INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec : année 2024 et projections 2025

SURVEILLANCE ET VIGIE

JUILLET 2026

PORTRAIT DE SANTÉ

Québec

AUTRICES ET AUTEUR

Karine Blouin, conseillère scientifique spécialisée
Zoë Greenwald, conseillère scientifique
Noémie Savard, médecin-conseil
Diane Sylvain, conseillère scientifique
Jean-Sébastien Touchette, médecin-conseil
Direction des risques biologiques

SOUS LA COORDINATION DE

Pierre-Henri Minot, 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, chercheuse associée
Institut national de santé publique du Québec
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

Aurélie Maheux-Dubuc, conseillère scientifique
Secrétariat général

Institut national de santé publique du Québec

RÉVISION

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

Gentiane Perrault-Sullivan, conseillère scientifique spécialisée
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

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

Les autrices et l'auteur 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.

MISE EN PAGE

Judith Degla, agente administrative
Direction des risques biologiques

REMERCIEMENTS

Nous remercions le personnel clinique et 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 – 3e trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-04481-4 (PDF)
DOI : https://doi.org/10.64490/NWYT6196

© 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 professionnelles et professionnels de la santé, aux associations, aux intervenantes et aux intervenants, aux groupes communautaires et aux personnes engagées, de près ou de loin, dans la prévention des ITSS.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ..... **V**
LISTE DES FIGURES ..... **VII**
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES ..... **IX**
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 1990-2024 12
2.1.3 Projections 2025 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 laboratoire pour les ITSS 17
3 INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* **18**
3.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2024 18
3.2 Tendances temporelles 18
3.3 Sites anatomiques 19
3.4 Discussion 23
4 INFECTION GONOCOCCIQUE **24**
4.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2024 24
4.2 Tendances temporelles 24
4.3 Sites anatomiques 25
4.4 Résistance aux antibiotiques 25
4.5 Discussion 29
5 SYPHILIS **30**

5.1 Caractéristiques des cas de syphilis infectieuse déclarés en 2024 30
5.2 Tendances temporelles 30
5.3 Syphilis congénitale 31
5.4 Description des contextes des cas de syphilis congénitale 31
5.5 Syphilis non infectieuse et sans précision 32
5.6 Discussion 37
6 LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE ET ITS RARES 38
6.1 Caractéristiques des cas déclarés de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) en 2024 38
6.2 Tendances temporelles 38
6.3 ITS rares : chancre mou et granulome inguinal 38
6.4 Discussion 40
7 HÉPATITE B 41
7.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2024 41
7.2 Tendances temporelles 41
7.3 Hépatite B néonatale ou chez des nourrissons de moins d'un an 42
7.4 Couverture vaccinale contre l'hépatite B 42
7.5 Discussion 45
8 HÉPATITE C 47
8.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2024 47
8.2 Tendances temporelles 47
8.3 Discussion 49
9 INFECTION PAR LE VIH 52
9.1 Personnes avec un premier diagnostic de VIH 52
9.2 Les personnes ayant un diagnostic de VIH antérieur 55
9.3 Estimation de la cascade de soins du VIH 56
9.4 Discussion 61
10 CONCLUSION 63
11 RÉFÉRENCES 64
ANNEXE 1 TESTS DE LABORATOIRE POUR LES ITSS 68

ANNEXE 2 NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE DE CERTAINES ITSS SELON L'ÂGE ET LE SEXE, QUÉBEC, 2024 73

ANNEXE 3 NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE BRUTS DES ITSS SELON LA RÉGION, QUÉBEC, 2019 À 2024P 76

ANNEXE 4 DONNÉES DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG, DE 2019 À 2024..... 83

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Nombre de cas déclarés (N) et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2024 2

Tableau 2 Nombre de cas déclarés (N) et taux bruts d'incidence de certaines ITSS selon les caractéristiques démographiques et épidémiologiques, Québec, 2019, 2024, et projections 2025p 6

Tableau 3 Taux bruts d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2024 7

Tableau 4 Infections à *Chlamydia trachomatis* aux sites rectaux et pharyngés, Québec, 2019 et 2024 20

Tableau 5 Infection à *Neisseria gonorrhoeae* aux sites rectaux et pharyngés, Québec, 2019 et 2024 26

Tableau 6 Syphilis de nature autre qu'infectieuse : nombre de cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2019 à 2024 36

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 2025 42

Tableau 8 Estimations des cas prévalents et de la cascade de soins du VIH, Québec, années 2022 et 2024 56

Tableau 9 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence[1] de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, hommes, Québec, 2024 73

Tableau 10 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence[1] de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, femmes, Québec, 2024 74

Tableau 11 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence[1] de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, sexes réunis, Québec, 2024 75

Tableau 12 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2019 à 2025p (projections pour 2025) 76

Tableau 13 Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2019 à 2025p (projections pour 2025) 77

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 2025p (projections pour 2025) 78

Tableau 15 Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2019 à 2025p (projections pour 2025) 79

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 2025p (projections pour 2025) 80

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 2025p (projections pour 2025) 81

Tableau 18 Infection par le VIH : nombre et taux brut d'incidence de premiers diagnostics, selon la région, Québec, de 2019 à 2024 82

Tableau 19 Nombre total de médicaments individuels prescrits selon le sexe, Québec, 2019 à 2024 84

Tableau 20 Répartition des médicaments individuels prescrits selon le sexe des personnes, Québec, 2024 85

Tableau 21 Nombre de personnes[a] ayant reçu une ou des ordonnances selon le sexe, Québec, 2019 à 2024 86

Tableau 22 Nombre d'ordonnances[a] par personne chaque année, selon l'année et le sexe, Québec, 2019 à 2024 86

Tableau 23 Nombre d'ordonnances selon la nature du cas[a] et le sexe, Québec, 2019 à 2024 87

Tableau 24 Répartition du nombre d'ordonnances selon la spécialité médicale du prescripteur, Québec, 2024 87

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 2024 88

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2005 à 2025p 21

Figure 2 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2024 21

Figure 3 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2015 à 2025p 22

Figure 4 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, 2015 à 2025p 22

Figure 5 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2005 à 2025p 27

Figure 6 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2024 27

Figure 7 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2015 à 2025p 28

Figure 8 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2015 à 2025p 28

Figure 9 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2005 à 2025p 32

Figure 10 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes, Québec, de 2005 à 2025p 33

Figure 11 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2024 33

Figure 12 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2015 à 2025p 34

Figure 13 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2015 à 2025p 34

Figure 14 Taux d'incidence de cas déclarés de syphilis infectieuse chez les femmes de 15 à 49 ans, nombre et taux de cas de syphilis congénitale, Québec, 2015-2025 35

Figure 15 Lymphogranulomatose vénérienne : nombre et taux d'incidence de cas déclarés, hommes, Québec, de 2005 à 2025 39

Figure 16 Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2024 39

Figure 17 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2005 à 2025p 43
Figure 18 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2024 43
Figure 19 Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, sexes réunis, Québec, de 2005 à 2025p 44
Figure 20 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2005 à 2025p 48
Figure 21 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2024 48
Figure 22 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2015 à 2025p 49
Figure 23 Nombre et taux de premiers diagnostics et diagnostics antérieurs d'infection par le VIH de 2015 à 2024 57
Figure 24 VIH : Taux de premiers diagnostics selon le sexe, Québec, de 2003 à 2024 57
Figure 25 VIH : Taux de premiers diagnostics selon l'âge et le sexe, Québec, 2024 58
Figure 26 VIH : Nombre de premiers diagnostics selon le lieu de naissance et le délai entre l'arrivée et la date de diagnostic, de 2015 à 2024 58
Figure 27 VIH : Caractéristiques des premiers diagnostics en 2024 selon la catégorie d'exposition au VIH, le lieu de naissance et le délai entre l'arrivée et la date de diagnostic 59
Figure 28 VIH : Tendances dans le nombre de premiers diagnostics par catégorie d'exposition (globale) et selon le lieu de naissance et le délai entre l'arrivée et la date de diagnostic, de 2015 à 2024 60
Figure 29 Taux de tests de détection de *Chlamydia trachomatis* et de *Neisseria gonorrhoeae* réalisés dans les laboratoires publics au Québec, de 2015-2016 à 2024-2025 69
Figure 30 Taux de tests de laboratoire pour le VHC réalisés dans les laboratoires publics au Québec, de 2015-2016 à 2024-2025 70
Figure 31 Nombre de tests de dépistage du VIH réalisés dans les laboratoires publics au Québec, de 2019 à 2024 71

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 3e 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. La baisse globale, soudaine et importante observée en 2020 semblait liée à l'implantation des mesures sanitaires pour le contrôle de la COVID-19.

- Après plus de vingt-cinq ans de hausse ininterrompue (hors creux pandémique), le taux d'incidence de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* diminue pour la première fois entre 2023 et 2024, et les projections indiquent qu'une baisse est aussi attendue en 2025.
- Une **hausse importante** des taux d'incidence de cas déclarés d'infection gonococcique, de syphilis infectieuse et de syphilis congénitale a été observée depuis 2022, marquant une poursuite de la tendance à la hausse déjà amorcée avant la pandémie, après le creux observé en 2020-2021. L'incidence des infections gonococciques semble se stabiliser en 2024-2025.
- 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 des taux de cas déclarés d'hépatite B a été observée en 2023 et en 2024.
- L'infection par le virus de l'hépatite C poursuit sa baisse, avec un recul observé entre 2023 et 2024 et une nouvelle diminution projetée en 2025, surtout chez les hommes, alors que les taux resteraient stables chez les femmes.
- **Antibiorésistance** : En 2024, 16 % des isolats de *Neisseria gonorrhoeae* étaient résistants à l'azithromycine, soit une baisse pour une deuxième année consécutive. Deux isolats non sensibles à la céfixime ont été détectés au Québec : l'un présentait un profil ultrarésistant, tandis que l'autre était aussi non sensible à la ceftriaxone. Dans un contexte où la résistance à la ceftriaxone augmente dans certaines régions du monde et où les options thérapeutiques alternatives demeurent limitées, l'antibiorésistance de *N. gonorrhoeae* représente une préoccupation majeure de santé publique.
- Une augmentation de 45 % du taux de **premiers diagnostics de VIH**[1] est observée entre 2019 et 2024. Cette hausse concerne principalement des personnes nouvellement arrivées au Canada (depuis moins de 6 ans). À l'inverse, le nombre de premiers diagnostics a diminué de 32 % entre 2015 et 2024 chez les personnes nées au Canada ou établies depuis six ans ou plus.

[1] Premier diagnostic : Une personne diagnostiquée avec le VIH pour la première fois de sa vie au Québec pendant la période de surveillance (année civile), sans historique de tests antérieurs positifs avant la période de surveillance ou à l'extérieur du Québec (ailleurs au Canada ou hors Canada). Il peut s'agir d'une infection acquise récemment ou d'une infection présente depuis plusieurs années, jamais diagnostiquée auparavant.

SOMMAIRE

De 2010 à 2019, la fréquence des cas déclarés de la plupart des ITSS était soit stable, soit en hausse constante au Québec. La baisse globale, soudaine et importante observée en 2020 semblait liée à l'implantation des mesures sanitaires pour le contrôle de la COVID-19.

Tableau 1 Nombre de cas déclarés (N) et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2024

Infections	Nombre de cas déclarés	Taux pour 100 000 personnes
Infection à *Chlamydia trachomatis*	26 112	288
Infection gonococcique	10 089	111
Lymphogranulomatose vénérienne	98	1,1
Syphilis infectieuse	1 350	15
Syphilis congénitale (nourrissons âgés de moins de deux ans)[a]	11	7,0
Infection par le virus de l'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée)	1 393	15
Infection par le virus de l'hépatite C (aiguë et non précisée)	816	9,0
Infection par le VIH (premiers diagnostics enregistrés)	462	5,1

[a] Taux pour 100 000 nourrissons de 0-23 mois.

Infection à *Chlamydia trachomatis*

- Après plus de vingt-cinq ans de hausse ininterrompue (à l'exception des années pandémiques 2020-2021), l'incidence de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* fléchit pour la première fois, avec une baisse de 8,2 % entre 2023 et 2024. La baisse du taux d'incidence entre 2019 et 2024 est encore plus marquée, soit de 13,8 % chez les hommes et de 15,7 % chez les femmes.
- Selon les projections, le taux d'incidence global devrait diminuer à nouveau de 14 % en 2025 par rapport au taux de l'année 2024.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent près de la moitié des cas en 2024. Le taux de cas déclarés le plus élevé est observé chez les femmes âgées de 20 à 24 ans.
- Le suivi du nombre de tests de laboratoire nous aide à interpréter l'évolution du nombre de cas déclarés. Le taux de tests effectués pour détecter *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* a atteint son niveau le plus élevé en 2024-2025, soit depuis que cette information est colligée. Ainsi, la baisse du nombre de cas déclarés de *C. trachomatis* en 2023, 2024 et 2025 par rapport à 2019 ne semble pas attribuable à une diminution du nombre de tests effectués.

Infection gonococcique

Après plus de vingt-cinq ans de hausse ininterrompue (à l'exception des années pandémiques 2020-2021), l'incidence de cas déclarés d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* se stabilise en 2024, avec un taux similaire au pic historique atteint l'année précédente.

- Cette stabilisation fait suite à deux années consécutives durant lesquelles la hausse a dépassé 20 % chaque année, en 2022 et en 2023.
- Le taux d'incidence pour 2024 demeure ainsi 26 % plus élevé que celui enregistré en 2019.
- Les taux d'incidence des cas déclarés dans la région du Nunavik, dans la région de Montréal ainsi que dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James étaient respectivement 37 fois, 2,3 fois et 1,7 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 16 % en 2024. Deux isolats non sensibles à la céfixime ont été identifiés au Québec en 2024 :
  - 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

- Les tendances observées en 2024 et projetées pour 2025 s'inscrivent dans la continuité des années précédentes, caractérisées par des fluctuations annuelles, mais une tendance générale à la hausse.
- Le taux de cas déclarés de syphilis infectieuse a atteint un sommet de 16 cas pour 100 000 en 2023. Après une légère baisse observée en 2024, le taux projeté pour 2025 est de 17 cas pour 100 000.
- Chez les femmes, 218 cas de syphilis en phase infectieuse ont été déclarés en 2024; ce taux est 10 fois plus élevé que celui observé en 2015. Selon les projections, le taux pour 2025 serait le plus élevé observé à ce jour. La grande majorité (93 %) des femmes était en âge de procréer (15-49 ans). Le nombre de cas de syphilis congénitale a augmenté considérablement chaque année entre 2018 (1 cas) et 2022 (13 cas); il était de 10 et 11 cas, respectivement, en 2023 et en 2024. En date du 19 mai 2026, le nombre de cas de syphilis congénitale observés pour 2025 est de 9 cas.
- Les régions du Nunavik (290 pour 100 000), de Montréal (27 pour 100 000) et de la Capitale-Nationale (21 pour 100 000) affichaient les taux de cas déclarés de syphilis infectieuse les plus élevés en 2024.

Lymphogranulomatose vénérienne

- Depuis 2015, le nombre de cas déclarés oscille entre 81 et 146 cas par année, ce qui suggère que la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) est maintenant bien installée au Québec.
- L'épidémie demeure concentrée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) (1). Elle touche autant les HARSAH non infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) que ceux vivant avec le VIH.
- Le taux de cas déclarés de LGV a atteint en 2022 son niveau le plus élevé à ce jour au Québec. Une diminution a été observée en 2023 et en 2024, mais les données de 2025 laissent présager une légère augmentation.
- Deux cas confirmés et un cas probable sont rapportés chez des femmes en 2025. Trois cas probables avaient été déclarés chez des femmes dans les années récentes (un en 2022 et deux en 2023); auparavant, aucun cas féminin n'avait été observé après 2012.

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

- Le taux observé en 2023 était presque identique à celui observé en 2019, soit avant la pandémie de COVID-19. Une augmentation des taux de 25 % est observée entre 2023 (12 pour 100 000) et 2024 (15 pour 100 000). Il s'agit du taux le plus élevé observé depuis 2004. Le taux projeté pour l'année 2025 (15 pour 100 000, 1 356 cas) serait comparable.
- Le nombre de cas déclarés d'hépatite B aiguë est inférieur à 20 chaque année depuis 2013. Le nombre de cas projetés pour 2025 reste faible (8 cas) et comparable au nombre de cas pour 2023 (7 cas) et 2024 (9 cas).
  - Entre 1994, l'année d'introduction du programme de vaccination universel en milieu scolaire, et 2024, le taux annuel de cas déclarés d'hépatite B aiguë a diminué de 98 %, soit de 348 cas en 1994 à 9 cas en 2024.
- Entre 1994 et 2024, le taux annuel de cas déclarés d'hépatite B chronique a diminué de 62 %.
- 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.
- Par rapport à 2023, on observe une diminution de taux de 15 % en 2024 (9,0 pour 100 000). Le taux projeté pour 2025 représente une nouvelle diminution de 19 % par rapport à 2024 (7,3 pour 100 000). Toutefois, la diminution projetée ne s'observerait que chez les hommes (diminution de 28 %), alors que le taux resterait stable chez les femmes.

- La majorité des régions ont vu leur nombre de cas diminuer entre 2023 et 2024. Cependant, les régions de Laval et des Laurentides ont eu en 2024 leur plus grand nombre de cas rapportés dans les 5 dernières années.

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

- En 2024, 462 premiers diagnostics[2] d'infection par le VIH ont été enregistrés (taux de 5,1 pour 100 000). Il s'agit d'une stabilisation par rapport à 2023, tout en demeurant nettement supérieurs aux nombres annuels observés pendant la période 2015-2019.
- Le taux de premiers diagnostics de VIH en 2024 a augmenté de 45 % par rapport à l'année 2019. Cette hausse globale reflète deux dynamiques distinctes : une augmentation importante chez les personnes nouvellement arrivées depuis moins de six ans, et une diminution légère chez les personnes nées au Canada ou établies depuis six ans ou plus.
- Parmi les personnes nées au Canada ou établies depuis six ans ou plus, une diminution progressive du nombre de premiers diagnostics est observée entre 2015 et 2024 (baisse de 32 %).
- Les personnes nouvellement arrivées au Canada depuis moins de 6 ans comprennent la majorité (N = 285, 62 %) des premiers diagnostics de VIH en 2024. Parmi eux, 229 (80 %) ont été diagnostiqués dans les 12 premiers mois après leur arrivée.
- Parmi les premiers diagnostics avec résultats de CD4 disponibles (n = 400, 87 %) : 44 % correspondent à des diagnostics tardifs (n = 178 avec CD4 < 350 cellules/mm^3 ou maladie définissant le sida), dont 21 % à un stade avancé (n = 83 avec CD4 < 200 cellules/mm^3 ou maladie définissant le sida).
- La concentration urbaine persiste : en 2024, les régions de Montréal (12 pour 100 000) et de la Capitale-Nationale (6,4 pour 100 000) affichent des taux supérieurs à la moyenne provinciale. Depuis 2019, des hausses notables sont observées dans plusieurs régions, particulièrement la Capitale-Nationale et Lanaudière, tandis que Laval et la Montérégie enregistrent des augmentations plus modérées et demeurent à des niveaux moins élevés. Pour les autres régions, l'interprétation est limitée par de petits nombres.

[2] Premier diagnostic : Une personne diagnostiquée avec le VIH pour la première fois de sa vie au Québec pendant la période de surveillance (année civile), sans historique de tests antérieurs positifs avant la période de surveillance ou à l'extérieur du Québec (ailleurs au Canada ou hors Canada). Il peut s'agir d'une infection acquise récemment ou d'une infection présente depuis plusieurs années, jamais diagnostiquée auparavant.

Tableau 2 Nombre de cas déclarés (N) et taux bruts d'incidence de certaines ITSS selon les caractéristiques démographiques et épidémiologiques, Québec, 2019, 2024, et projections 2025p

Infections	Province de Québec					
	2019		2024		2025p[a]	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux
Infection à *Chlamydia trachomatis*	**28 554**	**337**	**26 112**	**288**	**22 709**	**249**
< 1 an, Sexes réunis	3	3,6	13	16,70	13	17
15-24 ans, Hommes	4 862	1 021	3 926	764	3 537	674
15-24 ans, Femmes	10 843	2 394	8 658	1 779	7 515	1 517
Lymphogranulomatose vénérienne - Hommes	**134**	**3,2**	**98**	**2,2**	**112**	**1,2**
Infection gonococcique	**7 518**	**89**	**10 089**	**111**	**9 234**	**101**
< 1 an, Sexes réunis	2	2,4	1	1,3	3	4,2
15-24 ans, Hommes	1 123	236	1 148	223	1 051	200
15-24 ans, Femmes	795	176	860	177	745	150
Syphilis infectieuse[b]	**1 213**	**14**	**1 350**	**15**	**1 534**	**17**
15-24 ans, Hommes	132	28	102	20	95	18
15-24 ans, Femmes	32	7,1	64	13	66	13
15-49 ans, Femmes	119	6,6	202	10,3	227	12
Syphilis congénitale	**2**	**1,2**	**11**	**7,0**	**9**	**5,8**
Infection par le virus de l'hépatite B[c]	**1 086**	**13**	**1 393**	**15**	**1 356**	**15**
Aiguë, Sexes réunis	11	0,1	9	0,1	8	0,1
< 1 an, Sexes réunis	0	0,0	1	1,3	3	4,2
Infection par le virus de l'hépatite C[d]	**1 092**	**13**	**816**	**9,0**	**668**	**7,3**
Aiguë/récente, Sexes réunis	17	0,2	27	0,3	31	0,3
< 1 an, Sexes réunis	1	1,2	1	1,3	0	0,0
Infection par le VIH[e]	**309**	**3,6**	**462**	**5,1**	**nd**	**nd**
Transmission périnatale[f]	0	nd	0	nd	nd	nd
15-24 ans, Hommes	27	5,7	38	7,4	nd	nd
15-24 ans, Femmes	9	2,0	4	0,8	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 et de la LGV où il s'agit de l'année 2025 complète (Infocentre, 19 mai 2026).

[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] Premier diagnostic : personne diagnostiquée avec le VIH pour la toute première fois pendant la période de surveillance/année civile. Il peut s'agir d'une infection acquise récemment ou d'une infection ancienne.

[f] Premiers diagnostics de transmission périnatale 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, 2024

Infection à *C. trachomatis*		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	6 133	17	4 091	17	290	6	3,2	6	33	6	16	6	12
18	2 170	6	250	6	27	3	2,0	10	30	13	12	10	7,4
6	376	18	189	3	21	9	1,1	3	16	11	11	3	6,4
9	321	**QC**	**111**	**QC**	**15**	**QC**	**1,1**	**QC**	**15**	15	11	8	5,4
3	296	3	104	14	14	5	0,9	13	13	8	9,4	**QC**	**5,1**
QC	**288**	13	83	12	11	16	0,5	9	12	**QC**	**9,0**	9	4,5
14	270	7	72	16	11	15	0,4	16	11	4	8,5	13	3,5
13	269	16	63	13	10,9	13	0,4	7	11	10	7,4	1	3,4
5	261	15	57	15	10,4	14	0,4	8	8,7	7	7,0	14	3,2
7	258	14	54	7	7,7	7	0,2	4	8,2	2	6,3	7	2,8
4	250	4	42	4	6,3	12	0,2	5	7,9	3	6,0	16	2,4
15	234	5	40	5	6,0	1	0,0	12	7,3	5	5,8	4	2,4
2	228	9	35	2	4,2	2	0,0	14	6,9	12	5,5	5	1,7
16	226	12	33	1	3,9	4	0,0	17	6,9	16	5,4	15	1,6
8	225	2	32	8	3,3	8	0,0	1	6,3	14	5,0	12	1,5
12	177	10	15	9	3,3	10	0,0	2	6,3	9	4,5	2	0,4
10	155	8	15	10	0,0	11	0,0	11	4,3	1	4,4	11	0,0
1	139	1	13	11	0,0	17	0,0	15	4,2	17	0,0	17	0,0
11	131	11	10,8	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] Premiers diagnostics de VIH enregistrés en 2024 : personnes diagnostiquées avec le VIH pour la toute première fois pendant la période de surveillance/année civile. Il peut s'agir d'une infection acquise récemment ou d'une infection ancienne.

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 (variole simienne) 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 de confirmation positifs 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 détail dans le Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (troisième partie, fiches cliniques) (2).

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)[3]. Les interventions de prévention primaires, secondaires et tertiaires disponibles sont nombreuses et diversifiées.

Les complications médicales des ITSS sont bien connues. En voici quelques-unes (3) :

- 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, choriorétinite), 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 (2), 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 ou une partenaire constituent également des interventions essentielles afin d'éviter les complications médicales des ITSS et contrôler la transmission.

[3] Le VPH n'est pas une MADO et n'est pas inclus dans ce rapport.

Populations particulièrement touchées par les ITSS

Certains groupes de la population sont plus touchés que d'autres par une ou plusieurs ITSS (4). 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_ssg-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 porter un regard 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.

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 (5) :

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2026) Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec - Définitions nosologiques - Maladies d'origine infectieuse - 13e édition - Mise à jour février 2026. 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 de 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 enregistrés[4] 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 1990-2024

Pour les années CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) 1990 à 2014 (du 1er 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'épisode[5] ont été extraites du fichier des MADO à l'Infocentre le 15 juillet 2020. Pour les années CDC 2015 à 2025, l'extraction a été effectuée le 13 novembre 2025 au Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI).

Les données antérieures au 1er 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.

---

4 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.

