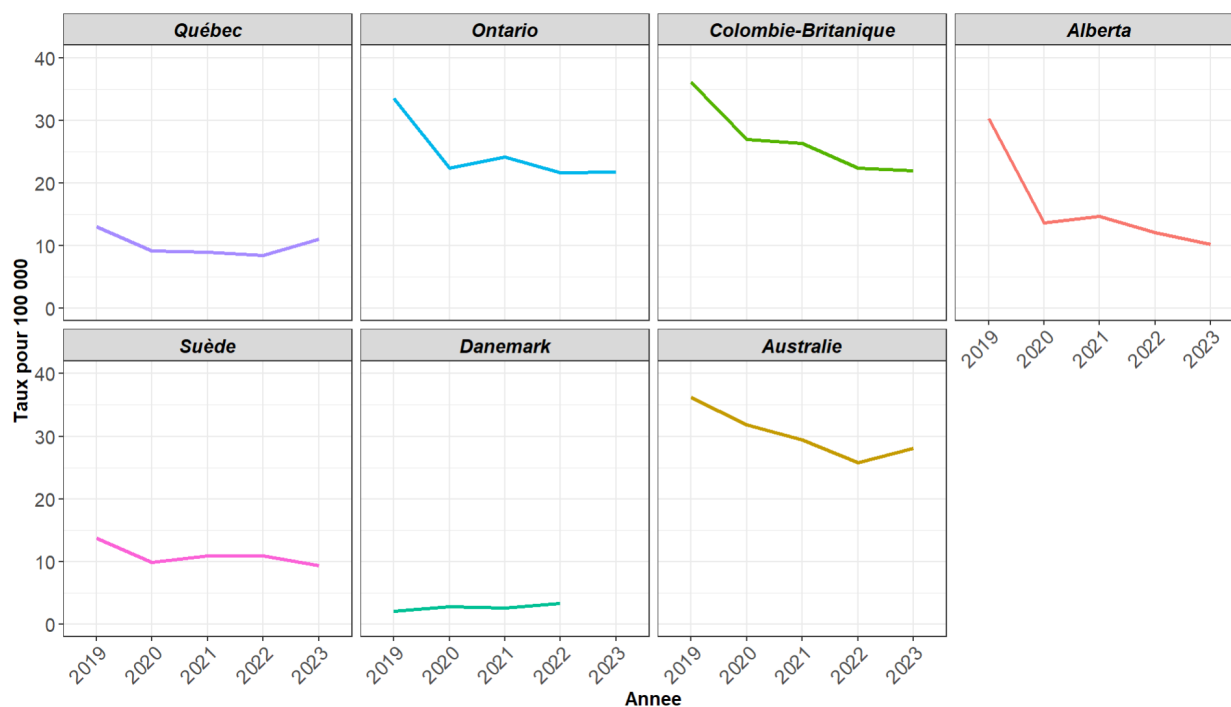


Hépatite C

Tableau 32 Hépatite C : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, 2019 à 2023

Province ou Pays	2019		2020		2021		2022		2023	
	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux
Québec	1 090	13,0	791	9,2	776	9,0	734	8,4	946	11,0
Ontario	4 877	33,5	3 301	22,4	3 571	24,1	3 284	21,7	3 400	21,8
Colombie Britannique	1 839	36,1	1 390	27,0	1 369	26,3	1 189	22,4	1 210	22,0
Alberta	1 324	30,3	601	13,6	653	14,7	545	12,1	478	10,2
Suède ²⁷	1 397	13,7	1 023	9,9	1 131	10,9	1 144	10,9	995	9,4
Danemark	122	2,1	161	2,8	149	2,6	196	3,3	211	
Australie	9 165	36,2	8 065	31,8	7 532	29,4	6 766	25,8	7 602	28,1

Figure 37 Hépatite C : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays 2019-2023