5 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 2025

Les projections pour l'année 2025 reposent sur le nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC, soit entre le 29 décembre 2025 et le 9 août 2025, période qui correspond aux huit premières périodes définies par les Centers for Disease Control and Prevention états-uniens pour l'année 2025 (une année comptant treize périodes de quatre semaines chacune). Les données relatives à ces cas ont été extraites du SI-GMI le 13 novembre 2025. 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 19 mai 2026 afin de valider les cas de syphilis congénitale et de LGV pour 2025 (année complète).

Pourquoi faire des projections pour 2025? 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 2025 des estimations de population (2001-2024) et Série 2025 des projections de population (2025-2051), dernière modification effectuée le 29 août 2025 (6).

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.

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* (7,8) 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 (9,10) : 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 reproductive 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.

Dans le SI-GMI, les ITSS sont le plus souvent déclarées par l'intermédiaire d'un formulaire de déclaration où le sexe est binaire et fait référence au sexe assigné à la naissance. 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-maladie (11). 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'infection[6]

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 régionales de santé publique. Par ailleurs, des erreurs de saisie surviennent, comme dans toute banque de données.

Comparaisons temporelles

Les comparaisons temporelles sont habituellement effectuées sur les cinq dernières années complètes. Dans le présent rapport, nous aurions ainsi comparé l'année 2024 à l'année 2020. Exceptionnellement, pour le présent portrait des ITSS, l'année de base retenue est 2019. L'année 2020 étant une année inhabituelle, s'y comparer causerait une surestimation artificielle des différences.

6 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 obligatoire (12).

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) (13). 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 2020 à 2024 :

- Nombre et caractéristiques des personnes et des différents médicaments 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 chlamydiose ou d'une gonorrhée (code M) (14); 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 multipliant le dosage du médicament (ex. : nombre de milligrammes par comprimé) par la quantité remise (ex. : nombre de comprimés).

Une ordonnance répétée[7] 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 laboratoire pour les ITSS

Les volumes de tests de laboratoire pour les ITSS effectués dans le réseau public ont été extraits de Centralab par la Direction des laboratoires et imagerie médicale du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La période couverte pour chacune des années réfère à l'année financière soit du 1er avril au 31 mars, sauf si autre mention. Les résultats se rapportent au volume total de tests effectués. Ni les informations sociodémographiques ni les résultats ne sont disponibles. 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 pour l'infection à *C. trachomatis* et l'infection gonococcique sont majoritairement un test duplex détectant à la fois *N. gonorrhoeae et C. trachomatis*. Pour le VIH, le nombre de tests présenté exclut les tests de confirmation au laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ).

[7] Une ordonnance remise ultérieurement. Le délai entre deux ordonnances peut être très court.

3 INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

3.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2024

- L'infection à *C. trachomatis* demeure la plus fréquente des ITSS à déclaration obligatoire, avec 26 112 cas déclarés en 2024 (taux de 237 pour 100 000 chez les hommes et de 334 pour 100 000 chez les femmes, pour un taux global de 288 cas pour 100 000 personnes). En 2024, les cas féminins représentent 57 % des cas, une donnée relativement stable depuis 2019 (figure 1).
- En 2024, treize cas ont été déclarés chez des nourrissons âgés de moins d'un an (taux de 17 cas pour 100 000, en hausse de 88 % par rapport à 2023).
- Les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent 49 % de l'ensemble des cas déclarés (taux de 1 270 pour 100 000), soit 36 % des cas masculins (taux de 764 pour 100 000) et 58 % des cas féminins (taux de 1 779 pour 100 000). Dans ce groupe d'âge, le taux d'incidence est en baisse de 13 % par rapport à l'année précédente et de 25 % depuis 2019 (figure 2).
- Les personnes âgées de 50 à 64 ans représentent 3,3 % de l'ensemble des cas déclarés (taux de 50 pour 100 000), soit 5,7 % des cas masculins (taux de 72 pour 100 000) et 1,6 % des cas féminins (taux de 28 pour 100 000).
- Cette infection est très répandue dans tout le Québec. Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James demeurent les plus touchées, avec des taux respectivement 21 et huit fois supérieurs (taux de 6 133 et 2 170 pour 100 000) à celui de la province, puis suivent les régions de Montréal (taux de 376 pour 100 000), de la Côte-Nord (321 pour 100 000), de la Capitale-Nationale (296 pour 100 000), de Lanaudière (270 pour 100 000), de Laval (269 pour 100 000) et de l'Estrie (261 pour 100 000). Les taux les moins élevés (moins de 180 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 (379 vs 191 cas pour 100 000), alors que chez les cas féminins, il est relativement similaire (351 vs 328 cas pour 100 000).

3.2 Tendances temporelles

- Après plus de vingt-cinq ans de hausse ininterrompue (à l'exception des années pandémiques 2020-2021), l'incidence de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* fléchit pour la première fois cette année, avec une baisse de 8,2 % entre 2023 et 2024 (figure 1). Cette baisse est notée autant pour les cas masculins (9,1 %) que pour les cas féminins (7,2 %).
- Si on compare à l'année 2019, la baisse du taux d'incidence est encore plus marquée, soit de 13,8 % chez les hommes, 15,7 % chez les femmes et 14,3 % pour les sexes réunis (figure 1).

- Cette baisse est avant tout concentrée chez les 15-24 ans (- 25 %, similaire pour les deux sexes, figures 3 et 4) alors que chez les plus de 40 ans, on observe plutôt une hausse de 10,1 % depuis 2019 (4,5 % pour les hommes et 20,1 % pour les femmes).
- À noter que les régions du Nunavik (+ 45 %), des Terres- Cries-de-la-Baie-James (+ 33 %) et de la Côte-Nord (+ 9 %) ont connu des hausses importantes de leurs taux d'incidence depuis 2019, alors que l'ensemble des autres régions ont plutôt connu des baisses (- 2 % à - 39 %). La tendance à la hausse notée depuis 2019 pour le Nunavik semble toutefois moins marquée cette année, avec une hausse de 3 % par rapport à 2023.
- Selon les projections disponibles, le taux d'incidence global au Québec devrait diminuer à nouveau pour atteindre 249 pour 100 000 en 2025, soit une baisse de 13,6 % par rapport au taux de l'année 2024.

3.3 Sites anatomiques

- En 2024, 26 % des infections chez les hommes et 13 % des infections chez les femmes impliquaient un site extragénital.
- Les données relatives au site anatomique de l'infection à *C. trachomatis* disponibles pour les années 2019 et 2024 permettent de noter une hausse dans la proportion des infections touchant des sites extragénitaux (+ 6,0 % chez les hommes et + 9,0 % 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 2024

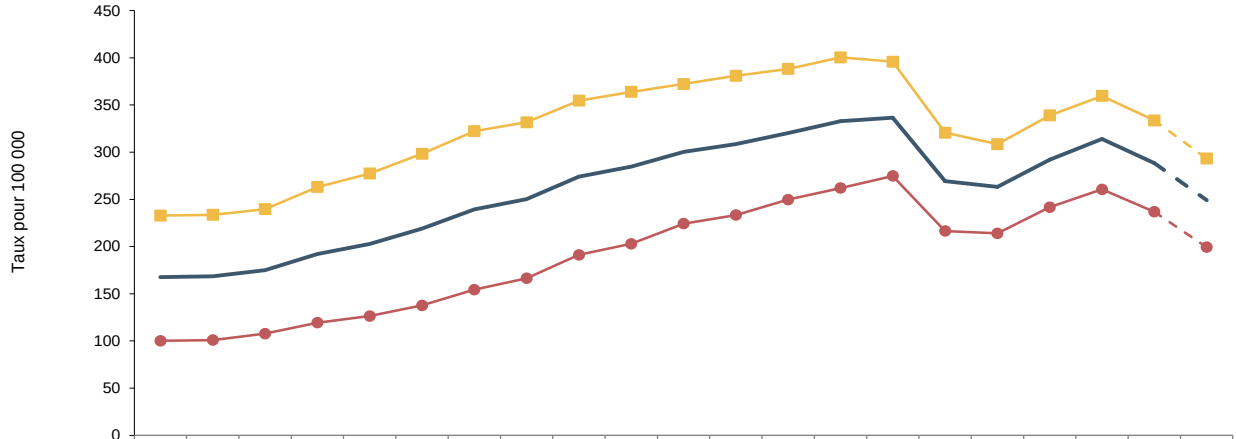
Cas avec information disponible sur le site d'infection[a]	Hommes[a]				
	2019 (N = 11 511)		2024 (N = 10 328)		Différence de proportion[c]
	n	%	n	%	
Rectum ou pharynx[b]	2 362	21	2 735	26	+6,0 %
Seulement rectum ou pharynx	2 128	18	2 511	24	+5,8 %
Rectum[b]	2 063	18	2 141	21	+2,8 %
Seulement rectum	1 722	15	1 981	19	+4,2 %
Seulement rectum et pharynx	140	1,2	59	0,6	-0,6 %
Pharynx[b]	464	4,0	665	6,4	+2,4 %
Seulement pharynx	266	2,3	471	4,6	+2,2 %
Cas avec information disponible sur le site d'infection[a]	**Femmes[a]**				
	2019 (N = 16 648)		2024 (N = 14 113)		Différence de proportion[c]
	n	%	n	%	
Rectum ou pharynx[b]	591	3,5	1 860	13	+9,6 %
Seulement rectum ou pharynx	249	1,5	893	6,3	+4,8 %
Rectum[b]	378	2,3	838	5,9	+3,7 %
Seulement rectum	138	0,8	327	2,3	+1,5 %
Seulement rectum et pharynx	6	0,0	20	0,1	+0,1 %
Pharynx[b]	249	1,5	1 137	8,1	+6,6 %
Seulement pharynx	105	0,6	546	3,9	+3,2 %

[a] 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.

[b] Avec ou sans autres sites d'infection (urine, urètre, col utérin, vagin, rectum, pharynx, œil, articulation, trompe de Fallope, sang, autre) pour un même épisode.

[c] Différence de proportion entre 2024 et 2019.

Figure 1 **Infection à Chlamydia trachomatis : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2005 à 2025p**

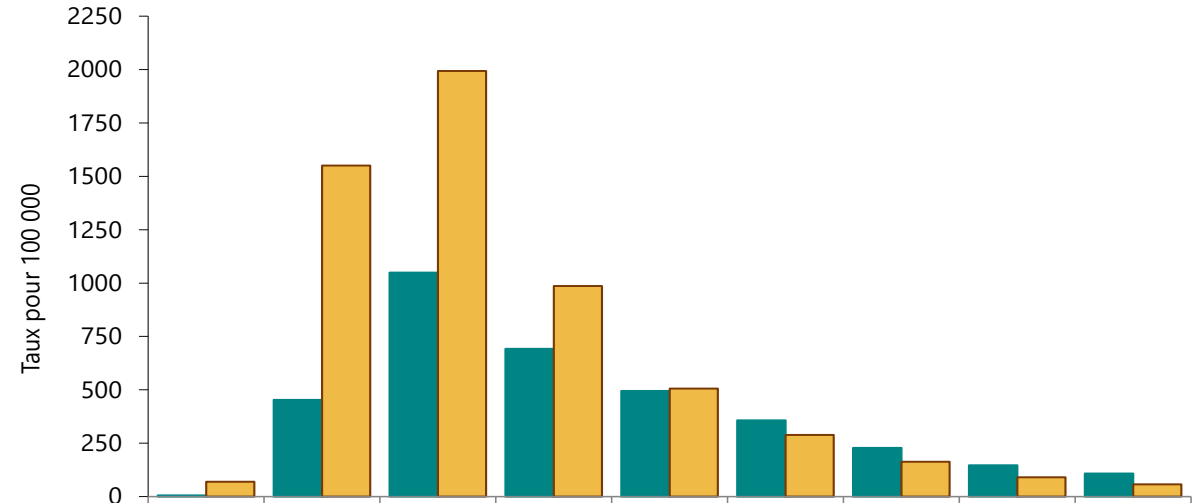


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025p
Hommes	100	101	108	119	126	138	154	166	191	203	224	233	250	262	275	217	214	242	261	237	199
Femmes	233	234	240	263	277	298	322	332	355	364	372	381	388	400	396	321	309	339	360	334	293
Sexes réunis	168	168	175	192	203	219	239	250	274	285	300	309	320	333	337	269	263	292	314	288	249

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 2 **Infection à Chlamydia trachomatis : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2024**

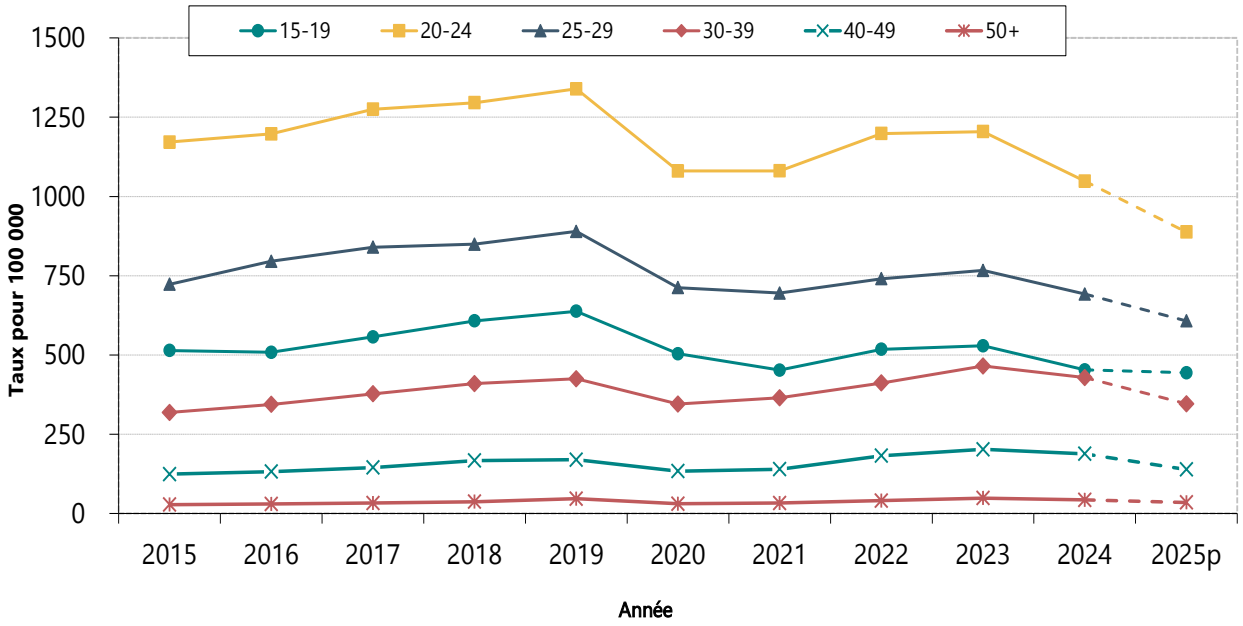


	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Hommes	5,1	453	1 049	692	495	357	228	146	108
Femmes	70	1 551	1 993	986	506	289	163	91	57

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.

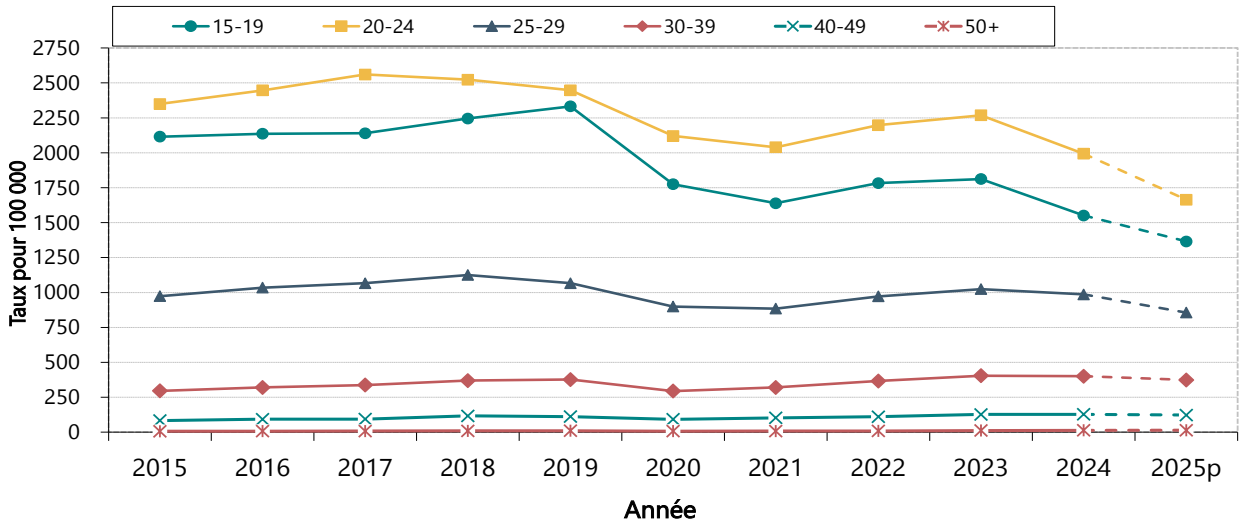
Figure 3 **Infection à Chlamydia trachomatis : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2015 à 2025p**



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2025 est une projection (2025p) 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, 2015 à 2025p**



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2025 est une projection (2025p) 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

- Après une croissance soutenue de l'incidence des cas d'infection à *C. trachomatis* déclarés au cours des dernières années (interrompue seulement pendant la pandémie de COVID-19, soit en 2020-2021), une baisse du taux global est plutôt observée pour l'année 2024.
- Cette baisse devrait d'ailleurs se poursuivre en 2025, selon les projections disponibles.
- Une forte majorité des cas sont toujours déclarés chez les jeunes de 15 à 24 ans (49 % des cas totaux et 58 % des cas chez les femmes), mais cette proportion est légèrement en baisse (représentait 51 % des cas totaux en 2023), au détriment d'autres groupes comme les femmes de plus de 40 ans (+ 4 % du taux d'incidence pour ce groupe).
- 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 (1 095 630 tests effectués en 2024-2025) représente le nombre le plus élevé depuis que cette donnée est colligée (annexe 1).
- 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.
  - Ces données reflètent que plusieurs cas d'infections à *C. trachomatis* n'auraient probablement pas été détectés en l'absence de dépistage des sites extragénitaux.

4 INFECTION GONOCOCCIQUE

4.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2024

- En 2024, 10 089 cas d'infection à *N. gonorrhoeae* ont été déclarés pour un taux global de 111 cas pour 100 000 personnes (taux de 164 pour 100 000 chez les hommes et de 57 pour 100 000 chez les femmes) (figure 5). Les hommes représentent 74 % des cas, soit un rapport hommes/femmes de 2,9 pour un.
- En 2024, un cas a été déclaré chez les nourrissons âgés de moins d'un an (taux de 1,3 cas pour 100 000).
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 20 % de l'ensemble des cas, soit 15 % des cas masculins et 34 % des cas féminins. Chez ces jeunes, le rapport hommes/femmes est de 1,3 pour un.
- Parmi les cas masculins, les hommes de 25 à 29 ans et de 30 à 34 ans présentent le taux d'incidence le plus élevé (taux identiques de 450 pour 100 000). Parmi les cas féminins, les femmes âgées de 20 à 24 ans présentent le taux d'incidence le plus élevé (238 pour 100 000) (figure 6).
- Les taux d'incidence de cas déclarés dans la région du Nunavik (4 091 pour 100 000), la région de Montréal (250 pour 100 000) ainsi que les Terres-Cries-de-la-Baie-James (189 pour 100 000) sont respectivement 37 fois, 2,3 fois et 1,7 fois plus élevés que celui de l'ensemble du Québec (annexe 3). Toutes les autres régions ont un taux inférieur au taux moyen de la province. Les taux les plus faibles, soit de moins de 20 cas pour 100 000, ont été observés dans les régions du Bas-Saint-Laurent, de l'Abitibi-Témiscamingue, du nord du Québec et de la Gaspésie–Iles-de-la-Madeleine.
- Chez les hommes, le taux de cas déclarés dans la région de Montréal (406 pour 100 000) est 4,7 fois plus élevé que celui enregistré dans le reste de la province (86 pour 100 000).

4.2 Tendances temporelles

- L'incidence de cas déclarés d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* se stabilise en 2024, avec un taux similaire à celui de l'année précédente (111 cas pour 100 000, figure 5).
- À noter que cette stabilisation suit deux années de hausse consécutives à plus de 20 % (2022 et 2023). Le taux d'incidence pour 2024 demeure ainsi 26 % plus élevé que celui enregistré en 2019 et similaire au pic historique atteint en 2023.
- L'ampleur de cette hausse du taux entre 2019 et 2024 est plus élevée chez les femmes (+ 31 %) que chez les hommes (+ 23 %).
- Cette hausse depuis 2019 est surtout observée chez les plus de 30 ans (+ 42 %, sexes réunis), alors que chez les moins de 24 ans, une baisse de 1,5 % a même été enregistrée (figure 7 et figure 8).
- Selon les projections, le taux global s'élèverait à 101 pour 100 000 en 2025, en baisse par rapport aux taux observés en 2023 et 2024.

4.3 Sites anatomiques

- Les données relatives au site anatomique de l'infection à *N. gonorrhoeae* disponibles pour les années 2019 et 2024 permettent de noter une hausse de la proportion des infections touchant des sites extragénitaux chez les femmes (+ 15 %) pour les infections touchant le rectum ou le pharynx, avec ou sans autre site d'infection pour un même épisode.
- À noter aussi une hausse de la proportion des infections touchant uniquement des sites extragénitaux et ce, autant chez les femmes (seulement rectum ou pharynx : + 14 %) que chez les hommes (seulement rectum ou pharynx : + 5 %), soulignant l'importance de prélever ces sites pour détecter des infections qui ne l'auraient pas été autrement.

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 2024 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 2024 sont les suivants (15) :

- 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, puis à 16 % en 2024.
- En 2024, la résistance à la ciprofloxacine était évaluée à 54 %, en légère hausse par rapport à la moyenne de 49 % notée entre 2021 et 2023. Elle variait entre 67 % et 74 % au cours des années 2017-2020.
- Aucune souche non sensible aux céphalosporines de 3^{e} génération n'a été identifiée de 2021 à 2023. Toutefois, deux souches non sensibles à la céfixime ont été identifiées en 2024 au Québec. La première souche présente un profil ultrarésistant (UR), soit non sensible à la céfixime, sensible[8] 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 identifiée 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 concentration minimale inhibitrice (CMI) de 0,25 mg/L (OMS, 2012). En 2024, seulement dix souches présentaient une SR à la céfixime (0,5 %) et une autre souche une SR à la ceftriaxone (0,1 %).

[8] Sensibilité réduite.

Tableau 5 Infection à Neisseria gonorrhoeae aux sites rectaux et pharyngés, Québec, 2019 et 2024

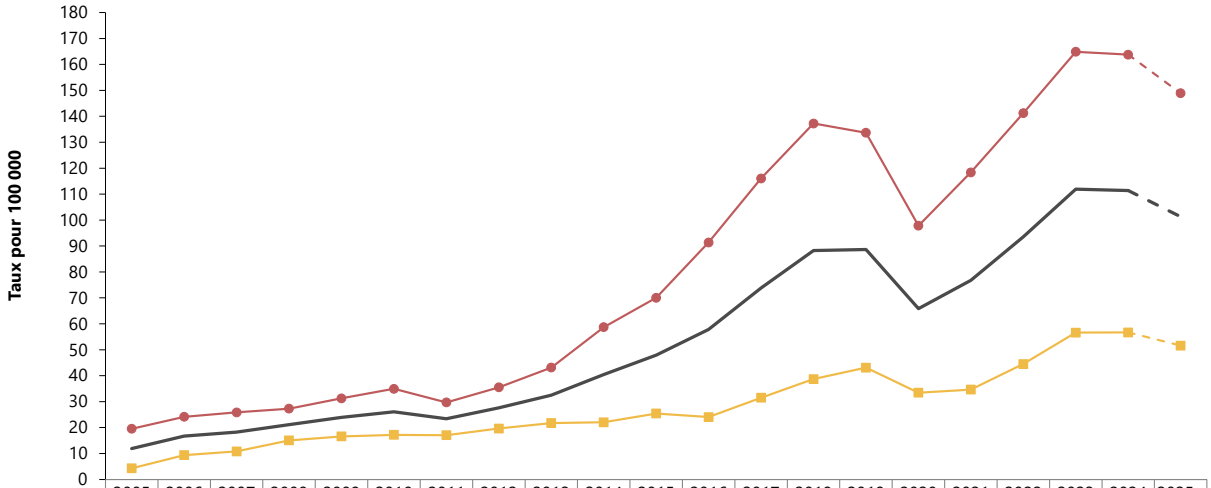
Cas avec information disponible sur le site[a]	Hommes[a]				
	2019 (N = 5 627)		2024 (N = 7 202)		Différence de proportion[c]
	n	%	n	%	
Sites rectum ou pharynx[b]	3 844	68	4 856	67	-0,9
Seulement rectum ou pharynx	3 302	59	4 598	64	+5,2 %
Rectum[b]	1 880	33	2 108	29	-4,1 %
Seulement rectum	1 050	19	1 727	24	+5,3 %
Seulement rectum et pharynx	522	9,3	247	3,4	-5,8 %
Pharynx[b]	2 619	47	3 053	42	-4,2 %
Seulement pharynx	1 730	31	2 624	36	+5,7 %
Cas avec information disponible sur le site[a]	**Femmes[a]**				
	2019 (N = 1 812)		2024 (N = 2 166)		Différence de proportion[c]
	n	%	n	%	
Sites rectum ou pharynx[b]	522	29	941	43	+15 %
Seulement rectum ou pharynx	311	17	669	31	+14 %
Rectum[b]	111	6,1	212	9,8	+3,7 %
Seulement rectum	28	1,5	87	4,0	+2,5 %
Seulement rectum et pharynx	13	0,7	7	0,3	-0,4 %
Pharynx[b]	460	25	810	37	+12 %
Seulement pharynx	270	15	525	26	+11 %

[a] 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.

[b] Avec ou sans autres sites d'infection (urine, urètre, col utérin, vagin, rectum, pharynx, œil, articulation, trompe de Fallope, prostate, sang, autre) pour un même épisode.

[c] Différence de proportion entre 2024 et 2019.

Figure 5 **Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2005 à 2025p**

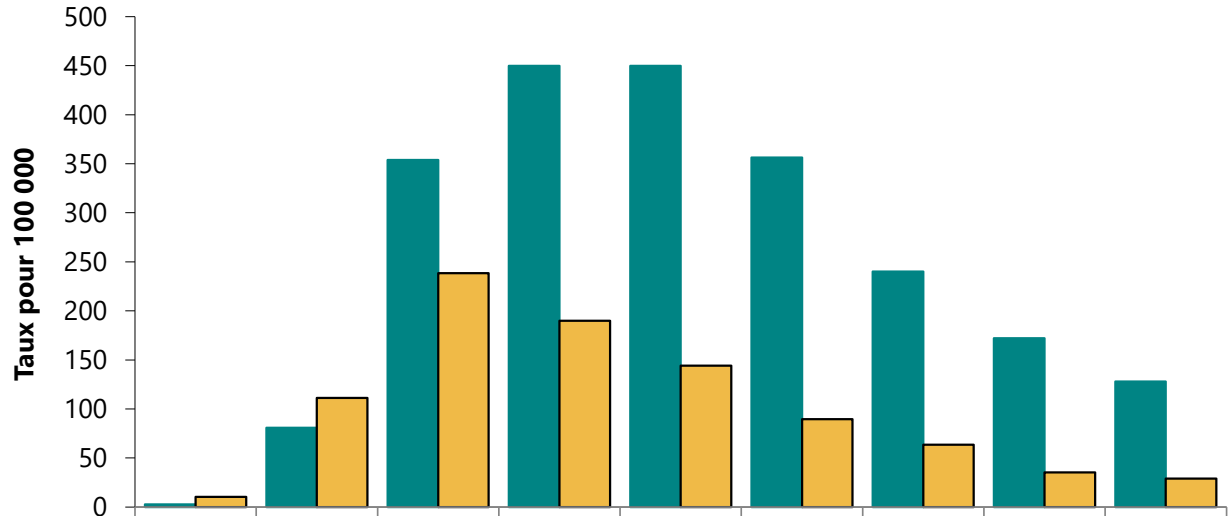


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025p
Hommes	20	24	26	27	31	35	30	36	43	59	70	91	116	137	134	98	118	141	165	164	149
Femmes	4,3	9,4	10,8	15	17	17	17	20	22	22	25	24	31	39	43	33	35	44	57	57	52
Sexes réunis	12	17	18	21	24	26	23	28	32	40	48	58	74	88	89	66	77	94	112	111	101

Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2025 est une projection (2025p) 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, 2024**

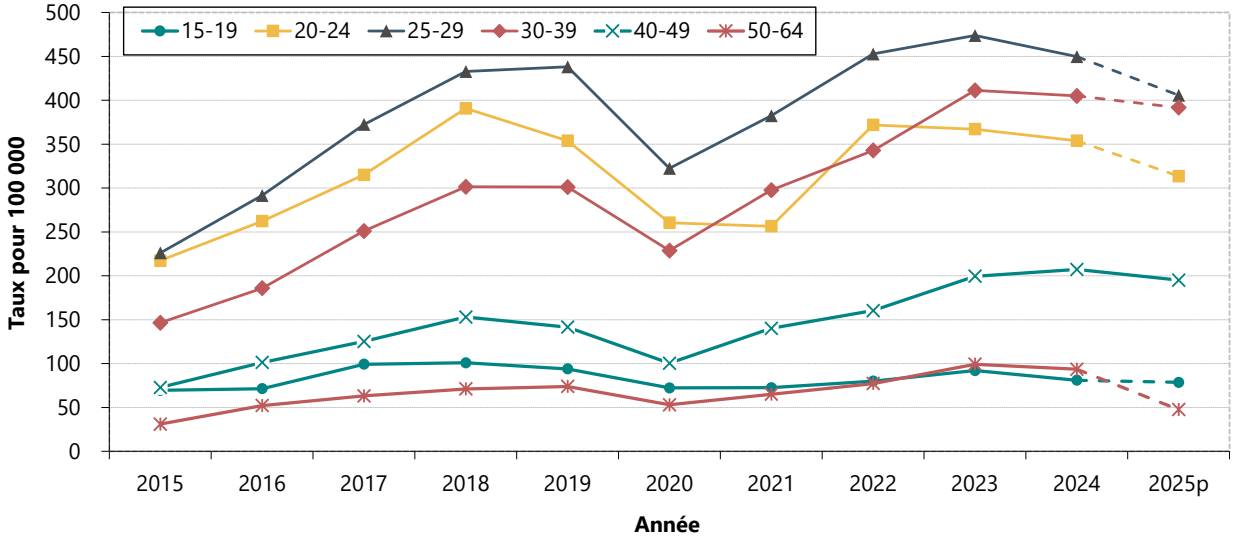


	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Hommes	2,8	81	354	450	450	356	240	172	128
Femmes	10,3	111	238	190	144	90	63	35	29

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.

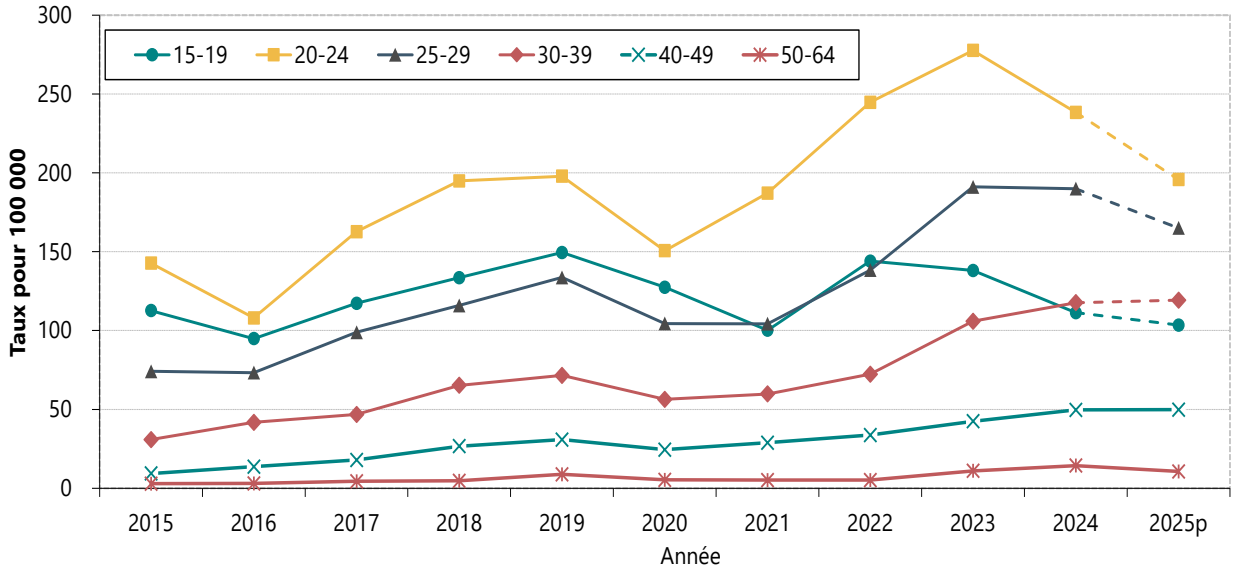
Figure 7 **Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2015 à 2025p**



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2025 est une projection (2025p) 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 2015 à 2025p**



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2025 est une projection (2025p) 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

- Après plus de vingt-cinq ans de hausse ininterrompue (à l'exception des années pandémiques 2020-2021), l'incidence de cas déclarés d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* se stabilise en 2024, avec un taux similaire au pic historique atteint l'année précédente (111 cas pour 100 000).
- La hausse observée entre 2019 et 2024 était plus élevée chez les femmes ainsi que chez les plus de 30 ans (tous sexes réunis).
- 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.
- La hausse des infections extragénitales observée entre 2019 et 2024 peut être réelle, ou bien s'expliquer par une augmentation des prélèvements effectués pour les sites extragénitaux.
- Devant la hausse préoccupante d'observation de souches non sensibles aux céphalosporines de 3^{e} génération dans le reste du monde (16,17), 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 Québec (18).
- Alors que la résistance à l'azithromycine avait atteint un sommet de 44 % en 2022, une baisse est observée depuis (jusqu'à 16 % en 2024), baisse qui concorde avec les modifications apportées aux recommandations de l'INESSS (18) qui visaient notamment une réduction du recours à l'azithromycine.

5 SYPHILIS

La syphilis infectieuse comprend le stade primaire, secondaire et latent précoce. La syphilis non infectieuse comprend la syphilis latente tardive, la neurosyphilis et la syphilis tertiaire autre que neurosyphilis. Les autres définitions incluent la syphilis congénitale et la syphilis sans précision.

5.1 Caractéristiques des cas de syphilis infectieuse déclarés en 2024

- Au total, 1 350 cas de syphilis en phase infectieuse ont été déclarés en 2024. Parmi ceux-ci, 25 % sont des cas de syphilis primaire, 31 % des cas de syphilis secondaire et 44 % des cas de syphilis latente précoce.
- Le taux global de cas déclarés est de 15 cas pour 100 000 personnes (25 pour 100 000 chez les hommes et 4,8 pour 100 000 chez les femmes) (figure 9). Les cas masculins (n = 1 132) comptent pour 84 % (stable par rapport à 2023) de l'ensemble des cas, soit un rapport hommes/femmes de 5,2 pour un.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 12 % de l'ensemble des cas déclarés (correspondant à 9,0 % des cas chez les hommes et 29 % des cas chez les femmes, figure 11).
- Les hommes âgés de 30 à 39 ans comptent pour 30 % (stable) des cas masculins et présentent le taux de syphilis infectieuse le plus élevé (53 pour 100 000).
- Parmi les 218 femmes chez qui une syphilis en phase infectieuse a été diagnostiquée en 2024, 93 % sont en âge de procréer (15 à 49 ans). Les femmes âgées de 20 à 29 ans présentent le taux d'incidence le plus élevé chez les femmes (15 pour 100 000).
- La région affichant le plus haut taux d'incidence de cas déclarés de syphilis infectieuse est la région du Nunavik (290 pour 100 000 (vs 473 en 2023)), suivie de la région de Montréal (27 pour 100 000 (vs 33 en 2023)) qui, elle, compte pour 44 % des cas déclarés au Québec. Les taux s'élèvent ensuite entre 10 et 21 cas pour 100 000 dans les régions des Laurentides, de la Montérégie, de Laval, de Chaudière-Appalaches et de la Capitale-Nationale.
- Les régions suivantes rapportent les plus hauts taux de syphilis en phase infectieuse chez les femmes : Nunavik (taux de 362 pour 100 000, 26 cas), Laval (6,9 pour 100 000, 16 cas), Côte-Nord (6,8 pour 100 000, trois cas) et Lanaudière (6,4 pour 100 000, 18 cas).

5.2 Tendances temporelles

- Les tendances observées en 2024 et projetées pour 2025 s'inscrivent dans la continuité des années précédentes, caractérisées par des fluctuations annuelles, mais une tendance générale à la hausse (figure 9, figure 10, figure 12 et figure 13).
- Le taux d'incidence de cas de syphilis en phase infectieuse est en légère baisse en 2024 (15 cas pour 100 000, - 5,1 %) par rapport à 2023 (16 cas pour 100 000).

- Cette baisse s'explique surtout par la diminution du taux d'incidence pour les cas masculins (- 6,0 %), alors que le taux augmente plutôt légèrement (+ 0,3 %) pour les cas féminins.
- Le taux projeté pour 2025 est de 17 cas pour 100 000, en hausse donc par rapport à 2024.
- Chez les femmes, la hausse s'est amorcée en 2015, le taux d'incidence passant progressivement de 0,5 pour 100 000 à 4,8 pour 100 000 en 2024 (croissance de 894 %).
- Le nombre de cas déclarés au Nunavik est en baisse significative en 2024 comparativement à 2023 (- 39 %), mais demeure élevé tant chez les femmes que chez les hommes.

5.3 Syphilis congénitale

- Parmi les cas de syphilis infectieuse chez les femmes pour lesquelles l'information était disponible en 2024-2025, 6,7 % (16/240) sont détectés durant une grossesse.
- Au Québec, 11 cas de syphilis congénitale précoce (tous des cas détectés chez des nourrissons âgés de moins de deux ans) ont été déclarés en 2024, soit un taux de 7 cas pour 100 000 nourrissons âgés de moins de deux ans.
- 34 cas de syphilis congénitale ont été déclarés pour les seules années 2022, 2023 et 2024, alors que 17 cas avaient été déclarés au cours des trente années précédentes.
- Selon les données disponibles en date du 19 mai 2026, 9 cas sont rapportés pour 2025.
- 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.

5.4 Description des contextes des cas de syphilis congénitale

- Parmi les 40 cas de syphilis congénitale rapportés de 2021 à 2024[9], on retrouve :
  - Dix cas reliés à un contexte d'immigration récente. Les personnes enceintes étaient arrivées au Canada au 3e 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).

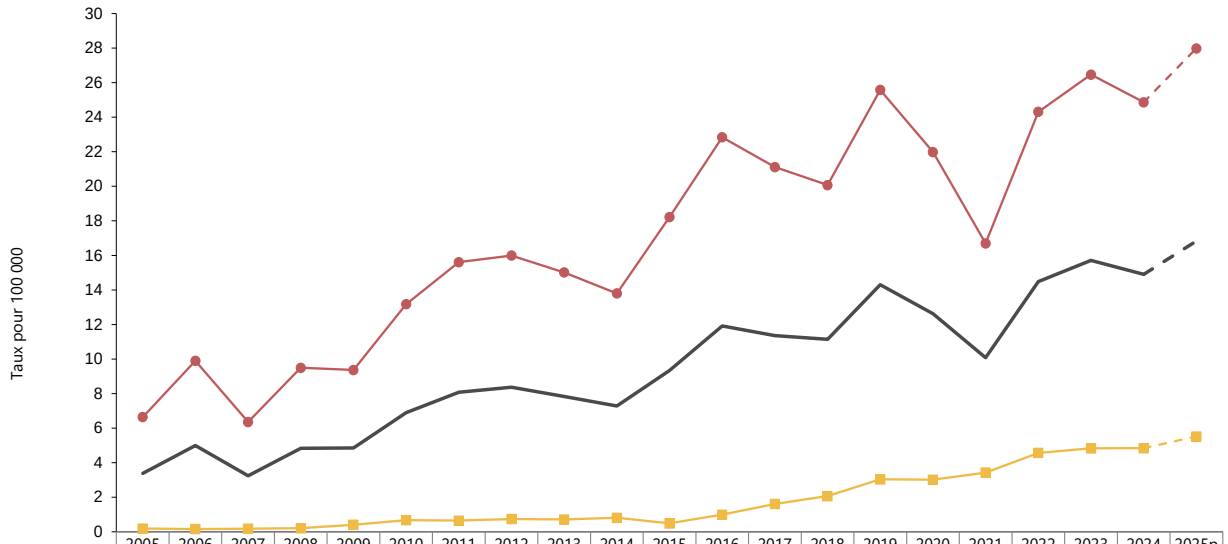
[9] Sources : SI-GMI et communication personnelle de la région de Montréal (juin 2025). Les informations au sujet de deux des cas de 2023 et de trois cas en 2024 étaient insuffisantes pour qu'ils soient classés selon cette catégorisation.

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

5.5 Syphilis non infectieuse et sans précision

- Entre 2019 et 2024, le nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse a augmenté de 11 % alors que, parallèlement, le nombre de cas déclarés de syphilis non infectieuse ou de syphilis sans précision augmentait de 82 % (tableau 6). Plus spécifiquement, le nombre de cas de :
  - Syphilis latente tardive a augmenté de 70 % durant cette période;
  - Syphilis tertiaire autre que neurosyphilis a fluctué entre trois et huit cas annuellement;
  - Neurosyphilis a diminué de 33 % (de 48 à 32 cas);
  - Syphilis sans précision a augmenté de 135 % (de 341 à 575 cas).

Figure 9 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2005 à 2025p

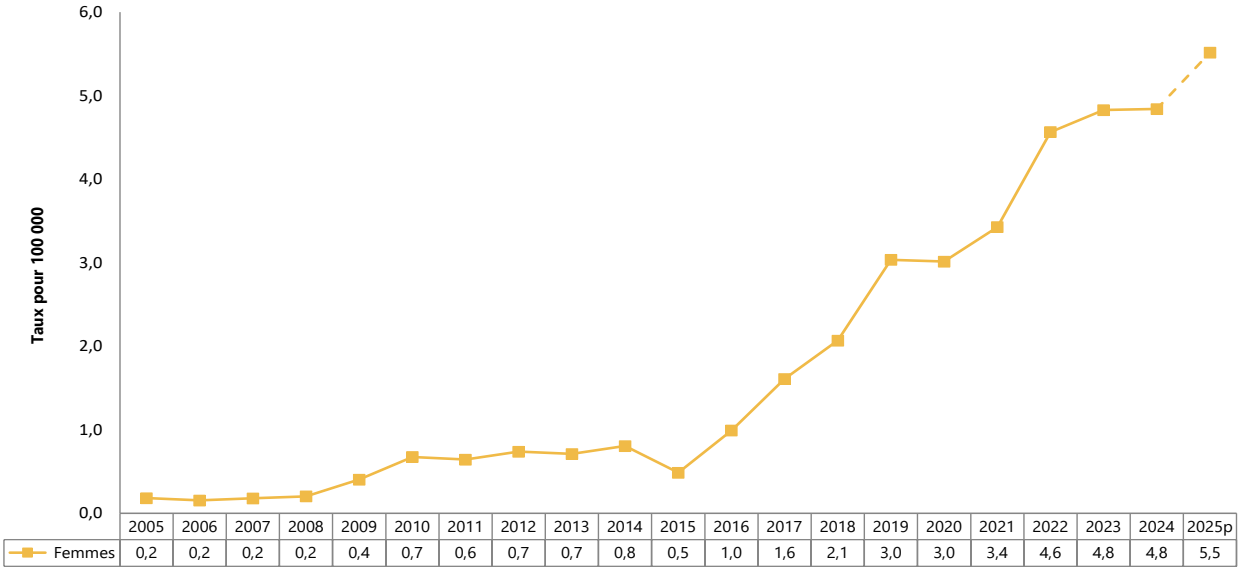


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025p
Hommes	6,6	9,9	6,4	9,5	9,4	13	16	16	15	14	18	23	21	20	26	22	17	24	26	25	28
Sexes réunis	3,4	5,0	3,2	4,8	4,9	6,9	8,1	8,4	7,8	7,3	9,3	12	11	11	14	13	10,1	14	16	15	17
Femmes	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,7	0,6	0,7	0,7	0,8	0,5	1,0	1,6	2,1	3,0	3,0	3,4	4,6	4,8	4,8	5,5

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 2025 est une projection (2025p) 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 2005 à 2025p**

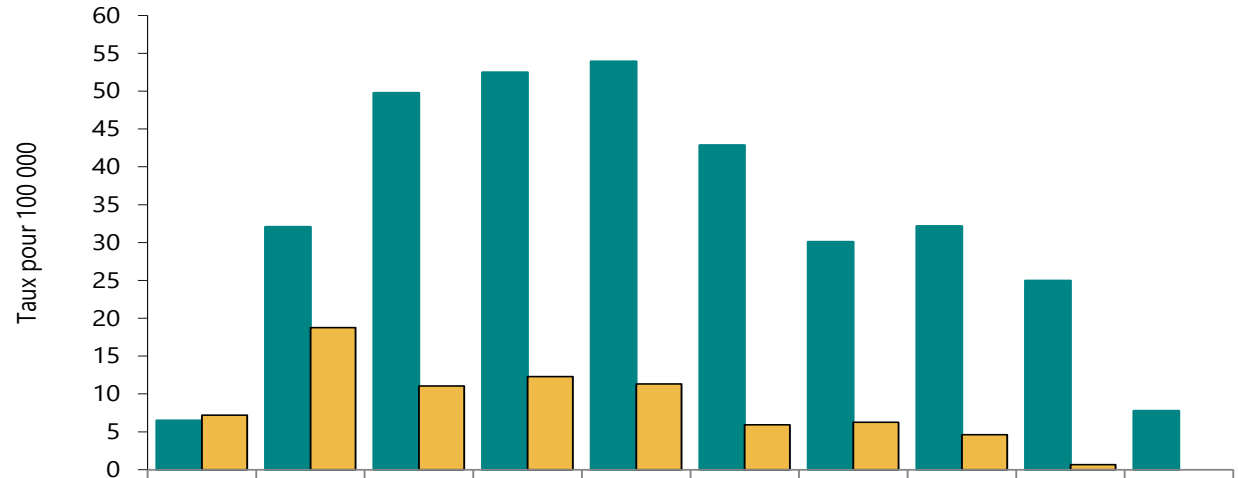


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025p
Femmes	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,7	0,6	0,7	0,7	0,8	0,5	1,0	1,6	2,1	3,0	3,0	3,4	4,6	4,8	4,8	5,5

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 2025 est une projection (2025p) 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, 2024**

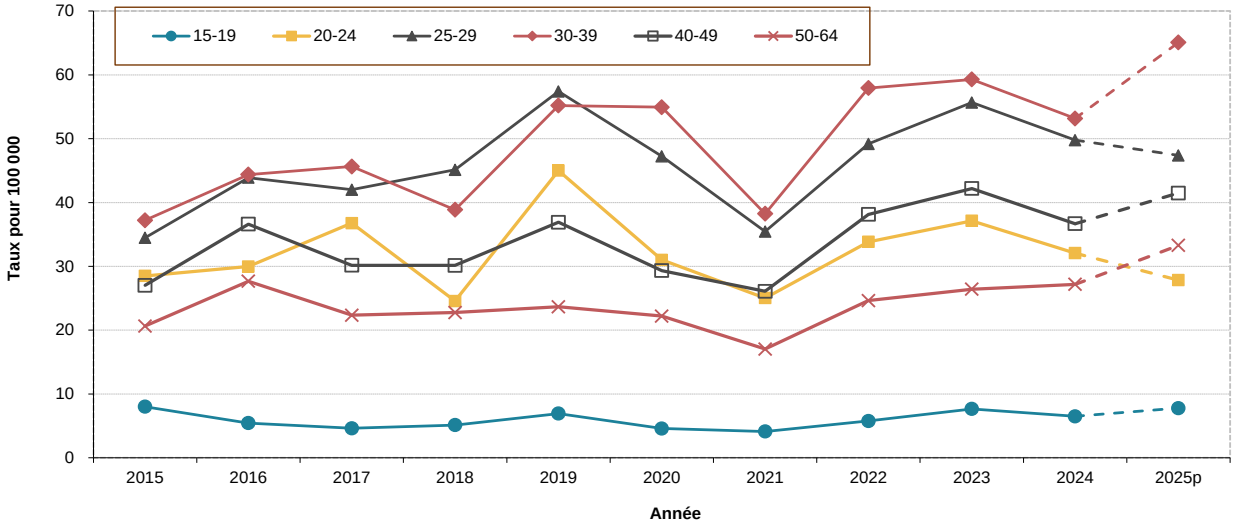


	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-64	65 et +
Hommes	6,5	32	50	52	54	43	30	32	25	7,8
Femmes	7,2	19	11	12	11	5,9	6,3	4,6	0,7	0,0

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.

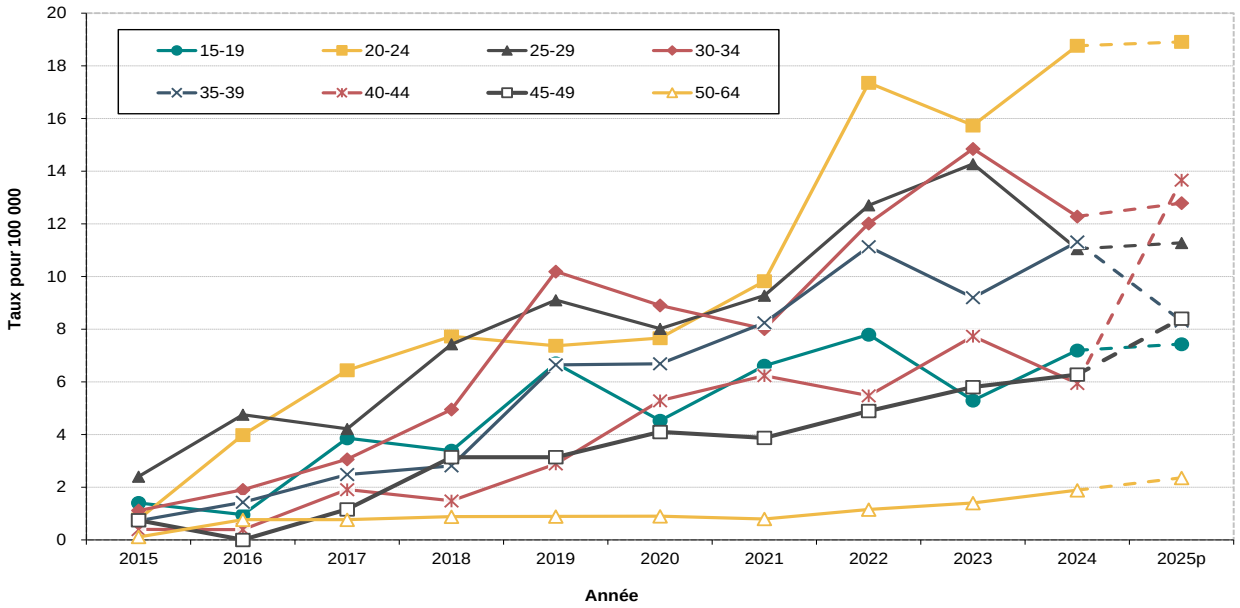
Figure 12 **Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2015 à 2025p**



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 2025 est une projection (2025p) 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.

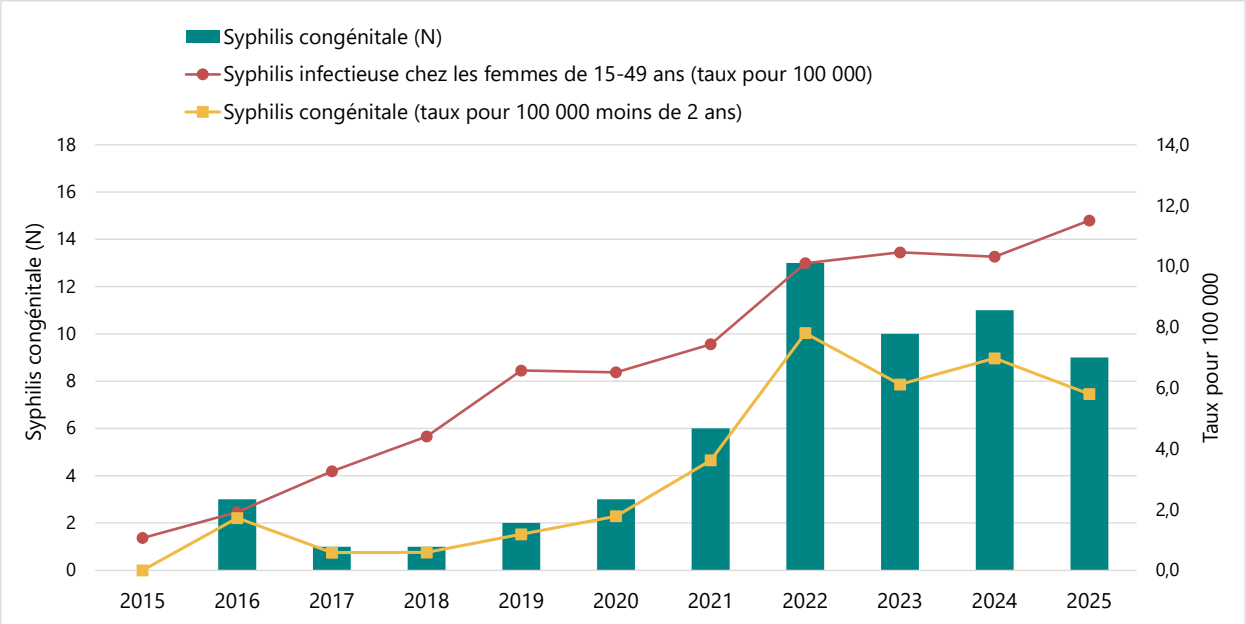
Figure 13 **Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2015 à 2025p**



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 2025 (2025p) 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[10], nombre et taux de cas de syphilis congénitale, Québec, 2015-2025



Note : Taux exprimé pour 100 000. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an) chez les femmes. Le nombre de cas pour 2025 est une projection (2025p) à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC, à l'exception du nombre et du taux de syphilis congénitale qui sont présentés pour l'année entière 2025 (Infocentre, 15 mai 2026).

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

[10] Principaux groupes d'âge concernés chez les femmes en âge de procréer.

Tableau 6 Syphilis de nature autre qu'infectieuse : nombre de cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2019 à 2024

Hommes	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
Syphilis latente tardive	468	308	377	683	842	802
Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans	19 (4 %)	20 (6 %)	19 (5 %)	42 (6 %)	61 (7 %)	36 (4 %)
Neurosyphilis	41	15	16	24	32	24
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	2	4	4	3	2	6
Syphilis sans précision	182	275	193	451	437	425
Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans	18 (10 %)	18 (7 %)	7 (4 %)	20 (4 %)	28 (6 %)	23 (5 %)
Femmes	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
Syphilis latente tardive	235	163	141	347	383	389
Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans	15 (6 %)	15 (9 %)	9 (6 %)	17 (5 %)	44 (11 %)	38 (10 %)
Nombre et (%) des cas âgés de 15-49 ans[a]	114 (49 %)	89 (55 %)	89 (63 %)	71 (20 %)	230 (60 %)	220 (57 %)
Neurosyphilis	6	3	3	4	5	8
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	1	1	2	2	2	2
Syphilis sans précision	62	64	74	147	171	145
Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans	7 (11 %)	3 (5 %)	7 (9 %)	13 (9 %)	18 (11 %)	10 (7 %)
Nombre et (%) des cas âgés de 15-49 ans[a]	24 (39 %)	27 (42 %)	27 (36 %)	29 (20 %)	83 (49 %)	100 (69 %)
Sexes réunis	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
Syphilis latente tardive	705	476	525	1 034	1 230	1 195
Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans	34 (5 %)	34 (7 %)	29 (6 %)	59 (6 %)	105 (9 %)	74 (6 %)
Neurosyphilis	48	18	19	28	37	32
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	3	5	6	5	4	8
Syphilis sans précision	245	341	271	601	614	575
Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans	26 (11 %)	21 (6 %)	14 (5 %)	33 (5 %)	47 (8 %)	33 (6 %)
Syphilis non infectieuse (et sans précision)	**1 002**	**832**	**833**	**1 673**	**1 893**	**1 822**

[a] Principaux groupes d'âge concernés chez les femmes en âge de procréer.

5.6 Discussion

- Au Québec, la syphilis infectieuse continue d'affecter principalement les hommes.
- Toutefois, la hausse du taux d'incidence des cas déclarés de syphilis se poursuit chez les femmes; la grande majorité de ces cas concernant des femmes en âge de procréer (15-49 ans).
- Les régions du Nunavik et de Montréal continuent d'être les plus touchées, mais une baisse des taux d'incidence est observée pour ces deux régions en 2024.
- Le nombre de cas déclarés de neurosyphilis suit une tendance à la baisse depuis 2019.
- Le nombre de cas de syphilis congénitale semble atteindre un plateau depuis 2022, après avoir doublé pratiquement chaque année depuis 2018. Le nombre de cas observés pour l'année 2025 est relativement stable.

Divers facteurs de vulnérabilité (défavorisation matérielle, situation d'itinérance, statut d'immigration précaire, consommation de substances psychoactives, 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

6.1 Caractéristiques des cas déclarés de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) en 2024

- En 2024, 98 cas masculins ont été déclarés, ce qui correspond à un taux de 2,2 cas pour 100 000 hommes et de 1,1 pour 100 000 personnes. Aucun cas féminin n'est rapporté.
- Les taux les plus élevés sont observés chez les hommes de 25-39 ans (5,1 pour 100 000 hommes, 49 cas, figure 16).
- La région de Montréal est celle ayant enregistré le plus de cas (61/98, soit 62 %, annexe 3). Les sept autres régions ayant enregistré des cas sont celles de la Capitale-Nationale (13 cas), de la Montérégie (huit cas), de Chaudière-Appalaches (sept cas), des Laurentides (cinq cas), de Lanaudière (deux cas), du Bas-Saint-Laurent et de Laval (un cas chacune).

6.2 Tendances temporelles

- La 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 depuis 2013 (figure 15).
- 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 personnes), ce qui suggère que la LGV est maintenant bien installée au Québec.
- Le nombre de cas déclarés pour l'année 2025 est de 112 cas (1,2 pour 100 000 personnes), légèrement plus élevé que celui enregistré pour l'année 2024 (1,1 pour 100 000 personnes, Infocentre, 19 mai 2026). Deux cas confirmés et un cas probable sont rapportés chez des femmes en 2025. Trois cas probables avaient été déclarés chez des femmes[11] dans les années récentes (un en 2022 et deux en 2023); auparavant, aucun cas féminin n'avait été observé depuis 2012.
- Une fluctuation importante de la distribution d'âge est observée d'année en année.
- Les hausses les plus importantes des taux entre 2019 et 2024 ont été observées pour la région des Laurentides (+359 %, quatre cas), de la Capitale-Nationale (+141 %, huit cas) et de Chaudière-Appalaches (+119 %, quatre cas). Ces hausses doivent être interprétées avec prudence, car il s'agit de faibles nombres de cas.

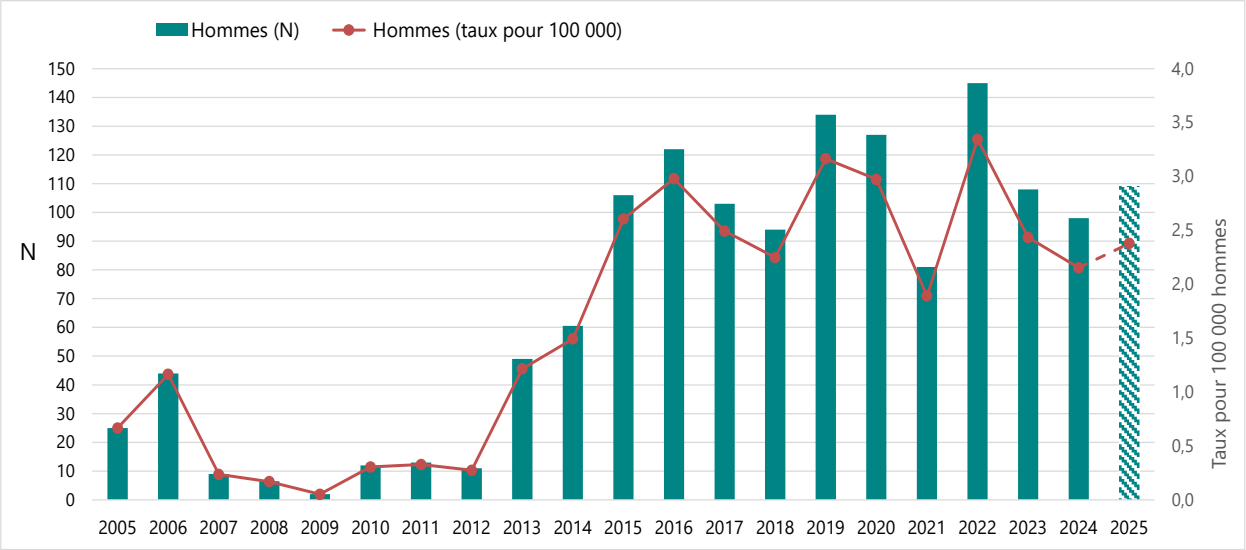
6.3 ITS rares : chancre mou et granulome inguinal

Au Québec, aucun cas de chancre mou ni de granulome inguinal n'a été déclaré en 2024.

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

[11] Depuis 2015, trois cas féminins et deux cas de sexe inconnu ont été rapportés. Ces cas sont inclus dans le taux global, mais exclus du taux pour 100 000 hommes.

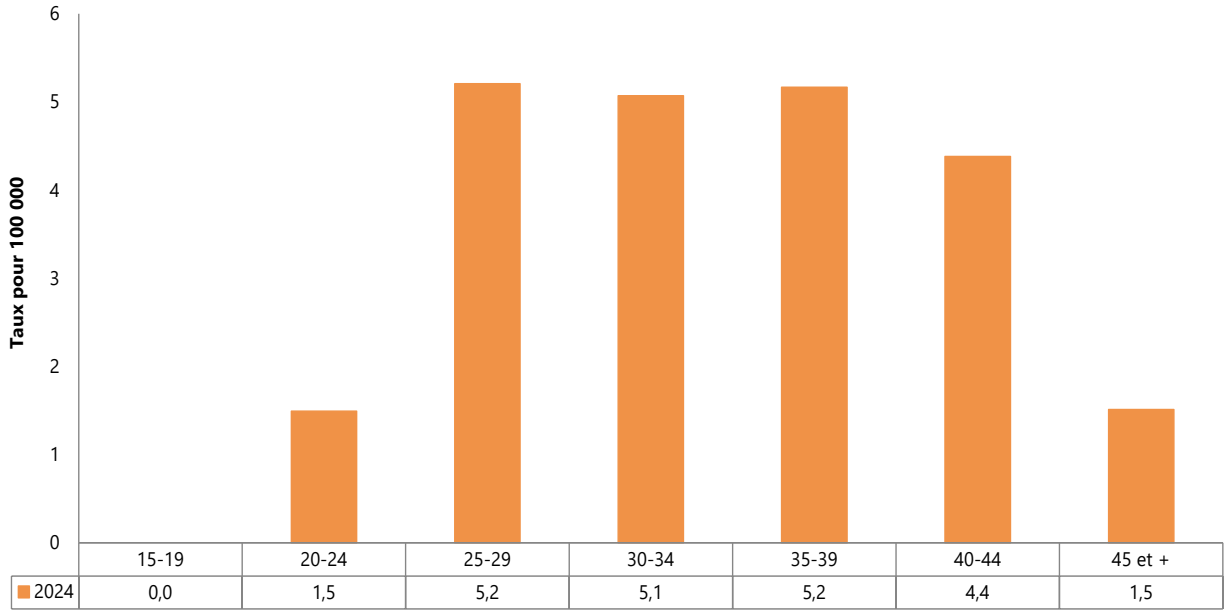
Figure 15 Lymphogranulomatose vénérienne : nombre et taux d'incidence de cas déclarés, hommes, Québec, de 2005 à 2025



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2025 est présenté pour l'année complète (Infocentre, 19 mai 2026).

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, 2024



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 a été observée en 2023 et en 2024, mais le nombre de cas observés pour 2025 laisse présager une légère hausse (Infocentre, 19 mai 2026).
- Aux débuts de l'épidémie de LGV, les cas étaient déclarés essentiellement chez des HARSAH vivant avec le VIH. Lors de la plus récente analyse des enquêtes épidémiologiques de LGV menée de 2013 à 2019 au Québec, environ la moitié des cas étaient déclarés 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, puisque la charge virale du VIH lors du dernier test était rapportée indétectable chez 88 % des cas de LGV vivant avec le VIH en 2018 et 94 % en 2019 (1), le risque de transmission du VIH ne représentait donc pas un enjeu pour 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 LGV (19). 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 comme la LGV.

Comme recommandé par le Guide québécois de dépistage des ITSS (2), 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.

7 HÉPATITE B

Les cas déclarés d'hépatite B comprennent les cas aigus, les cas chroniques ainsi que les cas dont le stade n'a pu être précisé.

7.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2024

- Un total de 1 393 cas d'hépatite B a été déclaré en 2024, ce qui équivaut à un taux de 15 cas pour 100 000 personnes (18 pour 100 000 chez les hommes et 12 pour 100 000 chez les femmes). Les hommes représentent 60 % de l'ensemble des cas déclarés.
- En 2024, neuf cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés (taux de 0,1 pour 100 000).
- Les cas d'hépatite B chronique représentent 45 % de l'ensemble des cas d'hépatite B déclarés (7,0 pour 100 000, 630 cas), alors que les cas d'hépatite B de stade non précisé représentent 54 % des cas (8,3 pour 100 000, 754 cas).
- Les taux de cas déclarés d'hépatite B sont les plus élevés chez les 30 à 39 ans, pour les hommes et pour les femmes (figure 17).
- Trois régions ont un taux d'hépatite B supérieur à celui de la province (15 cas pour 100 000) : Montréal (33 pour 100 000; 737 cas), Capitale-Nationale (16 pour 100 000; 130 cas), et Nord-du-Québec (30 pour 100 000; 4 cas) (annexe 3).

7.2 Tendances temporelles

- Après une diminution marquée entre 2019 et 2020, on observe une augmentation à nouveau jusqu'en 2024 (figure 17).
- Une augmentation des taux de 25 % est observée entre 2023 (12 pour 100 000) et 2024 (15 pour 100 000). Il s'agit du taux le plus élevé observé depuis 2004. Le taux projeté pour l'année 2025 (15 pour 100 000, 1 356 cas) serait comparable (annexe 3, tableau 16).
- Le nombre de cas déclarés **d'hépatite B aiguë** est inférieur à 20 chaque année depuis 2013. Le nombre de cas projetés pour 2025 reste faible (huit cas) et comparable au nombre de cas pour 2023 (sept cas) et 2024 (neuf cas, figure 19).
- Au cours des 20 dernières années, la proportion des cas déclarés **d'hépatite B chronique** a diminué au profit des cas d'hépatite B de stade non précisé. Les données de 2024 et celles projetées pour 2025 doivent toutefois être interprétées avec prudence, car des cas pourraient encore être reclassés.
- Les taux d'hépatite B ont augmenté entre 2023 et 2024 dans la majorité des régions, avec des augmentations de plus de 50 % au Bas-St-Laurent, en Abitibi-Témiscamingue et sur la Côte-Nord, bien que le nombre de cas reste inférieur à 15 dans ces régions. En 2024 et 2025, le Nunavik a vu ses premiers cas depuis au moins 2019. L'augmentation entre 2023 et 2024 est proportionnellement moins grande à Montréal (+ 31 %) mais se traduit par un grand nombre de cas (+ 199 cas).

- Entre 2019 et 2024, plusieurs régions ont vu leur nombre de cas plus que doubler : Saguenay-Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Mauricie et Centre-du-Québec, Abitibi-Témiscamingue, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches et Lanaudière.

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 2024 et pour les 222 premiers jours de 2025 chez des nourrissons de moins d'un an.
  - Le dernier cas dans ce groupe d'âge a été enregistré en 2009.
- Un cas d'hépatite B de stade chronique ou non précisé a été déclaré en 2024 chez un nourrisson de moins d'un an, tandis que deux cas ont été rapportés pour les 222 premiers jours de 2025.
  - Aucun cas n'avait été déclaré dans ce groupe d'âge entre 2013 et 2019. Entre 2020 et 2023, cinq cas avaient 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 an (20). Dans le cas de la cohorte deux ans, la couverture vaccinale en 2025 revient au niveau de 2019, soit 94 %.

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 2025

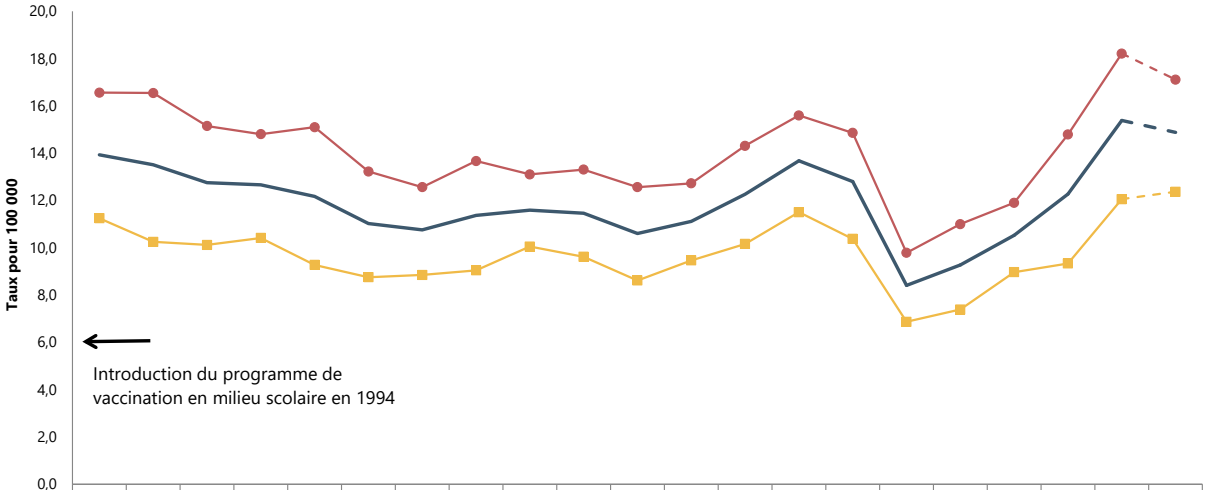
	2019	2021	2023	2025[12]
Cohorte 1 an[a]	98 %	97 %	97 %	98 %
Cohorte 2 ans[b]	94 %	92 %	91 %	94 %

[a] Couverture vaccinale deux doses et plus.

[b] Couverture vaccinale trois doses et plus.

[12] Les données pour les années 2023 et 2025 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.

Figure 17 **Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2005 à 2025p**

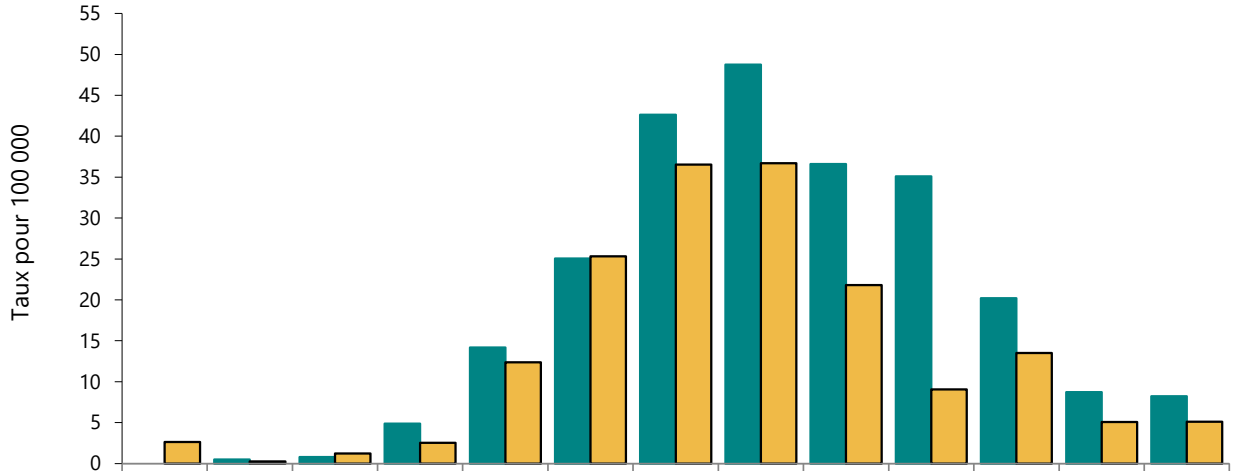


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025p
Hommes	17	17	15	15	15	13	13	14	13	13	13	13	14	16	15	9,8	11	12	15	18	17
Femmes	11	10,2	10,1	10,4	9,3	8,8	8,9	9,0	10,1	9,6	8,6	9,5	10,2	12	10,4	6,9	7,4	9,0	9,3	12	12
Total	14	14	13	13	12	11	10,8	11	12	11	10,6	11	12	14	13	8,4	9,3	10,5	12	15	15

Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée). Le nombre de cas pour 2025 est une projection (2025p) 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 18 **Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2024**

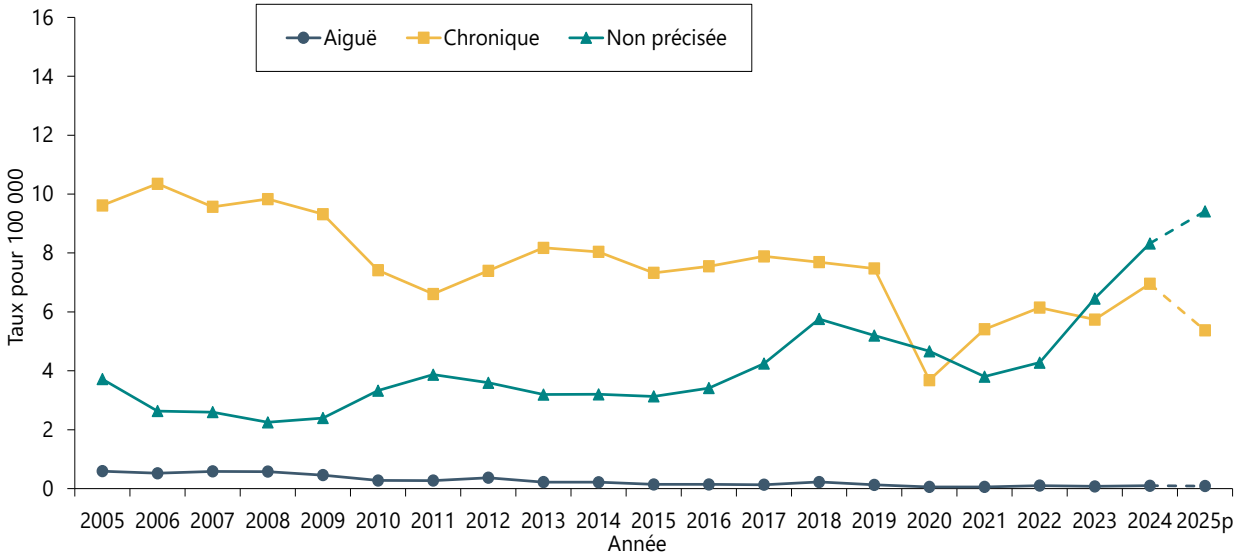


	<1 an	1-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-64	65+
Hommes	0,0	0,5	0,8	4,9	14	25	43	49	37	35	20	8,7	8,2
Femmes	2,6	0,3	1,2	2,5	12	25	37	37	22	9,1	14	5,1	5,1

Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

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

Figure 19 **Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, sexes réunis, Québec, de 2005 à 2025p**



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

Tendances temporelles

Au sortir de la pandémie de COVID-19, on observe une augmentation des taux de cas déclarés d'hépatite B qui vont au-delà de ceux observés lors des 20 dernières années. L'accroissement des cas rapportés entre 2018 et 2024 (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. L'augmentation des taux observée dans la majorité des régions est en cohérence avec les tendances migratoires récentes. Dans la quasi-totalité des régions, les gains migratoires internationaux ont atteint en 2023-2024 leur plus haut niveau depuis que les données sont disponibles, avec une augmentation marquée pour les régions du Bas-Saint-Laurent, de l'Abitibi-Témiscamingue, de Chaudière-Appalaches et de la Côte-Nord.

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 et qui reçoivent maintenant un diagnostic au Québec. Toutefois, les données disponibles ne comprennent ni le statut d'immigration, ni le lieu probable d'acquisition, et ne permettent pas de confirmer ces hypothèses.

Alors que les cas d'infection chronique reflètent en partie le fardeau de la maladie, les données sur l'infection aiguë reflètent plus probablement la situation actuelle de la transmission dans la communauté. Ainsi, malgré l'augmentation du nombre total de déclarations, le nombre de cas aigus reste stable et inférieur à 20 cas par année depuis 2013, alors qu'il était supérieur à 400 annuellement avant 1994, l'année d'introduction du programme de vaccination universel en milieu scolaire.

Vaccination

Le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) définit les groupes pour lesquels la vaccination est indiquée et gratuite.

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 nouveau-nés contre l'hépatite B, ce qui devrait augmenter la proportion des personnes protégées contre cette infection. Au sortir de la pandémie, on observait une diminution dans la couverture vaccinale à trois doses des cohortes de 2 ans, qui se rétablit en 2025 au niveau prépandémique.

Par ailleurs, les programmes ciblés d'offre de vaccination aux personnes plus susceptibles de contracter l'infection ne rejoignent pas toutes celles-ci. Par exemple, parmi les participants de l'étude Engage, une étude sur la santé sexuelle des HARSAH de la région métropolitaine de Montréal, 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 B, lors du premier cycle de l'étude (2017-2018) (21); la proportion montait à 84,8 % pour cette même cohorte en 2021-2023 (22), suggérant qu'une proportion importante des participants ont reçu le vaccin durant la période d'étude.

La persistance du virus de l'hépatite B dans la population justifie la poursuite des efforts pour promouvoir la vaccination chez les nourrissons et auprès des groupes de personnes davantage à risque.

Dépistage et prévention

Alors qu'aucun cas d'hépatite B néonatale n'avait été déclaré entre 2013 et 2019, huit cas ont été déclarés depuis 2020. Bien que l'information ne soit pas disponible sur le contexte d'acquisition de ces cas (par ex. : dépistage de la mère, immunisation du nouveau-né), leur survenue renforce l'importance du dépistage prénatal et de la prévention de la transmission périnatale.

Plus généralement, l'absence de données sur les facteurs de risques et les contextes d'exposition des cas déclarés limite la capacité à informer des mesures de prévention visant des groupes spécifiques. La présence du virus de l'hépatite B dans la population et l'augmentation récente des cas déclarés justifient des efforts accrus pour mieux comprendre la répartition des cas selon les facteurs de risque et catégories d'exposition (par ex. : contact domiciliaire, contact sexuel), afin de soutenir les efforts de prévention.

Limite des données

L'information nécessaire à la classification des cas n'est pas toujours recherchée, peut être difficile à obtenir ou encore n'est simplement pas disponible. Par exemple, des tests de laboratoire pour l'hépatite B 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 cas d'hépatite B de stade chronique ou non précisé déclarés 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.

8 HÉPATITE C

Les cas déclarés d'hépatite C comprennent les cas d'hépatite C aiguë ou récente ainsi que les cas d'hépatite C sans précision.

8.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2024

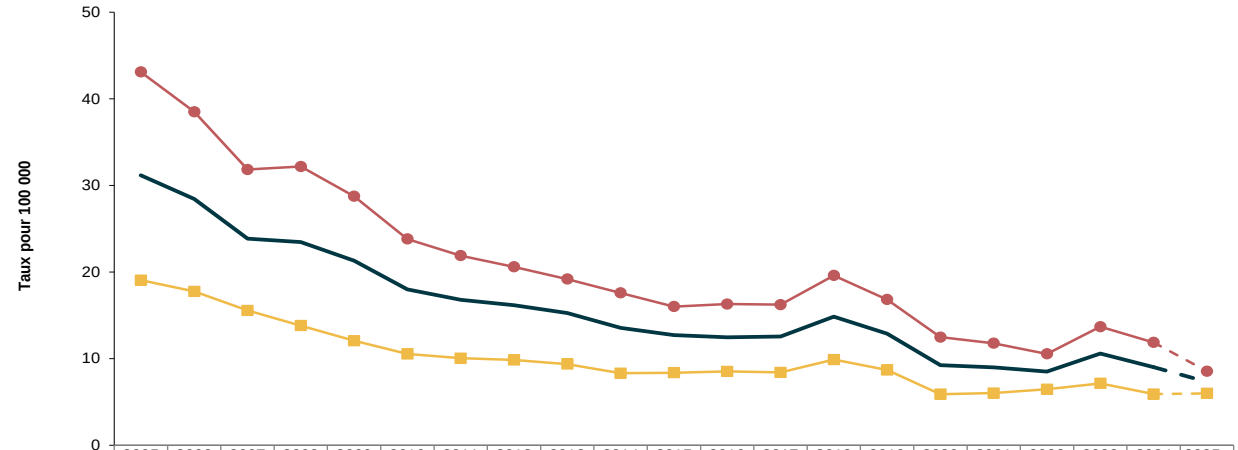
- Un total de 816 cas d'hépatite C a été déclaré en 2024, ce qui équivaut à un taux de 9,0 cas pour 100 000 personnes (12 pour 100 000 chez les hommes et 5,9 pour 100 000 chez les femmes, figure 20).
- Les hommes représentent 66 % de l'ensemble des cas déclarés. Les taux les plus élevés sont observés chez les hommes âgés de 55 à 64 ans (24 pour 100 000, figure 21).
- Chez les femmes, le taux le plus élevé est observé parmi les femmes âgées de 35 à 39 ans (12 pour 100 000).
- La région de Montréal représente 42 % des cas d'hépatite C dans la province et a le taux le plus élevé (16 cas pour 100 000; 344 cas). Trois autres régions ont un taux supérieur à 10 pour 100 000 : Laval (12 pour 100 000; 53 cas), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (10,8 pour 100 000; 10 cas) et Laurentides (10,5 pour 100 000; 71 cas). Les autres régions sociosanitaires ont des taux semblables ou inférieurs à celui de la province (voir l'annexe 3, tableau 17).
- En ce qui a trait spécifiquement à l'hépatite C aiguë ou récente, 27 cas ont été déclarés en 2024 (70 % 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 (Figure 20). Par rapport à 2023 (10,6 cas pour 100 000, 937 cas), on observe une diminution de 15 % en 2024 (9,0 pour 100 000). Le taux projeté pour 2025 représente une autre diminution de 19 % par rapport à 2024 (7,3 pour 100 000). Toutefois, la diminution projetée ne s'observerait que chez les hommes (diminution de 28 %), alors que le taux resterait stable chez les femmes.
- La majorité des régions ont vu leur nombre de cas diminuer entre 2023 et 2024. Cependant, deux régions ont eu en 2024 leur plus grand nombre de cas rapportés dans les 5 dernières années : Laval (53 cas vs. 34 cas en 2023) et les Laurentides (71 cas vs. 56 cas en 2023). Le nombre de cas a par ailleurs doublé ou presque entre 2023 et 2024 au Bas-St-Laurent et en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, mais le nombre de cas dans ces régions est petit (≤ 10) et reste comparable aux nombres observés dans les dernières années (annexe 3, tableau 17).
- Des taux relativement stables ou à la baisse sont projetés en 2025 par rapport à 2024 pour la majorité des régions. Une augmentation de 34 % est toutefois projetée pour Lanaudière. Des augmentations importantes en pourcentage, mais représentant de petits nombres, sont projetées pour la Côte-Nord, ainsi que pour le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James, deux régions qui n'avaient pas vu de cas en 2024.

- Le nombre de cas d'hépatite C aiguë ou récente déclarés annuellement a oscillé entre 15 et 32 au cours des 10 dernières années.

Figure 20 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2005 à 2025p

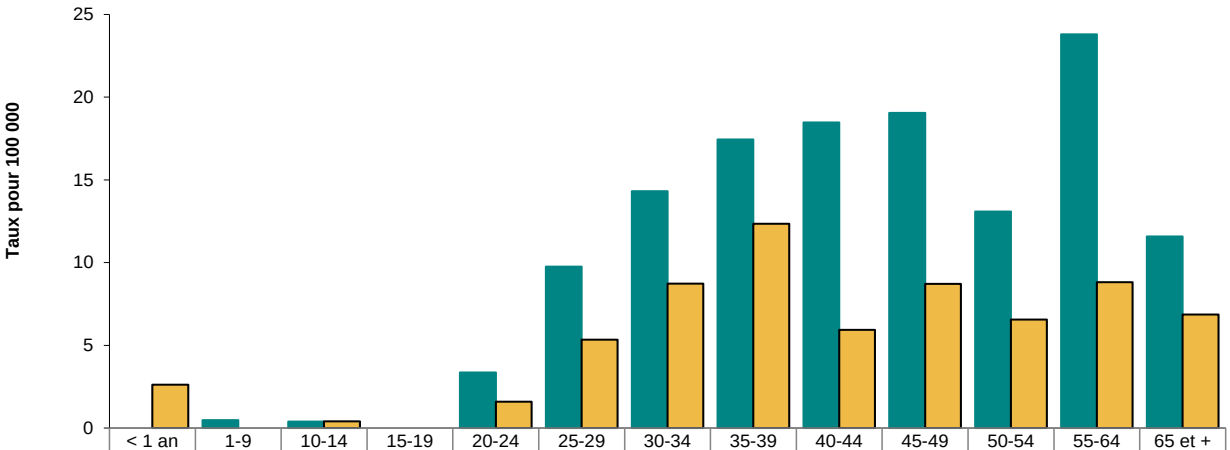


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025p
Hommes	43	38	32	32	29	24	22	21	19	18	16	16	16	20	17	12	12	10,5	14	12	8,5
Femmes	19	18	16	14	12	10,5	10,0	9,8	9,4	8,3	8,4	8,5	8,4	9,9	8,7	5,9	6,0	6,5	7,1	5,9	6,0
Total	31	28	24	23	21	18	17	16	15	14	13	12	13	15	13	9,2	9,0	8,5	10,6	9,0	7,3

Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée). Le nombre de cas pour 2025 est une projection (2025p) 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 21 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2024

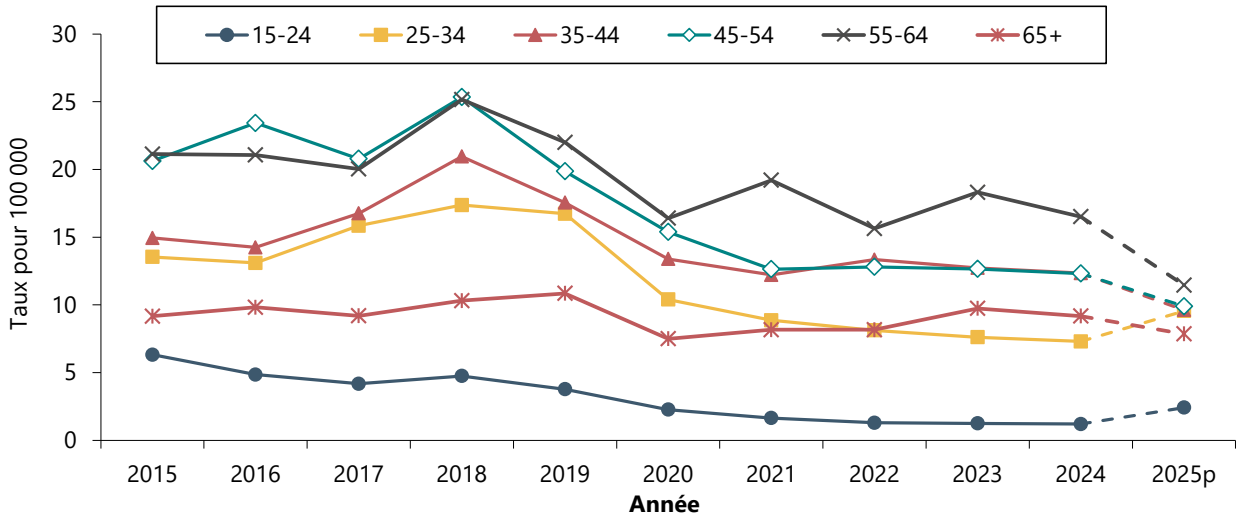


	< 1 an	1-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-64	65 et +
Hommes	0,0	0,5	0,4	0,0	3,4	9,8	14	17	18	19	13	24	12
Femmes	2,6	0,0	0,4	0,0	1,6	5,3	8,7	12	5,9	8,7	6,6	8,8	6,9

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 22 **Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2015 à 2025p**



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 2025 est une projection (2025p) 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

Depuis 1990, année du début de la saisie des cas d'hépatite C au registre MADO, près de 50 000 cas ont été déclarés au Québec. 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 de COVID-19 ayant réduit l'accès aux services de dépistage et aux soins (23,24). Les données de 2024 et celles projetées pour 2025, à la baisse suivant le rebond de 2023, soutiennent cette hypothèse. Le taux en 2024 est bien en deçà des taux observés avant 2020, et le taux projeté pour 2025 (7,1 pour 100 000; 668 cas) serait le plus bas depuis plus de 20 ans. Cette tendance à la baisse se produit alors que le taux de tests de laboratoire pour les anti-VHC est en hausse (annexe 1, figure 30), ce qui indique que la diminution du taux d'hépatite C n'est vraisemblablement pas le résultat d'une diminution du nombre de tests effectués.

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 2030 (25). Les progrès sont perceptibles : entre 2015-2021, le nombre de personnes traitées au Canada pour l'hépatite C a dépassé celui des nouvelles infections (24). En 2018, au Québec, 64 % des personnes atteintes d'infection chronique avaient entrepris un traitement (26).

Facteurs de risque et populations surreprésentées

La source de données pour ce portrait ne comprend pas d'information concernant les facteurs de risque et les populations surreprésentées : personnes qui utilisent des drogues, personnes migrantes provenant de pays endémiques, personnes autochtones, personnes incarcérées, HARSAH et personnes vivant avec le VIH (27).

D'autres études permettent de mettre la lumière sur la situation épidémiologique chez certaines populations spécifiques. L'étude Engage a effectué le suivi d'une cohorte fermée d'hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (gbHARSAH) de la région de Montréal pendant six ans (22). Cette étude a estimé la prévalence de l'infection par le VHC, courante ou résolue, à 5,6 % dans cette population lors de la première période (février 2017 à août 2018), et à 7,0 % lors de la dernière période de suivi (août 2021 à janvier 2023), l'augmentation reflétant vraisemblablement les nouvelles infections dans la cohorte. La prévalence du VHC (infection active ou résolue) était beaucoup plus importante chez les participants s'étant déjà injecté des drogues (28,4 % et 36,5 %, première et dernière période, respectivement), que chez ceux qui ne s'étaient jamais injecté de drogues (0,7 % et 0,7 %). La prévalence du VHC (infection courante ou résolue) était aussi beaucoup plus élevée chez les personnes vivant avec le VIH (17,3 % et 21,4 %) que chez les participants séronégatifs pour le VIH (3,2 % et 4,1 %).

Le réseau SurvUDI suit l'épidémiologie du VIH et du VHC chez les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) au Québec (28). En 2020-2024, la prévalence d'anti-VHC (infection courante ou résolue) chez les personnes participantes au réseau était de 53,1 %, montant à 80,0 % chez celles séropositives pour le VIH. Parmi les personnes positives pour l'anti-VHC, 87,9 % connaissaient leur statut et, parmi celles-ci, 75,3 % avaient déjà pris des médicaments contre le VHC. Parmi les personnes ayant des anti-VHC et pour lesquelles un résultat de détection d'ARN était disponible, 32,8 % avaient une infection active (ARN détectable).

Limites des données

Dans le cas des MADO, 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 laboratoire pour le VHC n'ont pas toujours été effectués avant l'épisode déclaré. La priorisation des enquêtes épidémiologiques, permettant d'obtenir l'historique des tests de laboratoire, 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 surcroît, 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.

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 avril 2002. Ces informations font l'objet d'un rapport périodique détaillé (29).

En 2024, un total de 1 122 cas d'infection par le VIH a été enregistré, incluant :

- 462 personnes qui ont eu un premier diagnostic[13] (diagnostiquées pour la première fois);
- 660 personnes qui avaient déjà eu un diagnostic antérieur du VIH[14].

Le taux des cas d'infection par le VIH enregistré en 2024 représente une augmentation de 60 % par rapport au taux de l'année 2019, mais une stabilisation par rapport à 2023 (figure 23). L'augmentation du taux entre 2019 et 2024 est plus prononcée pour les diagnostics antérieurs (+ 77 %) que pour les premiers diagnostics (+ 45 %).

9.1 Personnes avec un premier diagnostic de VIH

- En 2024 au Québec, 462 personnes ont été diagnostiquées pour la première fois avec le VIH (329 hommes, 128 femmes et cinq personnes trans[15]).
- Pour l'ensemble du Québec, le taux de premiers diagnostics s'établit à 5,1 cas pour 100 000 personnes en 2024 (taux de 7,2 pour 100 000 chez les hommes et de 2,8 pour 100 000 chez les femmes, figure 24).
- Les hommes représentent 71 % des premiers diagnostics de VIH, soit un rapport hommes/femmes de 2,6 pour un. Bien que le VIH touche davantage les hommes, l'augmentation du taux de premiers diagnostics depuis 2019 est proportionnellement plus importante chez les femmes (+ 75 %) que chez les hommes (+ 35 %), figure 24.

---

[13] **Premier diagnostic** : VIH diagnostiqué et enregistré pour la toute première fois chez l'individu au Québec durant la période de surveillance, sans indication de diagnostic antérieur ailleurs au Canada ou hors Canada. Il peut s'agir d'une infection acquise récemment ou d'une infection ancienne jamais diagnostiquée auparavant.

[14] **Diagnostic antérieur** : Personnes ayant un diagnostic antérieur connu du VIH dans un autre pays ou ailleurs au Canada, ou dont le premier test VIH positif au Québec a été effectué avant la période de surveillance.

Les termes « premiers diagnostics » et « diagnostics antérieurs » remplacent « nouveaux » et « anciens diagnostics » afin d'harmoniser la terminologie et la méthodologie avec celles d'autres juridictions canadiennes. Certaines personnes diagnostiquées avec le VIH pendant l'année de surveillance, mais à l'extérieur du Québec — auparavant comptabilisées comme *nouveaux diagnostics* — ont été reclassifiées dans la catégorie des *diagnostics antérieurs*, ce qui peut expliquer de légers écarts avec les données publiées antérieurement.

[15] Les données collectées par le PSI-VIH incluent sexe assigné à la naissance (masculin, féminin) ou l'identité de genre (Femme trans ou Homme trans), lorsque celle-ci diffère du sexe assigné, selon l'information disponible rapportée par le personnel professionnel de la santé responsable du dépistage. 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 trans sont incluses dans les analyses sur l'ensemble des cas, mais exclues des répartitions par sexe.

- La région de Montréal se démarque par un taux nettement supérieur à la moyenne provinciale, soit 12 premiers diagnostics de VIH pour 100 000 personnes (annexe 3).
- L'âge médian au moment du diagnostic était de 34 ans chez les hommes et 40 ans chez les femmes. Le taux de premiers diagnostics le plus élevé a été observé dans le groupe des 25-29 ans chez les hommes (taux d'environ 23 cas pour 100 000) et dans les groupes des 35-49 ans chez les femmes (taux entre 6,9 et 8,7 cas pour 100 000, figure 25).

Lieu de naissance et intervalle entre l'arrivée au Canada et le test VIH positif

En 2024, les premiers diagnostics se répartissent comme suit selon le lieu de naissance et délai depuis arrivée :

- 27 % (N = 127) chez les personnes nées au Canada;
- 62 % (N = 285) chez les personnes nouvellement arrivées (depuis moins de six ans)[16];
- 5 % (N = 25) chez les personnes nées hors Canada arrivées depuis six ans ou plus;
- 5 % (N = 25) chez les personnes pour lesquelles le pays de naissance ou la date d'arrivée au Canada reste inconnue.

Parmi les 285 personnes nouvellement arrivées au Canada recevant un premier diagnostic de VIH en 2024, le délai médian approximatif entre l'arrivée et le test confirmé VIH positif était un mois (intervalle interquartile : 0 mois à neuf mois).[17] Quatre sur cinq (N = 229, 80 %) ont été diagnostiquées dans les 12 premiers mois suivant leur arrivée.

Tendances temporelles : Dans les 10 dernières années, le nombre de premiers diagnostics a également diminué parmi les personnes nées au Canada ou nées hors Canada arrivées depuis six ans ou plus (- 32 % de 2015 à 2024, figure 26). Cependant, ces tendances se sont stabilisées depuis 2019. À l'inverse, parmi les personnes nouvellement arrivées depuis moins de 6 ans, une augmentation importante a été observée (figure 26). En raison des croissances migratoires (30) dans les 10 dernières années et des changements dans les politiques d'immigration concernant l'admissibilité au Canada pour les personnes vivant avec le VIH (31–33), il n'est pas possible d'effectuer une comparaison juste d'une année à l'autre parmi cette population.

[16] Pour les personnes nées à l'extérieur du Canada, le délai entre la date d'arrivée approximative au Canada, recueillie au format mois–année, et la date de prélèvement du test VIH enregistré dans le programme de surveillance est utilisé pour caractériser la récence depuis l'arrivée. Cette mesure doit être interprétée comme une estimation du délai réel depuis l'arrivée.

[17] Les délais en mois entiers représentent le nombre de mois complets. Une valeur de 0 mois indique un délai < 30 jours. Un intervalle court entre l'arrivée et le diagnostic peut suggérer une infection acquise à l'étranger et diagnostiquée pendant les examens médicaux d'immigration (EMI). Ce permet de mieux comprendre l'épidémiologie des transmissions locales.

Catégories d'exposition parmi les premiers diagnostics

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 contact hétérosexuel) ou par le sang (l'usage de drogues injectables) – qui sont regroupées par catégorie d'exposition principale[18]. Pour des informations détaillées sur les catégories d'exposition, voir le rapport du programme de surveillance du VIH, années 2023 et 2024 (29).

- **Les contacts sexuels entre hommes (HARSAH)** représentent 43 % des premiers diagnostics en 2024 (197 cas, figure 27). Dans les derniers 10 ans, le nombre de premiers diagnostics par année liés aux contacts HARSAH a fluctué (figure 28a), avec des tendances hétérogènes par sous-populations : le nombre annuel des premiers diagnostics a diminué de 33 % parmi les personnes nées au Canada ou arrivées depuis 6 ans ou plus (figure 28b), mais a augmenté parmi les personnes nouvellement arrivées au Canada (figure 28c).
- **Les contacts hétérosexuels** représentent 53 % des premiers diagnostics en 2024 (244 cas). Parmi ces personnes, 82 % (199/244) sont des personnes nouvellement arrivées au Canada (figure 27). En 2024, 99 % des femmes et 35 % des hommes avec premiers diagnostics VIH sont classés dans la catégorie d'exposition par contact hétérosexuel. La figure 28a montre l'augmentation au cours des 10 dernières années du nombre total des premiers diagnostics de VIH attribués aux contacts hétérosexuels, notamment parmi les personnes nouvellement arrivées au Canada (figure 28c). Parmi les personnes nées au Canada ou arrivées depuis 6 ans ou plus, le nombre de premiers diagnostics par année liés au contact hétérosexuel a diminué de 41 % entre 2015 et 2024.
- **L'injection de drogues** représente 4 % des premiers diagnostics (19 cas), incluant 13 cas (3 %) parmi des HARSAH qui s'injectent des drogues (HARSAH-PUDI) et 6 cas (1 %) parmi des PUDI sans exposition liée aux contacts sexuels homme-homme. Une augmentation du nombre de cas liés à l'exposition HARSAH-PUDI a été observée au cours des 10 dernières années (figure 28a), notamment chez des personnes nées au Canada ou établies depuis 6 ans ou plus (figure 28b).
- **Exposition périnatale** : Aucun premier diagnostic d'infection périnatale n'a été enregistré en 2024. Depuis 2002, 52 premiers diagnostics d'infections périnatales ont été enregistrés.

[18] 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. * La catégorie HARSAH est définie par les contacts sexuels entre personnes assignées de sexe masculin à la naissance, incluant les femmes trans.

Historique de dépistage

- Plus des deux tiers des premiers diagnostics en 2024 n'avaient jamais été testés pour le VIH avant le moment de leur diagnostic N = 321/462 (70 %). Par catégorie d'exposition et lieu de naissance/durée depuis l'arrivée, la proportion de personnes jamais dépistées auparavant était la plus haute parmi les personnes avec exposition par contact hétérosexuel et les personnes nouvellement arrivées au Canada depuis moins de six ans.
  - 87 % des personnes avec des contacts hétérosexuels (94 % chez celles nouvellement arrivées, 74 % chez celles nées au Canada ou arrivées depuis 6 ans ou plus);
  - 52 % des HARSAH (64 % chez des HARSAH nouvellement arrivés, 42 % chez des HARSAH nés au Canada ou arrivés depuis six ans ou plus);
  - 31 % des HARSAH/PUDI et 33 % des PUDI.

Statut clinique au moment de diagnostic

Parmi 400 premiers diagnostics avec résultats CD4 disponibles (87 % des premiers diagnostics) :

- 178 (44 %) avaient un diagnostic tardif du VIH (< 350 cellules CD4/mm^3 ou présence de maladies définissant le sida);
- 83 (21 %) étaient à un stade avancé au moment de diagnostic (< 200 cellules CD4/mm^3 ou présence de maladies définissant le sida) (34).

9.2 Les personnes ayant un diagnostic de VIH antérieur

- En 2024, la majorité des cas VIH enregistrés, soit 660 personnes (60 %), concernait des personnes qui avaient déjà eu un diagnostic de VIH antérieurement, et qui n'avaient pas été enregistrées ou ne pouvaient l'être au moment du test positif initial.
- Lieu du test antérieur positif :
  - La majorité avait été initialement diagnostiquée à l'extérieur du Canada (486; 74 %);
  - 132 (20 %) avaient obtenu leur test VIH positif initial au Québec avant 2024;
  - 21 personnes (3,2 %) avaient été initialement diagnostiquées ailleurs au Canada;
  - Pour 21 personnes (3,2 %), le lieu du test positif initial était inconnu.
- La charge virale était disponible pour 612 des diagnostics antérieurs au moment de l'enregistrement dans le programme de surveillance. Près de neuf personnes sur dix (87 %, n = 534) avaient une charge virale supprimée (< 200 copies par mL).

9.3 Estimation de la cascade de soins du VIH

Les estimations par modélisation du nombre de cas 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'ASPC (35) évaluaient que 20 600 (intervalle plausible : 17 900 à 23 300) personnes vivaient avec le VIH au Québec en 2024 (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.

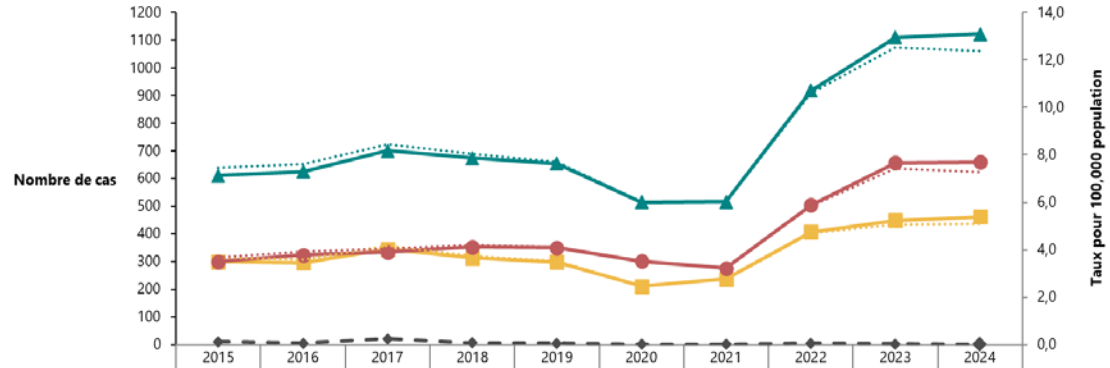
Les estimations de l'atteinte des cibles de l'ONUSIDA (36,37) effectuées par l'ASPC pour la prise en charge des cas au Québec sont les suivantes : en 2024, 92 % des PVVIH au Québec savaient qu'elles étaient séropositives; 83 % des personnes connaissant leur statut de séropositivité recevaient des traitements antirétroviraux et 96 % des personnes sous traitement antirétroviral présentaient une charge virale inférieure à 200 copies par mL.

Tableau 8 Estimations des cas prévalents et de la cascade de soins du VIH, Québec, années 2022 et 2024

Indicateurs	2022	2024
Cas prévalents estimés (nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH))	18 600 (16 200 à 21 000)	20 600 (17 900 à 23 300)
Proportion des PVVIH qui sont diagnostiquées	92 %	92 %
Proportion des PVVIH diagnostiquées qui reçoivent des antirétroviraux	81 %	83 %
Proportion des PVVIH diagnostiqués et recevant des antirétroviraux qui ont une charge virale inférieure à 200 copies/ml)	96 %	96 %

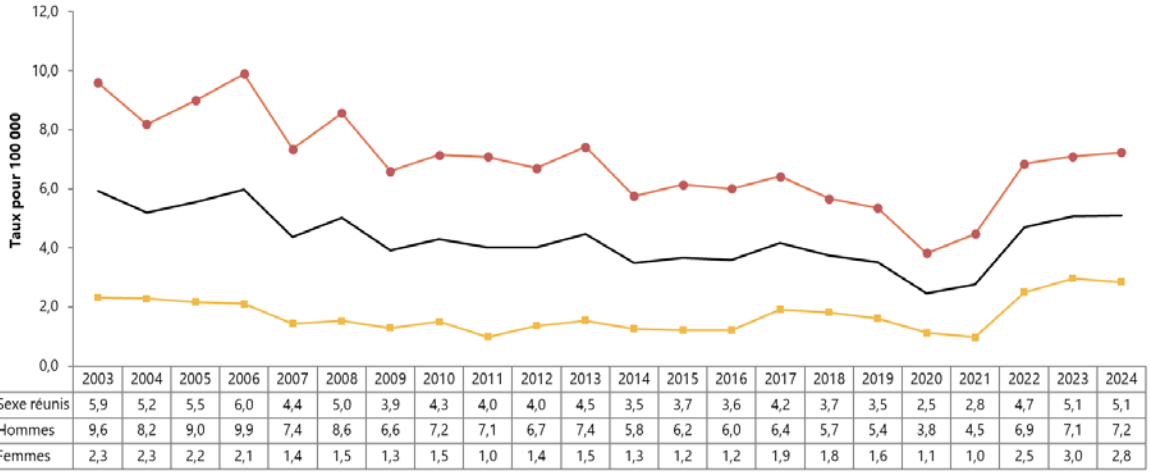
Source : Agence de la santé publique du Canada. Estimations 95-95-95 pour le VIH (communication personnelle de Nashira Popovic (ASPC), août 2026). Les estimations présentées ont été produites à l'aide d'une méthodologie différente de celle utilisée pour les estimations publiées antérieurement. Elles ne sont donc pas directement comparables aux estimations des années précédentes.

Figure 23 Nombre et taux de premiers diagnostics et diagnostics antérieurs d'infection par le VIH de 2015 à 2024



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ensemble des cas (N)	611	626	701	674	655	515	516	918	1110	1122
Premiers diagnostics (N)	300	296	345	314	299	211	237	407	449	462
Diagnostics antérieurs (N)	301	324	335	353	350	302	277	505	658	660
Non-classé (N)	10	6	21	7	6	2	2	6	3	0
Taux: ensemble des cas	7,5	7,6	8,5	8,0	7,7	6,0	6,0	10,6	12,5	12,4
Taux: premiers diagnostics	3,7	3,6	4,2	3,7	3,5	2,5	2,8	4,7	5,1	5,1
Taux: diagnostics antérieurs	3,7	3,9	4,0	4,2	4,1	3,5	3,2	5,8	7,4	7,3

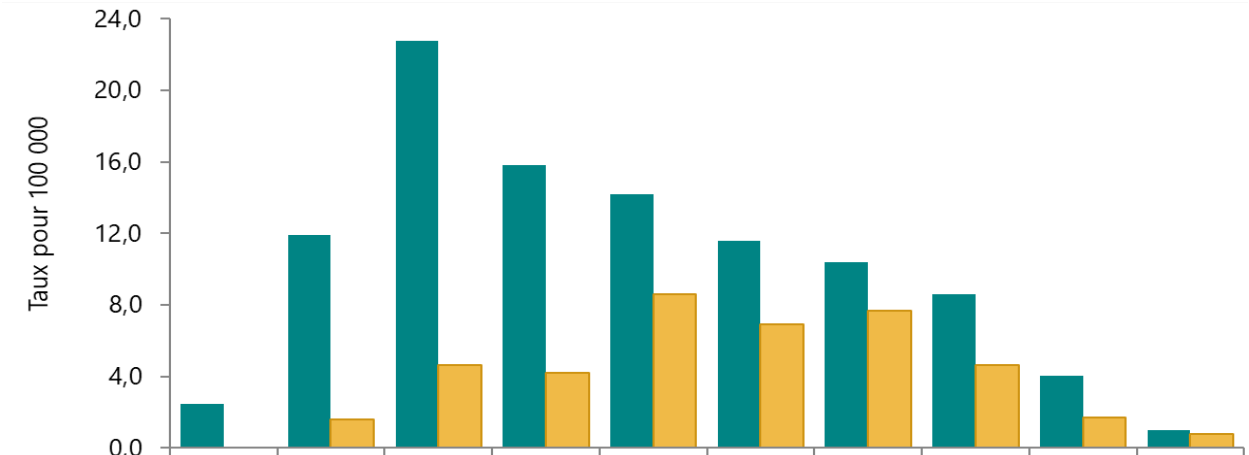
Figure 24 VIH : Taux de premiers diagnostics selon le sexe, Québec, de 2003 à 2024



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Sexe réunis	5,9	5,2	5,5	6,0	4,4	5,0	3,9	4,3	4,0	4,0	4,5	3,5	3,7	3,6	4,2	3,7	3,5	2,5	2,8	4,7	5,1	5,1
Hommes	9,6	8,2	9,0	9,9	7,4	8,6	6,6	7,2	7,1	6,7	7,4	5,8	6,2	6,0	6,4	5,7	5,4	3,8	4,5	6,9	7,1	7,2
Femmes	2,3	2,3	2,2	2,1	1,4	1,5	1,3	1,5	1,0	1,4	1,5	1,3	1,2	1,2	1,9	1,8	1,6	1,1	1,0	2,5	3,0	2,8

Note : Taux de premiers diagnostics pour 100 000 personnes. Donnée non rapportée pour cinq personnes trans dans les répartitions par sexe/genre.

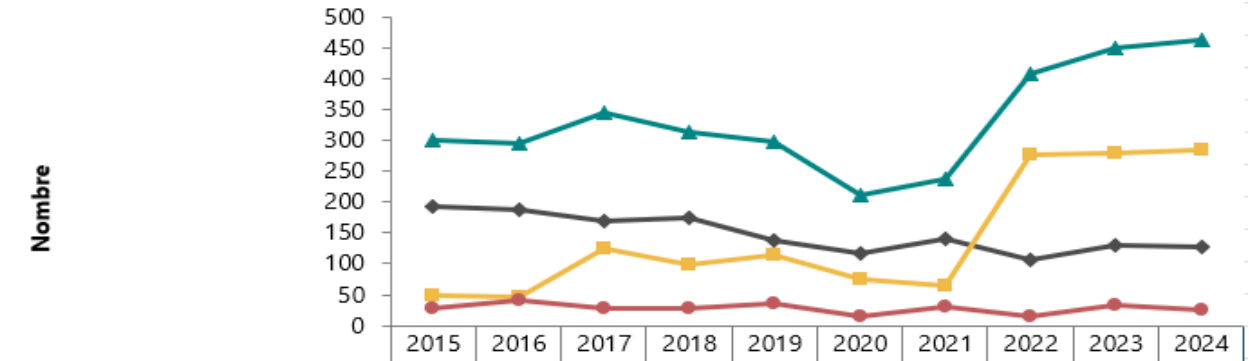
Figure 25 VIH : Taux de premiers diagnostics selon l'âge et le sexe, Québec, 2024



	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-64	65 et +
Hommes	2,4	11,9	22,8	15,8	14,2	11,6	10,4	8,6	4,0	1,0
Femmes	0,0	1,6	4,6	4,2	8,6	6,9	7,7	4,6	1,7	0,8

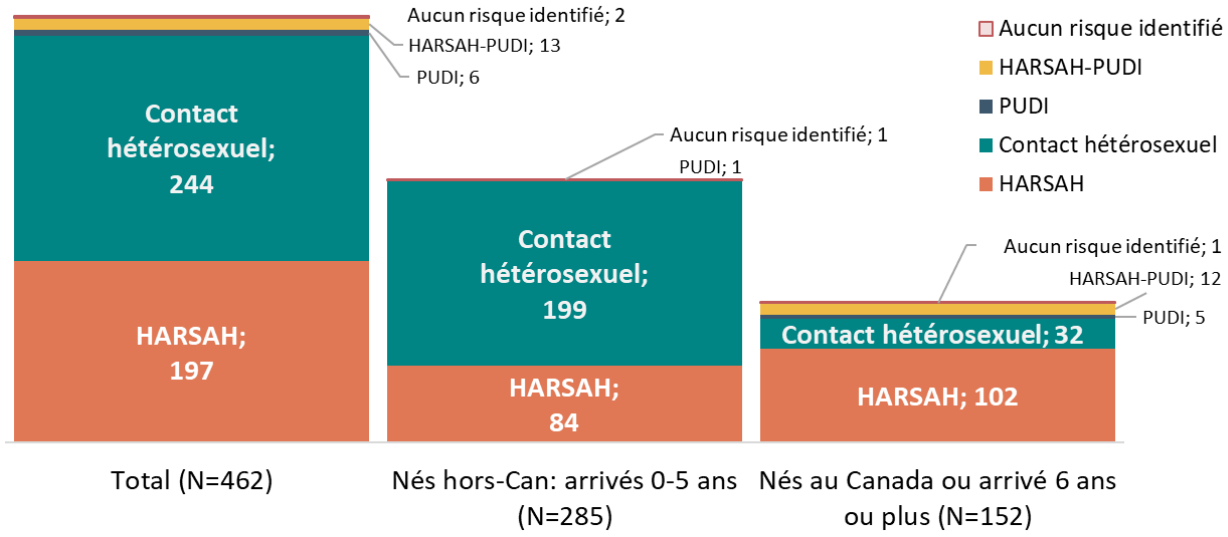
Note : Taux de premiers diagnostics VIH pour 100 000 personnes. Donnée non rapportée pour cinq personnes trans.

Figure 26 VIH : Nombre de premiers diagnostics selon le lieu de naissance et le délai entre l'arrivée et la date de diagnostic, de 2015 à 2024



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Total premiers diagnostics	300	296	345	314	299	211	237	407	449	462
Nés au Canada	194	187	169	175	139	117	140	106	129	127
Nés hors-Can arrivés 0-5 ans	50	47	125	98	115	74	65	278	280	285
Nés hors-Can arrivés 6+ ans	29	41	29	28	37	14	31	16	34	25
Inconnu	27	21	22	13	8	6	1	7	6	25

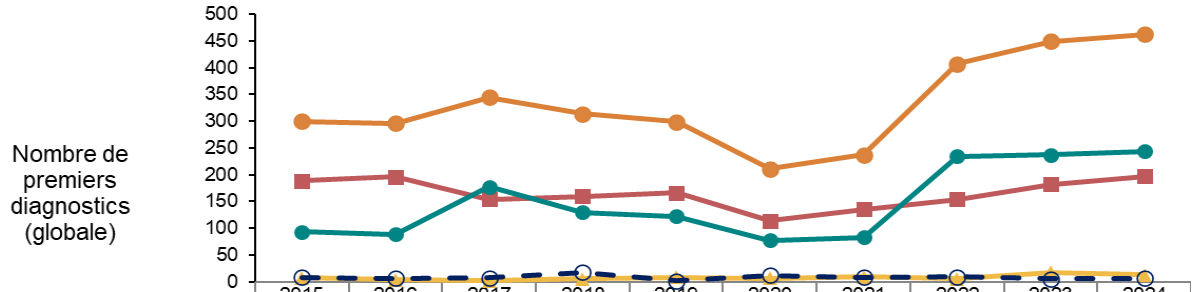
Figure 27 VIH : Caractéristiques des premiers diagnostics en 2024 selon la catégorie d'exposition au VIH, le lieu de naissance et le délai entre l'arrivée et la date de diagnostic



Note : Aucun premier diagnostic lié à la transmission périnatale observé en 2024. Données non présentées pour les personnes avec un lieu de naissance ou une date d'arrivée au Canada inconnue (N = 25 au total : 11 HARSAH, 1 HARSAH-PUDI, 13 contact hétérosexuel).

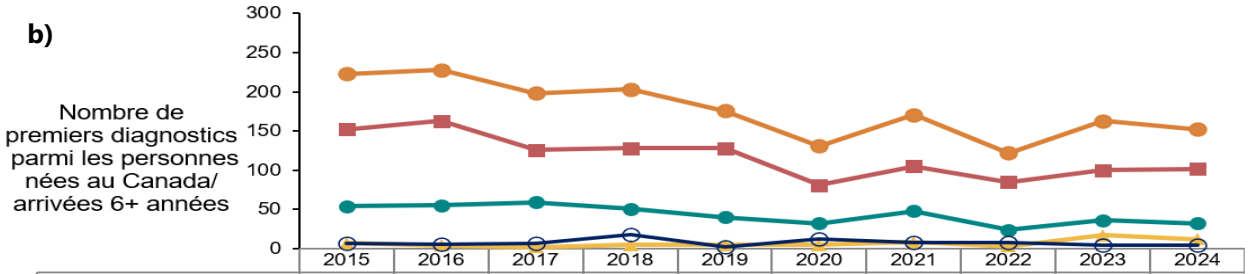
Figure 28 **VIH : Tendances dans le nombre de premiers diagnostics par catégorie d'exposition (globale) et selon le lieu de naissance et le délai entre l'arrivée et la date de diagnostic, de 2015 à 2024**

a)



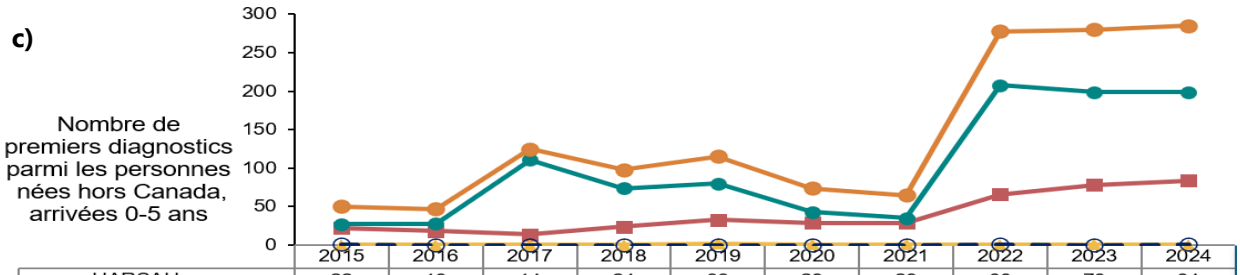
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
HARSAH	189	196	154	160	166	114	135	154	182	197
Contact heterosexuel	93	89	177	130	122	77	83	234	237	244
HARSAH et UDI	7	4	2	5	8	6	9	5	18	13
UDI	8	6	7	18	2	12	8	9	5	6
Autre	3	1	5	1	1	2	2	5	7	2
Total	300	296	345	314	299	211	237	407	449	462

b)



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
HARSAH	152	163	126	128	128	81	105	85	100	102
Contact heterosexuel	54	55	59	51	40	32	48	24	36	32
HARSAH et UDI	7	4	2	5	5	5	8	3	17	12
UDI	7	6	7	18	2	12	8	8	5	5
Autre	3	0	4	1	1	1	2	2	5	1
Total	223	228	198	203	176	131	171	122	163	152

c)



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
HARSAH	22	18	14	24	33	29	29	66	78	84
Contact heterosexuel	27	28	111	74	80	43	35	208	199	199
HARSAH et UDI	0	0	0	0	2	1	1	0	1	0
UDI	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Autre	0	1	0	0	0	1	0	3	2	1
Total	50	47	125	98	115	74	65	278	280	285

Note : a) tous les premiers diagnostics; b) (milieu) parmi les personnes nées au Canada ou nées hors Canada et arrivées depuis six ans ou plus; c) (bas) : parmi les personnes nouvellement arrivées (cinq dernières années) : 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.

9.4 Discussion

Après les perturbations observées pendant la période pandémique (2020-2021), des hausses marquées du nombre de cas de VIH enregistrés ont été observées en 2022 et 2023, dépassant les niveaux prépandémiques. En 2024, ces tendances se sont stabilisées par rapport à 2023, tout en demeurant supérieures aux nombres annuels observés pendant la période 2015-2019.

Les augmentations sont principalement liées à une hausse des premiers diagnostics parmi les personnes nouvellement arrivées au Canada, et des diagnostics antérieurs posés à l'extérieur du pays. À l'inverse, chez les personnes nées au Canada ou établies ici depuis 6 ans ou plus, l'année 2024 poursuit la lente diminution dans le nombre des premiers diagnostics observée entre 2015 et 2019. Ces tendances semblent liées à divers facteurs, notamment l'évolution démographique récente au Québec et des changements dans les politiques d'immigration concernant l'admissibilité au Canada des PVVIH (31–33).

Développements encourageants et défis persistants

La diminution des premiers diagnostics enregistrés chez les populations nées ou établies au Canada est encourageante, malgré un ralentissement de ces tendances dans les années récentes. Ces tendances pourraient refléter un impact des interventions de lutte contre l'infection par le VIH : incluant les thérapies antirétrovirales hautement efficaces entraînant une réduction de la charge virale et du risque de transmission, la prophylaxie préexposition pour le VIH (PPrE), les approches comportementales mieux adaptées et l'accès au dépistage.

Chez les personnes nouvellement arrivées, l'examen médical d'immigration contribue à une détection rapide du VIH. En effet, la moitié des personnes nouvellement arrivées recevant un premier diagnostic du VIH ont été diagnostiquées moins de deux mois après leur arrivée. Cette information permet de distinguer les infections diagnostiquées tôt après l'arrivée de celles possiblement liées à la transmission locale, et ainsi de mieux comprendre l'épidémiologie du VIH au Québec (38).

Toutefois, des défis importants persistent, notamment la forte proportion de premiers diagnostics sans test de dépistage antérieur ainsi qu'une proportion importante de cas détectés tardivement. Il est essentiel que le dépistage du VIH soit accessible pour l'ensemble des personnes qui vivent au Québec, et que les services soient simples à trouver et à utiliser, malgré les divers obstacles (administratifs, linguistiques et structurels) que certaines personnes peuvent rencontrer. 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.

Limites des données

Ces données de surveillance se limitent au moment du premier test positif au Québec enregistré dans le programme provincial de surveillance. Les données sont rapportées par le personnel professionnel de la santé plutôt que directement par les personnes concernées, 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 observées 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.

- Depuis 2022, les taux d'incidence de l'infection gonococcique, de la syphilis infectieuse et de la syphilis congénitale augmentent fortement, prolongeant la tendance amorcée avant la pandémie. Le taux d'incidence de l'infection gonococcique semble toutefois se stabiliser en 2024-2025.
- L'épidémie de syphilis infectieuse, d'abord concentrée à Montréal, progresse désormais dans la plupart des régions et touche de plus en plus la population hétérosexuelle, avec une augmentation particulièrement prononcée chez les femmes.
- Après plus de 25 ans de hausse (hors creux pandémiques), les infections à *Chlamydia trachomatis* diminuent pour la première fois entre 2023 et 2024, avec une nouvelle baisse prévue en 2025.
- Les cas déclarés d'hépatite B augmentent en 2023 et 2024.
- L'hépatite C poursuit sa diminution, surtout chez les hommes, de 2023 à 2024, avec une baisse supplémentaire projetée en 2025; les taux demeurent stables chez les femmes.
- En matière d'antibiorésistance, 16 % des isolats de *Neisseria gonorrhoeae* étaient résistants à l'azithromycine en 2024 (deuxième baisse annuelle). Deux isolats non sensibles aux céphalosporines de 3^{e} génération ont été détectés, dont un ultrarésistant. L'antibiorésistance de *N. gonorrhoeae* constitue une préoccupation majeure de santé publique.
- Le taux de premiers diagnostics de VIH a augmenté de 45 % entre 2019 et 2024, surtout parmi les personnes arrivées au Canada depuis moins de 6 ans. À l'inverse, le taux de premiers diagnostics diminue chez les personnes nées au Canada ou établies depuis six ans ou plus.

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 ou une partenaire constituent également des interventions essentielles afin d'éviter les complications médicales des ITSS et contrôler la transmission.

11 RÉFÉRENCES

1. Blouin K, Diallo D, Dionne M, Labbé AC, Veillette-Bourbeau L, Venne S. Enquête épidémiologique sur la situation de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) au Québec, données 2013-2019. [Internet]. Institut national de santé publique du Québec; janv 2022. Disponible sur : https://www.inspq.qc.ca/publications/2825

2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang [Internet]. nov 2019. Disponible sur : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000090/

3. Holmes K, Sparling P, Stamm W, Piot P, Wasserheit J, Corey L, et al. Sexually Transmitted Diseases. 4th edition. The McGraw-Hill Companies: New York; 2007. 2192 p.

4. Agence de la santé publique du Canada. Plan d'action 2024-2030 du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) [Internet]. 2024. Disponible sur : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/plan-action-2024-2030-infections-transmissibles-sexuellement-et-par-sang.html

5. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec - Définitions nosologiques - Maladies d'origine infectieuse - 13e édition - Mise à jour février 2026. [Internet]. 2026. Disponible sur : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000480/

6. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Estimations et projections de population par territoire sociosanitaire [Internet]. 2025. Disponible sur : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001617/

7. Götz H, Hoebe C, van Bergen J, Brouwers E, Op de Coul EOD, Fennema J, et al. 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. Sexually Transmitted Infections. 2011;A21-2.

8. Hosenfeld CB, Workowski KA, Berman S, Zaidi A, Dyson J, Mosure D, et al. Repeat infection with Chlamydia and gonorrhea among females: a systematic review of the literature. Sex Transm Dis. août 2009;36(8):478-89. doi:10.1097/OLQ.0b013e3181a2a933 PubMed PMID: 19617871.

9. Instituts de recherche en santé du Canada. Qu'est-ce que le genre? Qu'est-ce que le sexe? [Internet]. 2023. Disponible sur : https://cihr-irsc.gc.ca/f/48642.html

10. Comité interministériel de terminologie sur l'équité, la diversité et l'inclusion, Gouvernement du Canada. 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. [Internet]. 2025. Disponible sur : https://nos-langues.canada.ca/fr/publications/equite-diversite-inclusion-equity-diversity-inclusion-fra

11. Tordoff DM, Minalga B, Gross BB, Martin A, Caracciolo B, Barbee LA, et al. Erasure and Health Equity Implications of Using Binary Male/Female Categories in Sexual Health Research and Human Immunodeficiency Virus/Sexually Transmitted Infection Surveillance: Recommendations for Transgender-Inclusive Data Collection and Reporting. Sex Transm Dis. 1 févr 2022;49(2):e45-9. doi:10.1097/OLQ.0000000000001533 PubMed PMID: 34407018; PubMed Central PMCID: PMC8755589.

12. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide d'intervention sur les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire - Édition 2014 [Internet]. 2014. Disponible sur : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000100/

13. Régie de l'assurance maladie du Québec. Annexe H - Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) [Internet]. 2026. Disponible sur : https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/media/20226

14. Institut national de santé publique du Québec. Traitement accéléré du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une chlamydiose ou d'une gonorrhée qui n'ont pas consulté un professionnel autorisé à délivrer une ordonnance [Internet]. 2018. Disponible sur : https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/traitement-accelere-des-partenaires-tap-de-personnes-atteintes-d-infection-chlamydia-trachomatis-ou-neisseria-gonorrhoeae

15. Lefebvre B, Labbé AC. Sommaire des résultats d'antibiorésistance des souches de *Neisseria gonorrhoeae* au Québec en 2024. [Internet]. Institut national de santé publique du Québec; janv 2026. Disponible sur : https://www.inspq.qc.ca/publications/3773

16. WHO warns of rising, worrisome levels of drug-resistant gonorrhea [Internet]. 2025. Disponible sur : https://www.cidrap.umn.edu/gonorrhea/who-warns-rising-worrisome-levels-drug-resistant-gonorrhea

17. Enhanced Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme (EGASP): gonorrhoea treatment optimization, 2024 report [Internet]. nov 2025. Disponible sur : https://www.who.int/publications/i/item/9789240117297

18. Institut national d'excellence en santé et services sociaux. Guide d'usage optimal - Infection confirmée à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* [Internet]. 2024. Disponible sur : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/Guide_ITSS-Chlamydia_gonorrhoeae.pdf

19. Ministère de la Santé et des Services sociaux. La prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine : Guide pour les professionnels de la santé du Québec [Internet]. 2019. Disponible sur : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-334-02W.pdf

20. Kiely M, Ouakki M, Brousseau N, Dubé È, Audet D. Étude sur la couverture vaccinale des enfants québécois âgés de 1 an, 2 ans et 7 ans, 2021. [Internet]. Institut national de santé publique du Québec; 2024. Disponible sur : https://www.inspq.qc.ca/publications/3570

21. 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. [Internet]. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.; janv 2019. Disponible sur : https://www.engage-men.ca/wp-content/uploads/2022/09/2022-08-04_RTO-publishing-2.pdf

22. 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 : Faits saillants de la cohorte 2017-2023. [Internet]. Direction régionale de sante publique de Montreal et Institut de Recherche du Centre Universitaire de Sante de McGill.; juin 2025. Disponible sur : https://www.engage-men.ca/wp-content/uploads/2025/07/Faits_Saillants_de_la_Cohorte_Engage_2017-2023_compressee.pdf

23. 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. [Internet]. 2024. Disponible sur : http://www.catie.ca

24. Agence de la santé publique du Canada. Les progrès du Canada vers l'élimination de l'hépatite virale en tant que problème de santé publique. [Internet]. 2024. Disponible sur : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/progres-vers-elimination-hepatite-virale-menace-2021.html

25. 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 [Internet]. 2016. Disponible sur : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250577/WHO-HIV-2016.06-fre.pdf

26. Passos-Castilho AM, Murphy DG, Blouin K, Benedetti A, Panagiotoglou D, Bruneau J, 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. 1 mars 2024;16(3):389. doi:10.3390/v16030389 PubMed PMID : 38543755; PubMed Central PMCID: PMC10975766.

27. 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. [Internet]. 2019. Disponible sur : https://www.canhepc.ca/fr/publication

28. Blouin K, Leclerc P, Morissette C, Diabaté S, Cholette F. Surveillance des maladies infectieuses chez les personnes qui utilisent des drogues par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2024 – Épidémiologie du VHC de 2003 à 2024 [Internet]. Institut national de santé publique du Québec; 2026. Disponible sur : (à paraître)

29. Greenwald Z, Sylvain D, Blouin K, Savard N, Touchette JS. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2023 et 2024 [Internet]. 2026. Disponible sur : (à paraître)

30. Institut de la statistique du Québec. Le bilan démographique du Québec, édition 2024 [Internet]. 2024. Disponible sur : https://statistique.quebec.ca/en/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2024.pdf

31. Gouvernement du Canada, Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. Politique d'intérêt public temporaire concernant le fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé [Internet]. 2018. Disponible sur : https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/mandat/politiques-directives-operationnelles-ententes-accords/fardeau-excessif-juin-2018.html

32. Gouvernement du Canada, Gazette du Canada. Règlement modifiant le Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés (fardeau excessif) : DORS/2022-39. Partie 2, Volume 156, Numéro 6; 2022.

33. Gouvernement du Canada, Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. Mises à jour concernant l'exécution des programmes : Fin de la Politique sur la notification automatique des partenaires pour les demandeurs qui sont déclarés séropositifs pour le VIH dans les catégories du regroupement familial et des personnes à charge de réfugiés [Internet]. 2023. Disponible sur : https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/publications-guides/bulletins-guides-operationnels/mises-a-jour/2023-notification-partenaires-vih.html

34. Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Optimiser le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine au Québec à l'ère des nouvelles stratégies de prévention [Internet]. Institut national de santé publique du Québec; 2019. Disponible sur : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2489_optmisier_depistage_vih.pdf

35. Agence de la santé publique du Canada. Estimations 95-95-95 pour le VIH (communication personnelle de Nashira Popovic (ASPC), août 2026). Les estimations présentées ont été produites à l'aide d'une méthodologie différente de celle utilisée pour les estimations publiées antérieurement. Elles ne sont donc pas directement comparables aux estimations des années précédentes.

36. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). 90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida [Internet]. 2014 [cité 8 sept 2023]. Disponible sur : https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/90-90-90

37. Global Task Team on 2030 Targets Recommendations. Global HIV Target Setting for 2030. UNAIDS [Internet]. 2025. Disponible sur : https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-03/20250328_recommended_2030_HIV_targets_livedocument_en.pdf

38. Doyle C, Xia Y, Flores Anato JL, Maheu-Giroux M. Revue globale des pratiques de surveillance du VIH [Internet]. Agence de la santé publique du Canada; 2025. Disponible sur : https://publications.gc.ca/site/eng/9.947640/publication.html

39. Labbé AC, Trudelle A, Dolcé P, Béliveau C, Martel-Laferrière V, Vachon ML, et al. Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite C [Internet]. Institut national de santé publique du Québec; déc 2015. Disponible sur : https://www.inspq.qc.ca/publications/1972

40. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Prélèvements et analyses recommandés chez une personne asymptomatique – Infections à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* et lymphogranulomatose vénérienne - Intervention préventive relative aux ITSS [Internet]. 2019. Disponible sur : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-308-10W.pdf

41. Lefebvre B, Labbé AC. Surveillance des souches de *Neisseria gonorrhoeae* résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec : rapport 2022 [Internet]. Institut national de santé publique du Québec; 2023. Disponible sur : https://www.inspq.qc.ca/publications/3579

42. Lefebvre B, Labbé AC. Sommaire des résultats d'antibiorésistance des souches de *Neisseria gonorrhoeae* au Québec en 2023 [Internet]. Institut national de santé publique du Québec; avr 2025. Disponible sur : https://www.inspq.qc.ca/publications/3650

43. Ministère de la Santé et des Services sociaux. La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C - Guide pour les professionnels de la santé du Québec [Internet]. 2022. Disponible sur : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002023/

44. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Traitement accéléré des partenaires (TAP) pour les infections à *Chlamydia trachomatis* (CT) et à *Neisseria gonorrhoeae* (NG) - Aide-mémoire pour les cliniciens [Internet]. 2021. Disponible sur : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002402/

ANNEXE 1 TESTS DE LABORATOIRE POUR LES ITSS

Cette section présente le nombre de tests de laboratoire pour l'infection à *C. trachomatis*, l'infection gonococcique, les infections par le VHC et par le VIH effectués au Québec au cours des dernières années, ainsi que les taux pour 100 000 personnes (la méthode est décrite à la section 2.3). Cette information aide à interpréter les tendances temporelles des ITSS décrites dans les chapitres précédents.

Tests de laboratoire pour *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*

- Le taux de tests de détection de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* a augmenté progressivement jusqu'en 2019-2020, puis a diminué pendant la pandémie de COVID-19 (figure 29). Un maximum de 1 095 630 tests effectués a été atteint en 2024-2025, soit le nombre le plus élevé depuis que cette donnée est colligée, et une hausse de 34 % du taux de tests depuis 2015-2016 et de 9,9 % depuis 2019-2020 (figure 29).
- Le taux de tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN)[19] aux sites anatomiques extragénitaux augmente progressivement.
- Le taux de prélèvements effectués pour la culture de *N. gonorrhoeae* a diminué de manière importante en 2020-2021 mais est demeuré stable depuis.

Tests de laboratoire pour le VHC

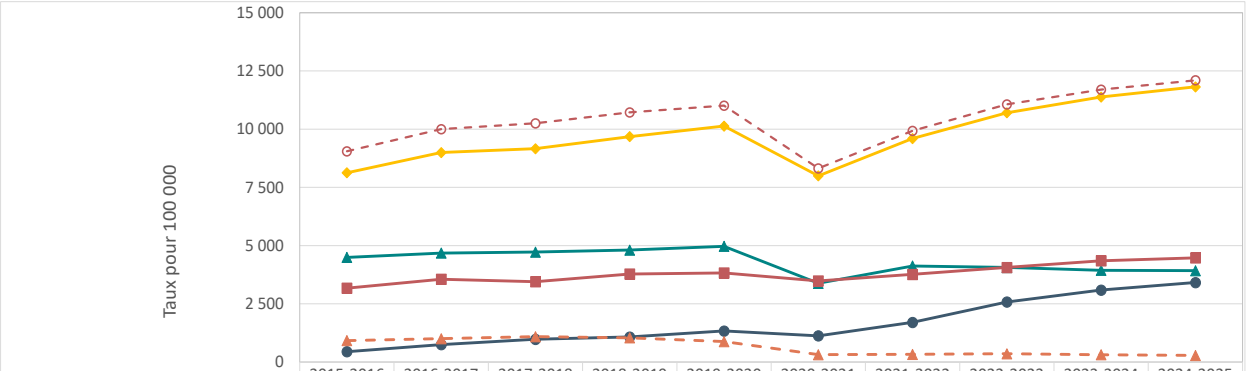
- La détection du VHC implique généralement deux étapes (39) : 1) la détection des anti-VHC, qui permet d'identifier les personnes ayant déjà été infectées au cours de leur vie, et 2) la détection des acides ribonucléiques (ARN) par un TAAN qualitatif ou quantitatif, permettant de préciser la présence ou non d'une infection active.
- Le taux de tests effectués pour la sérologie anti-VHC suit une tendance similaire à ce qui a été observé pour *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*, c'est-à-dire une tendance globale à la hausse et une diminution en 2020-2021 (figure 30). Le taux de sérologies anti-VHC a augmenté de 29 % entre 2015-2016 et 2023-2024.
- La détection de l'ARN du VHC tend à diminuer légèrement, mais est stable pour les trois dernières années.

[19] Les TAAN permettent la détection des acides nucléiques du pathogène. Les tests de sérologie évaluent la présence d'anticorps contre un pathogène (anti-VHC par exemple).

Tests de dépistage du VIH

- Hormis les années de la pandémie de COVID-19 où une diminution a été observée, le taux de tests de dépistage pour le VIH se maintient à des niveaux relativement stables. Le taux de tests le plus élevé a été observé en 2024 (figure 31).
- En 2024, 579 839 tests ont été réalisés dans le réseau des laboratoires publics pour le VIH (6 400 tests pour 100 000 personnes). Ceci représente une augmentation de 12 % par rapport au taux de tests du VIH en 2023 et de 13 % par rapport à 2019.

Figure 29 Taux de tests de détection de Chlamydia trachomatis et de Neisseria gonorrhoeae réalisés dans les laboratoires publics au Québec, de 2015-2016 à 2024-2025



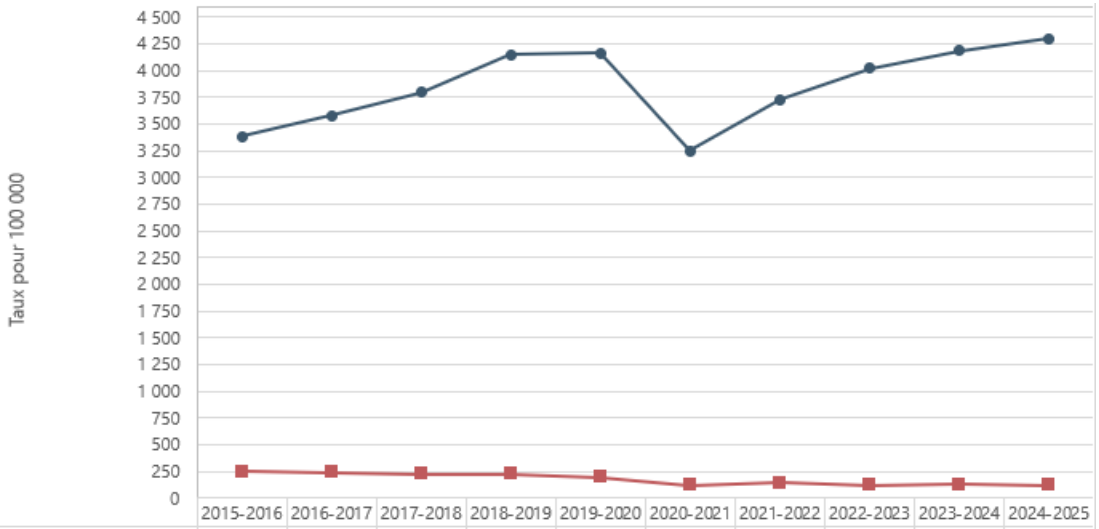
	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025
TAAN spécimen génital (taux)	4 495	4 679	4 722	4 811	4 970	3 383	4 126	4 062	3 939	3 923
TAAN spécimen urinaire (taux)	3 176	3 558	3 452	3 783	3 827	3 486	3 764	4 064	4 350	4 475
TAAN spécimen extragénital (taux)	446	750	980	1 079	1 336	1 128	1 706	2 579	3 092	3 416
TAAN total* (taux)	8 128	8 996	9 160	9 678	10 133	7 997	9 596	10 704	11 382	11 814
Culture N. gonorrhoeae (taux)	922	1 004	1 092	1 042	879	319	330	358	317	284
Culture C. trachomatis (taux)	11	8	6	7	4	0	0	0	0	0
TAAN + culture (taux)	9 050	10 000	10 252	10 721	11 012	8 316	9 926	11 062	11 698	12 098
TAAN + culture (N)	739 929	822 507	850 200	899 141	934 141	711 133	850 887	959 443	1 035 077	1 095 630

* Le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) utilisé au Québec est majoritairement[20] un test duplex détectant à la fois *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. La période couverte pour chacune des années réfère à l'année financière soit du 1er avril au 31 mars.

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 3 octobre 2025.

[20] À partir de 2019-2020, seul le TAAN duplex est utilisé.

Figure 30 Taux de tests de laboratoire pour le VHC réalisés dans les laboratoires publics au Québec, de 2015-2016 à 2024-2025

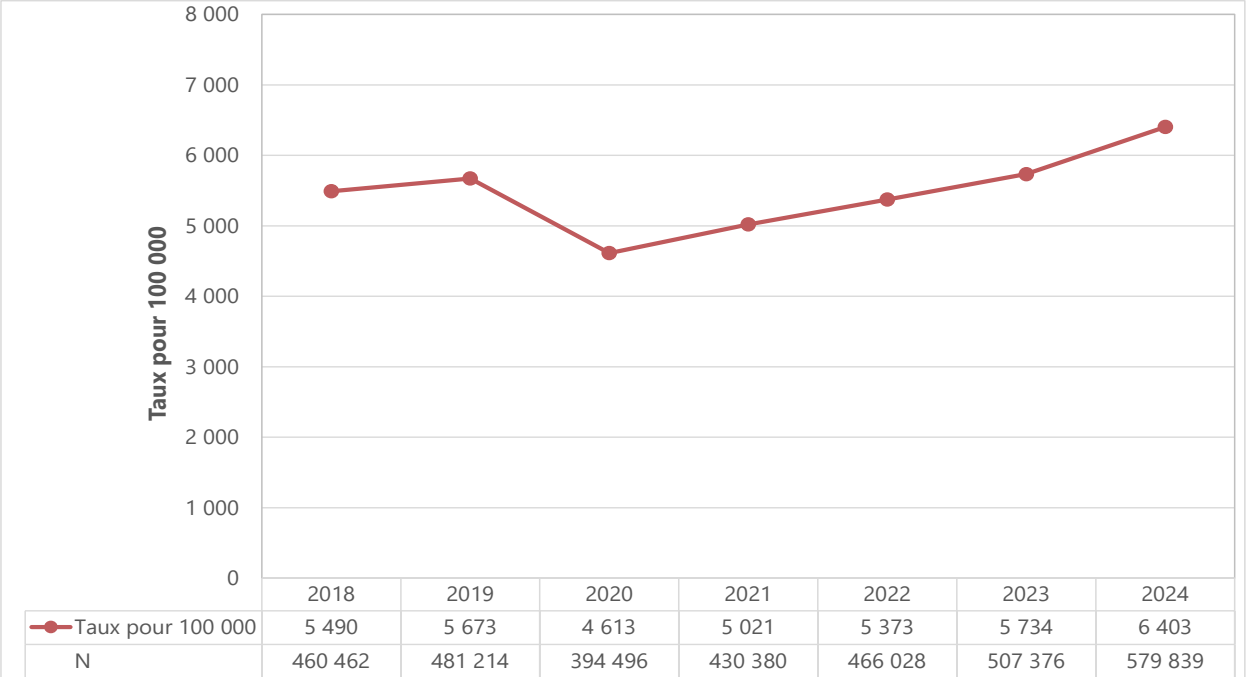


	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025
Anti-VHC (taux)	3 381	3 579	3 799	4 153	4 161	3 250	3 727	4 022	4 186	4 301
TAAN VHC qualitatif + quantitatif (taux)	249	240	227	224	194	123	145	122	126	124
Anti-VHC (N)	276 451	294 405	315 021	348 271	352 997	277 893	319 455	348 871	370 347	389 463
TAAN VHC qualitatif + quantitatif (N)	20 380	19 712	18 866	18 774	16 422	10 520	12 426	10 570	11 135	11 194

Note : La période couverte pour chacune des années réfère à l'année financière soit du 1er avril au 31 mars.
Anti-VHC : détection des anti-VHC (anticorps contre le VHC) par une sérologie.

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 3 octobre 2025.

Figure 31 Nombre de tests de dépistage[21] du VIH réalisés dans les laboratoires publics au Québec, de 2019 à 2024



	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Taux pour 100 000	5 490	5 673	4 613	5 021	5 373	5 734	6 403
N	460 462	481 214	394 496	430 380	466 028	507 376	579 839

Note : Exclut les tests de confirmation au LSPQ. La période couverte pour chacune des années réfère à l'année civile.

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.

[21] Comprend les tests de laboratoire pour la détection d'anticorps et d'antigène. La détection d'antigènes (généralement une protéine) permet de détecter la présence du pathogène.

Discussion

- Les TAAN pour la détection de *C. trachomatis et N. gonorrhoeae* aux sites extragénitaux sont disponibles depuis le début des années 2010 et recommandés dans le Guide québécois de dépistage des ITSS depuis 2013, 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 trousses 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 recommandée (40).
- La hausse des tests de détection aux sites extragénitaux explique en partie l'augmentation progressive des taux de *N. gonorrhoeae* enregistrés depuis 2013, en particulier chez les hommes. 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 constants (15,41,42).
- La légère diminution du taux de tests de détection par TAAN de l'ARN du VHC doit être interprétée avec prudence car les indications cliniques d'effectuer ces tests peuvent varier d'une situation à l'autre (43).
- 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 laboratoire peuvent avoir été effectués pour un même épisode clinique et à plusieurs sites anatomiques. Le nombre de tests effectués par année n'est donc pas équivalent à un épisode clinique ou au nombre de personnes dépistées par année.
- La source de données Centralab ne contient aucune information sociodémographique et ne permet donc pas de mettre en perspective les résultats en fonction des groupes ciblés par le dépistage. Les résultats des analyses de laboratoires ne sont pas disponibles dans cette base de données.
- Les résultats sous-estiment probablement le nombre de tests de laboratoire effectués au Québec, car les analyses effectuées dans des laboratoires privés ne sont pas comptabilisées.

ANNEXE 2 NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE DE CERTAINES ITSS SELON L'ÂGE ET LE SEXE, QUÉBEC, 2024

Tableau 9 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence[1] de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, hommes, Québec, 2024

Âge	Infection à *C. trachomatis*		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	9	23	1	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1-9	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5	2	0,5	0	0,0
10-14	13	5,1	7	2,8	0	0,0	0	0,0	2	0,8	1	0,4	0	0,0
15-19	1 114	453	199	81	0	0,0	16	6,5	12	4,9	0	0,0	6	2,4
20-24	2 812	1049	949	354	4	1,5	86	32	38	14	9	3,4	32	12
25-29	2 128	692	1 382	450	16	5,2	153	50	77	25	30	9,8	70	23
30-34	1 659	495	1 509	450	17	5,1	176	52	143	43	48	14	53	16
35-39	1 107	357	1 103	356	16	5,2	167	54	151	49	54	17	44	14
40-44	728	228	767	240	14	4,4	137	43	117	37	59	18	37	12
45-49	437	146	515	172	6	2,0	90	30	105	35	57	19	31	10,4
50-54	290	108	342	128	7	2,6	86	32	54	20	35	13	23	8,6
55-64	328	55	466	78	14	2,3	149	25	52	8,7	142	24	24	4,0
65 et +	132	15	186	21	4	0,4	69	7,8	73	8,2	103	12	9	1,0
Inconnu	25		29		0		3		3		0			
Total	**10 783**	**237**	**7 455**	**164**	**98**	**2,2**	**1 132**	**25**	**829**	**18**	**540**	**12**	**329**	**7,2**

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 premiers diagnostics (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. Données du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ).

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'incidence[1] de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, femmes, Québec, 2024

Âge	Infection à *C. trachomatis*		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	7,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	1	2,6	0	0,0
1-9	1	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0
10-14	169	70	25	10,3	0	0,0	0	0,0	3	1,2	1	0,4	0	0,0
15-19	3 665	1551	263	111	0	0,0	17	7,2	6	2,5	0	0,0	0	0,0
20-24	4 993	1993	597	238	0	0,0	47	19	31	12	4	1,6	4	1,6
25-29	2 767	986	533	190	0	0,0	31	11	71	25	15	5,3	13	4,6
30-34	1 566	506	446	144	0	0,0	38	12	113	37	27	8,7	13	4,2
35-39	843	289	261	90	0	0,0	33	11	107	37	36	12	25	8,6
40-44	493	163	192	63	0	0,0	18	5,9	66	22	18	5,9	21	6,9
45-49	260	91	101	35	0	0,0	18	6,3	26	9,1	25	8,7	22	7,7
50-54	148	57	75	29	0	0,0	12	4,6	35	14	17	6,6	12	4,6
55-64	88	15	47	8,0	0	0,0	4	0,7	30	5,1	52	8,8	10	1,7
65 et +	15	1,5	8	0,8	0	0,0	0	0,0	52	5,1	70	6,9	8	0,8
Inconnu	19		4		0		0		1		0			
Total	**15 030**	**334**	**2 553**	**57**	**0**	**0,0**	**218**	**4,8**	**543**	**12,1**	**266**	**5,9**	**128**	**2,8**

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 premiers diagnostics (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. Données du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ).

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'incidence[1] de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, sexes réunis, Québec, 2024

Âge	Infection à *C. trachomatis*		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	13	17	1	1,3	0	0,0	0	0,0	1	1,3	1	1,3	0	0,0
1-9	2	0,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	3	0,4	2	0,2	0	0,0
10-14	184	37	32	6,4	0	0,0	0	0,0	5	1,0	2	0,4	0	0,0
15-19	4 816	999	465	96	0	0,0	33	6,8	18	3,7	0	0,0	6	1,2
20-24	7 898	1 523	1 574	303	4	0,8	133	26	72	14	13	2,5	41	7,9
25-29	4 965	845	1 933	329	16	2,7	184	31	149	25	46	7,8	83	14
30-34	3 271	507	1 970	306	17	2,6	214	33	263	41	75	12	66	10,0
35-39	1 964	327	1 370	228	16	2,7	200	33	259	43	91	15	69	11,0
40-44	1 228	197	961	154	14	2,2	155	25	183	29	78	13	58	9,0
45-49	700	119	616	105	6	1,0	108	18	134	23	82	14	53	9,0
50-54	441	84	418	79	7	1,3	98	19	90	17	55	10	35	6,7
55-64	417	35	515	43	14	1,2	153	13	82	6,9	196	17	34	2,9
65 et +	151	7,9	196	10,3	4	0,2	69	3,6	125	6,5	175	9,2	17	0,9
Inconnu	62		37		0		3		9		0			
Total	**26 112**	**288**	**10 089**	**111**	**98**	**1,1**	**1 350**	**15**	**1 393**	**15**	**816**	**9,0**	**462**	**5,1**

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 premiers diagnostics (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. Données du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ).

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 2025p (projections pour 2025)

Région	2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025p		Variation 2024-2019			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
01 - Bas-Saint-Laurent	453	230	365	184	334	168	327	163	321	158	285	139	240	117	-168	-37	-91	-39
02 - Saguenay—Lac-Saint-Jean	757	274	631	228	729	264	621	222	844	299	653	228	472	164	-104	-14	-47	-17
03 - Capitale-Nationale	2 483	330	2 243	295	1 989	261	2 283	295	2 656	335	2 403	296	2 128	259	-80	-3,2	-34	-10,3
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	1 816	351	1 366	262	1 340	255	1 450	271	1 404	259	1 379	250	1 177	211	-437	-24	-102	-29
05 - Estrie	1 543	315	1 315	264	1 276	252	1 324	257	1 527	292	1 389	261	1 133	210	-154	-10,0	-55	-17
06 - Montréal	8 415	409	6 163	299	6 539	324	7 914	389	8 912	422	8 280	376	6 960	317	-135	-1,6	-32	-7,9
07 - Outaouais	1 410	353	1 115	276	983	241	1 073	260	1 076	257	1 102	258	1 039	241	-308	-22	-95	-27
08 - Abitibi-Témiscamingue	444	302	418	284	378	256	348	235	371	250	337	225	352	235	-107	-24	-76	-25
09 - Côte-Nord	265	294	217	240	151	167	112	124	266	296	288	321	248	278	23	8,7	27	9,2
10 - Nord-du-Québec	34	248	25	185	17	126	13	97	28	209	21	155	18	135	-13	-38	-93	-37
11 - Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	120	134	119	132	103	113	109	119	133	144	121	131	135	146	1,0	0,8	-3	-2,1
12 - Chaudière-Appalaches	989	232	768	178	796	183	781	177	851	190	807	177	715	156	-182	-18	-54	-23
13 - Laval	1 292	295	1 054	239	908	206	1 120	252	1 257	279	1 237	269	1 092	236	-55	-4,3	-26	-8,8
14 - Lanaudière	1 671	325	1 479	283	1 423	267	1 533	283	1 574	285	1 519	270	1 322	233	-152	-9,1	-54	-17
15 - Laurentides	2 103	340	1 786	284	1 695	264	1 903	291	1 763	266	1 576	234	1 312	192	-527	-25	-106	-31
16 - Montérégie	3 881	273	3 240	225	3 028	209	3 515	240	3 593	242	3 411	226	3 290	216	-470	-12	-47	-17
17 - Nunavik	585	4 227	490	3 487	552	3 887	666	4 658	855	5 945	889	6 133	733	5 011	304	52	1 907	45
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	293	1 631	245	1 349	270	1 466	243	1 304	335	1 778	414	2 170	342	1 778	121	41	540	33
Région non précisée/hors Québec	0		1		48		1		7		1		2		1			
Province de Québec	28 554	337	23 035	269	22 559	263	25 336	292	27 773	314	26 112	288	22 709	249	-2 442	-8,6	-48	-14

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 2025p (projections pour 2025)

Région	2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025p		Variation 2024-2019			
	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	26	13	36	18	-3	-10,3	-2,0	-14
02 - Saguenay—Lac-Saint-Jean	38	14	37	13	24	8,7	63	23	48	17	92	32	56	19	54	142	18	133
03 - Capitale-Nationale	384	51	318	42	376	49	702	91	844	106	843	104	651	79	459	120	53	104
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	168	33	104	20	141	27	195	36	216	40	233	42	130	23	65	39	9,7	30
05 - Estrie	216	44	134	27	162	32	184	36	243	46	214	40	197	37	-2	-0,9	-4,0	-9,0
06 - Montréal	4 266	207	3 103	150	3 917	194	4 552	224	5 480	260	5 512	250	5 097	232	1 246	29	43	21
07 - Outaouais	269	67	175	43	164	40	184	45	219	52	307	72	222	51	38	14	4,5	6,6
08 - Abitibi-Témiscamingue	44	30	30	20	13	8,8	26	18	18	12	22	15	76	51	-22	-50	-15	-51
09 - Côte-Nord	2	2	3	3,3	1	1,1	16	18	25	28	31	35	13	15	29	1 450	32	1 458
10 - Nord-du-Québec	5	36	1	7,4	1	7,4	2	15	2	14,9	2	15	3	24	-3	-60	-22	-59
11 - Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	6	7	7	7,8	3	3,3	6	6,5	5	5,4	10	10,8	10	11	4	67	4,1	62
12 - Chaudière-Appalaches	51	12	70	16	83	19	128	29	120	27	150	33	148	32	99	194	21	176
13 - Laval	308	70	223	50	221	50	319	72	314	70	383	83	342	74	75	24	13	18
14 - Lanaudière	299	58	252	48	208	39	323	60	352	64	301	54	355	63	2	0,7	-4,5	-7,8
15 - Laurentides	380	61	246	39	238	37	368	56	393	59	383	57	385	56	3	0,8	-4,6	-7,5
16 - Montérégie	673	47	559	39	684	47	761	52	903	61	951	63	789	52	278	41	16	33
17 - Nunavik	358	2 587	349	2 486	307	2 162	259	1 812	672	4 673	593	4 091	671	4 584	235	66	1 505	58
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	22	122	8	41	9	49	3	16	18	96	36	189	51	265	14	64	66	54
Région non précisée/hors Québec	0		0		11		0		3		0		2					
Province de Québec	7 518	89	5 631	66	6 581	77	8 111	94	9 901	112	10 089	111	9 234	101	2 571	34	23	26

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 2025p (projections pour 2025)

Région	2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025p		Variation 2024-2019			
	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	8	3,9	13	6,4	-1	-11	-0,7	-14
02 - Saguenay—Lac-Saint-Jean	6	2,2	10	3,6	3	1,1	14	5,0	9	3,2	12	4,2	26	9,2	6	100	2,0	92
03 - Capitale-Nationale	59	7,8	46	6,1	22	2,9	50	6,5	133	16,8	170	21	222	27	111	188	13	167
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	19	3,7	20	3,8	12	2,3	19	3,6	31	5,7	35	6,3	48	8,6	16	84	2,7	72
05 - Estrie	39	8,0	25	5,0	20	4,0	32	6,2	24	4,6	32	6,0	39	7,3	-7	-18	-2,0	-25
06 - Montréal	691	34	638	31	468	23	693	34	699	33	595	27	615	28	-96	-14	-6,5	-19
07 - Outaouais	44	11	29	7	35	8,6	44	10,7	44	10,5	33	7,7	35	8,0	-11	-25	-3,3	-30
08 - Abitibi-Témiscamingue	5	3,4	1	0,7	0	0,0	5	3,4	17	11,4	5	3	10	6,6	0	0,0	-0,1	-1,6
09 - Côte-Nord	1	1,1	2	2,2	1	1,1	1	1,1	2	2,2	3	3,3	3	3,7	2	200	2,2	201
10 - Nord-du-Québec	1	7,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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	0	0,0	2	1,8	-2	-100	-2,2	-100
12 - Chaudière-Appalaches	11	2,6	16	3,7	6	1,4	13	2,9	33	7,4	50	11,0	53	11,4	39	355	8,4	327
13 - Laval	34	7,8	24	5,4	19	4,3	40	9,0	52	11,5	50	11	56	12	16	47	3,1	40
14 - Lanaudière	35	6,8	28	5,4	38	7,1	56	10,3	70	12,7	79	14	104	18	44	126	7,3	107
15 - Laurentides	50	8,1	36	5,7	47	7,3	54	8,3	45	6,8	70	10,4	74	11	20	40	2,3	29
16 - Montérégie	148	10,4	126	8,7	104	7,2	142	9,7	146	9,8	165	10,9	187	12,3	17	11	0,5	5,0
17 - Nunavik	59	426	70	495	82	577	80	560	68	473	42	290	44	303	-17	-29	-137	-32
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	4	22	5	27	0	0	0	0	3	17,1	0	ND	0,0	ND
Région non précisée/hors Québec	0		0		0		0		0		1	0,0	0		1		0,0	
Province de Québec	1 213	14	1 072	13	864	10	1 256	14	1 390	15,7	1 350	15	1 534	17	137	11	0,6	4

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 2025p (projections pour 2025)

Région	2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025p		Variation 2024-2019			
	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	1	0,5	3	1,6	1	ND	0,5	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	13	1,6	18	2,2	8	160	0,9	141
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	2	0,4	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	3	0,6	-2	-100	-0,4	-100
05 - Estrie	1	0,2	3	0,6	3	0,6	1	0,2	5	1,0	0	0,0	3	0,6	-1	-100	-0,2	-100
06 - Montréal	109	5,3	103	5,0	66	3,3	102	5,0	71	3,4	61	2,8	82	3,7	-48	-44	-2,5	-48
07 - Outaouais	2	0,5	0	0,0	3	0,7	4	1,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	-2	-100	-0,5	-100
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	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	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	7	1,5	2	0,4	4	133	0,8	119
13 - Laval	2	0,5	3	0,7	1	0,2	2	0,5	2	0,4	1	0,2	2	0,4	-1	-50	-0,2	-52,4
14 - Lanaudière	3	0,6	1	0,2	0	0,0	6	1,1	2	0,4	2	0,4	13	2,3	-1	-33	-0,2	-39
15 - Laurentides	1	0,2	2	0,3	0	0,0	4	0,6	3	0,5	5	0,7	3	0,5	4	400	0,6	359
16 - Montérégie	6	0,4	11	0,8	7	0,5	12	0,8	8	0,5	8	0,5	10	0,6	2	33	0,1	26
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	98	1,1	140	1,5	-36	-27	-0,5	-31

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 2025p (projections pour 2025)

Région	2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025p		Variation 2024-2019			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
01 - Bas-Saint-Laurent	7	3,6	1	0,5	5	2,5	5	2,5	4	2,0	13	6,3	13	6,4	6	86	2,8	79
02 - Saguenay—Lac-Saint-Jean	6	2,2	6	2,0	9	3,3	23	8,2	22	7,8	18	6,3	15	5,1	12	200	4,1	189
03 - Capitale-Nationale	62	8,2	27	3,5	52	6,8	73	9,4	95	12	130	16	156	19	68	110	7,8	94
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	22	4,3	12	2,2	20	3,8	41	7,7	42	7,7	45	8,2	48	8,6	23	105	3,9	92
05 - Estrie	29	5,9	17	3,4	26	5,1	35	6,8	45	8,6	42	7,9	67	13	13	45	2,0	33
06 - Montréal	620	30	412	20	370	18	443	22	538	26	737	33	635	29	117	19	3,4	11
07 - Outaouais	53	13	58	14	60	15	39	9,5	33	7,9	47	11	58	13	-6	-11	-2,3	-17
08 - Abitibi-Témiscamingue	3	2,0	4	2,7	13	8,8	10	6,8	8	5,4	13	8,7	10	6,6	10	333	6,6	326
09 - Côte-Nord	9	10,0	2	2,2	3	3,3	4	4,4	6	6,7	11	12,2	12	13	2	22	2,3	23
10 - Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	22	0	0,0	4	30	7	49	4	ND	29,6	ND
11 - Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	1	1,1	1	1,1	2	2,2	1	1,1	4	4,3	4	4,3	2	1,8	3	300	3,2	288
12 - Chaudière-Appalaches	6	1,4	15	3,5	23	5,3	22	5,0	27	6,0	33	7,3	38	8,2	27	450	5,8	416
13 - Laval	62	14	29	6,5	42	9,5	38	8,6	57	13	58	13	62	13	-4	-6,5	-1,5	-11
14 - Lanaudière	13	2,5	9	1,7	18	3,4	18	3,3	30	5,4	39	6,9	33	5,8	26	200	4,4	175
15 - Laurentides	33	5,3	22	3,5	24	3,7	22	3,4	30	4,5	28	4,2	28	4,1	-5	-15	-1,2	-22
16 - Montérégie	160	11	106	7,4	125	8,6	136	9,3	145	9,8	170	11,3	171	11	10	6,3	0,0	0,0
17 - Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,9	2	11	1	ND	6,9	ND
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	1	5,4	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	1 086	13	719	8	795	9,3	913	10,5	1 086	12	1 393	15	1 356	15	307	28	2,6	20

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 2025p (projections pour 2025)

Région	2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025p		Variation 2024-2019			
	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	13	6,5	5	2,5	5	2,5	9	4,4	5	2,4	-4	-31	-2,2	-33
02 - Saguenay—Lac-Saint-Jean	22	8,0	19	6,9	20	7,2	17	6,1	27	9,6	18	6,3	18	6,3	-4	-18	-1,7	-21
03 - Capitale-Nationale	102	14	73	9,6	49	6,4	63	8,1	81	10,2	49	6,0	53	6,4	-53	-52	-7,5	-55
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	37	7,2	33	6,3	34	6,5	49	9,2	58	10,7	47	8,5	30	5,3	10	27	1,4	19
05 - Estrie	56	11	43	8,6	33	6,5	33	6,4	57	10,9	31	5,8	35	6,4	-25	-45	-5,6	-49
06 - Montréal	441	21	294	14	223	11	255	13	393	19	344	16	232	11	-97	-22	-5,8	-27
07 - Outaouais	78	20	50	12	74	18	54	13	39	9,3	30	7,0	31	7,2	-48	-62	-12,5	-64
08 - Abitibi-Témiscamingue	14	9,5	8	5,4	16	10,8	11	7,4	16	10,8	14	9,4	15	9,9	0	0	-0,2	-2
09 - Côte-Nord	12	13	14	16	20	22	11	12	11	12	4	4,5	7	7,4	-8	-67	-8,8	-67
10 - Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,4	1	7,4	0	0,0	1	ND	7,4	ND
11 - Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	11	12	6	6,7	10	11	8	8,7	5	5,4	10	10,8	10	10,7	-1	-9	-1,4	-12
12 - Chaudière-Appalaches	24	5,6	29	6,7	46	10,6	26	5,9	31	6,9	25	5,5	18	3,9	1	4,2	-0,1	-2,2
13 - Laval	35	8,0	37	8,3	36	8,2	41	9,2	34	7,5	53	12	35	7,5	18	51	3,5	44
14 - Lanaudière	55	10,7	39	7,4	35	6,6	34	6,3	31	5,6	28	5,0	38	6,7	-27	-49	-5,7	-53
15 - Laurentides	51	8,2	20	3,2	10	1,6	7	1,1	56	8,4	71	10,5	51	7,5	20	39	2,3	28
16 - Montérégie	122	8,6	115	8,0	116	8,0	94	6,4	74	5,0	82	5,4	89	5,8	-40	-33	-3,2	-37
17 - Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	14	0	0,0	2	11	0	ND	0,0	ND
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	2	11	1	5,5	2	10,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,5	-2	-100	-11,1	-100
Région non précisée/hors Québec	0		0		2		0		0		0		0		0		0,0	
Province de Québec	1 092	13	790	9,2	771	9,0	738	8,5	937	10,6	816	9,0	668	7,3	-276	-25	-3,9	-30

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 premiers diagnostics, selon la région, Québec, de 2019 à 2024

Région	2019		2020		2021		2022		2023		2024		Variation 2024-2019			
	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	% N	Tx	% Tx
01 - Bas-Saint-Laurent	2	1,0	1	0,5	0	0,0	1	0,5	2	1,0	7	3,4	5	250	2	239
02 - Saguenay—Lac-Saint-Jean	3	1,1	8	2,9	1	0,4	5	1,8	3	1,1	1	0,4	-2	-67	-1	-68
03 - Capitale-Nationale	20	2,7	23	3,0	18	2,4	18	2,3	28	3,5	52	6,4	32	160	4	141
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	10	1,9	5	1,0	5	1,0	7	1,3	3	0,6	13	2,4	3	30	0	22
05 - Estrie	3	0,6	5	1,0	3	0,6	2	0,4	10	1,9	9	1,7	6	200	1	177
06 - Montréal	185	9,0	115	5,6	135	6,7	303	15	309	15	267	12	82	44	3	35
07 - Outaouais	10	2,5	8	2,0	14	3,4	5	1,2	11	2,6	12	2,8	2	20	0	12
08 - Abitibi-Témiscamingue	3	2,0	3	2,0	4	2,7	0	0,0	4	2,7	8	5,4	5	167	3	162
09 - Côte-Nord	0	0,0	1	1,1	0	0,0	2	2,2	1	1,1	4	4,5	4	ND	4	ND
10 - Nord-du-Québec	1	7,3	1	7,4	1	7,4	0	0,0	0	0,0	1	7,4	0	0	0	1,5
11 - Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	1	1,1	0	0,0	0	0,0	2	2,2	0	0,0	0	0,0	-1	-100	-1	-100
12 - Chaudière-Appalaches	4	0,9	6	1,4	2	0,5	3	0,7	6	1,3	7	1,5	3	75	1	64
13 - Laval	12	2,7	6	1,4	11	2,5	13	2,9	17	3,8	16	3,5	4	33	1	27
14 - Lanaudière	5	1,0	3	0,6	5	0,9	9	1,7	12	2,2	18	3,2	13	260	2	231
15 - Laurentides	11	1,8	9	1,4	4	0,6	8	1,2	10	1,5	11	1,6	0	0	0	-8,4
16 - Montérégie	29	2,0	16	1,1	33	2,3	29	2,0	33	2,2	36	2,4	7	24	0	17
17 - Nunavik	0	0,0	1	7,1	1	7,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	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	ND
Région non précisée/hors Québec																
Province de Québec	299	3,5	211	2,5	237	2,8	407	4,7	449	5,1	462	5,1	163	55	2	45

Note : Taux pour 100 000 personnes; ND : non disponible; variation non calculable en raison d'un nombre de cas nul en 2019 ou en 2024.
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 2024

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 médicaments[22] prescrits, 2019-2024

Le nombre total de médicaments prescrits a diminué de 33 % entre 2019 et 2024; il est passé de 79 529 médicaments prescrits en 2019 à 53 393 en 2024 (tableau 19).

Les antibiotiques prescrits le plus fréquemment en 2024 sont la doxycycline, la ceftriaxone, l'azithromycine, 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 35 485 en 2024, soit une diminution de 24 % (tableau 21). En 2024, plus de la moitié des personnes recevant des ordonnances sont des hommes (59 %) et le rapport hommes/femmes augmente légèrement entre 2019 (1,4) et 2024 (1,5).

En 2024, la majorité des personnes (84 %, 29 900) 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 (15 %, 5 459), mais seulement 126 personnes (<1 %) en ont eu cinq ou plus.

Globalement, le nombre total d'ordonnances est passé de 58 057 en 2019 à 43 042 en 2024, soit une diminution de 26 % (tableau 23).

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

Parmi les ordonnances prescrites en 2024, 67 % concernent des personnes atteintes (indiquées par le code K), 29 % concernent des contacts (code L) et 3,9 % concernent des traitements accélérés des partenaires (code M[23]). La proportion d'ordonnances destinées aux contacts est en diminution, ce qui se traduit par une augmentation du rapport personnes atteintes/contacts (tableau 23). Ce rapport est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (3,0 comparativement à 1,6 en 2024).

En 2024, le traitement accéléré des partenaires a été indiqué sur 382 ordonnances prescrites à des femmes et 1 296 ordonnances prescrites à des hommes.

En 2024, 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 syndromique[24] 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. Une fluctuation est observée, avec un minimum de 204 ordonnances en 2020 et un maximum de 243 en 2023.

Tableau 19 Nombre total de médicaments individuels prescrits selon le sexe, Québec, 2019 à 2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Femmes	28 699	24 738	21 546	21 689	20 967	19 533
Hommes	50 830	42 133	36 613	38 005	37 686	33 860
Total	79 529	66 871	58 159	59 694	58 653	53 393

[23] Le code M, soit le traitement accéléré du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une chlamydiose 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 pour le code L, 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.

[24] 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, 2024

	Hommes	Femmes	Total
Doxycycline	15 993	11 115	27 108
Ceftriaxone	8 153	1 844	9 997
Azithromycine	4 973	3 997	8 970
Céfixime	2 115	1 036	3 151
Pénicilline G (benzathine)	1 670	247	1 917
Métronidazole	100	948	1 048
Moxifloxacine	181	64	245
Gentamicine	119	43	162
Lévofloxacine	106	12	118
Non précisé	52	28	80
Amoxicilline	18	32	50
Pénicilline G sodique	25	12	37
Ciprofloxacine	18	9	27
Triméthoprime/sulfaméthoxazole	2	7	9
Céfuroxime axetil	0	1	1
Autres[a]	335	138	473
Total	**33 860**	**19 533**	**53 393**

[a] 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 personnes[a] ayant reçu une ou des ordonnances selon le sexe, Québec, 2019 à 2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Femmes	19 863	17 117	15 625	15 671	15 371	14 379
Hommes	27 080	23 501	22 001	22 581	22 858	21 106
Total	46 943	40 618	37 626	38 252	38 229	35 485

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

Tableau 22 Nombre d'ordonnances[a] par personne chaque année, selon l'année et le sexe, Québec, 2019 à 2024

		1 ordonnance	2 à 4 ordonnances	5 ordonnances et plus	Nombre total de personnes[b]
2019	Hommes	21 786	5 048	246	27 080
	Femmes	17 233	2 617	13	19 863
	Total	39 019	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
2024	Hommes	17 198	3 791	117	21 106
	Femmes	12 702	1 668	9	14 379
	Total	29 900	5 459	126	35 485

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

[b] 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 cas[a] et le sexe, Québec, 2019 à 2024

	Femmes			Hommes			Total[b]	Femmes rapport K/(L+M)	Hommes rapport K/(L+M)	Sexes réunis rapport K/(L+M)
	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	2,1	1,2	1,5
2021	12 327	4 965	550	15 531	11 223	1 506	45 921	2,2	1,2	1,5
2022	13 112	4 538	469	17 130	10 728	1 510	47 265	2,6	1,4	1,8
2023	13 159	4 109	464	17 830	10 355	1 442	47 150	2,9	1,5	1,9
2024	12 335	3 700	382	16 571	8 938	1 296	43 042	3,0	1,6	2,0
Total	64 305	23 307	2 388	83 588	53 565	7 193	233 328	2,5	1,4	1,7

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

[b] 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, Québec, 2024

Spécialité du prescripteur	2024
Omnipraticiens	37 060
Obstétriciens-gynécologues	1 637
Infectiologues	1 270
Résidents	1 259
Urologues	35
Dermatologues	12
Autres spécialités	1 160
Spécialités manquantes	609
Total	**43 042**

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 2024

		2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ceftriaxone 250 mg et doxycycline 100mg BID (14 comprimés) et métronidazole 500 mg PO BID (dose totale de 14 000 mg) *traitement syndromique de l'atteinte inflammatoire pelvienne*	Femmes	214	204	232	230	243	209
	Hommes	1	1	2	2	2	1
	Total	215	205	234	232	245	210

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 2024 était de 39 482. Ce nombre est plus élevé que le nombre d'ordonnances prescrites à des personnes atteintes (code K) en 2024, c'est-à-dire 28 906 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 2024 (43 042 – tableau 22) excède le nombre de cas déclarés au SI-GMI (MADO).

Le rapport des codes K/L+M augmente en 2022 (1,8), 2023 (1,9) et 2024 (2,0), 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 pourrait être une réduction progressive du nombre de contacts sexuels par personne atteinte. Une troisième hypothèse serait une réduction proportionnelle du recours au traitement épidémiologique. Toutefois, des inversions des codes K (personne atteinte), L (contact) ou M (traitement accéléré) sont possibles. Il est donc nécessaire d'interpréter ce rapport des codes K/L+M avec prudence.

Le traitement accéléré du partenaire d'une personne atteinte d'une infection à *C. trachomatis* ou d'une infection gonococcique (44) est encadré au Québec depuis la fin de l'année 2019. De 2020 à 2023, les fréquences sont restées stables, suivies d'une diminution de 12 % entre 2023 et 2024.

La combinaison de ceftriaxone, doxycycline et métronidazole est considérée comme un traitement spécifique de l'atteinte inflammatoire pelvienne. Le nombre d'ordonnances prescrites au cours des dernières années chez les femmes est relativement stable. Bien que ces données soient pertinentes, elles ne tiennent pas compte des traitements administrés à l'hôpital pour une telle condition.

Nº de publication : 3861

Centre d'expertise et
de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca

Institut national
de santé publique
Québec