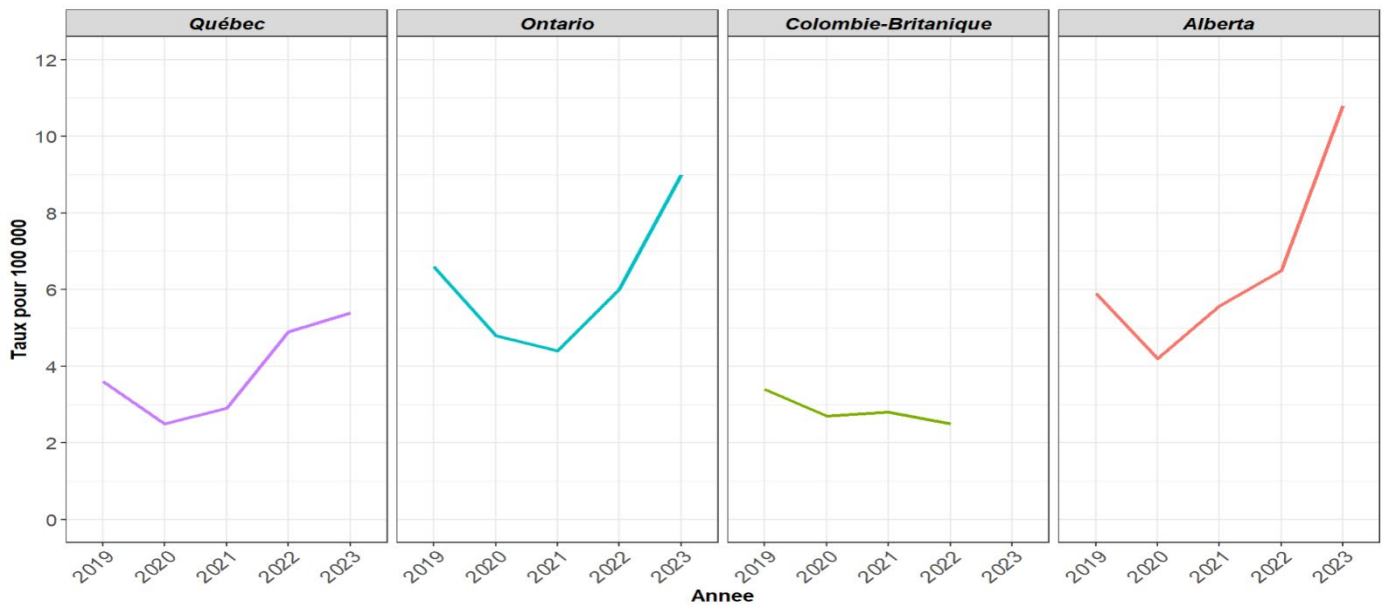
Infection par le VIH

Tableau 33 VIH : Nouveaux diagnostics et taux de nouveaux diagnostics pour 100 000 personnes pour certaines provinces, 2019-2023

Province/Pays	2019		2020		2021		2022		2023	
	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux
Québec	309	3.6	212	2.5	246	2.9	422	4.9	476	5.4
Ontario	968	6.6	710	4.8	653	4.4	907	6.0	1 400	9.0
Colombie Britannique	175	3.4	137	2.7	144	2.8	134	2.5	181	ND
Alberta	257	5.9	195	4.2	247	5.6	293	6.5	507	10.8

ND : non disponible

Figure 38 VIH : taux de nouveaux diagnostics pour certaines provinces au Canada 2019-2023



Références fournies sur demande

ANNEXE 6 CATÉGORIES D'EXPOSITION DES NOUVEAUX DIAGNOSTICS D'INFECTION PAR LE VIH, 2014-2023

Tableau 34 Nombre de cas d'infections par le VIH selon le type de diagnostic, le genre et l'année du prélèvement, Québec, 2014-2023

Année	Anciens diagnostics				Nouveaux diagnostics				Diagnostics non caractérisés			Ensemble des cas			
	H	F	Trans*	s/tot	H	F	Trans*	s/tot	H	F	s/tot	H	F	Trans*	Total
2014	149	76	0	225	239	53	0	292	16	1	17	404	130	0	534
2015	212	81	2	295	255	51	0	306	8	2	10	475	134	2	611
2016	244	70	2	316	251	53	0	304	5	1	6	500	124	2	626
2017	228	100	0	328	266	86	0	352	14	7	21	508	193	0	701
2018	207	129	2	338	245	83	1	329	3	4	7	455	216	3	674
2019	223	115	2	340	231	75	3	309	3	3	6	457	193	5	655
2020	213	88	0	301	164	48	0	212	1	1	2	378	137	0	515
2021	198	67	3	268	197	46	3	246	2	0	2	397	113	6	516
2022	335	151	3	489	307	114	2	422	5	1	6	646	266	5	918
2023	417	207	7	631	331	140	5	476	1	2	3	749	349	12	110

Note : Ancien diagnostic : antécédent connu de test positif. Nouveau diagnostic : aucun antécédent de test positif. Trans* : inclut les hommes trans et les femmes trans et trans non-binaire. H : hommes, F : Femmes, s/tot : sous-total

Source : Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), avril 2025

Tableau 35 Répartition des nouveaux diagnostics d'infections par le VIH par catégorie principale d'exposition et année du prélèvement chez les HOMMES, 2014-2023

Année	HARSAH		HARSAH/ PUDI		PUDI		Contacts hétérosexuels		Aucun risque identifié	Périnatale	Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	N
2014	177	74,1	5	2,1	11	4,6	46	19,2	0	0	239
2015	193	75,7	7	2,7	6	2,4	48	18,8	0	1	255
2016	200	79,7	4	1,6	4	1,6	43	17,1	0	0	251
2017	154	57,9	2	0,8	7	2,6	100	37,6	3	0	266
2018	165	67,3	5	2,0	11	4,5	64	26,1	0	0	245
2019	164	71,0	8	3,5	2	0,9	57	24,7	0	0	231
2020	115	70,1	6	3,7	9	5,5	33	20,1	1	0	164
2021	137	69,5	9	4,6	5	2,5	45	22,8	0	1	197
2022	159	52,0	5	1,6	6	2,0	135	44,1	1	0	306
2023	190	57,4	18	5,4	3	6,3	114	34,4	4	2	331

Note :

- La catégorie « contacts hétérosexuels » inclut les catégories utilisées dans rapports précédent incluant : personnes originaires d'un pays endémique pour le VIH, et les relations hétérosexuelles avec un partenaire à risque élevé pour le VIH ou un partenaire sans risque identifié.
- Aucun cas lié à la transfusion de sang ou aux facteurs de coagulation n'a été rapporté dans les dix dernières années.
- Comme les personnes transgenres ne figurent pas dans les tableaux stratifiés par genre, il existe des différences entre la somme des données stratifiées et l'ensemble des cas.

Tableau 36 Répartition des nouveaux diagnostics d'infections par le VIH par catégorie principale d'exposition et année du prélèvement chez les FEMMES, 2014-2023

Année	PUDI		Contacts hétérosexuels		Aucun risque identifié	Périnatale	Total
	n	%	N	%	n	n	N
2014	4	7,5	48	90,6	1	0	53
2015	2	3,9	47	92,2	1	1	51
2016	2	3,8	50	94,3	0	1	53
2017	0	0,0	84	97,7	0	2	86
2018	7	8,4	75	90,4	0	1	83
2019	0	0,0	74	98,7	1	0	75
2020	3	6,3	44	91,7	0	1	48
2021	3	6,5	42	91,3	1	0	46
2022	3	2,6	107	93,9	0	4	114
2023	2	1,4	137	97,9	1	0	140

Note :

- La catégorie « Contacts hétérosexuels » inclut les catégories utilisées dans rapports précédent incluant : personnes originaires d'un pays endémique pour le VIH, et les relations hétérosexuelles avec un partenaire à risque élevé pour le VIH ou un partenaire sans risque identifié.
- Aucun cas lié à la transfusion de sang ou aux facteurs de coagulation n'a été rapporté dans les dix dernières années.
- Comme les personnes transgenres ne figurent pas dans les tableaux stratifiés par genre, il existe des différences entre la somme des données stratifiées et l'ensemble des cas.

Tableau 37 Nouveaux diagnostics d'infections par le VIH par catégorie principale d'exposition et année du prélèvement (tous genres), 2014-2023

Année	HARSAH		HARSAH /PUDI		PUDI		Contacts hétérosexuels		Aucun risque identifié	Périnatale	Total
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	n	N
2014	177	60,6	5	1,7	15	5,1	94	32,2	1	0	292
2015	193	63,1	7	2,3	8	2,6	95	31,0	1	2	306
2016	200	65,8	4	1,3	6	2,0	93	30,6	0	1	304
2017	154	43,8	2	0,6	7	2,0	184	52,3	3	2	352
2018	166	50,5	5	1,5	18	5,5	139	42,2	0	1	329
2019	167	54,0	8	2,6	2	0,6	131	42,4	1	0	309
2020	115	54,2	6	2,8	12	5,7	77	36,3	1	1	212
2021	139	56,5	9	3,7	8	3,3	88	35,8	1	1	246
2022	162	38,2	5	1,2	9	2,1	242	57,2	1	4	423
2023	194	40,8	19	4,0	5	5,0	251	52,7	5	2	476

Note :

- La catégorie « contacts hétérosexuels » inclut les catégories utilisées dans rapports précédent incluant : personnes originaires d'un pays endémique pour le VIH, et les relations hétérosexuelles avec un partenaire à risque élevé pour le VIH ou un partenaire sans risque identifié.
- Aucun cas lié à la transfusion de sang ou aux facteurs de coagulation n'a été rapporté dans les dix dernières années.
- Comme les personnes transgenres ne figurent pas dans les tableaux stratifiés par genre, il existe des différences entre la somme des données stratifiées et l'ensemble des cas.

-

Centre d'expertise et
de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca