INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : Rapport 2023 et 2024

SURVEILLANCE ET VIGIE

AOÛT 2026

RAPPORT DE SURVEILLANCE

Québec

AUTRICES ET AUTEUR

Zoë Greenwald, conseillère scientifique
Diane Sylvain, conseillère scientifique
Karine Blouin, conseillère scientifique spécialisée
Noémie Savard, médecin-conseil
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

Elizabeth Parenteau, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques

Maud Vallée, spécialiste clinique en biologie médicale
Laboratoire de santé publique du Québec

Elhadji Anassour Laouan Sidi, statisticien, conseiller scientifique
Bureau d'information et d'étude en santé des populations

Aurélie Maheux-Dubuc, conseillère scientifique
Secrétariat général

Lynda Thibeault, médecin-conseil
Direction des risques biologiques

Institut national de santé publique du Québec

RÉVISION

Frédéric Tupinier-Martin, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent, Centre Intégré de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Tanguy Hedrich, coordonnateur de la recherche communautaire
Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA)

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 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
Linda Cléroux, agente administrative
Direction des risques biologiques

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 : 978-2-555-04635-1 (PDF)
DOI : https://doi.org/10.64490/NJIH6175

© Gouvernement du Québec (2026)

REMERCIEMENTS

Le **Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (PSI-VIH)**, amorcé en avril 2002, repose sur la contribution des professionnels et professionnelles de la santé, incluant le personnel médical et infirmier qui fournissent les renseignements épidémiologiques requis, du personnel du réseau de la santé et des services sociaux et des équipes professionnelles de la santé publique engagés dans les activités de surveillance, ainsi que des personnes vivant avec le VIH.

Nous soulignons la contribution remarquable de Raphaël Bitera, conseiller scientifique spécialisé à la Direction des risques biologiques. Entre 2007 et 2025, en tant qu'épidémiologiste principal, il a joué un rôle central dans les opérations et l'ensemble des livrables du programme. Sa rigueur et son professionnalisme ont marqué durablement l'évolution des activités de surveillance du VIH au Québec.

Nous remercions également l'apport des organismes communautaires œuvrant auprès des personnes vivant avec le VIH, dont la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA). Leurs expertises et leurs connaissances des réalités vécues par les communautés enrichissent la pertinence de nos travaux.

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 rapport de surveillance porte sur les cas d'infections par le VIH confirmés et enregistrés sur deux années civiles, soit du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2024 et vise à faire le suivi de l'épidémie du VIH pour permettre notamment de mieux orienter les efforts de prévention et de déterminer les besoins en soins et services.

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 régionales de santé publique, aux équipes professionnelles de la santé, aux intervenants et intervenantes, aux groupes communautaires et aux individus engagés, de près ou de loin, dans la prévention et la lutte contre le VIH.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ..... **V**

LISTE DES FIGURES ..... **VI**

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES ..... **VII**

FAITS SAILLANTS **1**

SOMMAIRE **2**

1 INTRODUCTION **5**

2 MÉTHODOLOGIE **6**

2.1 Cadre légal et organisation de la surveillance du VIH au Québec 6

2.2 Collecte des données 6

2.3 Procédure d'élimination des doublons et confidentialité 8

2.4 Notes méthodologiques 9

2.4.1 Définition des premiers diagnostics et diagnostics antérieurs 9

2.4.2 Définition des variables 10

2.4.3 Autres sources des données 12

2.4.4 Présentation et interprétation des données 12

3 RÉSULTATS **13**

3.1 Tests de dépistage du VIH et positivité 13

3.2 Ensemble des cas de VIH 14

3.3 Premiers diagnostics 21

3.4 Personnes ayant un diagnostic de VIH antérieur 33

3.5 Cas de VIH enregistrés chez les personnes nouvellement arrivées au Canada 36

3.6 Estimations de la cascade de soins du VIH 39

4 LIMITES **40**

5 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS **41**

5.1 Tendances récentes des cas enregistrés 41

5.2 Éléments encourageants 41

5.3 Défis persistants : dépistage antérieur et diagnostic tardif 41

5.4 Populations clés 42

5.4.1 Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) 42

5.4.2 Personnes utilisatrices de drogues par injection 42
5.4.3 Personnes nouvellement arrivées au Canada 43
5.4.4 Continuité des soins et couverture thérapeutique 44
5.4.5 Importance de la suppression virale dans la prévention 44
6 CONCLUSION 45
7 RÉFÉRENCES 46
ANNEXE 1 NOTES TECHNIQUES 49
ANNEXE 2 TABLEAUX SUPPLÉMENTAIRES 52

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Nombre de cas de VIH selon le type de diagnostic et la catégorie d'exposition principale, 2015-2024 20

Tableau 2 Nombre et taux de premiers diagnostics par région sociosanitaire, 2015-2024 26

Tableau 3 Répartition des CD4 parmi les premiers diagnostics, 2023 et 2024 32

Tableau 4 Charge virale parmi les personnes ayant un diagnostic antérieur, 2023 et 2024 35

Tableau 5 Caractéristiques des cas de VIH enregistrés chez les personnes nées hors Canada arrivées depuis moins de six ans, 2023 et 2024 38

Tableau 6 Estimations de la cascade de soins du VIH au Québec, 2022 et 2024 39

Tableau 7 Révision des diagnostics du VIH selon la nouvelle définition des premiers diagnostics, 2003-2024 50

Tableau 8 Nombre et taux des cas de VIH enregistrés par type de diagnostic avec comparaisons, 2003-2024 52

Tableau 9 Nombre de cas de VIH enregistrés selon le type de diagnostic et le sexe/l'identité trans, 2015-2024 53

Tableau 10 Nombre de cas de VIH enregistrés selon l'origine ethnoculturelle et le sexe, 2015-2024 54

Tableau 11 Nombre de premiers diagnostics de VIH selon la catégorie d'exposition principale et le sexe, 2015-2024 55

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Algorithme de classification du type de diagnostic du VIH selon l'historique des tests antérieurs 10
Figure 2 Nombre de tests de dépistage du VIH réalisés dans les laboratoires publics et pourcentage confirmé positif, selon l'année du prélèvement, 2018-2024 13
Figure 3 Nombre de cas de VIH selon le type de diagnostic, Québec, 2015-2024 14
Figure 4 Taux de cas de VIH enregistrés (total, premiers diagnostics et diagnostics antérieurs), Québec, 2003-2024 15
Figure 5 Nombre de cas de VIH selon le sexe ou l'identité trans, 2015-2024 16
Figure 6 Nombre de cas de VIH selon l'origine ethnoculturelle et le sexe, 2015-2024 17
Figure 7 Nombre de cas de VIH selon la naissance au Canada ou la durée depuis l'arrivée des personnes au Canada, Québec, 2015–2024 18
Figure 8 Répartition des cas de VIH selon la catégorie d'exposition principale, Québec, 2015–2024 18
Figure 9 Nombre et taux de premiers diagnostics selon le sexe ou l'identité trans, 2015-2024 21
Figure 10 Taux de premiers diagnostics selon le groupe d'âge et le sexe, 2023 et 2024 22
Figure 11 Taux de premiers diagnostics chez les personnes de sexe masculin, selon le groupe d'âge, 2015-2024 23
Figure 12 Taux de premiers diagnostics chez les personnes de sexe féminin, selon le groupe d'âge, 2015-2024 23
Figure 13 Taux de premiers diagnostics de VIH dans les 10 régions sociosanitaires les plus touchées, Québec, 2019–2024 25
Figure 14 Nombre de premiers diagnostics selon la naissance au Canada ou la durée depuis l'arrivée des personnes au Canada, 2015-2024 27
Figure 15 Évolution du nombre de premiers diagnostics selon la catégorie d'exposition et le lieu de naissance ou la durée depuis l'arrivée au Canada, 2015-2024 29
Figure 16 Antécédents de dépistage du VIH parmi les premiers diagnostics, 2015-2024 30
Figure 17 Proportion des premiers diagnostics sans dépistage antérieur, selon l'exposition, le lieu de naissance et la durée depuis l'arrivée, 2015-2024 31
Figure 18 Diagnostics antérieurs selon le lieu du premier test positif, 2015-2024 34
Figure 19 Algorithme de classification des catégories d'exposition pour le VIH et les regroupements utilisées 51

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ARI	Aucun risque identifié
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NAM	Numéro d'assurance maladie
PPE	Prophylaxie postexposition
PPrE	Prophylaxie préexposition
PUDI	Personne utilisatrice de drogues par injection
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RC/FS	Réception des facteurs de coagulation ou transfusion sanguine
RSS	Région sociosanitaire
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
Trans	Personne trans
UDI	Utilisation des drogues par injection
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

FAITS SAILLANTS

- En 2023 et 2024, respectivement 1 110 et 1 122 cas de VIH ont été enregistrés (41 % de premiers diagnostics[1], 59 % de diagnostics antérieurs)[2], soit les niveaux les plus élevés observés depuis le début des années 2000.
- Après deux années consécutives de hausse (2022-2023), le taux de premiers diagnostics s'est stabilisé en 2024 à 5,1 pour 100 000 personnes, soit un niveau 45 % plus élevé qu'en 2019.
- L'augmentation des premiers diagnostics est principalement observée chez les 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 plus longtemps.
- La région de Montréal demeure celle où les taux de premiers diagnostics sont les plus élevés à l'échelle provinciale. Cependant, la part des premiers diagnostics observés à l'extérieur de Montréal a augmenté, passant de 31 % en 2023 à 42 % en 2024.
- Les contacts hétérosexuels (53 %) et les contacts sexuels entre hommes (42 %) représentent les principales catégories d'exposition parmi les premiers diagnostics; les cas associés à l'injection de drogues ou à d'autres facteurs demeurent moins fréquents.
- Une proportion importante des personnes est diagnostiquée tardivement ou à un stade avancé, ce qui limite les bénéfices du dépistage et du traitement précoces.
- Le taux de diagnostics antérieurs a augmenté de 77 % entre 2019 et 2024. La majorité concerne des personnes diagnostiquées à l'extérieur du Canada. Parmi celles ayant une charge virale disponible, près de 9 sur 10 présentent une suppression virale.
- Les tendances observées reflètent principalement le rattrapage du dépistage postpandémique (+13 % dans le taux de dépistage entre 2019 et 2024) et les dynamiques migratoires, sans indication d'une augmentation de la transmission locale au Québec.

---

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, non diagnostiquées auparavant.
Le terme « premier diagnostic de VIH » remplace le terme « nouveau diagnostic » (voir section 2.3 et annexe 1).

2 Les données sont présentées sous forme de moyennes pour la période 2023-2024 (1er janvier 2023 à 31 décembre 2024), ou dans un total pour les deux années combinées, sauf indication contraire (années spécifiées individuellement).

SOMMAIRE

Contexte

Depuis avril 2002, le Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec de l'Institut national de santé publique assure la collecte continue des données épidémiologiques afin de suivre l'évolution de l'infection et de soutenir la planification des interventions de prévention et de soins.

Le présent rapport décrit les cas d'infection par le VIH enregistrés au Québec en 2023 et 2024. Cette période se caractérise par une augmentation du nombre de cas observés, dans un contexte encore marqué par le rattrapage du dépistage après la pandémie de COVID-19 et un accroissement migratoire.

Principaux résultats

- En 2023 et 2024, respectivement 1 110 et 1 122 cas d'infection par le VIH ont été enregistrés au Québec, soit les niveaux les plus élevés observés depuis le début des années 2000.

  Parmi ces cas :

  - 41 % correspondent à de premiers diagnostics (449 en 2023; 462 en 2024).
  - 59 % sont des diagnostics antérieurs (658 en 2023; 660 en 2024).
- Plus de 1,08 million de tests de dépistage du VIH ont été effectués par les laboratoires publics en 2023-2024. Le taux de dépistage a augmenté de 13 % entre 2019 et 2024, reflétant un rattrapage postpandémique.

Évolution des premiers diagnostics

- Le taux d'incidence de premiers diagnostics s'est maintenu à 5,1 pour 100 000 personnes en 2023 et en 2024, après une hausse amorcée à la sortie de la période pandémique. Ce niveau demeure environ 45 % plus élevé qu'en 2019.
- Les tendances récentes diffèrent selon les groupes de population :
  - Une diminution soutenue est observée chez les personnes nées ou établies au Canada depuis 6 ans ou plus. En 2024, le nombre de premiers diagnostics dans ce groupe était inférieur de 14 % à celui de 2019, et 32 % à celui de 2015).
  - Depuis 2022, une augmentation des premiers diagnostics est observée chez les personnes nouvellement arrivées au Canada (moins de 6 ans).

Premiers diagnostics : caractéristiques en 2023-2024

- **Sexe et genre** : 71 % des premiers diagnostics étaient de sexe masculin, 28 % de sexe féminin et 0,9 % étaient des personnes trans.

- **Âge au moment du diagnostic** : l'âge médian est de 35 ans chez les personnes de sexe masculin et de 41 ans chez celles de sexe féminin.
- **Catégories d'exposition** :
  - Les contacts hétérosexuels représentent 53 % des premiers diagnostics, suivis des contacts sexuels entre hommes (42 %), et de l'utilisation de drogues injectables (4,6 % au total).
  - L'exposition attribuée aux contacts sexuels entre hommes prédomine chez les premiers diagnostics de sexe masculin (58 %), tandis que l'exposition par contact hétérosexuel prédomine chez les premiers diagnostics de sexe féminin (99 %).
- **Répartition géographique** :
  - La région de Montréal concentre la majorité des premiers diagnostics et affiche les taux les plus élevés dans la province (14,7 à 12,1 pour 100 000 entre 2023 et 2024).
  - La part des diagnostics observés à l'extérieur de Montréal a augmenté, passant de 31 % en 2023 à 42 % en 2024.
  - La Capitale-Nationale a présenté la plus forte hausse régionale entre 2023 et 2024 (de 3,5 à 6,4 pour 100 000).
- **Diagnostic tardif et dépistage** :
  - Parmi les cas avec résultats de CD4 disponibles (86 %) : 44 % correspondent à des diagnostics tardifs, dont 21 % à un stade avancé.
  - 71 % des personnes n'avaient pas de test de dépistage antérieur rapporté.
- **Personnes nouvellement arrivées au Canada :**
  - Les personnes arrivées depuis moins de 6 ans représentent 62 % des premiers diagnostics.
  - Dans cette population, la majorité des diagnostics sont posés peu de temps après l'arrivée (délai médian de moins de 2 mois).

Diagnostics antérieurs et continuité des soins

Le taux de diagnostics antérieurs atteint 7,4 pour 100 000 en 2023 et 7,3 en 2024, soit une augmentation de 77 % par rapport à 2019.

- Près de 75 % des personnes avaient reçu leur diagnostic initial à l'extérieur du Canada.
- Parmi celles ayant une charge virale disponible (91 %) : 87 % présentaient une suppression virale (moins de 200 copies/ml), indiquant une prise en charge généralement efficace.

Interprétation des résultats

- Les tendances observées en 2023-2024 s'expliquent principalement par :
  - La poursuite du rattrapage du dépistage à la suite de la pandémie;
  - Les dynamiques migratoires récentes, influençant la composition des cas diagnostiqués.

- Dans ce contexte, une partie des premiers diagnostics chez les personnes nouvellement arrivées peut correspondre à des infections acquises avant l'arrivée au Canada, détectées lors de l'accès initial aux services de santé et au dépistage une fois au Québec.
- La diminution des diagnostics chez les personnes établies au Canada est compatible avec un effet bénéfique des interventions de prévention, notamment l'impact du traitement antirétroviral sur la charge virale et le risque de transmission sexuelle du VIH, la prophylaxie préexposition (PPrE) ainsi que les stratégies de dépistage ciblé et de réduction des méfaits.
- À la lumière des données disponibles, les tendances observées ne suggèrent pas une augmentation de la transmission locale du VIH au Québec ; une surveillance continue demeure toutefois essentielle pour suivre l'évolution de la situation et en évaluer les dynamiques de transmission.
- Ces éléments d'interprétation mettent en évidence l'importance de situer l'épidémiologie du VIH au Québec dans un contexte international et de l'appréhender à la lumière des conditions sociales, sanitaires et migratoires.

Limites des données

Certaines limites doivent être considérées :

- Les données représentent uniquement les cas détectés et enregistrés.
- Les premiers diagnostics incluent à la fois des infections récentes et des infections anciennes diagnostiquées tardivement. Ils ne correspondent pas nécessairement à des infections acquises durant l'année de référence.
- Les données ne permettent pas de déterminer les infections acquises au Québec de celles acquises ailleurs (avant l'arrivée ou pendant les séjours hors Québec).
- Les données de dépistage excluent certains tests (laboratoires privés, autotests).
- Les données reposent sur l'information rapportée par la personne prescriptrice du test confirmé VIH positif ou responsable de la prise en charge et peuvent être incomplètes.

Conclusion

L'évolution récente du VIH au Québec met en évidence des changements dans les profils des personnes diagnostiquées et dans les contextes de dépistage. L'épidémie demeure concentrée dans les grands centres urbains et dans certains groupes de population, notamment les HARSAH et les personnes nouvellement arrivées au Canada. La persistance de diagnostics tardifs et la proportion importante de personnes n'ayant jamais été testées avant leur diagnostic mettent en évidence des enjeux d'accès et de recours au dépistage. Ces constats soulignent la nécessité de renforcer le dépistage précoce, d'assurer un accès rapide aux soins et de maintenir des interventions de prévention adaptées aux réalités sociales et migratoires actuelles.

1 INTRODUCTION

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) demeure un problème important de santé publique au Québec et à l'échelle mondiale (1). La surveillance épidémiologique du VIH représente un outil essentiel pour décrire l'évolution de l'épidémie, orienter les activités de prévention et de soins, et soutenir l'évaluation des interventions (2).

L'évolution récente de l'épidémie s'inscrit dans un contexte de transformations importantes observées aux plans international, fédéral et provincial, touchant à la fois les milieux de prévention et de soins, les pratiques de dépistage et certains déterminants sociaux et démographiques. À l'échelle mondiale, les cibles 95-95-95 de l'ONUSIDA visent, d'ici 2030, d'assurer que 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, 95 % des personnes diagnostiquées reçoivent un traitement antirétroviral, et 95 % des personnes traitées atteignent la suppression virale (3).

Au Canada, les tendances de l'incidence du VIH depuis les années 2010 se caractérisent par des diminutions modestes, suivies d'une stabilisation, puis d'une hausse à partir de 2022 (4). Ces évolutions s'inscrivent dans un contexte marqué par l'amélioration de l'accès aux traitements antirétroviraux (ARV), leur utilisation comme outil de prévention pour diminuer le risque de transmission sexuelle du VIH, ainsi que par l'utilisation accrue des stratégies de prévention combinée, notamment la prophylaxie préexposition (PPrE) et la prophylaxie postexposition (5,6). Les tendances récentes reflètent l'interaction entre les pratiques de dépistage, l'accès aux services de santé, les inégalités sociales de santé et d'autres facteurs structurels (4).

L'augmentation des volumes d'immigration au Canada et les changements apportés aux politiques d'immigration représentent également des éléments contextuels importants pour l'interprétation de l'épidémiologie du VIH (7,8). Dans le cadre du processus d'immigration, l'examen médical d'immigration (EMI) comprend un test de dépistage du VIH obligatoire pour les personnes demandant la résidence permanente, ainsi que pour celles demandant la résidence temporaire, notamment selon la durée prévue du séjour ou le pays de provenance (8,9). Bien que le nombre absolu de résultats positifs au dépistage du VIH lors des EMI au Canada ait augmenté au cours des dernières années, la proportion de tests positifs demeure faible (0,37 % en 2023), ce qui suggère que cette hausse est principalement liée à l'augmentation des volumes d'immigration plutôt qu'à un risque accru au sein des populations migrantes (10).

Enfin, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH représentent des obstacles transversaux à la lutte contre l'épidémie. Ancrés dans des réalités telles que le racisme, l'homophobie, la transphobie et la stigmatisation associée à l'usage de drogues, le stigma et la discrimination peuvent limiter le recours aux services de prévention et de traitement, et compromettre la continuité des soins et les progrès vers les objectifs de la lutte contre le VIH (11). Les données de surveillance doivent donc être interprétées dans une perspective contextualisée, en tenant compte des déterminants sociaux de la santé et des inégalités structurelles.

2 MÉTHODOLOGIE

Le présent rapport décrit l'ensemble des cas d'infection par le VIH rapportés en 2023 et 2024, en mettant l'accent sur les caractéristiques des personnes vivant avec le VIH qui ont été diagnostiquées pour la première fois ainsi que les tendances temporelles observées dans les 10 dernières années.

2.1 Cadre légal et organisation de la surveillance du VIH au Québec

La surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec est encadrée par la Loi sur la santé publique et ses règlements d'application et repose sur une collecte continue de données épidémiologiques en place depuis avril 2002, le cadre du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec (PSI-VIH) (12). L'infection par le VIH n'est pas une maladie à déclaration obligatoire (MADO) de façon générale; toutefois, une déclaration est obligatoire lorsque l'infection est diagnostiquée chez une personne donneuse ou receveuse de sang, de produits sanguins, d'organes ou de tissus humains.

Le PSI-VIH permet de dresser un portrait de la situation épidémiologique, de suivre la tendance de l'infection par le VIH à long terme dans la province, d'identifier les groupes de population à risque et de mobiliser le réseau de la santé en cas d'augmentations jugées alarmantes. Le cas échéant, des mesures particulières pourraient être prises pour clarifier ou rectifier la situation (vigies rehaussées ou communications ciblées auprès des parties prenantes).

2.2 Collecte des données

Au Québec, le dépistage du VIH est offert principalement de façon ciblée selon les facteurs de risque dans le cadre d'une stratégie intégrant le dépistage des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (13,14).

Les laboratoires publics et privés effectuent les analyses pour détecter l'infection et transmettent au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), pour confirmation finale, tous les spécimens dont les résultats sont positifs, indéterminés ou non concluants (15).

Le LSPQ rapporte tout test confirmé positif au PSI-VIH. Une procédure de dédoublonnage est effectuée pour confirmer que le test positif ne correspond pas à une personne déjà enregistrée dans le programme (pour détails, voir section 2.3). Ensuite, une personne de l'équipe des enquêtes contacte la personne prescriptrice du test confirmé positif ou responsable de la prise en charge pour obtenir les données épidémiologiques sur le cas.

La collecte des données épidémiologiques est réalisée une seule fois par personne, au moment de son enregistrement dans le programme. Elle se limite aux informations portant sur :

- Les caractéristiques sociodémographiques : âge, sexe ou identité trans[3], région sociosanitaire (RSS) de résidence au Québec, origine ethnoculturelle[4], pays de naissance, et la date approximative d'arrivée au Canada (année et mois), si né ailleurs.
- L'historique de dépistage du VIH : la date du dernier test négatif ou, s'il y a lieu, la date et le lieu du premier test confirmé positif[5].
- Le statut clinique (p. ex. asymptomatique, infection aiguë, sida, autres situations cliniques).
- La charge virale et le taux des lymphocytes CD4[6] au moment de l'enregistrement, ou à partir de la première mesure effectuée après la confirmation du VIH, lorsque disponible.
- Les expositions éventuelles ou comportements pouvant expliquer l'acquisition de VIH.

Catégorie principale d'exposition

L'attribution de la catégorie d'exposition principale repose sur les expositions rapportées lors de l'enquête afin d'identifier le mode d'acquisition du VIH le plus probable. Les cas sont classés selon une hiérarchie de catégories mutuellement exclusives, attribuées selon l'ordre de priorité suivant :

1. **Périnatale** : Acquisition du VIH avant, pendant ou peu après la naissance, à la suite d'une exposition au VIH durant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement.
2. **HARSAH-UDI** : Contacts sexuels entre hommes et utilisation de drogues injectables.
3. **HARSAH**[7] : Contacts sexuels entre hommes.
4. **UDI** : Utilisation de drogues injectables.
5. **Contact hétérosexuel**[8]
   a. Contact hétérosexuel et origine d'un pays où le VIH est endémique;
   b. Contact hétérosexuel avec une personne à risque;
   c. Autre contact hétérosexuel.
6. **RC/FS** : Réception des facteurs de coagulation ou transfusion sanguine[9.]
7. **ARI** - Aucun risque identifié : cette catégorie comprend les personnes pour lesquelles une enquête a été réalisée et pour lesquelles aucun facteur de risque n'a été identifié.

---

[3] Classification selon le sexe assigné à la naissance (masculin, féminin) ou l'identité de genre (Femme trans, Homme trans), lorsque celle-ci diffère du sexe assigné. Cette variable reflète principalement le sexe assigné à la naissance; l'identité de genre est documentée uniquement pour les femmes trans ou hommes trans, selon l'information disponible. Les autres identités de genre ne sont pas documentées. Le sexe renvoie à des caractéristiques anatomiques et physiologiques, tandis que le genre renvoie à la construction sociale de l'identité.

[4] La classification d'origine ethnoculturelle repose principalement sur une classification géographique liée au pays ou à la région de naissance. Cette variable ne permet pas de refléter l'ensemble des dimensions de l'identité ethnoculturelle et doit être interprétée comme un indicateur proxy utilisé à des fins descriptives.

[5] Lieu de test positif antérieur (disponible depuis mai 2017) : Québec, ailleurs au Canada, hors Canada, inconnu.

[6] La charge virale indique la quantité de VIH dans le sang, tandis que le taux de CD4 reflète l'état immunitaire.

[7] Aux fins de la surveillance du VIH, HARSAH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) désigne les contacts sexuels entre personnes assignées de sexe masculin à la naissance, incluant les femmes trans.

[8] Les trois sous-types d'exposition par contact hétérosexuel sont regroupés dans l'analyse sous une catégorie unique (« contact hétérosexuel »). Des précisions méthodologiques sont fournies à l'annexe 1.

[9] Au Canada, les expositions aux produits sanguins sont considérées comme à risque uniquement avant la mise en place du dépistage systématique du VIH dans l'approvisionnement en sang, soit avant novembre 1985.

Lorsque plusieurs facteurs sont rapportés, le cas est attribué à la catégorie la plus élevée dans la hiérarchie. Par exemple, une personne assignée de sexe masculin à la naissance ayant des relations sexuelles avec des hommes et avec des femmes est classée dans la catégorie HARSAH. De même, une personne ayant des contacts hétérosexuels et utilisant des drogues injectables est classée dans la catégorie UDI.

Lorsque la catégorie d'exposition est inconnue, le cas ne peut être enregistré dans le système, puisque cette variable est obligatoire. Voir annexe 1 : figure 19 pour plus d'information sur l'algorithme de classification.

2.3 Procédure d'élimination des doublons et confidentialité

Avant 2012, un numéro d'assurance-maladie (NAM) était exigé pour enregistrer un cas au programme. Depuis avril 2012, les cas rapportés sans NAM sont enregistrés si les données pour confirmer une identité unique sont disponibles.

- **Cas avec NAM** : la présence du NAM permet une élimination complète des doublons. Deux personnes ne peuvent pas avoir le même NAM au Québec. L'enregistrement du NAM au PSI-VIH génère un code unique, encrypté et non nominal, permettant de déterminer si le cas a déjà été enquêté et enregistré ou s'il doit faire l'objet d'une collecte épidémiologique.
- **Pour les cas rapportés sans NAM** : une vérification des noms/prénoms/dates de naissance est effectuée pour identifier les doublons potentiels. Cette méthode n'élimine pas totalement les doublons dans les cas comme : (1) *même personne, identifiants différents* : plusieurs tests enregistrés sous identifiants différents en raison d'erreurs de transcription ou de saisie lors de multiples prescriptions de dépistage VIH; ou (2) *personnes différentes, identifiants identiques* : deux personnes partagent les mêmes noms/prénoms/dates de naissance. Une vérification effectuée auprès de la personne prescriptrice du test confirmé positif au VIH permet d'éviter l'enregistrement de doublons probables.

Mesures de confidentialité

Des identifiants nominaux sont requis lors du traitement initial pour éliminer les doublons, et obtenir les données épidémiologiques auprès des personnes prescriptrices des tests de dépistage du VIH. À la suite de leur collecte, les données épidémiologiques sont dépersonnalisées lorsqu'enregistrées dans la base de données du PSI-VIH. Tous les identifiants personnels sont chiffrés et stockés séparément des données épidémiologiques, sans aucun lien entre le fichier du Système de Gestion l'informatique de Laboratoire (SGIL) des diagnostics du LSPQ et la base de données du PSI-VIH (INSPQ). Cette mesure de sécurité a été adoptée lors de l'implantation du programme et vise à protéger la confidentialité des données du fichier.

2.4 Notes méthodologiques

Une analyse continue est réalisée pour décrire les caractéristiques sociodémographiques et l'évolution du nombre annuel de cas depuis 2003, la première année complète du programme. Les données sont présentées selon l'année civile (1er janvier au 31 décembre) correspondant à la date du prélèvement du test VIH confirmé positif.

2.4.1 Définition des premiers diagnostics et diagnostics antérieurs

La classification des diagnostics de VIH est basée sur l'historique des tests positifs antérieurs.[10]

Premier diagnostic : Personnes diagnostiquées pour la première fois à vie au Québec pendant la période de surveillance (année civile), sans historique de tests antérieurs positifs avant la période de surveillance ou hors province (ailleurs au Canada ou hors Canada).

- **Critères :** Sérologie VIH confirmée positive au LSPQ durant la période de surveillance et :
  - Jamais testé pour le VIH auparavant, ou
  - Tous les tests VIH antérieurs étaient négatifs, ou
  - Premier test VIH positif dans la vie de l'individu a été effectué au Québec pendant la période de surveillance.

Diagnostic antérieur : Personnes ayant obtenu un test positif durant l'année de surveillance et dont le diagnostic de VIH était déjà connu (dans un autre pays, dans une autre province ou territoire du Canada), ou au Québec, mais sans enregistrement antérieur au programme.

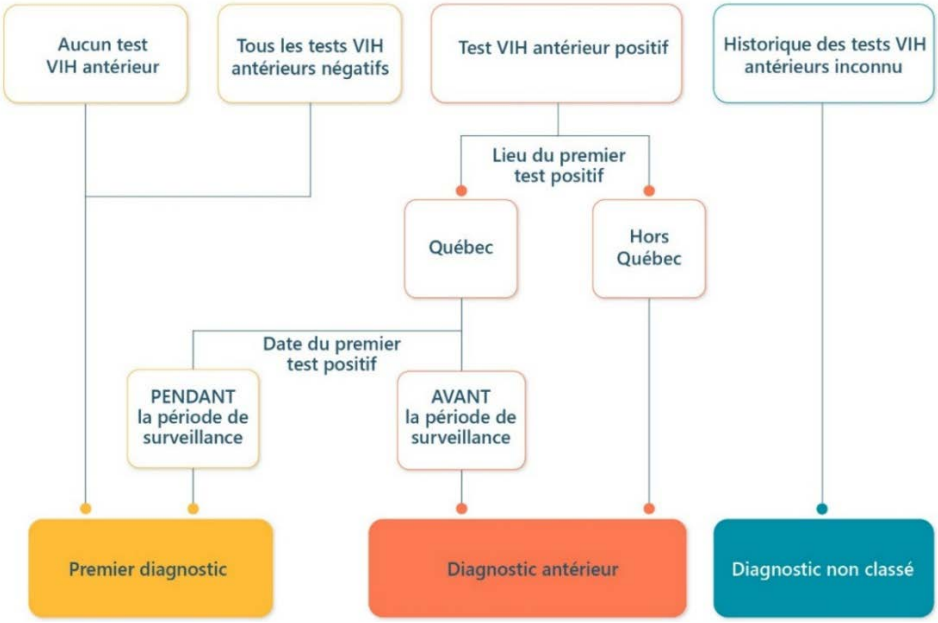
- **Critères :** Sérologie VIH confirmée positive au LSPQ durant la période de surveillance et test VIH positif antérieur effectué :
  - Au Québec, mais avant la période de surveillance, ou
  - Hors du Québec (autre province/territoire canadienne ou pays étranger), à n'importe quelle date, ou
  - Sans précision sur le lieu ou date du test antérieur positif.

Diagnostic non-classé : personnes pour lesquels l'information disponible ne permet pas de déterminer s'il s'agit d'un premier diagnostic ou d'un diagnostic antérieur.

- **Critères :** Sérologie VIH confirmée positive au LSPQ durant la période de surveillance et historique des tests VIH antérieurs inconnu ou insuffisant.

[10] 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. Voir annexe 1 pour détails.

Figure 1 **Algorithme de classification du type de diagnostic du VIH selon l'historique des tests antérieurs**



Période de surveillance : Année civile (1er janvier au 31 décembre); La catégorie « premier test positif hors Québec » inclut les diagnostics posés hors Canada ou dans une autre province ou territoire canadien. Les personnes ayant un diagnostic antérieur dont le lieu est inconnu sont classées dans la catégorie « diagnostics antérieurs ».

2.4.2 Définition des variables

Naissance au Canada ou durée depuis l'arrivée au Canada

Pour les personnes nées à l'extérieur du Canada, la durée depuis l'arrivée est estimée à partir de l'intervalle entre la date d'arrivée approximative au Canada (recueillie au format mois–année), et la date du test de confirmation VIH enregistré dans le programme de surveillance. Compte tenu de la précision limitée de la variable date d'arrivée, cette mesure doit être interprétée comme une estimation de la durée réelle depuis l'arrivée. Aucune donnée n'est collectée concernant le statut d'immigration (p. ex. résidence temporaire, permanente, citoyenneté).

- Catégorisation selon le lieu de naissance et la durée depuis l'arrivée :
  - Personnes nées hors Canada arrivées depuis ≤ 12 mois;
  - Personnes nées hors Canada arrivées depuis 1-5 ans (moins de 6 ans);
  - Personnes nées hors Canada arrivées depuis 6 ans ou plus;
  - Personnes nées au Canada;
  - Lieu de naissance ou date d'arrivée inconnue.

- Aux fins d'analyses stratifiées, les regroupements suivants sont utilisés :
  - **Personnes nouvellement arrivées** : < 6 ans depuis l'arrivée au Canada;
  - **Personnes nées ou établies au Canada** : naissance au Canada ou ≥ 6 ans depuis l'arrivée.

Ces variables visent à refléter l'hétérogénéité des parcours migratoires et à permettre l'analyse de sous-groupes de population pouvant présenter des profils différents d'accès aux soins.

Historique de dépistage du VIH

Les premiers diagnostics sont classés selon les antécédents de dépistage du VIH et le délai entre le dernier test VIH négatif et le test positif enregistré, selon les catégories suivantes : (1) dernier test VIH négatif < 12 mois; (2) dernier test VIH négatif ≥ 12 mois; (3) dernier test VIH négatif à une période inconnue; (4) aucun test VIH antérieur.

Chez les personnes nouvellement arrivées au Canada et diagnostiquées pour la première fois à vie au Québec, l'historique de dépistage est rapporté selon la période du dernier test VIH négatif par rapport à la date l'arrivée au Canada : (1) dernier test VIH négatif effectué depuis l'arrivée au Canada; (2) dernier test VIH négatif effectué avant l'arrivée au Canada; (3) dernier test VIH négatif effectué à une période inconnue; (4) aucun test VIH antérieur.

Continuum de soins

La présence d'un test CD4 ou d'une charge virale effectuée au Québec constitue un indicateur de prise en charge médicale. Pour les personnes nouvellement arrivées au Canada, l'intervalle entre la date d'arrivée et le premier test liée au VIH effectué au Québec (test de confirmation VIH, CD4, ou charge virale) est utilisé pour estimer le délai d'accès aux services de prise en charge.

Stade de l'infection au moment du diagnostic

Pour les premiers diagnostics, le taux des lymphocytes CD4 et, le cas échéant, la présence des maladies définissant le sida, sont combinés pour décrire les scénarios suivants :

- **Diagnostic tardif** : CD4 ≤ 350 cellules/mm^3 ou présence des maladies définissant le sida.
- **Stade avancé** : CD4 < 200 cellules/mm^3 ou présence des maladies définissant le sida (16,17).

Charge virale supprimée (< 200 copies/ml)[11]

Chez les personnes ayant un diagnostic antérieur, une charge virale inférieure à 200 copies/ml à la première mesure disponible lors de l'enregistrement est utilisée comme indicateur de suppression virale. Ce seuil reflète l'efficacité du traitement antirétroviral et correspond à un niveau où le risque de transmission sexuelle du VIH est considéré comme négligeable (18,19).

[11] Bien que les tests modernes détectent le VIH à de faibles niveaux, le seuil de < 200 copies/mL est reconnu internationalement pour définir une charge virale supprimée et non transmissible. Selon la position ministérielle au Québec, aucune transmission sexuelle n'a été observée sous ce seuil lors d'un traitement adéquat.

2.4.3 Autres sources des données

Dénominateurs populationnels pour les calculs des taux

Les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux proviennent de l'Institut de la statistique du Québec (20). Les taux sont calculés pour 100 000 personnes-années pour les taux des diagnostics de VIH et pour 100 personnes-années pour le taux des tests de dépistage du VIH. Les taux calculés à partir d'un petit nombre de cas ou d'un petit effectif de population doivent être interprétés avec prudence.

Tests de dépistage du VIH

Le nombre de tests de dépistage du VIH[12] effectués dans les laboratoires du réseau public de la santé provient des données de Centralab (Direction des laboratoires et imagerie médicale, Sous-ministériat de la santé physique et pharmaceutique, MSSS, extraction décembre 2025). Les données portent sur des analyses de sérologie VIH, principalement des tests combinés anticorps/antigène ainsi que, dans certains contextes, des tests rapides de dépistage (anticorps) réalisés en laboratoire public. Entre 2018 et 2024, le nombre de laboratoires publics contributeurs variait de 34 à 42, reflétant des changements organisationnels du réseau de la santé, plutôt qu'une modification de l'offre dépistage du VIH ou de la complétude des données.

2.4.4 Présentation et interprétation des données

Les analyses présentées dans ce rapport reposent sur les principes suivants :

- Les tendances temporelles sont décrites principalement sur une période de 10 ans ou en comparaison avec la dernière année civile complète avant la pandémie de COVID-19 (2019).
- Les comparaisons temporelles privilégient l'utilisation de taux plutôt que de nombres absolus, lorsque possible, afin de tenir compte de l'évolution de la taille de la population.
- Les variations en pourcentage sont calculées à partir des valeurs exactes; toutefois, les valeurs présentées étant arrondies, de légers écarts peuvent survenir.
- Pour les données de 2023 et 2024, les résultats peuvent être présentés sous forme de moyennes combinées ou d'intervalles afin d'illustrer les variations entre les deux années.
- Les analyses sont descriptives; aucun test statistique de signification n'a été effectué.
- Certains sous-groupes (p. ex. personnes trans, certaines RSS) ne sont pas présentés de façon détaillée lorsque les effectifs sont trop faibles, afin d'éviter des interprétations instables ou potentiellement identificatoires.
- La pandémie de COVID-19 a eu un impact important sur l'accès au dépistage du VIH, aux soins et sur les activités de surveillance en santé publique. Ces effets doivent être pris en compte dans l'interprétation des données de 2020 à 2022.

[12] Dans ce rapport, le terme « tests de dépistage du VIH » est utilisé pour désigner les analyses de sérologie pour le VIH, indépendamment du contexte clinique ou de la présence de symptômes.

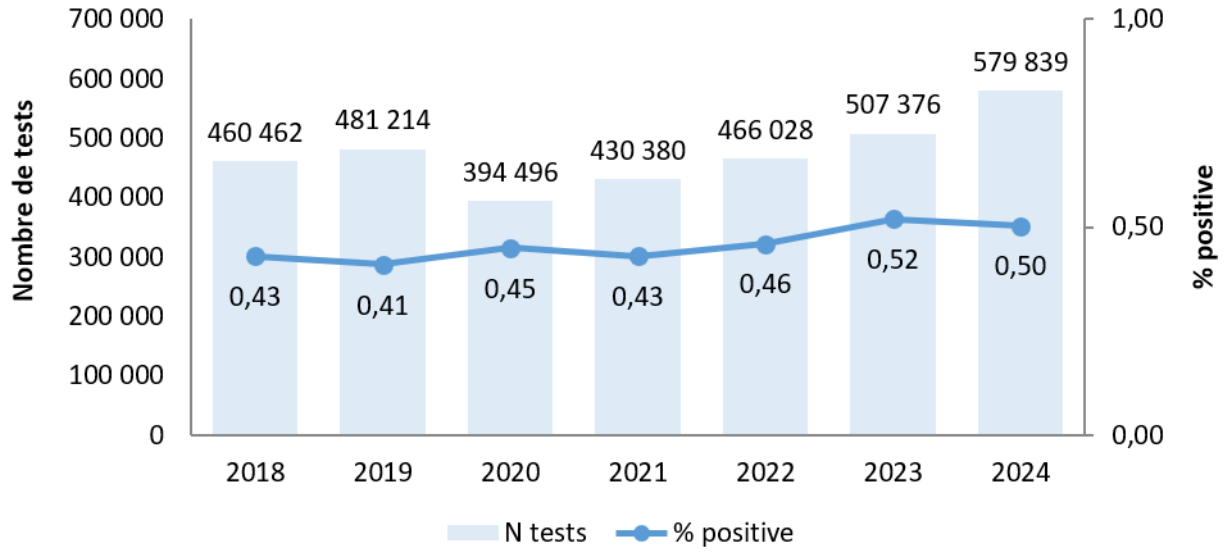
3 RÉSULTATS

3.1 Tests de dépistage du VIH et positivité

Un total de 507 376 et 579 839 tests de dépistage du VIH ont été réalisés dans les laboratoires publics respectivement en 2023 et 2024 (figure 2). Cela représente environ 5,7 tests pour 100 personnes par année en 2023 et 6,4 pour 100 personnes en 2024. Comparativement aux taux de 5,7 tests pour 100 personnes en 2019, le taux en 2024 représente une augmentation de 13 %.

Le LSPQ a confirmé la positivité au VIH de 2 658 sérums en 2023 et 2 920 sérums en 2024[13], provenant de laboratoires hospitaliers du réseau public ainsi que de laboratoires privés. Les pourcentages de positivité associés étaient de 0,52 % en 2023 et 0,50 % en 2024, des proportions légèrement plus élevées que celles observées au cours des années précédentes.

Figure 2 Nombre de tests de dépistage du VIH réalisés dans les laboratoires publics et pourcentage confirmé positif, selon l'année du prélèvement, 2018-2024



Interprétation des volumes de tests de dépistage du VIH

Ces données doivent être interprétées avec prudence en raison de certaines limites. Les volumes de tests de dépistage proviennent uniquement des laboratoires du réseau public. Les analyses effectuées dans les laboratoires privés, utilisés notamment par certaines cliniques de santé sexuelle, des services de PPrE et des cliniques d'immigration, ainsi que les autotests VIH, ne sont pas incluses dans les données. L'ampleur réelle du nombre de tests effectués est donc sous-estimée. En conséquence, le taux de positivité est surestimé, puisque le numérateur comprend l'ensemble des confirmations positives provenant à la fois du réseau public et privé, tandis que le dénominateur exclut les tests réalisés dans le secteur privé et les autotests.

[13] Le nombre des sérums confirmés positifs ne correspond pas au nombre des cas enregistrés dans le PSI-VIH par année en raison des tests répétés.

Les différences possibles dans les profils des personnes testées dans les secteurs public et privé peuvent également influencer les tendances observées. Par ailleurs, les données disponibles portent uniquement sur le nombre total de tests effectués et non sur le nombre de personnes testées. Comme une même personne peut être testée plusieurs fois par année, ces volumes ne reflètent pas la couverture réelle des tests de dépistage de VIH à l'échelle populationnelle.

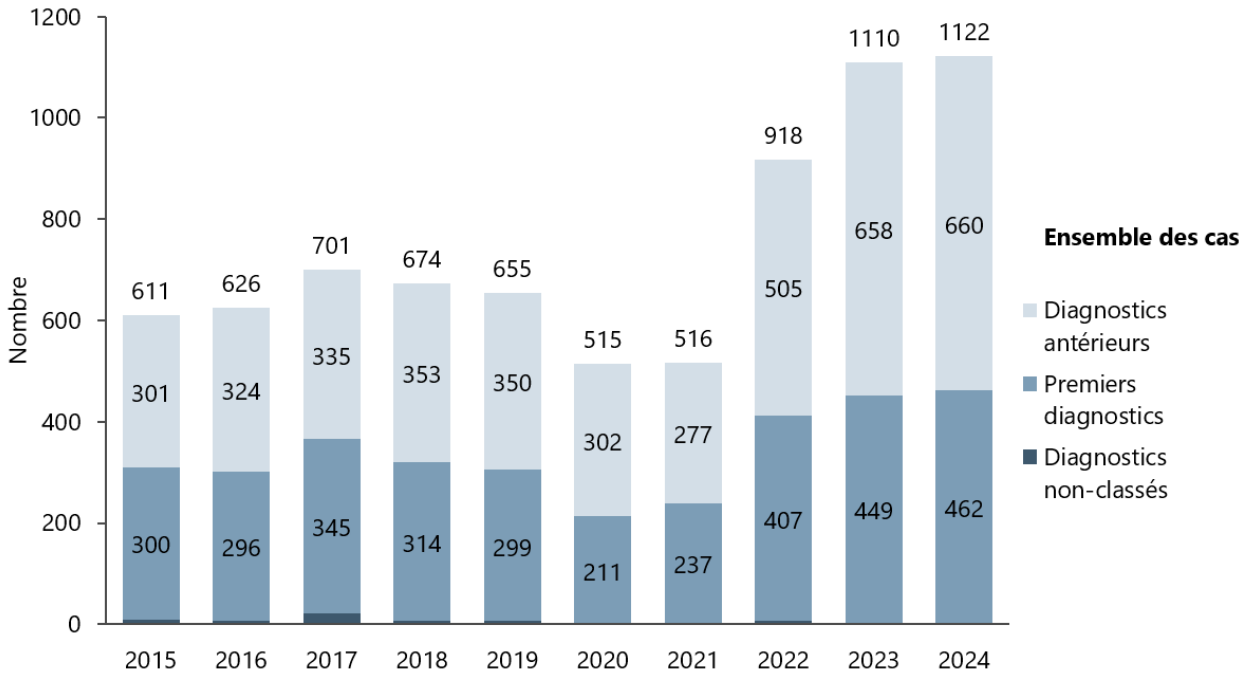
Malgré ces limites, ces données offrent un portrait général des tendances du dépistage de VIH dans les laboratoires publics. Les taux exprimés par 100 personnes tiennent compte de la croissance de la population dans les comparaisons temporelles.

3.2 Ensemble des cas de VIH

Le nombre de cas de VIH enregistrés au Québec s'établit à 1 110 cas en 2023 et 1 122 cas en 2024 (figure 3).

- Les premiers diagnostics représentaient 41 % des cas : 449 cas en 2023 et 462 cas en 2024 (voir section 3.3).
- Les diagnostics antérieurs représentaient 59 % des cas : 658 cas en 2023 et 660 cas en 2024 (voir section 3.4).

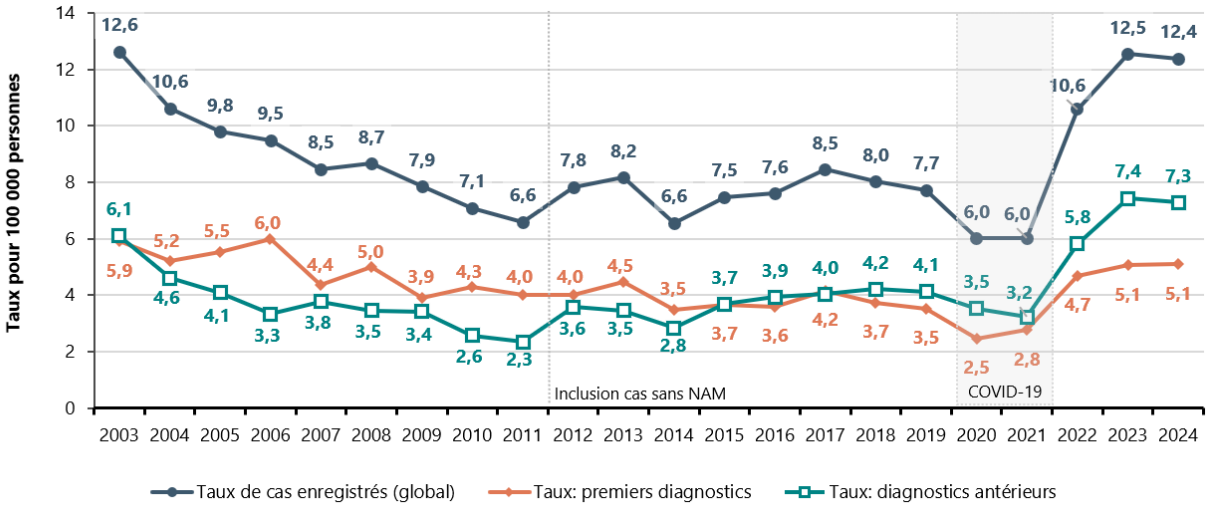
Figure 3 Nombre de cas de VIH selon le type de diagnostic, Québec, 2015-2024



Évolution des taux de cas de VIH

- Le taux global de cas de VIH enregistrés a connu une période de relative stabilité entre 2012 et 2019, fluctuant entre 6,6 à 8,5 pour 100 000 (figure 4).
- Une diminution est observée en 2020 et 2021, au début de la pandémie COVID-19.
- Une hausse s'est amorcée à partir de 2022, avec une augmentation de 16 % entre 2022 et 2023 (de 10,6 à 12,5 pour 100 000), suivi par une stabilisation en 2024 (12,4 pour 100 000).
- Globalement, le taux de cas enregistrés en 2024 représente une augmentation de 66 % par rapport à 2015, et 60 % par rapport à 2019, annexe 2 : tableau 8.

Figure 4 Taux de cas de VIH enregistrés (total, premiers diagnostics et diagnostics antérieurs), Québec, 2003-2024



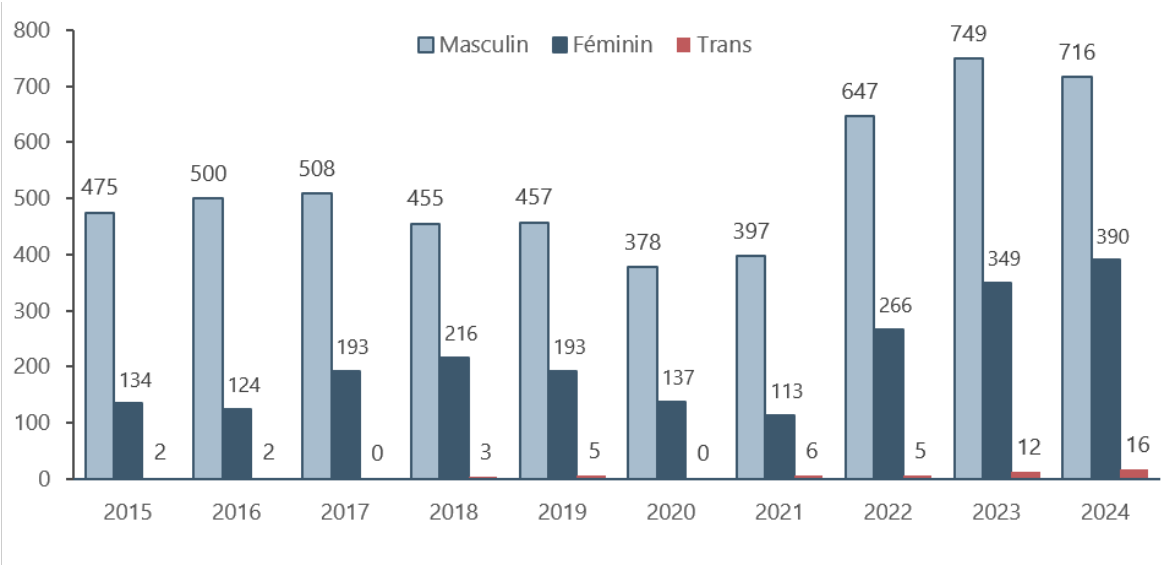
Note : Voir annexe 2 : tableau 8 pour le nombre des cas par année, et comparaisons entre années. Avant avril 2012, un numéro d'assurance maladie (NAM) était requis pour enregistrer un cas dans le programme. Par conséquent, les nombres et les taux de cas de VIH avant et après 2012 doivent être interprétés avec prudence.

Répartition par sexe ou identité trans

Parmi l'ensemble des cas en 2023 et 2024, environ deux tiers des cas concernaient des personnes de sexe masculin : 749 cas (68 %) en 2023 et 716 cas (64 %) en 2024. Environ un tiers concernait les personnes de sexe féminin, soit 349 cas (31 %) en 2023 et 390 cas (35 %) en 2024. Les personnes trans représentaient 12 cas (1,1 %) en 2023 et 16 cas (1,4 %) en 2024, figure 5.

La proportion de cas chez les personnes de sexe féminin est en croissance. Dans l'ensemble des cas, le rapport hommes-femmes est passé d'environ 3,5 pour 1 en 2015 à 2 pour 1 en 2023–2024. Chez les premiers diagnostics, ce rapport est passé de 5 pour 1 en 2015 à 2,5 pour 1 en 2023–2024. Pour les diagnostics antérieurs, le rapport est passé de 2,6 pour 1 en 2015 à 1,7 pour 1 en 2023–2024.

Figure 5 Nombre de cas de VIH selon le sexe ou l'identité trans, 2015-2024



Note : Voir l'annexe 2 : tableau 9 pour la répartition des cas selon le sexe/l'identité trans et le type de diagnostic.

Origine ethnoculturelle

Entre 2015 et 2024, l'épidémiologie du VIH au Québec a connu une transformation dans la répartition des cas selon l'origine ethnoculturelle, figure 6 :

- Le nombre de cas de personnes d'origine canadienne (non-autochtone) a diminué de façon progressive, passant de 337 cas en 2015 (56 % des cas) à 222 cas en 2024 (20 % des cas). Les personnes autochtones représentaient ≤ 2 % des cas par année, annexe 2 : tableau 10.
- Les cas originaires de l'Afrique subsaharienne augmentent de manière soutenue : de 99 cas en 2015 contre 508 cas en 2024. En 2024, les cas d'origine subsaharienne comptent pour près de la moitié de l'ensemble des cas enregistrés (46 %).
- Les cas provenant des autres régions d'origine (Caraïbes, Amérique latine, Asie, Afrique du Nord/Moyen-Orient, États-Unis/Europe/Océanie) demeurent présents, mais en volumes plus modestes et relativement stables, à l'exception d'une variabilité observée pour les personnes originaires des Amériques (Amérique latine et Caraïbes) en 2022 et 2023.

Personnes de sexe masculin

Globalement, bien que les hommes d'origine canadienne constituent encore un groupe important, leur part relative diminue au fil du temps, alors que les hommes d'origine subsaharienne et latino-américaine constituent une proportion croissante :

- Le nombre de cas chez les personnes de sexe masculin d'origine canadienne demeure important, mais en diminution de 303 cas en 2015 (65 % des cas masculins) à 210 en 2023 et 201 cas en 2024 (28 % des cas masculins).

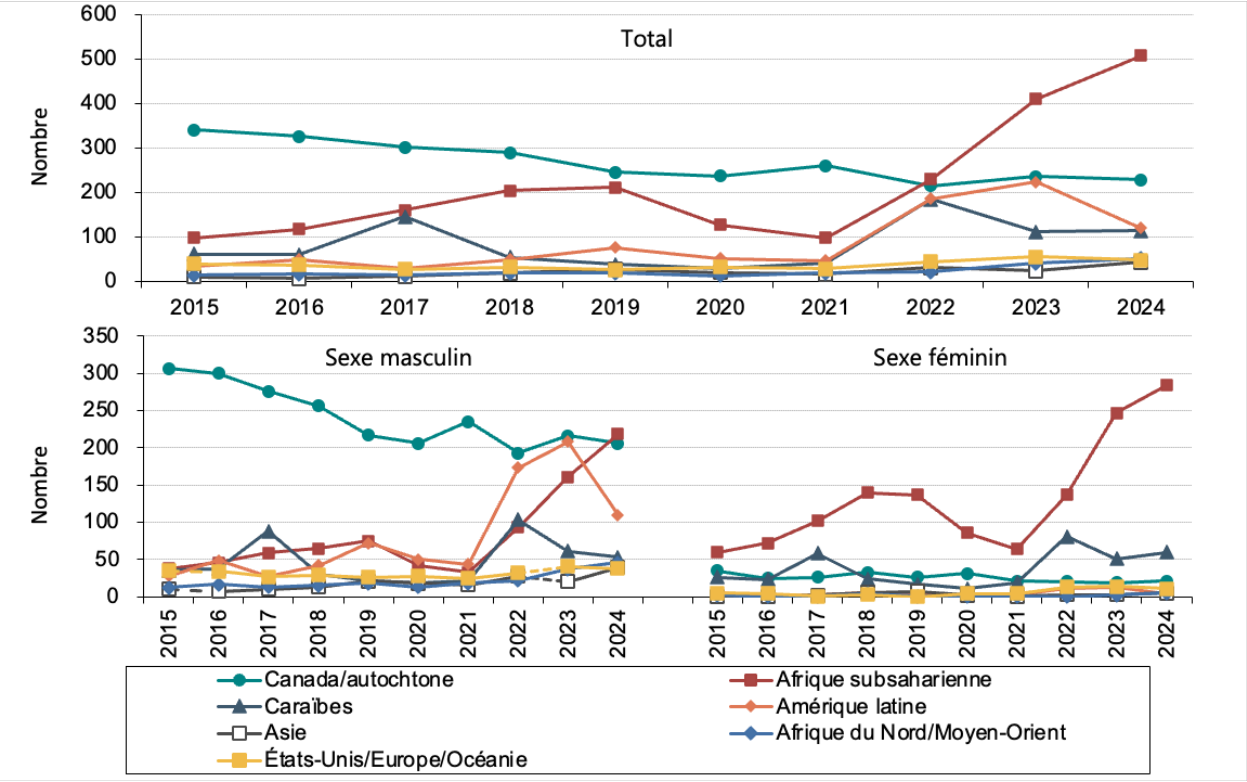
- Les hommes originaires d'Afrique subsaharienne : 161 cas en 2023 (22 % des cas masculins) et 218 cas en 2024 (31 % des cas masculins).
- Les hommes d'origines de l'Amérique latine : 208 cas en 2023 (28 % des cas masculins), 110 cas en 2024 (16 % des cas masculins).

Personnes de sexe féminin

- En 2023–2024, 72 % des cas féminins concernent des personnes originaires d'Afrique subsaharienne (247 cas en 2023, 284 cas en 2024).
- Les personnes d'origine canadienne représentaient 17-21 cas (4,9 % des cas féminins).
- Les personnes d'origine caraïbéenne représentaient 51-60 cas (15 % des cas féminins).

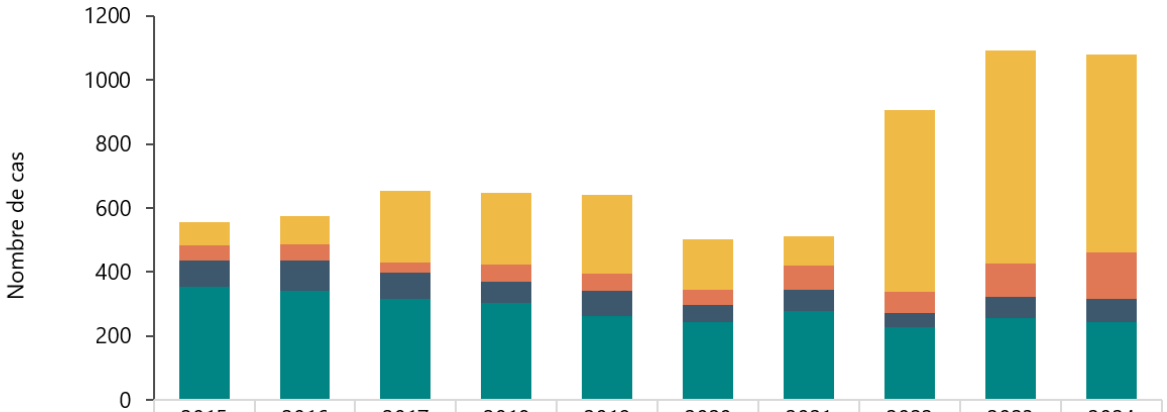
Ces constats doivent être interprétés en lien avec les dynamiques migratoires, les contextes d'exposition, les conditions socioéconomiques, ainsi que l'accès au dépistage et aux soins dans différentes communautés au Québec.

Figure 6 Nombre de cas de VIH selon l'origine ethnoculturelle et le sexe, 2015-2024



Note : Les courbes associées aux groupes présentant de faibles effectifs annuels (< 50 cas par année) peuvent être difficiles à visualiser. Les données complètes sont disponibles à l'annexe 2 : tableau 10.

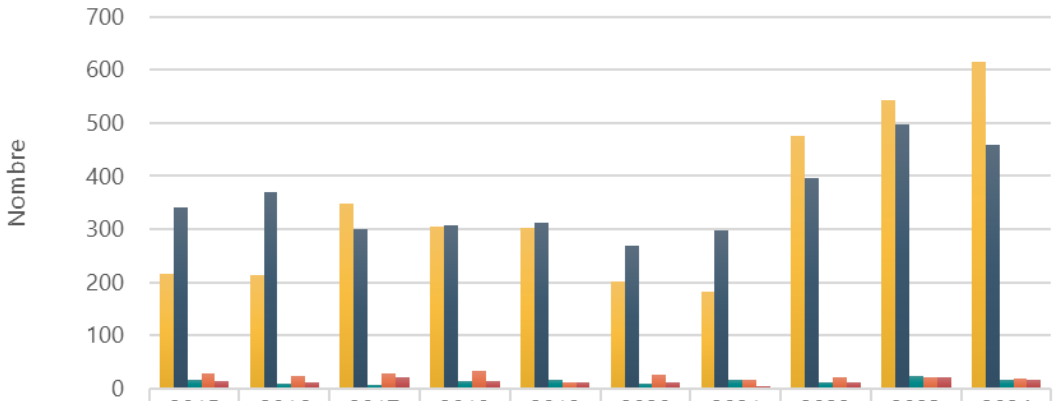
Figure 7 **Nombre de cas de VIH selon la naissance au Canada ou la durée depuis l'arrivée des personnes au Canada, Québec, 2015–2024**



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Total	611	626	701	674	655	515	516	918	1110	1122
Arrivées ≤12 mois	76	91	225	229	248	159	95	573	667	622
Arrivées 1-5 ans	47	53	32	52	55	49	73	65	104	145
Arrivées 6+ ans	82	94	82	69	78	51	69	44	68	72
Nées au Canada	353	341	317	302	263	245	277	228	255	245

Note : Les personnes avec un pays de naissance inconnu ou une date d'arrivée inconnue sont exclues de cette figure. Voir section 3.5 pour plus d'information concernant les personnes nouvellement arrivées.

Figure 8 **Répartition des cas de VIH selon la catégorie d'exposition principale, Québec, 2015–2024**



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Contact hétérosexuel	215	213	348	305	303	201	182	475	544	616
HARSAH	340	370	300	308	312	268	297	397	498	458
HARSAH/UDI	15	9	6	14	17	9	17	12	24	15
UDI	28	23	27	33	12	26	15	22	22	18
Autre	13	11	20	14	11	11	5	12	22	15

HARSAH : Homme qui a des relations sexuelles avec d'autres hommes; UDI : utilisation de drogues par injection.
Pour les répartitions complètes par type de diagnostic et catégories inclus dans autre exposition, voir tableau 1.

Répartition selon la catégorie d'exposition dans l'ensemble des cas de VIH

En 2023 et 2024, dans l'ensemble des cas, les catégories d'exposition les plus fréquentes étaient les contacts hétérosexuels (52 %) et HARSAH (43 %) suivis de l'UDI (1,8 %) et HARSAH-UDI (1,7 %). Les autres catégories (périnatale, réception de sang/facteurs de coagulation, aucun risque identifié) représentaient 1 % ou moins de l'ensemble des cas annuels, figure 8. La répartition détaillée des cas selon la catégorie d'exposition et le type de diagnostic (premier diagnostic ou diagnostic antérieur) est présentée en tableau 1.

Contacts hétérosexuels : Les cas attribués aux contacts hétérosexuels poursuivaient la tendance à la hausse observée depuis 2015. En 2023, 544 cas ont été classés dans cette catégorie, représentant 49 % de l'ensemble des cas; une proportion qui atteignait 616 cas (55 % de l'ensemble) en 2024.

HARSAH : Entre 2015 et 2019, le nombre annuel de cas attribués aux HARSAH a connu une légère diminution, passant de 340 à 312 cas. À la sortie de la pandémie en 2022, une remontée marquée s'est amorcée à 397 cas. Cette augmentation s'est poursuivie en 2023, atteignant 498 cas, avant de se stabiliser en 2024 à 458 cas. La proportion des cas attribués aux HARSAH a diminué de 56 % en 2015 à 41 % en 2024. Les HARSAH demeuraient la principale catégorie d'exposition chez les hommes et chez les femmes trans.

HARSAH-UDI et UDI : Les expositions associées à l'utilisation de drogues par injection, qu'il s'agisse des cas UDI ou des cas HARSAH-UDI, demeuraient globalement peu fréquentes et relativement stables dans l'ensemble des cas entre 2015 et 2024. En 2015, les cas attribués aux expositions UDI étaient plus nombreux (28 cas; 4,6 %) que ceux chez les HARSAH-UDI (15 cas; 2,6 %). En 2023 et 2024, le rapport entre UDI et HARSAH-UDI tendait vers une proportion similaire parmi l'ensemble des cas (24 vs 22 en 2023; 15 vs 18 en 2024). La majorité des cas attribués aux HARSAH-UDI en 2023 et 2024 sont les premiers diagnostics, à l'inverse, les cas UDI étaient majoritairement les personnes ayant un diagnostic antérieur.

Les autres catégories d'exposition contribuaient à une proportion marginale (représentent moins de 1 % de l'ensemble des cas annuels), une tendance stable au fil des années.

- Transmission périnatale : 12 cas en 2023 (2 premiers diagnostics, 10 diagnostics antérieurs); 11 cas en 2024 (tous parmi les personnes ayant un diagnostic antérieur).
- Réception de sang / facteurs de coagulation : 2 cas en 2023; 2 cas en 2024 (tous des diagnostics antérieurs).
- Pour l'ensemble des cas, il y avait 8 cas en 2023 et 2 cas en 2024, pour lesquels aucun risque n'a été identifié (ou rapporté).

Tableau 1 Nombre de cas de VIH selon le type de diagnostic et la catégorie d'exposition principale, 2015-2024

	Contact hétérosexuel	HARSAH	HARSAH et UDI	UDI	Péri-natale	RC/FS	ARI	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N	**N**
Ensemble des cas								
2015	215 (35 %)	340 (56 %)	15 (2,5 %)	28 (4,6 %)	6 (1,0 %)	6 (1,0 %)	1	**611**
2016	213 (34 %)	370 (59 %)	9 (1,4 %)	23 (3,7 %)	6 (1,0 %)	4 (0,6 %)	1	**626**
2017	348 (50 %)	300 (43 %)	6 (0,9 %)	27 (3,9 %)	15 (2,1 %)	2 (0,3 %)	3	**701**
2018	305 (45 %)	308 (46 %)	14 (2,1 %)	33 (4,9 %)	11 (1,6 %)	3 (0,4 %)	0	**674**
2019	303 (46 %)	312 (48 %)	17 (2,6 %)	12 (1,8 %)	6 (0,9 %)	4 (0,6 %)	1	**655**
2020	201 (39 %)	268 (52 %)	9 (1,7 %)	26 (5,0 %)	6 (1,2 %)	4 (0,8 %)	1	**515**
2021	182 (35 %)	297 (58 %)	17 (3,3 %)	15 (2,9%)	3 (0,6%)	1 (0,2%)	1	**516**
2022	475 (52%)	397 (43%)	12 (1,3%)	22 (2,4%)	10 (1,1%)	1 (0,1%)	1	**918**
2023	544 (49%)	498 (45%)	24 (2,2%)	22 (2,0%)	12 (1,1%)	2 (0,2%)	8	**1110**
2024	616 (55%)	458 (41%)	15 (1,3%)	18 (1,6%)	11 (1,0%)	2 (0,2%)	2	**1122**
2023-2024	**1160 (52%)**	**956 (43%)**	**39 (1,7%)**	**40 (1,8%)**	**23 (1,0%)**	**4 (0,2%)**	**10**	**2232**
Premiers diagnostics								
2015	93 (31%)	189 (63%)	7 (2,3%)	8 (2,7%)	2 (0,7%)	0	1	**300**
2016	89 (30%)	196 (66%)	4 (1,4%)	6 (2,0%)	1 (0,3%)	0	0	**296**
2017	177 (51%)	154 (45%)	2 (0,6%)	7 (2,0%)	2 (0,6%)	0	3	**345**
2018	130 (41%)	160 (51%)	5 (1,6%)	18 (5,7%)	1 (0,3%)	0	0	**314**
2019	122 (41%)	166 (56%)	8 (2,7%)	2 (0,7%)	0	0	1	**299**
2020	77 (36%)	114 (54%)	6 (2,8%)	12 (5,7%)	1 (0,5%)	0	1	**211**
2021	83 (35%)	135 (57%)	9 (3,8%)	8 (3,4%)	1 (0,4%)	0	1	**237**
2022	234 (57%)	154 (38%)	5 (1,2%)	9 (2,2%)	4 (1,0%)	0	1	**407**
2023	237 (53%)	182 (41%)	18 (4,0%)	5 (1,1%)	2 (0,4%)	0	5	**449**
2024	244 (53%)	197 (43%)	13 (2,8%)	6 (1,3%)	0	0	2	**462**
2023-2024	**481 (53%)**	**379 (42%)**	**31 (3,4%)**	**11 (1,2%)**	**2 (0,2%)**	**0**	**7**	**911**
Diagnostics antérieurs								
2015	117 (39%)	147 (49%)	7 (2,3%)	20 (6,6%)	4 (1,3%)	6 (2,0%)	0	**301**
2016	120 (37%)	172 (53%)	5 (1,5%)	17 (5,2%)	5 (1,5%)	4 (1,2%)	1	**324**
2017	157 (47%)	141 (42%)	3 (0,9%)	19 (5,7%)	13 (3,9%)	2 (0,6%)	0	**335**
2018	171 (48%)	146 (41%)	9 (2,5%)	14 (4,0%)	10 (2,8%)	3 (0,8%)	0	**353**
2019	176 (50%)	145 (41%)	9 (2,6%)	10 (2,9%)	6 (1,7%)	4 (1,1%)	0	**350**
2020	122 (40%)	154 (51%)	3 (1,0%)	14 (4,6%)	5 (1,7%)	4 (1,3%)	0	**302**
2021	99 (36%)	161 (58%)	7 (2,5%)	7 (2,5%)	2 (0,7%)	1 (0,4%)	0	**277**
2022	238 (47%)	241 (48%)	7 (1,4%)	12 (2,4%)	6 (1,2%)	1 (0,2%)	0	**505**
2023	304 (46%)	316 (48%)	6 (0,9%)	17 (2,6%)	10 (1,5%)	2 (0,3%)	3	**658**
2024	372 (56%)	261 (40%)	2 (0,3%)	12 (1,8%)	11 (1,7%)	2 (0,3%)	0	**660**
2023-2024	**676 (51%)**	**577 (44%)**	**8 (0,6%)**	**29 (2,2%)**	**21 (1,6%)**	**4 (0,3%)**	**3**	**1318**

HARSAH : Homme qui a des relations sexuelles avec d'autres hommes; UDI : utilisation de drogues par injection; RS/FC : Receveur des produits sanguins/facteur de coagulation; ARI : Aucun risque identifié.

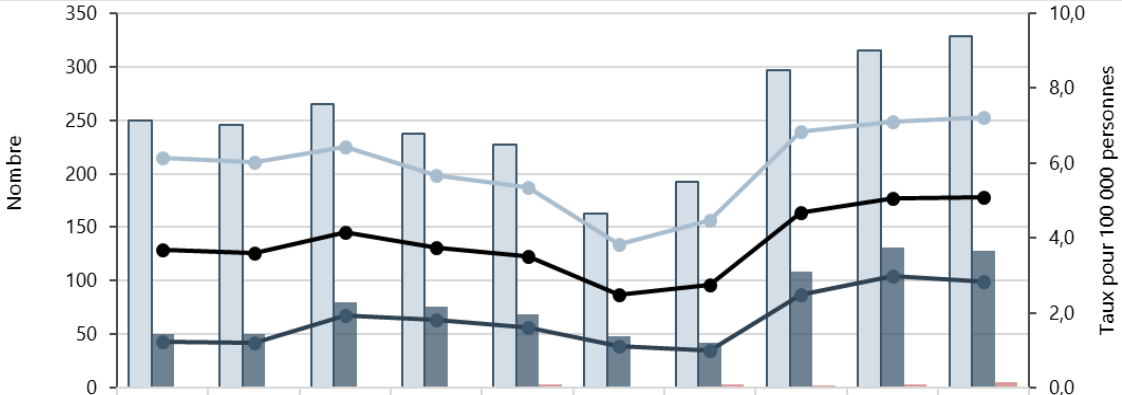
3.3 Premiers diagnostics

En 2023 et 2024, le PSI-VIH a enregistré respectivement 449 et 462 personnes ayant reçu un premier diagnostic du VIH, représentant 41 % de l'ensemble des cas au cours de la période.

Le taux de premiers diagnostics s'est établi à 5,1 pour 100 000 personnes en 2023 comme en 2024, un taux de 39 % plus élevé qu'en 2015 (3,7 pour 100 000) et 45 % plus élevé qu'en 2019 (3,5 pour 100 000), annexe 2 : tableau 8. La tendance générale montre une hausse soutenue depuis 2022, suivie d'une stabilisation entre 2023 et 2024, à des niveaux nettement au-dessus de ceux observés avant la pandémie, et parmi les plus élevés depuis les années 2000, figure 8.

Sexe : En 2024, le taux de premiers diagnostics atteint 7,2 pour 100 000 chez les personnes de sexe masculin et 2,8 pour 100 000 chez les personnes de sexe féminin, soit des augmentations respectives de 18% et de 133% par rapport à 2015, figure 9.

Figure 9 Nombre et taux de premiers diagnostics selon le sexe ou l'identité trans, 2015-2024



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Masculin (n)	250	246	265	237	227	163	192	297	315	329
Féminin (n)	50	50	80	76	69	48	42	108	131	128
Trans (n)	0	0	0	1	3	0	3	2	3	5
Taux - Global	3,7	3,6	4,2	3,7	3,5	2,5	2,8	4,7	5,1	5,1
Taux - Masculin	6,2	6,0	6,4	5,7	5,4	3,8	4,5	6,9	7,1	7,2
Taux - Féminin	1,2	1,2	1,9	1,8	1,6	1,1	1,0	2,5	3,0	2,8

Note : Les personnes trans sont incluses dans le taux global de premiers diagnostics mais exclues des taux par sexe.

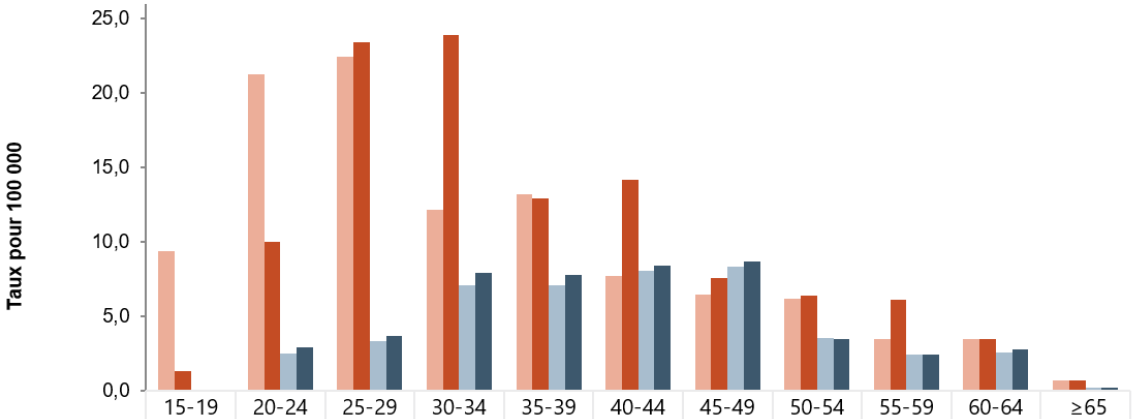
Âge : En 2023 et 2024, l'âge médian au moment du diagnostic était de 35 ans chez les personnes de sexe masculin et 41 ans chez les personnes de sexe féminin. Les taux de premiers diagnostics les plus élevés ont été observés chez les personnes de sexe masculin âgées de 20 à 34 ans (entre 10 et 24 cas pour 100 000) et chez les personnes de sexe féminin âgées de 40 à 49 ans (entre 8,1 à 8,7 cas pour 100 000), figure 10.

Tendances temporelles selon le sexe et l'âge entre 2015-2024

- Chez les personnes de sexe masculin, une augmentation a été observée dans presque tous les groupes d'âge, sauf chez les 55 ans et plus. Les taux les plus élevés ont été observés de façon constante chez les personnes âgées de 24 à 34 ans sur l'ensemble de la période de 2015-2024; figure 11).
- Chez les personnes de sexe féminin, un glissement des groupes d'âge les plus touchés a été observé, les taux les plus élevés passant du groupe des 25 à 34 ans au début de la période à ceux des 35 à 44 ans et 45 à 54 ans au cours des années récentes, figure 12.

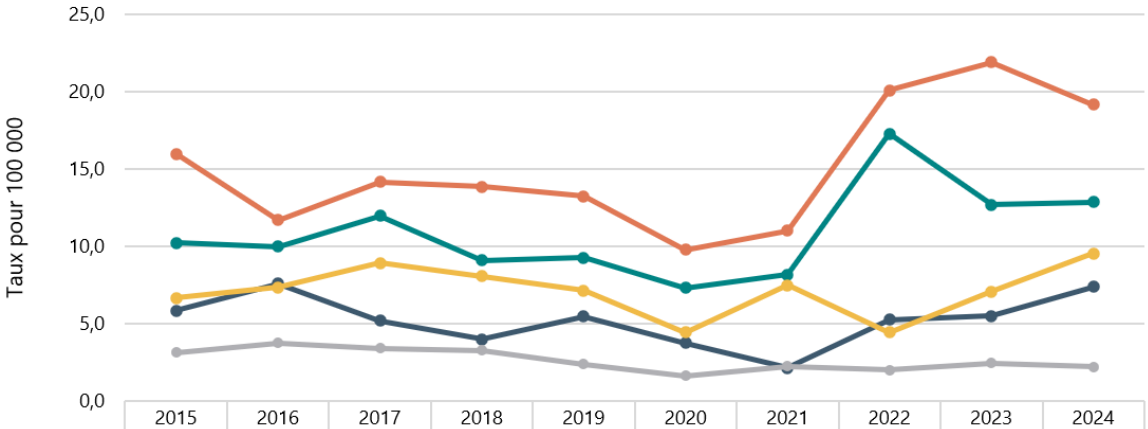
Les personnes trans diagnostiquées en 2023–2024 sont majoritairement âgées de 20 à 24 ans, mais les trop petits nombres ne permettent pas une ventilation détaillée.

Figure 10 Taux de premiers diagnostics selon le groupe d'âge et le sexe, 2023 et 2024



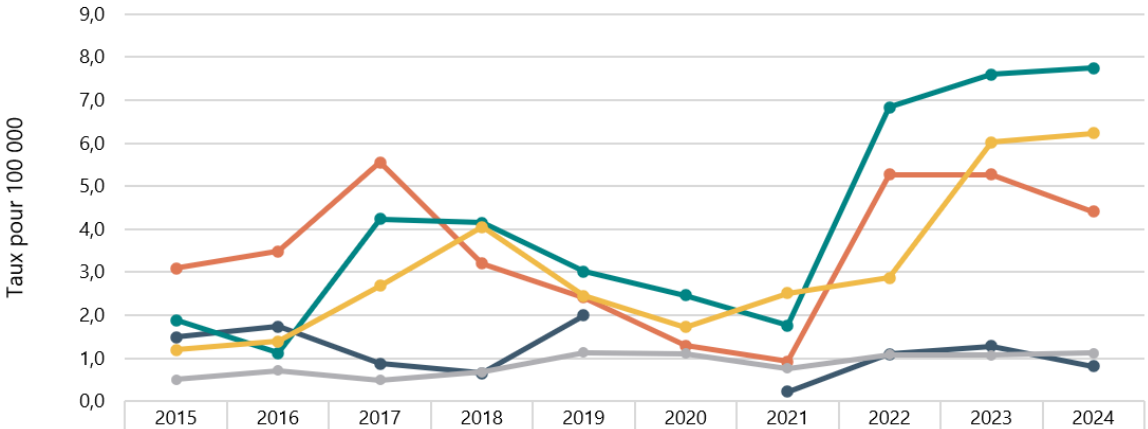
	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	≥65 ans
2023-Masculin	9,4	21,2	22,4	12,2	13,2	7,7	6,4	6,2	3,5	3,5	0,7
2024-Masculin	1,3	10,0	23,4	23,9	12,9	14,2	7,6	6,4	6,1	3,5	0,7
2023-Féminin	0,0	2,5	3,3	7,1	7,1	8,1	8,3	3,5	2,5	2,5	0,2
2024-Féminin	0,0	2,9	3,7	7,9	7,8	8,4	8,7	3,5	2,4	2,8	0,2

Figure 11 **Taux de premiers diagnostics chez les personnes de sexe masculin, selon le groupe d'âge, 2015-2024**



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Taux 15-24 ans	5,9	7,6	5,2	4,0	5,5	3,8	2,2	5,3	5,5	7,4
Taux 25-34 ans	16,0	11,7	14,1	13,9	13,2	9,8	11,0	20,1	21,9	19,1
Taux 35-44 ans	10,2	10,0	12,0	9,1	9,3	7,3	8,2	17,3	12,7	12,9
Taux 45-54 ans	6,7	7,3	8,9	8,1	7,1	4,5	7,5	4,5	7,1	9,5
Taux ≥55 ans	3,2	3,8	3,4	3,3	2,4	1,6	2,3	2,0	2,5	2,2

Figure 12 **Taux de premiers diagnostics chez les personnes de sexe féminin, selon le groupe d'âge, 2015-2024**



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Taux 15-24 ans	1,5	1,7	0,9	0,7	2,0		0,2	1,1	1,3	0,8
Taux 25-34 ans	3,1	3,5	5,6	3,2	2,4	1,3	0,9	5,3	5,3	4,4
Taux 35-44 ans	1,9	1,1	4,2	4,2	3,0	2,5	1,8	6,8	7,6	7,7
Taux 45-54 ans	1,2	1,4	2,7	4,1	2,5	1,7	2,5	2,9	6,0	6,2
Taux ≥55 ans	0,5	0,7	0,5	0,7	1,1	1,1	0,8	1,1	1,1	1,1

Note : Aucun cas documenté parmi les personnes du sexe féminin âgées de 15-24 ans en 2020.

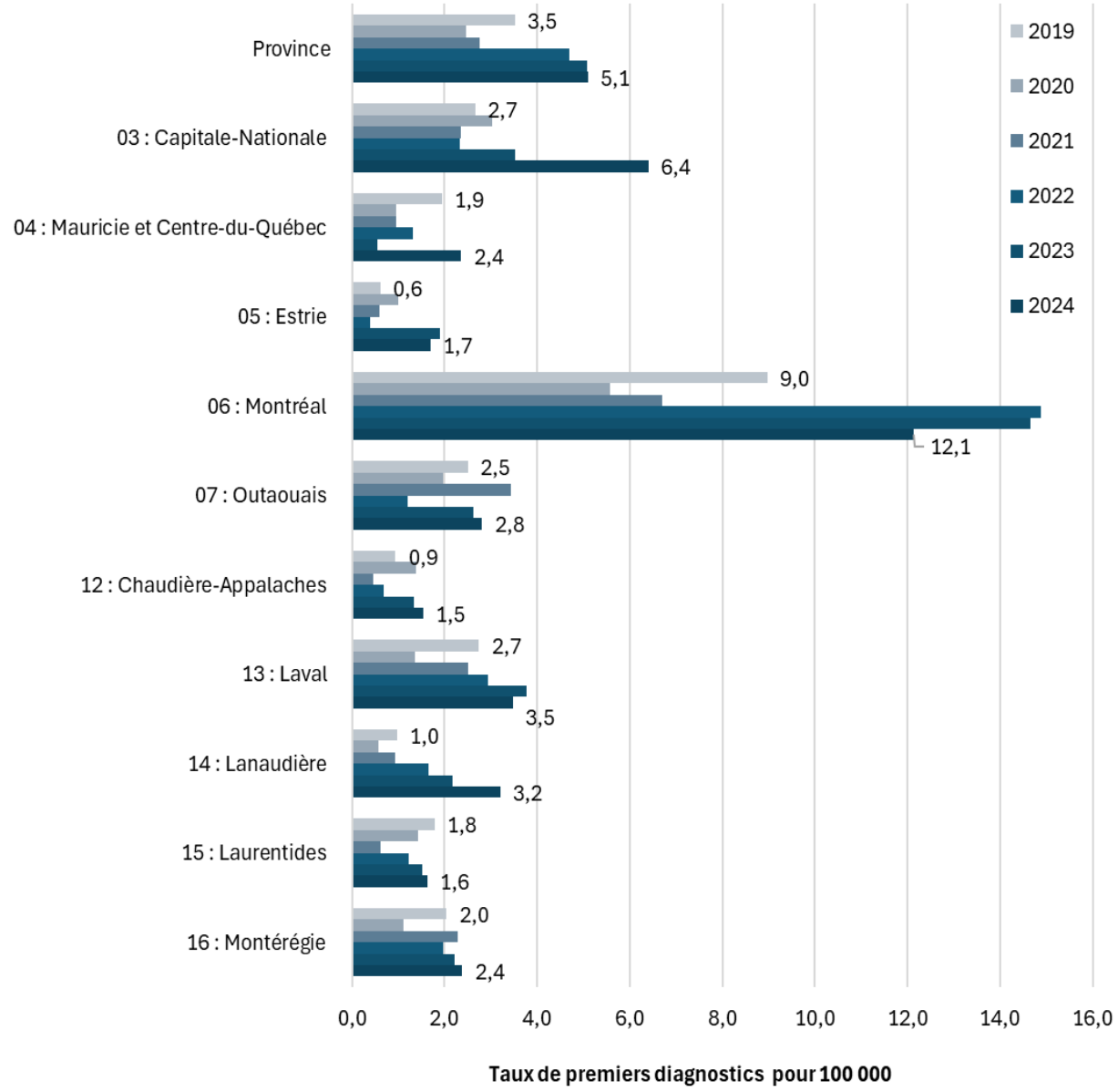
Répartition géographique des premiers diagnostics

En 2023–2024, la distribution géographique des premiers diagnostics demeure fortement concentrée dans les centres urbains. Les cinq RSS avec les plus grands nombres de cas en 2023 et 2024 sont :

- **Montréal (RSS 06)** qui demeure la région où les taux de premiers diagnostics sont les plus élevés, dépassant largement la moyenne provinciale (5,1 pour 100 000). Le taux a été de 15,6 pour 100 000 personnes en 2023 (309 cas) et de 12,1 pour 100 000 en 2024 (267 cas). Une proportion importante des premiers diagnostics est observée dans la région de Montréal : près de 69 % en 2023 et 58 % en 2024. Comparativement à 2019 (taux : 9,0/100 000), la région de Montréal présente en 2024 une hausse de 34 %.
- **Capitale-Nationale (RSS 03)** qui enregistre l'une des hausses les plus marquées en 2024 : le taux a augmenté de 3,5 pour 100 000 (28 cas) en 2023 à 6,4 pour 100 000 (52 cas) en 2024. Il s'agit aussi d'une augmentation notable par rapport à 2019 (taux : 2,7/100 000), représentant une augmentation de 137 %.
- La **Montérégie (RSS 16)** qui présente des taux modérés et stables, passant de 2,2 pour 100 000 (33 cas) en 2023 à 2,4 pour 100 000 (36 cas) en 2024. Comparativement à 2019 (taux : 2,0/100 000), la Montérégie affiche une hausse de 20 % en 2024.
- **Laval (RSS 13)** qui maintient des niveaux intermédiaires, soit de 3,8 pour 100 000 (17 cas) en 2023 et de 3,5 pour 100 000 (16 cas) en 2024. Par rapport à 2019 (2,7/100 000), Laval observe une augmentation de 30 % du taux en 2024.
- **Lanaudière (RSS 14)** qui est passée de 2,2 pour 100 000 (12 cas) en 2023 à 3,2 pour 100 000 (18 cas) en 2024, comparativement à 1,0 pour 100 000 (5 cas) en 2019.

Les autres régions ont enregistré moins de 15 premiers diagnostics en 2023 et 2024, mais plusieurs affichent une hausse par rapport à 2019. Les variations peuvent toutefois être marquées dans les régions à faible population où le nombre de cas est $n < 10$, les taux annuels par 100 000 peuvent alors varier sensiblement d'une année à l'autre. L'interprétation doit privilégier les tendances sur plusieurs années. Les régions nordiques rapportent très peu de cas : le Nord-du-Québec (RSS 10) compte un seul cas par année, alors que le Nunavik (RSS 17) et les Terres-Cries-de-la-Baie-James (RSS 18) ne rapportent aucun cas en 2023–2024.

Figure 13 **Taux de premiers diagnostics de VIH dans les 10 régions sociosanitaires les plus touchées, Québec, 2019–2024**



Note : 8 RSS ont été exclues de cette Figure 13à cause des petits nombres (moins que 5 cas par année) :
01 : Bas-Saint-Laurent; 02 : Saguenay–Lac-Saint-Jean; 08 : Abitibi-Témiscamingue; 09 : Côte-Nord;
10 : Nord-du-Québec; 11 : Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine; 17 : Nunavik; 18 : Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Tableau 2 Nombre et taux de premiers diagnostics par région sociosanitaire, 2015-2024

Région	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux
1	3	1,5	4	2,0	0	–	1	0,5	2	1,0	1	0,5	0	–	1	0,5	2	1,0	7	3,4
2	4	1,4	2	0,7	6	2,2	4	1,5	3	1,1	8	2,9	1	0,4	5	1,8	3	1,1	1	0,4
3	22	3,0	16	2,2	26	3,5	19	2,6	20	2,7	23	3,0	18	2,4	18	2,3	28	3,5	52	6,4
4	8	1,6	4	0,8	14	2,7	8	1,6	10	1,9	5	1,0	5	1,0	7	1,3	3	0,6	13	2,4
5	4	0,9	5	1,1	6	1,3	4	0,8	3	0,6	5	1,0	3	0,6	2	0,4	10	1,9	9	1,7
6	175	9,0	176	9,0	205	10,3	193	9,5	185	9,0	115	5,6	135	6,7	303	14,9	309	14,7	267	12,1
7	4	1,1	8	2,1	9	2,3	6	1,5	10	2,5	8	2,0	14	3,4	5	1,2	11	2,6	12	2,8
8	3	2,0	5	3,4	1	0,7	5	3,4	3	2,0	3	2,0	4	2,7	0	–	4	2,7	8	5,4
9	3	3,2	0	–	0	–	2	2,2	0	–	1	1,1	0	–	2	2,2	1	1,1	4	4,5
10	0	–	0	–	0	–	0	–	1	7,3	1	7,4	1	7,4	0	–	0	–	1	7,4
11	0	–	1	1,1	1	1,1	0	–	1	1,1	0	–	0	–	2	2,2	0	–	0	–
12	3	0,7	3	0,7	4	1,0	4	0,9	4	0,9	6	1,4	2	0,5	3	0,7	6	1,3	7	1,5
13	10	2,4	9	2,1	17	4,0	11	2,5	12	2,7	6	1,4	11	2,5	13	2,9	17	3,8	16	3,5
14	12	2,4	15	3,0	14	2,8	7	1,4	5	1,0	3	0,6	5	0,9	9	1,7	12	2,2	18	3,2
15	13	2,2	9	1,5	10	1,7	11	1,8	11	1,8	9	1,4	4	0,6	8	1,2	10	1,5	11	1,6
16	36	2,7	38	2,8	32	2,3	39	2,8	29	2,0	16	1,1	33	2,3	29	2,0	33	2,2	36	2,4
17	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–	1	7,1	1	7,0	0	–	0	–	0	–
18	0	–	1	5,8	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–
Total	**300**	**3,7**	**296**	**3,6**	**345**	**4,2**	**314**	**3,7**	**299**	**3,5**	**211**	**2,5**	**237**	**2,8**	**407**	**4,7**	**449**	**5,1**	**462**	**5,1**

Taux pour 100 000 personnes. 01 : Bas-Saint-Laurent; 02 : Saguenay–Lac-Saint-Jean; 03 : Capitale-Nationale; 04 : Mauricie et Centre-du-Québec; 05 : Estrie; 06 : Montréal; 07 : Outaouais; 08 : Abitibi-Témiscamingue; 09 : Côte-Nord; 10 : Nord-du-Québec; 11 : Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine; 12 : Chaudière-Appalaches; 13 : Laval; 14 : Lanaudière; 15 : Laurentides; 16 : Montérégie; 17 : Nunavik; 18 : Terres-Cries-de-la-Baie-James.

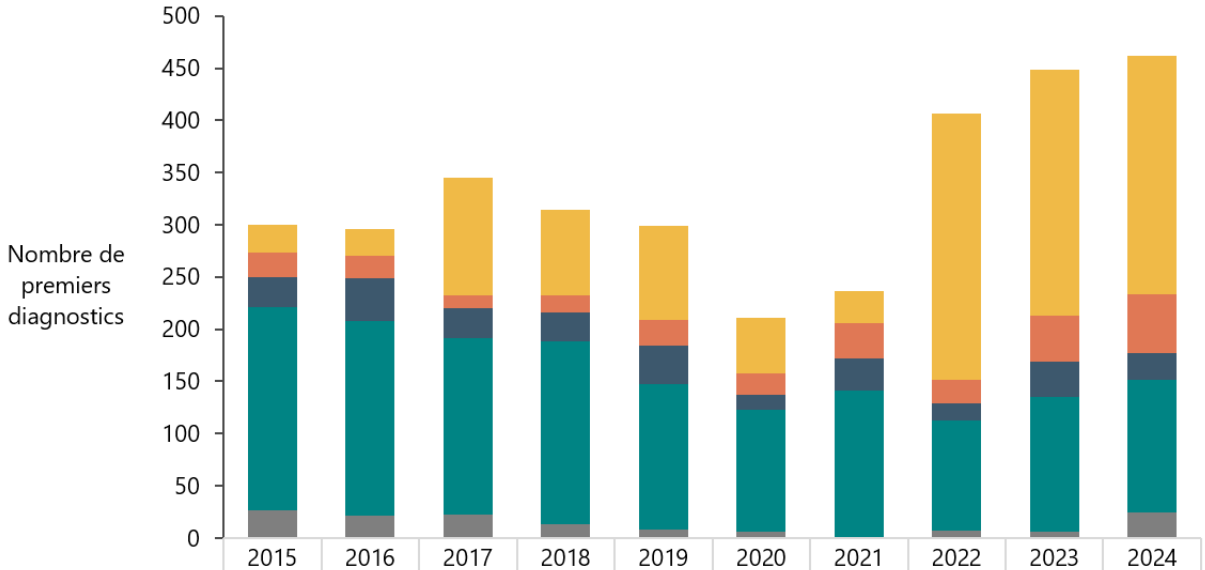
Premiers diagnostics selon le lieu de naissance et la durée depuis l'arrivée

En 2023-2024, 51 % des premiers diagnostics concernent des personnes arrivées au Canada depuis ≤12 mois, 11 % concernent des personnes arrivées depuis 1 à 5 ans, 7 % concernent des personnes arrivées depuis ≥ 6 ans, et 28 % concernaient les personnes nées au Canada.

Évolution des premiers diagnostics selon la durée depuis l'arrivée :

- Entre 2015 et 2019, le nombre de premiers diagnostics parmi les personnes nées ou établies au Canada depuis ≥ 6 ans a diminué, passant de 223 cas (74 % des premiers diagnostics) à 176 cas (59 % des premiers diagnostics), figure 14. Cette tendance à la baisse se maintient jusqu'en 2023 (163 cas, 36 %) et 2024 (152 cas, 33 %). Globalement, le nombre annuel de premiers diagnostics parmi cette population a diminué de 32 % entre 2015 et 2024.
- À l'inverse, le nombre de premiers diagnostics parmi les personnes arrivées au Canada depuis < 6 ans a plus que doublé entre 2015 et 2019 (50 à 115 cas), puis de nouveau jusqu'en 2022 (278 cas). Une hausse plus modérée est observée en 2023 (280 cas, 62 % des premiers diagnostics) et 2024 (285 cas, 62 % des premiers diagnostics).

Figure 14 **Nombre de premiers diagnostics selon la naissance au Canada ou la durée depuis l'arrivée des personnes au Canada, 2015-2024**



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Total	300	296	345	314	299	211	237	407	449	462
Arrivées ≤12 mois	27	26	113	82	90	53	31	256	236	229
Arrivées 1-5 ans	23	21	12	16	25	21	34	22	44	56
Arrivées 6+ ans	29	41	29	28	37	14	31	16	34	25
Nées au Canada	194	187	169	175	139	117	140	106	129	127
Inconnu	27	21	22	13	8	6	1	7	6	25

Premiers diagnostics par catégorie d'exposition

En 2023–2024, les premiers diagnostics se répartissent principalement entre contact hétérosexuel (53 %) et HARSAH (42 %). Les premiers diagnostics attribués à l'UDI demeurent moins fréquents (HARSAH-UDI : 3,4 %, UDI : 1,2 %). Moins d'un pour cent des premiers diagnostics sont attribués à l'exposition périnatale (2 cas en 2023[14], 0 cas en 2024), tableau 1, figure 15a.

Répartition selon le sexe

- Chez les personnes de sexe masculin : HARSAH demeure la catégorie prédominante (58 %), suivi par contact hétérosexuel (35 %), HARSAH-UDI (4,7 %) et UDI (1,2 %).
- Chez les personnes de sexe féminin : 98,5 % des premiers diagnostics sont attribués au contact hétérosexuel et 1,2 % à l'UDI (annexe 2 : tableau 11).

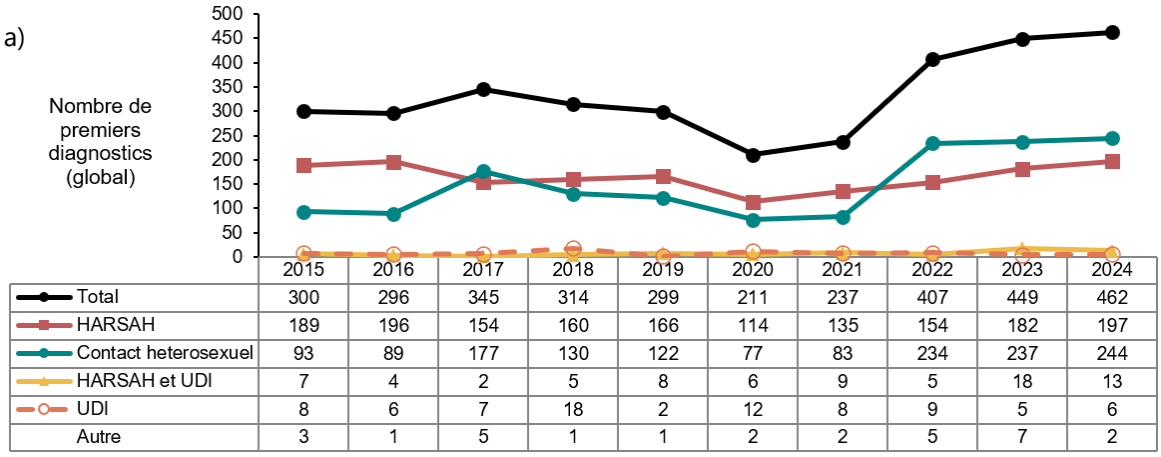
Évolution des premiers diagnostics selon la catégorie d'exposition et la naissance au Canada ou la durée depuis l'arrivée

- **HARSAH** : Entre 2015 et 2024, le nombre annuel de premiers diagnostics attribué aux HARSAH a oscillé, mais reste généralement similaire (de 189 cas en 2015 à 182 en 2023 et 197 cas en 2024, figure 15a). Cependant, les tendances sont hétérogènes par sous-populations : le nombre annuel des premiers diagnostics chez les HARSAH nés ou établis au Canada a diminué de 32 % (de 152 à 102 entre 2015 et 2024, figure 15b), mais a augmenté parmi les personnes nouvellement arrivées au Canada (figure 15c), de 22 à 84 cas entre 2015 et 2024.
- **Contact hétérosexuel** : Le nombre de premiers diagnostics attribués au contact hétérosexuel a augmenté de 93 cas à 244 cas entre 2015 et 2024 (figure 15a), principalement chez les personnes nouvellement arrivées au Canada, de 27 à 199 cas entre 2015 et 2024, figure 15c. À l'inverse, chez les personnes nées ou établies au Canada, le nombre annuel de premiers diagnostics liés au contact hétérosexuel a diminué de 41 %, de 54 à 32 cas entre 2015 et 2024, figure 15b.

[14] Cas périnataux : Le premier cas concerne un jeune enfant né au Canada. Le second cas concerne un jeune individu né hors Canada dont la transmission aurait eu lieu dans son pays d'origine.

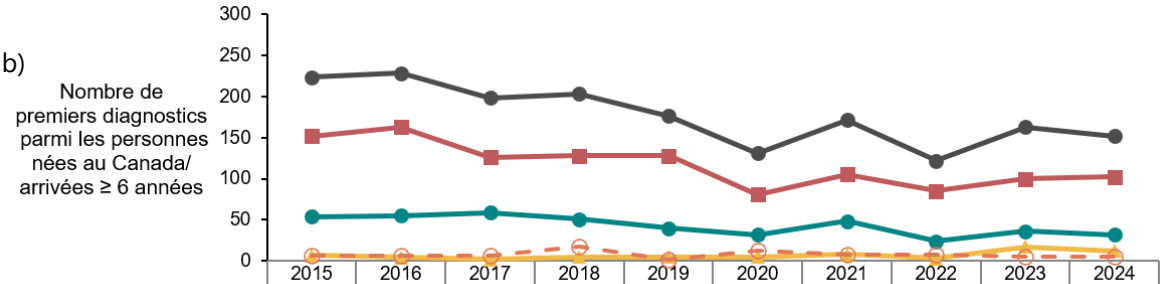
Figure 15 **Évolution du nombre de premiers diagnostics selon la catégorie d'exposition et le lieu de naissance ou la durée depuis l'arrivée au Canada, 2015-2024**

a)



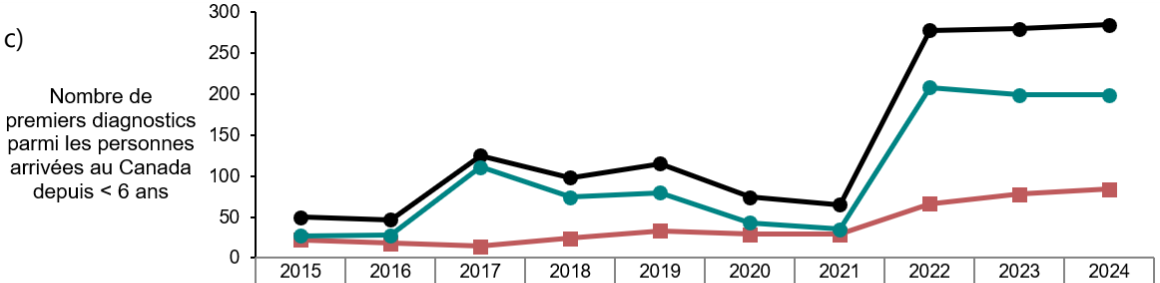
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Total	300	296	345	314	299	211	237	407	449	462
HARSAH	189	196	154	160	166	114	135	154	182	197
Contact heterosexuel	93	89	177	130	122	77	83	234	237	244
HARSAH et UDI	7	4	2	5	8	6	9	5	18	13
UDI	8	6	7	18	2	12	8	9	5	6
Autre	3	1	5	1	1	2	2	5	7	2

b)



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Total	223	228	198	203	176	131	171	122	163	152
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

c)



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Total	50	47	125	98	115	74	65	278	280	285
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

Note : a) (haut) 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 (depuis moins de 6 ans) : HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; UDI : personnes qui utilisent des drogues par injection; HARSAH-UDI : 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 15 ne sont pas présentées pour les groupes avec moins de cinq cas par année.

Antécédents de dépistage

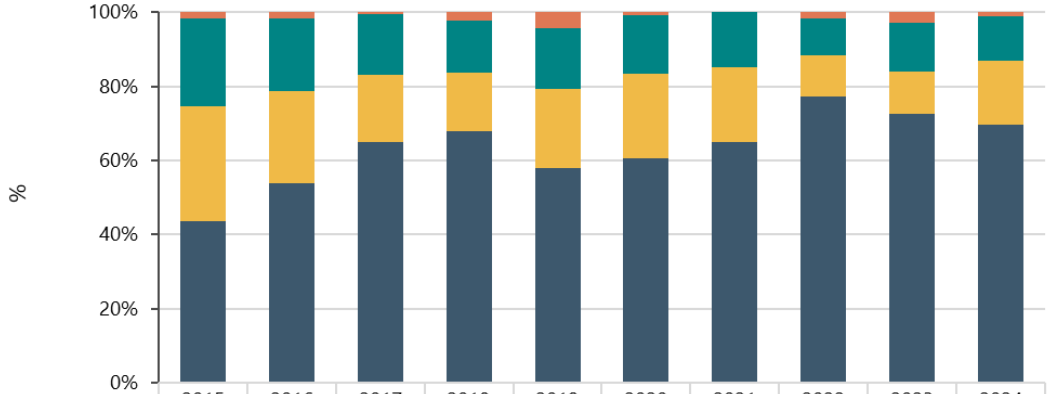
En 2023-2024 : 13 % des premiers diagnostics avaient obtenu un test négatif dans les 12 mois précédents, tandis que 16 % avaient un test négatif plus ancien ou à ce jour inconnu, et 71 % n'avaient jamais été dépistées auparavant (figure 16). La proportion de personnes ayant reçu un premier diagnostic de VIH qui n'avaient jamais été dépistées auparavant est en hausse, passant de 44 % en 2015 à 70 % en 2024, figure 17.

La proportion de personnes jamais dépistées était plus élevée chez les personnes arrivées au Canada depuis moins de 6 ans que les populations établies au Canada, particulièrement chez celles exposées par contact hétérosexuel, figure 17.

En 2024, la proportion des premiers diagnostics jamais dépistés pour le VIH auparavant était de :

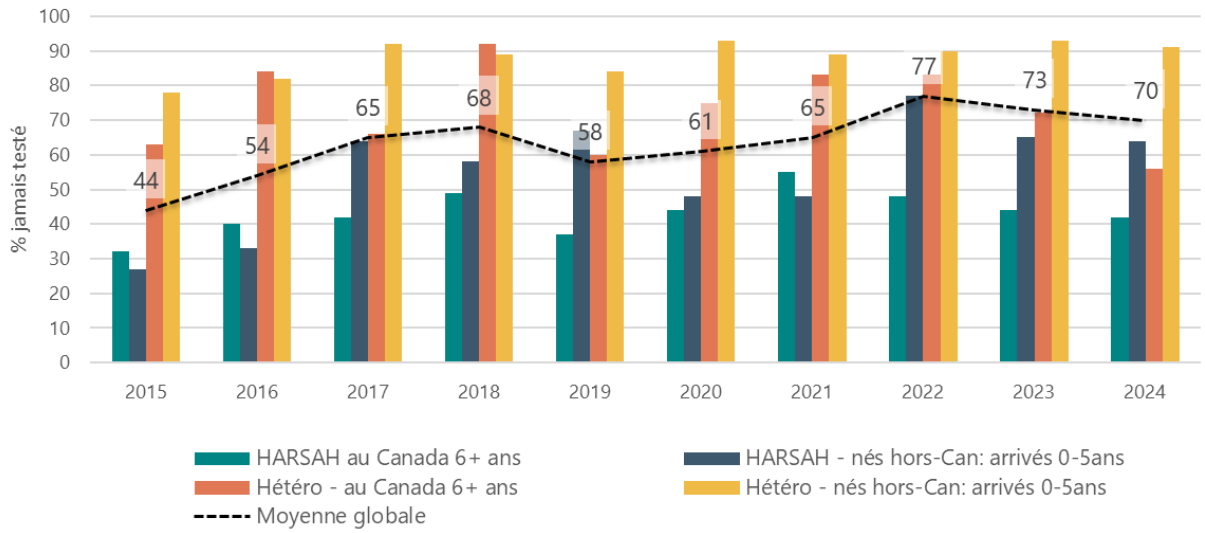
- 87 % chez les personnes avec une exposition par contact hétérosexuel (94 % chez les personnes nouvellement arrivées; 74 % chez les personnes nées ou établies au Canada);
- 52 % chez les HARSAH (64 % chez les personnes nouvellement arrivées; 42 % chez les personnes nées ou établies au Canada);
- 31 % chez les personnes HARSAH-UDI et 33 % chez les personnes UDI (indépendamment du lieu de naissance).

Figure 16 Antécédents de dépistage du VIH parmi les premiers diagnostics, 2015-2024



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Date du dernier test inconnue	5	5	2	7	13	2	0	7	13	5
Test négatif <12 mois	71	58	56	44	49	33	35	40	59	56
Test négatif >= 12 mois	93	74	63	50	64	48	48	45	51	79
Jamais dépisté auparavant	131	159	224	213	173	128	154	315	326	322

Figure 17 **Proportion des premiers diagnostics sans dépistage antérieur, selon l'exposition, le lieu de naissance et la durée depuis l'arrivée, 2015-2024**



Note : La moyenne globale de tous les premiers diagnostics comprend toutes les catégories d'exposition. Le groupe « au Canada 6+ ans » comprend les personnes nées au Canada et les personnes arrivées depuis ≥ 6 ans. Les catégories d'exposition HARSAH-UDI, UDI, et autres groupes sont exclus à cause des petits nombres.

Distribution des CD4, diagnostic tardif et stade avancé

En 2023 et 2024, des résultats de numération des lymphocytes CD4 étaient disponibles pour 780 personnes, soit 86 % des premiers diagnostics enregistrés au cours de la période, tableau 3.

Parmi ces personnes, 344 (44 %) avaient un diagnostic tardif (taux de CD4 < 350 cellules/mm³ ou présence de maladies définissant le sida) :

- 23 % présentent un taux de CD4 entre 200-350 cellules/mm³ (n = 181);
- 21 % présentent un taux < 200 cellules/mm³ (n = 161);
- 5 % présentent des maladies définissant le sida (N = 43)[15].

Le stade avancé de l'infection constitue un sous-ensemble des diagnostics tardifs et est défini par un taux de CD4 < 200 cellules/mm³ ou la présence de maladies définissant le sida. Au total, 167 personnes (18 % de l'ensemble des premiers diagnostics en 2023–2024 et 21 % de celles avec un résultat CD4) étaient à un stade avancé au moment du diagnostic.

[15] Les catégories de CD4 et la présence de maladies définissant le sida ne sont pas mutuellement exclusives. Une personne peut présenter un faible taux de CD4, des maladies définissant le sida, les deux.

Tableau 3 Répartition des CD4 parmi les premiers diagnostics, 2023 et 2024

	< 200 CD4/mm³	**200-349 CD4/mm³**	**≥ 350 CD4/mm³**	**Total** avec CD4	CD4 manquant	**Total**
Total	161 (21 %)[1]	181 (23 %)[1]	438 (56 %)[1]	**780**	131 (14 %)[2]	**911**
Année						
2023	81 (21 %)	83 (22 %)	215 (57 %)	**379**	70 (16 %)	**449**
2024	80 (20 %)	98 (24 %)	223 (56 %)	**401**	61 (13 %)	**462**
Age, médiane	41	37	35	**36**	39	**37**
(Q1-Q3)	(32-53)	(30-46)	(27-44)	**(29-45)**	(31-50)	**(29-46)**
Sexe/genre						
Masculin	121 (21 %)	130 (23 %)	322 (56 %)	**573**	71 (11 %)	**644**
Féminin	40 (20 %)	49 (25 %)	110 (55 %)	**199**	60 (23 %)	**259**
Trans	0 (0 %)	2 (25 %)	6 (75 %)	**8**	0 (0 %)	**8**
Catégorie d'exposition						
HARSAH	56 (17 %)	72 (21 %)	210 (62 %)	**338**	41 (11 %)	**379**
HARSAH/UDI	1 (3.7 %)	2 (7.4 %)	24 (89 %)	**27**	4 (13 %)	**31**
UDI	2 (20 %)	1 (10 %)	7 (70 %)	**10**	1 (9.1 %)	**11**
Contact hétéro	99 (25 %)	106 (27 %)	193 (48 %)	**398**	83 (17 %)	**481**
Naissance au Canada ou délai depuis l'arrivée						
Arrivée ≤12 mois	81 (21 %)	122 (31 %)	188 (48 %)	**391**	74 (16 %)	**465**
Arrivée 1-5 ans	21 (23 %)	16 (18 %)	54 (59 %)	**91**	9 (9 %)	**100**
Arrivée ≥6 ans	13 (27 %)	11 (23 %)	24 (50 %)	**48**	8 (14 %)	**56**
Née au Canada	42 (18 %)	29 (13 %)	158 (69 %)	**229**	27 (11 %)	**256**
Inconnu	4 (19 %)	3 (14 %)	14 (67 %)	**21**	13 (38 %)	**34**
Historique de dépistage VIH antérieur négatif						
Jamais testé	128 (24 %)	137 (25 %)	275 (51 %)	**540**	105 (16 %)	**645**
Testé ≥ 12 mois	18 (16 %)	26 (22 %)	72 (62 %)	**116**	14 (11 %)	**130**
Testé < 12 mois	9 (8.6 %)	17 (16 %)	79 (75 %)	**105**	10 (8.7 %)	**115**
Testé (période inconnue)	6 (32 %)	1 (5.3 %)	12 (63 %)	**19**	2 (9.5 %)	**21**
Mois depuis dernier test VIH négatif (le cas échéant)						
Médiane (Q1, Q3)	-32 mois	-16 mois	-10 mois	**-13 mois**		
	(-67, -10)	(-31, -7)	(-2, -5)	**(-33, -5)**		
Maladies définissant le sida	37 (86 %)	4 (9,3 %)	2 (4,6 %)	**43**	0	**43**

[1] % ligne du total valide, sans manquant;

[2] % ligne du total, incluant les personnes pour lesquels les résultats CD4 n'étaient disponibles;

Q1-Q3 = quartile 1 à quartile 3; Données non-présentées pour les personnes avec catégories d'exposition : transmission périnatale (n = 2) et aucun risque identifié (n = 5) à cause des petits nombres.

La répartition des CD4 varie selon plusieurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques, tableau 3. Les taux de CD4 < 200/mm^3 (associés avec un stade avancé de l'infection par le VIH) et < 350/mm3 (diagnostics tardifs) sont observés plus fréquemment :

- Chez les personnes plus âgées;
- Chez les personnes dont la catégorie d'exposition est un contact hétérosexuel, comparativement aux personnes classées HARSAH ou UDI;
- Chez les personnes nées à l'extérieur du Canada (en particulier celles arrivées au Canada dans les 12 mois précédant le diagnostic ainsi que celles arrivées depuis ≥ six ans);
- Chez les personnes n'ayant jamais été dépistées auparavant ou dont le dernier test VIH négatif remontait à plus de 12 mois.

3.4 Personnes ayant un diagnostic de VIH antérieur

En 2023 et 2024, la majorité des cas de VIH enregistrés au Québec concernait des personnes ayant déjà reçu un diagnostic de VIH posé avant l'année de surveillance ou à l'extérieur du Québec, soit 658 personnes en 2023 et 660 personnes en 2024. Ces personnes n'avaient pas été enregistrées dans le programme de surveillance au moment de leur test positif initial[16], ou ne pouvaient l'être, notamment lorsque le diagnostic avait été posé à l'extérieur du Québec.

Le taux des diagnostics antérieurs s'est établi à 7,4 pour 100 000 personnes en 2023 et 7,3 pour 100 000 en 2024, figure 4. Le taux des diagnostics antérieurs en 2024 est presque deux fois supérieur à celui observé en 2015 (3,7 pour 100 000 personnes, annexe 2 : tableau 8).

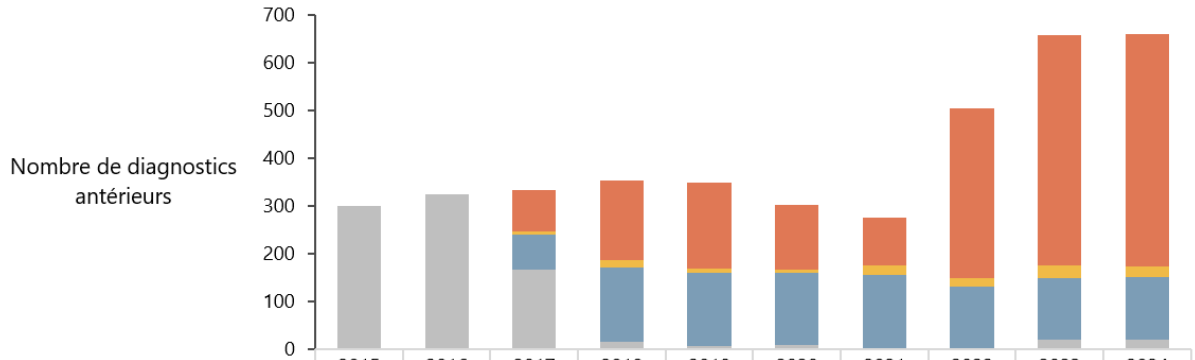
Cette hausse reflète principalement l'augmentation du nombre de personnes dont le diagnostic initial a été posé à l'extérieur du Canada (figure 18). Entre 2018 et 2024, le nombre de personnes dont le diagnostic initial avait été posé au Québec a diminué de 15 %, passant de 155 à 132 personnes, tandis que le nombre de personnes ayant reçu leur diagnostic initial à l'extérieur du Canada a augmenté de 166 à 486 personnes.

En 2024, parmi les 660 personnes enregistrées ayant un diagnostic antérieur :

- 132 (20 %) avaient obtenu leur test VIH positif initial au Québec, avant 2024;
- 486 (74 %) avaient été initialement diagnostiquées à l'extérieur du Canada;
- 21 (3,2 %) avaient été initialement diagnostiquées ailleurs au Canada;
- 21 personnes (3,2 %) : le lieu du test positif initial était inconnu.

[16] Voir section Limites.

Figure 18 Diagnostics antérieurs selon le lieu du premier test positif, 2015-2024



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Diagnostics antérieurs (total)	301	324	335	353	350	302	277	505	658	660
Diagnostiqué à l'étranger	0	0	87	166	180	134	100	356	482	486
Diagnostiqué ailleurs au Canada	0	0	7	16	10	8	21	18	26	21
Diagnostiqué au Québec	0	0	73	155	152	151	152	128	128	132
Lieu de diagnostic inconnu	301	324	168	16	8	9	4	3	22	21

Note : La variable pour le lieu de test positif antérieur est disponible uniquement depuis mai 2017.

Catégories d'exposition

En 2023 et 2024, les diagnostics antérieurs se répartissent principalement entre les catégories HARSAH et contacts hétérosexuels. En 2023, les HARSAH représentaient la proportion la plus élevée (48 %), suivis des contacts hétérosexuels (46 %). En 2024, cette tendance s'inverse : les contacts hétérosexuels deviennent la catégorie la plus représentée (56 %), devant les HARSAH (40 %), tableau 1.

Les expositions associées à l'UDI demeurent peu fréquentes : les personnes HARSAH-UDI représentent 0,9 % des diagnostics antérieurs en 2023 et 0,3 % en 2024, tandis que les personnes UDI représentent 2,6 % en 2023 et 1,8 % en 2024.

Les catégories moins fréquentes comprennent la transmission périnatale (1,6 %) et la réception des produits sanguins ou des facteurs de coagulation (0,3 %).

Charge virale

En 2023 et 2024, la charge virale était disponible chez 91 % des personnes ayant un diagnostic antérieur (tableau 4). Parmi celles-ci : 87 % présentaient une charge virale supprimée (< 200 copies/mL), tandis que 13 % avaient une charge virale non-supprimée (< 200 copies/mL).

- **Sexe** : la proportion de charge virale supprimée était plus élevée chez les personnes du sexe masculin (88 %) et les personnes trans (100 %,) que chez les personnes du sexe féminin (84 %).
- **Catégorie d'exposition** : les proportions les plus élevées de suppression virale étaient observées chez les personnes ayant une exposition HARSAH (92 %) ou UDI (92 %), tandis qu'elles étaient plus faibles chez les personnes ayant une exposition par contact hétérosexuel (83 %) ou une exposition périnatale (75 %, petits effectifs).

- **Naissance au Canada ou délai depuis l'arrivée** : la suppression virale était plus fréquente chez les personnes nées au Canada (94 %) et chez celles arrivées depuis ≤ 12 mois (87 %), comparativement aux personnes arrivées depuis 1 à 5 ans (82 %) ou 6 ans ou plus (77 %).

Tableau 4 Charge virale parmi les personnes ayant un diagnostic antérieur, 2023 et 2024

	Charge virale supprimée : < 200 copies/ml	**Charge virale Non-supprimée** : ≥ 200 copies/ml	**Total avec charge virale**	Charge virale manquante	**Total**
Totale	1040 (87 %)[1]	156 (13 %)[1]	**1196**	122 (9 %) [2]	**1318**
Année					
2023	506 (87 %)	78 (13 %)	**584**	74 (11 %)	**658**
2024	534 (87 %)	78 (13 %)	**612**	48 (7.3 %)	**660**
Âge, médiane	41	40	**41**	44	**41**
(Q1–Q3)	(33-56)	(32-47)	**(33-55)**	(35-60)	**(33-55)**
Sexe/genre					
Masculin	671 (88 %)	90 (12 %)	**761**	59 (7.2 %)	**820**
Féminin	349 (84 %)	66 (16 %)	**415**	63 (13 %)	**478**
Trans	20 (100 %)	0 (0 %)	**20**	0 (0 %)	**20**
Catégorie d'exposition					
HARSAH	494 (92 %)	45 (8.3 %)	**539**	38 (6.6 %)	**577**
HARSAH/UDI	5 (83 %)	1 (17 %)	**6**	2 (25 %)	**8**
UDI	24 (92 %)	2 (7.7 %)	**26**	3 (10 %)	**29**
Contact hétéro	495 (83 %)	103 (17 %)	**598**	78 (12 %)	**676**
Périnatale	15 (75 %)	5 (25 %)	**20**	1 (4.8 %)	**21**
Naissance au Canada ou délai depuis l'arrivée					
Arrivées ≤12 mois	649 (87 %)	99 (13 %)	**748**	73 (8.9 %)	**821**
Arrivées 1-5 ans	117 (82 %)	25 (18 %)	**142**	7 (4.7 %)	**149**
Arrivées ≥6 ans	55 (77 %)	16 (23 %)	**71**	9 (11 %)	**80**
Nées au Canada	210 (94 %)	14 (6.3 %)	**224**	20 (8.2 %)	**244**
Inconnu	9 (82 %)	2 (18 %)	**11**	13 (54 %)	**24**

[1] % ligne du total valide, excluant les personnes avec résultats pour la charge virale manquant;

[2] % ligne du total, incluant les personnes pour lesquels les résultats charge virale n'étaient disponibles;

Q1-Q3 = quartile 1 à quartile 3 (intervalle interquartile);

Mesure retenue : première charge virale disponible au moment de l'enregistrement (diagnostic antérieur), ce qui peut différer selon le moment d'entrée en soins. HARSAH : Homme qui a des relations sexuelles avec d'autres hommes; UDI : utilisation de drogues par injection; hétéro : hétérosexuel. Les données ne sont pas présentées pour les personnes classées dans les catégories d'exposition « réception de produits sanguins ou de facteurs de coagulation » (n = 4) et « aucun risque identifié » (n = 3), en raison des faibles effectifs.

3.5 Cas de VIH enregistrés chez les personnes nouvellement arrivées au Canada

Cette section décrit les caractéristiques des cas de VIH enregistrés en 2023 et 2024 chez les personnes nouvellement arrivées au Canada, soit celles nées à l'extérieur du Canada et arrivées au Canada depuis moins de six ans. Les tendances observées dans le nombre de cas au sein de cette population doivent être interprétées comme le reflet de conditions structurelles, de parcours migratoires et de dynamiques de dépistage, et non comme un indicateur de risque intrinsèque.

Les personnes nouvellement arrivées représentent une part importante et croissante des cas de VIH enregistrés en 2023 et 2024. Au total, 1 538 cas d'infection par le VIH parmi des personnes nouvellement arrivées ont été enregistrés au cours de ces deux années, soit 280 premiers diagnostics et 488 diagnostics antérieurs en 2023, puis 285 premiers diagnostics et 482 diagnostics antérieurs en 2024. L'âge médian est d'environ 38 à 40 ans, et les profils d'âge sont très similaires d'une année à l'autre.

Sexe et genre

En 2023, un peu plus de la moitié des personnes nouvellement arrivées enregistrées étaient de sexe masculin (60 %), proportion comparable à 2024 (55 %). On observe toutefois une hausse de la proportion de femmes en 2024, particulièrement parmi les diagnostics antérieurs (46 %). Les personnes trans demeurent peu nombreuses, un total de 23 femmes trans ont été enregistrées parmi les personnes nouvellement arrivées en 2023 et 2024.

Catégories d'exposition

- Parmi les personnes nouvellement arrivées, les contacts hétérosexuels demeurent l'exposition la plus fréquemment rapportée, représentant environ 59 % des cas en 2023 et 66 % en 2024, et environ 70 % des premiers diagnostics chaque année.
- Les HARSAH constituent toutefois un sous-groupe important, particulièrement chez les nouveaux arrivants ayant un diagnostic antérieur : ils représentent 45 % des diagnostics antérieurs en 2023 et 34 % en 2024.
- Les expositions associées à l'utilisation de drogues par injection (UDI ou HARSAH-UDI) demeurent très rares dans cette population (< 1 %).
- La transmission périnatale était rapportée pour 2 % des diagnostics antérieurs.

Délais d'accès aux dépistages VIH après l'arrivée

En 2023 et 2024, la grande majorité (respectivement 81 et 88 %) des personnes nouvellement arrivées ont été enregistrées au programme de surveillance dans les 12 mois suivant leur arrivée.

- Le délai entre l'arrivée et la confirmation du VIH est très court, avec des médianes généralement de 0 à 1 mois.
- Les délais entre l'arrivée et la première numération CD4 ou la première charge virale sont légèrement plus longs : médiane de 2 à 3 mois.

Ces délais très courts indiquent que, pour les personnes nouvellement diagnostiquées au Québec, le diagnostic survient peu après leur arrivée dans la province. Cela suggère que la majorité de ces diagnostics ont été posés dans le cadre des examens médicaux aux fins d'immigration. Les délais légèrement plus élevés observés pour l'obtention des premiers tests CD4 ou de charge virale indiquent que l'accès au suivi spécialisé quant à lui se fait généralement dans les premiers mois suivant l'arrivée. Les proportions des personnes nouvellement arrivées n'ayant pas encore de résultats CD4 (15 %) ou charge virale (8,2 %) au moment de l'enregistrement demeurent relativement faibles et n'altèrent pas la tendance générale : la majorité des personnes nouvellement arrivées accèdent rapidement à une première évaluation clinique après leur installation au Québec.

Historique du dépistage VIH par rapport à l'arrivée

Parmi les personnes nouvellement arrivées diagnostiquées pour la première fois au Québec, 84 % n'avaient jamais été dépistées auparavant et 11 % rapportaient un test négatif antérieur réalisé avant l'arrivée au Canada ou à une date non précisée. Seule une faible proportion (4,6 %, soit 26 personnes) avait obtenu un test négatif après leur arrivée au Canada, mais avant leur diagnostic enregistré, ce qui suggère que le diagnostic survient rarement après un dépistage négatif suivant l'installation au pays.

Numéro d'assurance maladie (NAM)

Une majorité des personnes nouvellement arrivées ne disposaient pas d'un numéro d'assurance maladie (NAM) au moment de leur enregistrement dans le programme de surveillance (80 % en 2023 et 73 % en 2024). L'absence de NAM était plus fréquente chez les premiers diagnostics que chez les diagnostics antérieurs.

La variable « sans NAM » est interprétée comme un indicateur de contraintes administratives possibles dans le contexte du parcours migratoire. Il importe toutefois de préciser que l'absence de NAM ne signifie pas nécessairement une absence d'accès aux soins. Certaines personnes peuvent notamment être couvertes par le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), par une assurance privée ou recevoir des soins par d'autres mécanismes.

Origine ethnoculturelle

Parmi les personnes nouvellement arrivées enregistrées en 2023 et 2024, l'origine ethnoculturelle africaine subsaharienne constituait le groupe le plus représenté. Elle regroupait la moitié des cas en 2023 (50 %) et 60 % en 2024, tant parmi les premiers diagnostics que parmi les diagnostics antérieurs. Les personnes d'origine latino-américaine formaient le deuxième groupe en importance en 2023 (27 %), bien que leur proportion soit plus faible en 2024 (13 %). Les personnes d'origine caribéenne, européenne, d'Afrique du Nord ou du Moyen-Orient et asiatique représentaient chacune des proportions plus modestes, généralement inférieures à 15 % par année. Les origines nord-américaines et inconnues demeuraient marginales.

Tableau 5 Caractéristiques des cas de VIH enregistrés chez les personnes nées hors Canada arrivées depuis moins de six ans, 2023 et 2024

Caractéristique	2023			2024		
	Total N = 768	**Premier diagnostic** N = 280	**Diagnostic antérieur** N = 488	**Total** N = 767	**Premier diagnostic** N = 285	**Diagnostic antérieur** N = 482
Âge (ans)	36 (31-44)	36 (30-44)	36 (31-45)	38 (31-46)	37 (29-45)	38 (32-46)
Sexe/genre						
Masculin	457 (60 %)	160 (57 %)	297 (61 %)	422 (55 %)	175 (61 %)	247 (51 %)
Féminin	302 (39 %)	118 (42 %)	184 (38 %)	331 (43 %)	107 (38 %)	224 (46 %)
Trans	9 (1.2 %)	2 (0.7 %)	7 (1.4 %)	14 (1.8 %)	3 (1.1 %)	11 (2.3 %)
Catégorie d'exposition						
Contact hétérosexuel	453 (59 %)	199 (71 %)	254 (52 %)	508 (66 %)	199 (70 %)	309 (64 %)
HARSAH	300 (39 %)	78 (28 %)	222 (45 %)	246 (32 %)	84 (29 %)	162 (34 %)
Périnatale	10 (1.3 %)	0 (0 %)	10 (2.0 %)	10 (1.3 %)	0 (0 %)	10 (2.1 %)
Délai depuis arrivée						
< 2 mois	462 (60 %)	188 (67 %)	274 (56 %)	380 (50 %)	152 (53 %)	228 (47 %)
2 à 12 mois	225 (29 %)	59 (21 %)	166 (34 %)	267 (35 %)	83 (29 %)	184 (38 %)
1 à 5 ans	81 (11 %)	33 (12 %)	48 (9.8 %)	120 (16 %)	50 (18 %)	70 (15 %)
Délais - tests VIH (mois)[1]						
Délai arrivée à confirmation VIH	1 (0-5)	0 (0-5)	1 (0-5)	2 (0-8)	1 (0-9)	2 (0-7)
Délai arrivée à test CD4 ou CV	2 (1-5)	2 (1-7)	2 (1-4)	3 (1-8)	3 (1-10)	3 (1-8)
Historique du dépistage VIH par rapport à l'arrivée au Canada[2]						
Dernier test VIH négatif effectué depuis l'arrivée au Canada	--	13 (4.6 %)	--	--	13 (4.6 %)	--
Dernier test VIH négatif effectué avant l'arrivée au Canada	--	21 (7.5 %)	--	--	33 (12 %)	--
Test VIH négatif, date inconnue	--	8 (2.9 %)	--	--	2 (0.7 %)	--
Jamais dépisté pour le VIH	--	238 (85 %)	--	--	237 (83 %)	--
Sans NAM au moment de l'enregistrement	617 (80 %)	247 (88 %)	370 (76 %)	562 (73 %)	239 (84 %)	323 (67 %)
Origine ethnoculturelle						
Africaine subsaharienne	381 (50 %)	141 (50 %)	240 (49 %)	460 (60 %)	151 (53 %)	309 (64 %)
Amérique latine/centrale/sud	207 (27 %)	64 (23 %)	143 (29 %)	99 (13 %)	36 (13 %)	63 (13 %)
Caraïbes	87 (11 %)	47 (17 %)	40 (8,2 %)	93 (12 %)	44 (15 %)	49 (10 %)
Européenne	35 (4,6 %)	13 (4,6 %)	22 (4,5 %)	31 (4,0 %)	15 (5,3 %)	16 (3,3 %)
Africaine du nord/Moyen Orient	32 (4,2 %)	7 (2,5 %)	25 (5,1 %)	45 (5,9 %)	18 (6,3 %)	27 (5,6 %)
Asiatique	18 (2,3 %)	7 (2,5 %)	11 (2,3 %)	35 (4,6 %)	20 (7,0 %)	15 (3,1 %)
Américaine	7 (0.9 %)	0 (0 %)	7 (1,4 %)	3 (0,4 %)	0 (0 %)	3 (0,6 %)

Médiane [Q1–Q3]; n (% par colonne). Abréviations : HARSAH = Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes; NAM = numéro assurance maladie; N = nombre des personnes; CV : charge virale.

(1) Nombre de mois complets estimés entre la date d'arrivée et la date du premier test VIH effectué au Québec. Une valeur de 0 mois indique un délai inférieur à 30 jours;

(2) L'historique de dépistage VIH négatif s'applique uniquement aux personnes ayant reçu un premier diagnostic;

Les données ne sont pas présentées pour les personnes classées dans les catégories d'exposition HARSAH-UDI (n = 3), UDI (n = 2) et aucun risque identifié (n = 3), et ceux avec origine ethnoculturelle, inconnu (n = 1). Les totaux peuvent ne pas correspondre exactement à la somme des catégories présentées, en raison de la suppression de certaines catégories et de l'arrondissement des pourcentages.

3.6 Estimations de la cascade de soins du VIH

Les estimations de la cascade de soins du VIH produites aux deux ans par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) reposent sur des modèles statistiques combinant plusieurs sources de données, dont celles du PSI-VIH du Québec (4).

Selon les plus récentes estimations (données préliminaires), environ 20 600 (intervalle plausible : 17 900 à 23 300) personnes vivaient avec le VIH au Québec en 2024 (tableau 6). Ces valeurs sont des estimations modélisées par l'ASPC, et ne correspondent pas directement aux cas diagnostiqués et enregistrés au PSI-VIH.

Les estimations de la cascade de soins indiquent qu'en 2024, 92 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique, 83 % des personnes diagnostiquées recevaient un traitement antirétroviral, et 96 % des personnes traitées présentaient une charge virale supprimée (< 200 copies/mL). Depuis 2022, la proportion des PVVIH diagnostiquées recevant des antirétroviraux a légèrement augmenté (de 81 % à 83 %).

Tableau 6 Estimations de la cascade de soins du VIH au Québec, 2022 et 2024

Indicateurs	2022	2024
Cas prévalents : nombre estimé de PVVIH (intervalle plausible)	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 recevant des antirétroviraux	81 %	83 %
Proportion des PVVIH diagnostiquées 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.

« Cas prévalents » : nombre total des personnes vivant avec le VIH diagnostiquées et non-diagnostiquées.

4 LIMITES

Les résultats présentés doivent être interprétés en tenant compte des limites du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec.

- **Cas détectés et enregistrés seulement** : Les données reflètent les personnes pour lesquelles un test de confirmation de VIH a été réalisé au LSPQ et pour lesquelles une collecte de renseignements épidémiologiques a pu être complétée afin de permettre l'enregistrement dans le programme de surveillance.
- **Représentativité des populations ayant accès aux soins** : Le programme repose sur les personnes ayant accès aux services de dépistage et de soins de santé. Il peut donc sous-représenter certaines populations ayant un accès limité aux services.
- **Sous-estimation possible du nombre de premiers diagnostics** : Certains cas détectés n'ont pu être enregistrés pour diverses raisons, notamment l'absence de données épidémiologiques disponibles auprès la personne prescriptrice du test confirmé VIH positif ou responsable de la prise en charge médicale, la réalisation de tests anonymes (impossible à enquêter), de tests effectués dans le cadre de projets de recherche, ou de tests demandés par Héma-Québec. Le nombre de personnes pour lesquelles un test confirmé positif est disponible sans qu'une enquête épidémiologique ait pu être complétée demeure petit[17].
- **Enregistrement incomplet des diagnostics antérieurs** : Certains cas classés comme diagnostics antérieurs peuvent ne pas avoir été captés au moment du diagnostic initial réalisé au Québec, notamment si celui-ci est survenu avant la mise en place du programme de surveillance ou lors de son déploiement, sans avoir donné lieu à un enregistrement dans le PSI-VIH. Cette situation peut concerner les personnes ne disposant pas d'un numéro d'assurance maladie (NAM) avant 2012, ainsi que d'autres cas non enregistrés pour des raisons similaires à celles décrites pour la sous-estimation des premiers diagnostics.
- **Les premiers diagnostics ne représentent pas l'incidence** : Les premiers diagnostics ne correspondent pas nécessairement aux infections récentes. Ils incluent à la fois des infections récemment acquises et des infections déjà présentes depuis plusieurs années, et excluent les nouvelles infections pas encore diagnostiquées. Ils ne permettent donc pas d'estimer le nombre de nouvelles infections.
- **Information manquante ou potentiellement sujette à un biais** : Les données reposent sur l'information rapportée par la personne prescriptrice du test confirmé VIH positif ou responsable de la prise en charge. Certaines variables peuvent également être incomplètes ou sujettes à un biais de désirabilité social. La sensibilité de certains sujets (p. ex. orientation sexuelle, usage de drogues), ainsi que la barrière linguistique ou culturelle, peuvent influencer la qualité ou l'exhaustivité de l'information recueillie.

[17] En 2023 et 2024, moins de 3 % des cas confirmés positifs au LSPQ n'ont pas pu faire l'objet d'une enquête complétée.

5 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Le Programme de surveillance de l'infection par le VIH (PSI-VIH) recueille et analyse depuis avril 2002 des données de surveillance afin de soutenir la planification des programmes de prévention et du système de santé, de documenter l'évolution de l'épidémie et d'évaluer les progrès vers l'atteinte des cibles mondiales liées au VIH. Les résultats présentés pour la période 2023–2024 s'inscrivent dans un contexte épidémiologique particulier, toujours marqué par une reprise postpandémique du dépistage du VIH et par des transformations importantes des dynamiques migratoires au Québec.

5.1 Tendances récentes des cas enregistrés

Après les augmentations marquées observées en 2022 et 2023, le nombre annuel de cas de VIH enregistrés s'est stabilisé en 2024, tout en demeurant nettement supérieur aux niveaux observés avant la pandémie (2015–2019). Les hausses observées depuis 2022 sont attribuables principalement à l'augmentation des premiers diagnostics chez les personnes nouvellement arrivées au Canada et à un nombre accru de diagnostics antérieurs enregistrés pour la première fois, dont le diagnostic initial avait été posé à l'extérieur du pays. À l'inverse, chez les personnes nées au Canada ainsi que chez les personnes nées à l'extérieur du Canada, mais établies au Québec depuis six ans ou plus, les années 2023 et 2024 s'inscrivent globalement dans la tendance de diminution lente des premiers diagnostics observée entre 2015 et 2019, après les perturbations survenues durant la période pandémique (2020–2022). Parmi les personnes présentes au Québec pendant la période pandémique, le rattrapage du dépistage en 2023 et 2024 pourrait en partie contribuer aux tendances observées, notamment par la détection d'infections acquises antérieurement mais diagnostiquées plus tardivement.

5.2 Éléments encourageants

La diminution soutenue des premiers diagnostics observés chez les personnes nées ou établies au Canada depuis six ans ou plus est encourageante, malgré un ralentissement au cours des années récentes. Cette tendance est compatible avec l'effet combiné de plusieurs interventions mises en place au Québec au cours des dernières années, notamment l'accès élargi aux thérapies antirétrovirales hautement efficaces – favorisant la suppression virale et la réduction du risque de transmission – ainsi que le déploiement de la PPrE, l'adaptation des approches comportementales de prévention et l'amélioration progressive de l'accessibilité au dépistage du VIH (6,13,18).

5.3 Défis persistants : dépistage antérieur et diagnostic tardif

Plusieurs défis importants persistent. Une proportion élevée de premiers diagnostics survient chez des personnes n'ayant aucun antécédent de dépistage, et une part significative des personnes nouvellement diagnostiquées présente un diagnostic tardif ou avancé. Ces caractéristiques sont observées parmi plusieurs sous-populations, notamment les HARSAH nés ou établis au Canada depuis six ans ou plus. Cela met en évidence des écarts persistants d'accès

au dépistage pour les groupes historiquement les plus touchés au Québec. Ces constats soulignent l'importance de renforcer et de diversifier les stratégies de dépistage du VIH afin qu'elles rejoignent l'ensemble des personnes vivant au Québec.

5.4 Populations clés

Selon le Plan d'action pancanadien sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang, l'interprétation des tendances du VIH devrait tenir compte des déterminants sociaux et structurels de la santé, ainsi que de la diversité des trajectoires vécues par les populations clés (21). Malgré une tendance globale à la diminution des premiers diagnostics parmi certaines populations historiquement plus touchées, l'épidémie du VIH demeure concentrée dans les centres urbains et affecte de manière disproportionnée certains groupes, notamment les HARSAH et les personnes nouvellement arrivées au Canada.

5.4.1 Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)

Entre 2015 et 2024, le nombre de premiers diagnostics chez les HARSAH a diminué parmi les personnes nées ou établies au Canada depuis 6 ans ou plus, compatible avec un effet positif des efforts de prévention et du traitement du VIH dans cette population. Une augmentation a toutefois été observée parmi les HARSAH nouvellement arrivés, soulignant l'importance de poursuivre l'adaptation des services pour cette population.

Il est important de reconnaître que les HARSAH constituent un groupe hétérogène, dont les comportements à risque d'acquisition du VIH ainsi que l'accès aux services varient selon l'âge, l'origine ethnoculturelle, l'identité de genre et les déterminants sociaux de la santé. Les progrès réalisés grâce à la PPrE, aux traitements antirétroviraux et aux stratégies de dépistage ciblées sont encourageants, et une adaptation continue des interventions demeure essentielle pour répondre à la diversité des besoins au sein de la population HARSAH.

5.4.2 Personnes utilisatrices de drogues par injection

La diminution continue de premiers diagnostics chez les personnes utilisatrices de drogues par injection s'inscrit dans une tendance cohérente avec les données du réseau de surveillance SurvUDI (22). Cette évolution pourrait refléter, en partie, des changements de comportements et l'élargissement des services de réduction des méfaits.

Toutefois, l'augmentation graduelle des cas parmi les HARSAH-UDI souligne l'importance de poursuivre l'adaptation des interventions de réduction des méfaits aux besoins de populations diversifiées. Certaines populations, comme les HARSAH qui utilisent des drogues, peuvent nécessiter des approches complémentaires aux services existants de réduction des méfaits (23). Le maintien d'interventions intégrées (prévention, dépistage, services sociaux et de santé) et l'accès adéquat et équitable au matériel sécuritaire de consommation de drogues (24), y compris dans les régions à l'extérieur des grands centres urbains, demeurent essentiels.

5.4.3 Personnes nouvellement arrivées au Canada

La proportion importante et croissante des personnes nouvellement arrivées au Canada parmi les cas de VIH enregistrés en 2023–2024 souligne le rôle central des dynamiques migratoires récentes dans l'épidémiologie actuelle du VIH au Québec. Pour les personnes avec un premier diagnostic de VIH, les délais très courts observés entre l'arrivée et la confirmation du VIH suggèrent que plusieurs de ces diagnostics correspondent probablement à des infections acquises avant l'arrivée au Canada, détectées peu de temps après l'installation et dans des contextes où le dépistage est requis (p. ex : examens médicaux d'immigration) (9,10).

La forte proportion de personnes nouvellement arrivées n'ayant jamais été dépistées pour le VIH avant le diagnostic au Québec met en lumière l'existence de lacunes d'accès au dépistage avant l'entrée dans le système de soins québécois. Il convient toutefois de noter que l'historique de dépistage peut être incomplet. Ce constat met néanmoins en évidence l'importance d'offrir, après l'arrivée, des occasions de dépistage accessibles et adaptées aux besoins des personnes nouvellement arrivées, en complément des mécanismes existants.

Par ailleurs, parmi les personnes nouvellement arrivées ayant un premier diagnostic de VIH dans les 5 années suivant leur arrivée au Canada, une faible proportion (5 %) avait eu un premier test négatif après leur arrivée et avant leur test positif. Ces résultats sont compatibles avec une infection survenue après l'arrivée au Canada, ou alors une infection avant l'arrivée et un premier test effectué lors la période fenêtre. Bien que marginale, cette situation rappelle l'importance de maintenir l'accès aux services de prévention du VIH pour cette population, même après un premier résultat négatif.

Accès aux soins malgré des contraintes administratives : La proportion élevée de personnes sans NAM au moment de l'enregistrement au PSI-VIH, particulièrement parmi les premiers diagnostics, suggère l'existence possible de contraintes administratives temporaires rencontrées après l'arrivée. Malgré cela, les délais relativement courts d'accès à la confirmation du VIH, aux tests de CD4 et à l'évaluation de la charge virale suggèrent que le système de santé réussit, dans la grande majorité, à assurer une prise en charge initiale, même en l'absence de couverture complète. Il est notamment important de maintenir une offre de dépistage du VIH accessible à toutes les personnes nouvellement arrivées, y compris aux personnes ayant une résidence temporaire, dont la population est en croissance depuis 2022 (7). Ces personnes ne sont pas toutes tenues de passer un examen médical d'immigration, et peuvent expérimenter diverses barrières dans l'accès aux soins.

Inégalités structurelles et origine ethnoculturelle : La forte représentation des personnes d'origine africaine subsaharienne parmi les personnes nouvellement arrivées avec un premier diagnostic du VIH ou un diagnostic antérieur reflète les inégalités structurelles mondiales en matière d'accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH. Ces résultats soulignent la nécessité de situer l'épidémiologie québécoise du VIH dans un contexte international, et d'éviter toute interprétation stigmatisante centrée sur les groupes plutôt que sur leurs conditions sociales, sanitaires et migratoires.

5.4.4 Continuité des soins et couverture thérapeutique

Les estimations de l'ASPC pour le Québec en 2024 indiquent que 92 % des PVVIH connaissaient leur statut sérologique. Parmi les PVVIH diagnostiquées, seulement 83 % recevaient un traitement antirétroviral, tandis que 96 % des personnes sous traitement avaient atteint une suppression virologique.

Ces résultats mettent en évidence une performance favorable sur les plans du diagnostic et de la suppression virologique, mais indiquent que l'arrimage initial et le maintien dans les soins ne rejoignent pas l'ensemble des PVVIH et demeurent des enjeux importants pour l'atteinte des cibles de l'ONUSIDA. Il est donc crucial de favoriser une liaison rapide et fluide vers les soins et un accès équitable aux traitements antirétroviraux. Cette préoccupation concerne particulièrement les personnes nouvellement arrivées qui ne naviguent pas encore bien le système de santé québécoise. Dans les grandes régions urbaines, la présence d'un réseau développé d'organismes communautaires peut faciliter l'accès aux services liés au VIH. Toutefois, cette capacité varie selon les régions et pourrait représenter un enjeu dans un contexte de régionalisation croissante des programmes d'immigration.

5.4.5 Importance de la suppression virale dans la prévention

Presque neuf personnes sur dix vivant avec un diagnostic antérieur enregistré en 2023 et 2024 avaient une charge virale supprimée au moment de l'enregistrement dans le programme. Selon la littérature scientifique, aucune transmission sexuelle du VIH n'a été documentée lorsque la personne vivant avec le VIH maintient une charge virale durablement supprimée sous traitement (18,19). La suppression virologique est associée à une meilleure évolution clinique et à un risque négligeable de transmission sexuelle du VIH lorsque la charge virale se maintient sous le seuil de 200 copies/mL (25–29). Ces constats rappellent l'importance de l'accès durable aux traitements et du maintien des soins, tant pour la santé individuelle que pour la prévention à l'échelle populationnelle.

6 CONCLUSION

L'épidémiologie récente du VIH au Québec semble influencée par les dynamiques migratoires récentes, qui modifient la composition des cas diagnostiqués. Par ailleurs, chez les personnes présentes au Québec durant la période pandémique, le rattrapage du dépistage pourrait également contribuer aux diagnostics observés en 2023 et 2024. La persistance de diagnostics tardifs et la proportion élevée de personnes recevant un premier diagnostic sans avoir été dépistées auparavant soulignent la nécessité de poursuivre et de renforcer les efforts de dépistage, de prévention et de continuité des soins. Une attention particulière doit être accordée aux populations faisant face à des obstacles accrus d'accès aux services, ainsi qu'aux régions où l'offre de services pourrait être plus limitée. Enfin, les tendances annuelles peuvent être influencées par des variations contextuelles et les perturbations dans la prestation des services. La surveillance continue du VIH demeure essentielle pour orienter les interventions de santé publique et suivre l'évolution de l'épidémie au Québec.

7 RÉFÉRENCES

1. ONUSIDA. [En ligne]. Fiche d'information — Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida [cité le 9 juin 2026]. Disponible : https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet

2. Agence de la santé publique du Canada. Revue globale des pratiques de surveillance du VIH. Ottawa; 2025.

3. ONUSIDA. Stratégie mondiale contre le sida 2021–2026 — Mettre fin aux inégalités, mettre fin au sida. Genève; 2021.

4. Agence de la santé publique du Canada. Les Progrès du Canada vers l'élimination de l'épidémie de VIH, 2022. Ottawa; 2024.

5. Agence de la santé publique du Canada. Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2020. Ottawa; 2022.

6. 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 [En ligne]. 2010 [cité le. Disponible : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000313/

7. Institut de la statistique du Québec. Le bilan démographique du Québec : édition 2025. Québec; 2025.

8. Réseau Juridique VIH. [En ligne]. 16 oct 2023. Immigration et séjour au Canada pour les personnes vivant avec le VIH – QUESTIONS ET RÉPONSES [cité le 1 avr 2026]. Disponible : https://www.hivlegalnetwork.ca/site/immigration-and-travel-to-canada-for-people-living-with-hiv-questions-and-answers/?lang=fr

9. Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. [En ligne]. 23 août 2023. Examens médicaux – Immigration [cité le 2 juin 2026]. Disponible : https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/demande/medical-police/examens-medicaux.html

10. Agence de la santé publique du Canada. VIH au Canada, Rapport du Surveillance en date du 31 décembre 2023. Ottawa; 2025.

11. ONUSIDA. Faire face à la discrimination : Surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les établissements de santé et ailleurs. Genève; 2017.

12. Gouvernement du Québec. [En ligne]. S-2.2, r. 2 - Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique [cité le 2 juin 2026]. Disponible : https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/S-2.2,%20r.%202?langCont=fr#ga:l_iii-gb:l_i-h1

13. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide québécois de dépistage : infections transmissibles sexuellement et par le sang [En ligne]. Mise à jour janvier 2019. Québec, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2019 [cité le 1 oct 2025]. Disponible : https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3641890

14. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. AIDS. 2014;28(10):1509-19. DOI: 10.1097/QAD.0000000000000298

15. Laboratoire de santé publique de Québec. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH); confirmation [En ligne]. Institut national de santé publique du Québec; 2026 [cité le 1 juin 2026]. (Répertoire des analyses; Laboratoire de santé publique de Québec). Disponible : https://www.inspq.qc.ca/lspq/repertoire-des-analyses/vih-confirmation-depistage-effectue-avec-un-test-combine-antigeneanticorps-4e-generation

16. Antinori A, Coenen T, Costagiola D, Dedes N, Ellefson M, Gatell J, et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. HIV Med. 2011;12(1):61-4. DOI: 10.1111/j.1468-1293.2010.00857.x

17. Lodi S, Phillips A, Touloumi G, Geskus R, Meyer L, Thiébaut R, et al. Time from human immunodeficiency virus seroconversion to reaching CD4+ cell count thresholds < 200, < 350, and < 500 Cells/mm^3: assessment of need following changes in treatment guidelines. Clin Infect Dis. 2011;53(8):817-25. DOI: 10.1093/cid/cir494

18. Ministère de la Santé et des Services sociaux. L'effet du traitement des personnes vivant avec le VIH sur le risque de transmission sexuelle de l'infection. Québec; 2018. Rapport no 18-334-01W.

19. LeMessurier J, Traversy G, Varsaneux O, Weekes M, Avey MT, Niragira O, et al. Risk of sexual transmission of human immunodeficiency virus with antiretroviral therapy, suppressed viral load and condom use: a systematic review. CMAJ. 2018;190(46):E1350-60. DOI: 10.1503/cmaj.180311

20. ISQ, MSSS. Estimations et projections de population par territoire sociosanitaire. [En ligne]. 2025.

21. 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). Ottawa; 2024.

22. Blouin K, Leclerc P, 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. Institut national de santé publique du Québec; 2026.

23. Smiles C, O'Donnell A, Jackson K. Needle exchange practitioners accounts of delivering harm reduction advice for chemsex: implications for policy and practice. Drugs: Education, Prevention and Policy. Taylor & Francis; 2023;30(3):250-8. DOI: 10.1080/09687637.2022.2027345

24. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision [En ligne]. 2012. Disponible : https://iris.who.int/handle/10665/77969

25. Loutfy MR, Wu W, Letchumanan M, Bondy L, Antoniou T, Margolese S, et al. Systematic review of HIV transmission between heterosexual serodiscordant couples where the HIV-positive partner is fully suppressed on antiretroviral therapy. PLoS One. 2013;8(2):e55747. DOI: 10.1371/journal.pone.0055747

26. Eisinger RW, Dieffenbach CW, Fauci AS. HIV Viral Load and Transmissibility of HIV Infection: Undetectable Equals Untransmittable. JAMA. 2019;321(5):451-2. DOI: 10.1001/jama.2018.21167

27. Bavinton BR, Pinto AN, Phanuphak N, Grinsztejn B, Prestage GP, Zablotska-Manos IB, et al. Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples: an international, prospective, observational, cohort study. Lancet HIV. 2018;5(8):e438-47. DOI: 10.1016/S2352-3018(18)30132-2

28. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. JAMA. 2016;316(2):171-81. DOI: 10.1001/jama.2016.5148

29. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. Lancet. 2019;393(10189):2428-38. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30418-0

30. Popovic N, Yang Q, Haddad N, Weeks A, Archibald C. Improving national surveillance of new HIV diagnoses. Can Commun Dis Rep. Canada; 2019;45(12):313-6. DOI: 10.14745/ccdr.v45i12a02

31. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada – Rapport Krever [En ligne]. Disponible : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000414/

ANNEXE 1 NOTES TECHNIQUES

Encadré – Changements méthodologiques dans la présentation des données

À compter du rapport 2023 et 2024, la présentation des données de surveillance du VIH a fait l'objet de plusieurs ajustements visant à améliorer la précision, l'harmonisation interprovinciale et la clarté des résultats.

1. **Classification des diagnostics**
   Les catégories « nouveau diagnostic » et « ancien diagnostic » ont été remplacées respectivement par « premier diagnostic » et « diagnostic antérieur ». Cette mise à jour harmonise les définitions utilisées au Québec avec celles de l'Agence de la santé publique du Canada (10,30). La mise à jour corrige aussi une limitation importante de l'ancienne classification, qui attribuait au groupe « nouveau diagnostic » toutes les personnes nouvellement diagnostiquées pendant l'année de surveillance, même si leur premier test positif durant cette année avait eu lieu hors Québec, ou à un lieu inconnu. La nouvelle définition permet d'identifier les personnes diagnostiquées pour la première fois au Québec de celles ayant reçu un diagnostic antérieur ailleurs. Le tableau 7 présente les ajustements apportés aux données des années antérieures à la suite de cette correction méthodologique.

2. **Variables liées à la migration**
   Une nouvelle variable permettant d'identifier les personnes nouvellement arrivées au Canada depuis moins de six ans a été introduite. Elle remplace les stratifications fondées uniquement sur le lieu de naissance (Canada vs hors Canada), afin d'éviter de regrouper des personnes établies au Canada depuis longtemps, avec des personnes nouvellement arrivées, dont les parcours antérieurs ne reflètent pas une expérience prolongée au Québec. Cette approche améliore l'analyse de l'évolution du VIH au Québec chez les populations migrantes.

3. **Catégories d'exposition**
   Les sous-catégories d'exposition par contact hétérosexuel – (1) contact hétérosexuel parmi les personnes originaire d'un pays où le VIH est endémique (« OPE ») (2) contact hétérosexuel avec une personne à risque et (3) contact hétérosexuel avec autres caractéristiques ou aucun facteur de risque identifié – sont regroupées sous une catégorie unique : « contact hétérosexuel ». Ce regroupement facilite l'interprétation et assure une meilleure comparabilité interprovinciale.

   Le regroupement OPE n'est plus utilisé. Le lieu de naissance et la catégorie d'exposition sont désormais présentés séparément de façon non-mutuellement exclusive. Les analyses croisées de ces variables permettent d'examiner le chevauchement entre les catégories d'exposition et lieu de naissance/délai depuis arrivée.

Tableau 7 Révision des diagnostics du VIH selon la nouvelle définition des premiers diagnostics, 2003-2024

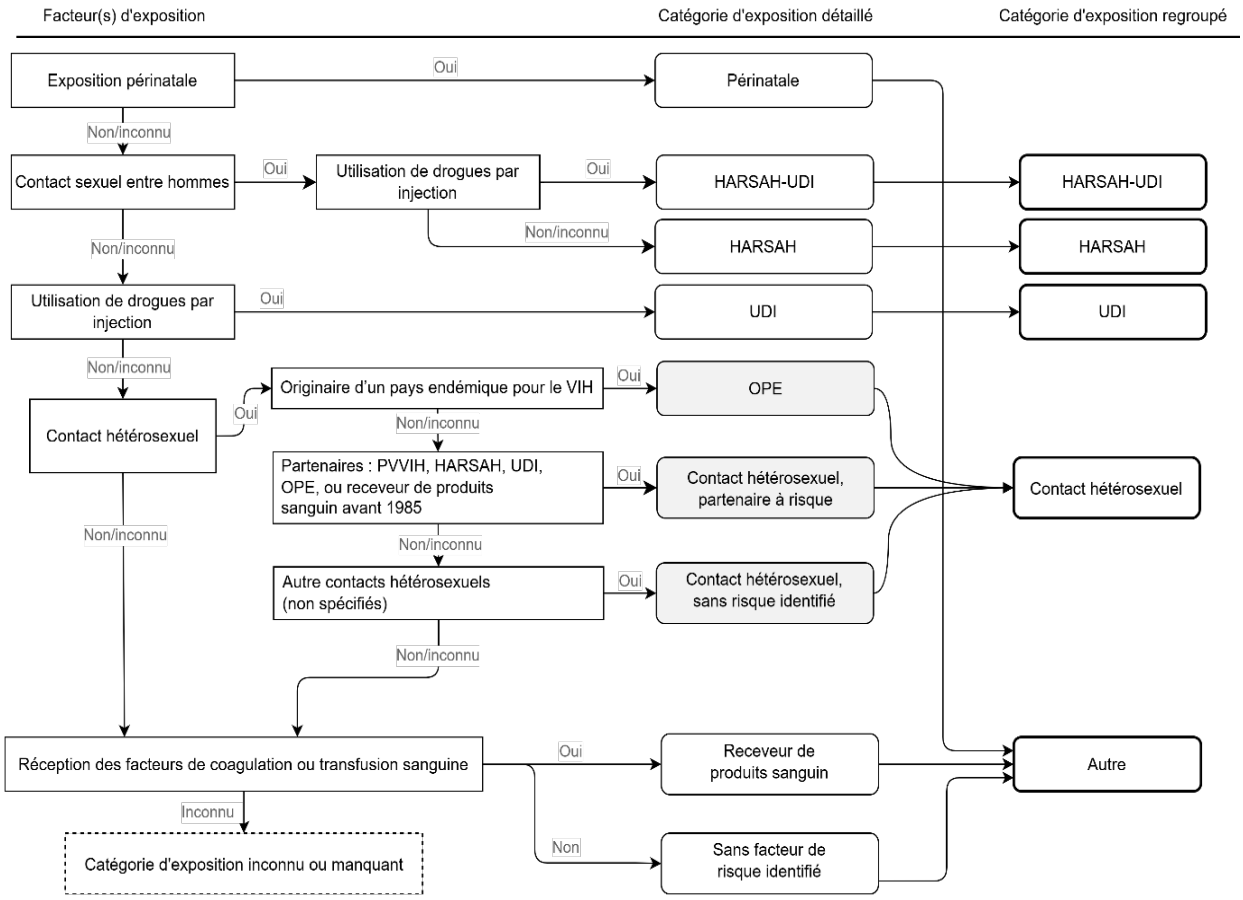
Année de prélèvement	Nombre total de cas	Définition actuelle : Premiers diagnostics (1)	Définition retirée : Nouveaux diagnostics (2)	Différence : Personnes diagnostiquées pendant l'année, mais à l'extérieur du Québec (3)	
2003	946	443	473	-30	-3 %
2004	801	392	399	-7	-1 %
2005	743	420	427	-7	-1 %
2006	725	456	461	-5	-1 %
2007	652	337	341	-4	-1 %
2008	673	389	398	-9	-1 %
2009	616	307	311	-4	-1 %
2010	562	341	347	-6	-1 %
2011	529	323	325	-2	0 %
2012	631	323	329	-6	-1 %
2013	663	362	365	-3	0 %
2014	534	285	292	-7	-1 %
2015	611	300	306	-6	-1 %
2016	626	296	304	-8	-1 %
2017	701	345	352	-7	-1 %
2018	674	314	329	-15	-2 %
2019	655	299	309	-10	-2 %
2020	515	212	212	0	0 %
2021	516	239	246	-7	-1 %
2022	918	407	422	-15	-2 %
2023	1110	449	476	-27	-2 %
2024	1122	462	484	-22	-2 %
Total	**15 523**	**7701**	**7908**	**-240**	**-2 %**

(1) Premiers diagnostics : personnes diagnostiquées pour la première fois à vie au Québec pendant la période de surveillance, sans historique de tests antérieurs positifs avant la période de surveillance ou hors province (ailleurs au Canada ou hors Canada).

(2) La définition des nouveaux diagnostics utilisée dans les rapports VIH de 2019-2022 incluait une reclassification selon la date du premier test positif : « L'analyse des données de l'historique du dépistage attribue le statut de nouveau diagnostic aux personnes ayant eu leur premier test positif et le test positif rapporté au cours d'une année donnée et d'ancien diagnostic aux personnes ayant eu leur premier test positif au cours d'une année antérieure à celle du test positif rapporté ».

(3) La différence entre ces définitions est que les premiers diagnostics excluent les personnes diagnostiquées pendant l'année, mais à l'extérieur du Québec ou avec un lieu de diagnostic inconnu.

Figure 19 Algorithme de classification des catégories d'exposition pour le VIH et les regroupements utilisées



HARSAH : Hommes ayant relations sexuelles avec d'autres hommes; UDI : personne utilisatrice de drogues par injection; OPE : Originaire d'un pays endémique pour le VIH; PVVIH : personne vivant avec le VIH.

Note : Aux fins de la surveillance du VIH, HARSAH désigne les contacts sexuels entre personnes assignées de sexe masculin à la naissance, incluant les femmes trans. Au Canada, les expositions aux produits sanguins sont considérées comme à risque uniquement avant la mise en place du dépistage systématique du VIH dans l'approvisionnement en sang, soit avant novembre 1985 (31).

ANNEXE 2 TABLEAUX SUPPLÉMENTAIRES

Tableau 8 Nombre et taux des cas de VIH enregistrés par type de diagnostic avec comparaisons, 2003-2024

Année	Ensemble des cas		Premiers diagnostics		Diagnostics antérieurs		Non-classé
	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N
2003*	946	12,6	443	5,9	457	6,1	46
2004*	801	10,6	392	5,2	347	4,6	62
2005*	743	9,8	420	5,5	310	4,1	13
2006*	725	9,5	456	6,0	254	3,3	15
2007 *	652	8,5	336	4,4	290	3,8	26
2008*	673	8,7	389	5,0	268	3,5	16
2009*	616	7,9	307	3,9	269	3,4	40
2010*	562	7,1	341	4,3	204	2,6	17
2011*	529	6,6	321	4,0	187	2,3	21
2012*	631	7,8	323	4,0	288	3,6	20
2013	663	8,2	362	4,5	280	3,5	21
2014	534	6,6	285	3,5	232	2,8	17
2015	611	7,5	300	3,7	301	3,7	10
2016	626	7,6	296	3,6	324	3,9	6
2017	701	8,5	345	4,2	335	4,0	21
2018	674	8,0	314	3,7	353	4,2	7
2019	655	7,7	299	3,5	350	4,1	6
2020	515	6,0	211	2,5	302	3,5	2
2021	516	6,0	237	2,8	277	3,2	2
2022	918	10,6	407	4,7	505	5,8	6
2023	1110	12,5	449	5,1	658	7,4	3
2024	1122	12,4	462	5,1	660	7,3	0
2023-2024 combiné	2232	12,5	911	5,1	1318	7,4	3
% changement**							
2015 à 2024	+ 84 %	**+ 66 %**	+ 54 %	**+ 39 %**	+ 119 %	**+ 98 %**	--
2019 à 2024	+ 71 %	**+ 60 %**	+ 55 %	**+ 45 %**	+ 89 %	**+ 77 %**	--
2022 à 2023	+ 17 %	**+ 16 %**	+ 9,4 %	**+ 7,5 %**	+ 23 %	**+ 22 %**	--
2023 à 2024	+ 1,1 %	**- 1,2 %**	+ 2,9 %	**+ 0,5 %**	+ 0,3 %	**- 2,0 %**	--

Note : Taux pour 100 000 personnes. (--) données non-présentées.

* Avant avril 2012, un numéro d'assurance-maladie (NAM) était requis pour enregistrer un cas dans le programme. Depuis avril 2012, les cas sans NAM sont enregistrés lorsque les données épidémiologiques sont disponibles. Par conséquent, les nombres et les taux de cas de VIH avant et après 2012 doivent être interprétés avec prudence.

** Les comparaisons temporelles privilégient l'utilisation de taux plutôt que de nombres absolus, afin de tenir compte de l'évolution de la taille de la population. Les variations basées sur les nombres doivent être interprétées avec prudence, car elles peuvent surestimer les tendances lorsque la population est en croissance. Les variations sont calculées à partir des taux non arrondis, tandis que les résultats présentés sont arrondis, ce qui peut entraîner de légers écarts.

Tableau 9 Nombre de cas de VIH enregistrés selon le type de diagnostic et le sexe/l'identité trans, 2015-2024

	Ensemble des cas				Type de diagnostic								
					Premiers diagnostics				Diagnostics antérieurs				DNC
	Total	Masculin N (%)	Féminin N (%)	Trans N (%)	Total	Masculin N (%)	Féminin N (%)	Trans N (%)	Total	Masculin N (%)	Féminin N (%)	Trans N (%)	Total
2015	**611**	475 (77,7 %)	134 (21,9 %)	2 (0,3 %)	**300**	250 (83,3 %)	50 (16,7 %)	0	**301**	217 (72,1 %)	82 (27,2 %)	2 (0,7 %)	10
2016	**626**	500 (79,9 %)	124 (19,8 %)	2 (0,3 %)	**296**	246 (83,1 %)	50 (16,9 %)	0	**324**	249 (76,9 %)	73 (22,5 %)	2 (0,6 %)	6
2017	**701**	508 (72,5 %)	193 (27,5 %)	0	**345**	265 (76,8 %)	80 (23,2 %)	0	**335**	229 (68,4 %)	106 (31,6 %)	0	21
2018	**674**	455 (67,5 %)	216 (32,0 %)	3 (0,4 %)	**314**	237 (75,5 %)	76 (24,2 %)	1 (0,3 %)	**353**	215 (60,9 %)	136 (38,5 %)	2 (0,6 %)	7
2019	**655**	457 (69,8 %)	193 (29,5 %)	5 (0,8 %)	**299**	227 (75,9 %)	69 (23,1 %)	3 (1,0 %)	**350**	227 (64,9 %)	121 (34,6 %)	2 (0,6 %)	6
2020	**515**	378 (73,4 %)	137 (26,6 %)	0	**211**	163 (77,3 %)	48 (22,7 %)	0	**302**	214 (70,9 %)	88 (29,1 %)	0	2
2021	**516**	397 (76,9 %)	113 (21,9 %)	6 (1,2 %)	**237**	192 (81,0 %)	42 (17,7 %)	3 (1,3 %)	**277**	203 (73,3 %)	71 (25,6 %)	3 (1,1 %)	2
2022	**918**	647 (70,5 %)	266 (29,0 %)	5 (0,5 %)	**407**	297 (73,0 %)	108 (26,5 %)	2 (0,5 %)	**505**	345 (68,3 %)	157 (31,1 %)	3 (0,6 %)	6
2023	**1110**	749 (67,5 %)	349 (31,4 %)	12 (1,1 %)	**449**	315 (70,2 %)	131 (29,2 %)	3 (0,7 %)	**658**	433 (65,8 %)	216 (32,8 %)	9 (1,4 %)	3
2024	**1122**	716 (63,8 %)	390 (34,8 %)	16 (1,4 %)	**462**	329 (71,2 %)	128 (27,7 %)	5 (1,1 %)	**660**	387 (58,6 %)	262 (39,7 %)	11 (1,7 %)	0
2023-2024	**2232**	1465 (65,6 %)	739 (33,1 %)	28 (1,3 %)	**911**	644 (70,7 %)	259 (28,4 %)	8 (0,9 %)	**1318**	820 (62,2 %)	478 (36,3 %)	20 (1,5 %)	3
Total	**7448**	5282 (70,9 %)	2115 (28,4 %)	51 (0,7 %)	**3320**	2521 (75,9 %)	782 (23,6 %)	17 (0,5 %)	**4065**	2719 (66,9 %)	1312 (32,3 %)	34 (0,8 %)	63

DNC : Diagnostic non-classé; % : Pourcentage des lignes, parmi l'ensemble des cas ou le type de diagnostic du VIH.

Tableau 10 Nombre de cas de VIH enregistrés selon l'origine ethnoculturelle et le sexe, 2015-2024

	Canadienne (non-Autochtone)	Autochtone	Africaine subsaharienne	Caraïbes	Amérique latine	Asie (Sud, sud-est)	Africaine du nord/ Moyen-Orient	États-Unis, Europe, Océanie	Origine imprécise	Total	Manquante
Ensemble											
2015	337 (56 %)	4 (0,7 %)	99 (16 %)	62 (10 %)	34 (5,7 %)	11 (1,8 %)	14 (2,3 %)	40 (6,7 %)	0	**601**	10
2016	323 (52 %)	3 (0,5 %)	118 (19 %)	61 (10 %)	50 (8,1 %)	7 (1,1 %)	17 (2,8 %)	38 (6,2 %)	0	**617**	9
2017	295 (43 %)	7 (1,0 %)	161 (23 %)	146 (21 %)	29 (4,2 %)	12 (1,7 %)	14 (2,0 %)	28 (4,0 %)	2 (0,3 %)	**694**	7
2018	279 (42 %)	11 (1,6 %)	205 (31 %)	54 (8,1 %)	50 (7,5 %)	19 (2,8 %)	19 (2,8 %)	32 (4,8 %)	0	**669**	5
2019	236 (36 %)	10 (1,5 %)	212 (33 %)	39 (6,0 %)	77 (12 %)	28 (4,3 %)	19 (2,9 %)	26 (4,0 %)	2 (0,3 %)	**649**	6
2020	230 (45 %)	7 (1,4 %)	128 (25 %)	30 (5,9 %)	52 (10 %)	20 (3,9 %)	13 (2,5 %)	32 (6,3 %)	0	**512**	3
2021	250 (49 %)	10 (2,0 %)	99 (19 %)	41 (8,0 %)	47 (9,2 %)	17 (3,3 %)	19 (3,7 %)	29 (5,7 %)	0	**512**	4
2022	214 (23 %)	1 (0,1 %)	230 (25 %)	185 (20 %)	186 (20 %)	31 (3,4 %)	22 (2,4 %)	45 (4,9 %)	0	**914**	4
2023	228 (21 %)	8 (0,7 %)	411 (37 %)	112 (10 %)	224 (20 %)	24 (2,2 %)	41 (3,7 %)	56 (5,1 %)	0	**1104**	6
2024	222 (20 %)	7 (0,6 %)	508 (46 %)	114 (10 %)	120 (11 %)	44 (3,9 %)	52 (4,7 %)	49 (4,4 %)	0	**1116**	6
2023-2024	450 (20 %)	15 (0,7 %)	919 (41 %)	226 (10 %)	344 (15 %)	68 (3,1 %)	93 (4,2 %)	105 (4,7 %)	0	**2220**	12
Masculin											
2015	303 (65 %)	3 (0,6 %)	38 (8,2 %)	36 (7,7 %)	28 (6,0 %)	10 (2,2 %)	12 (2,6 %)	35 (7,5 %)	0	**465**	10
2016	297 (60 %)	3 (0,6 %)	46 (9,4 %)	38 (7,7 %)	49 (10 %)	7 (1,4 %)	17 (3,5 %)	34 (6,9 %)	0	**491**	9
2017	270 (54 %)	6 (1,2 %)	59 (12 %)	88 (18 %)	27 (5,4 %)	10 (2,0 %)	13 (2,6 %)	27 (5,4 %)	2 (0,4 %)	**502**	6
2018	251 (56 %)	5 (1,1 %)	65 (14 %)	30 (6,7 %)	42 (9,3 %)	13 (2,9 %)	15 (3,3 %)	29 (6,4 %)	0	**450**	5
2019	210 (46 %)	7 (1,5 %)	75 (17 %)	22 (4,9 %)	72 (16 %)	21 (4,6 %)	18 (4,0 %)	26 (5,8 %)	1 (0,2 %)	**452**	5
2020	204 (54 %)	2 (0,5 %)	42 (11 %)	19 (5,1 %)	50 (13 %)	18 (4,8 %)	13 (3,5 %)	28 (7,4 %)	0	**376**	2
2021	229 (58 %)	6 (1,5 %)	33 (8,4 %)	22 (5,6 %)	44 (11 %)	16 (4,1 %)	18 (4,6 %)	25 (6,4 %)	0	**393**	4
2022	192 (30 %)	1 (0,2 %)	93 (14 %)	103 (16 %)	173 (27 %)	28 (4,3 %)	22 (3,4 %)	32 (5,0 %)	0	**644**	3
2023	210 (28 %)	6 (0,8 %)	161 (22 %)	61 (8,2 %)	208 (28 %)	20 (2,7 %)	37 (5,0 %)	41 (5,5 %)	0	**744**	5
2024	201 (28 %)	5 (0,7 %)	218 (31 %)	53 (7,5 %)	110 (15 %)	39 (5,5 %)	46 (6,5 %)	38 (5,4 %)	0	**710**	6
2023-2024	411 (28 %)	11 (0,8 %)	379 (26 %)	114 (7,8 %)	318 (22 %)	59 (4,1 %)	83 (5,7 %)	79 (5,4 %)	0	**1454**	11
Féminin											
2015	34 (25 %)	1 (0,7 %)	60 (45 %)	26 (19 %)	5 (3,7 %)	1 (0,7 %)	2 (1,5 %)	5 (3,7 %)	0	**134**	0
2016	25 (20 %)	0	72 (58 %)	23 (19 %)	0	0	0	4 (3,2 %)	0	**124**	0
2017	25 (13 %)	1 (0,5 %)	102 (53 %)	58 (30 %)	2 (1,0 %)	2 (1,0 %)	1 (0,5 %)	1 (0,5 %)	0	**192**	1
2018	27 (13 %)	6 (2,8 %)	140 (65 %)	24 (11 %)	6 (2,8 %)	6 (2,8 %)	4 (1,9 %)	3 (1,4 %)	0	**216**	0
2019	23 (12 %)	3 (1,6 %)	137 (71 %)	17 (8,9 %)	3 (1,6 %)	7 (3,6 %)	1 (0,5 %)	0	1 (0,5 %)	**192**	1
2020	26 (19 %)	5 (3,7 %)	86 (63 %)	11 (8,1 %)	2 (1,5 %)	2 (1,5 %)	0	4 (2,9 %)	0	**136**	1
2021	17 (15 %)	4 (3,5 %)	64 (57 %)	19 (17 %)	3 (2,7 %)	1 (0,9 %)	1 (0,9 %)	4 (3,5 %)	0	**113**	0
2022	20 (8 %)	0	137 (52 %)	81 (31 %)	11 (4,2 %)	3 (1,1 %)	0	13 (4,9 %)	0	**265**	1
2023	17 (5 %)	2 (0,6 %)	247 (71 %)	51 (15 %)	12 (3,4 %)	3 (0,9 %)	2 (0,6 %)	14 (4,0 %)	0	**348**	1
2024	19 (5 %)	2 (0,5 %)	284 (73 %)	60 (15 %)	4 (1,0 %)	5 (1,3 %)	5 (1,3 %)	11 (2,8 %)	0	**390**	0
2023-2024	36 (5 %)	4 (0,5 %)	531 (72 %)	111 (15 %)	16 (2 %)	8 (1,1 %)	7 (0,9 %)	25 (3,4 %)	0	**738**	1

N, % : Pourcentage des lignes, le total (sans manquant).

Tableau 11 Nombre de premiers diagnostics de VIH selon la catégorie d'exposition principale et le sexe, 2015-2024

Sexe, Année	HARSAH		HARSAH/ UDI		UDI		Contact hétérosexuel		Péri-natale	ARI	Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	N
Masculin											
2015	189	76	7	2,8	6	2,4	47	19	1	0	**250**
2016	196	80	4	1,6	4	1,6	42	17	0	0	**246**
2017	154	58	2	0,8	7	2,6	99	37	0	3	**265**
2018	159	67	5	2,1	11	4,6	62	26	0	0	**237**
2019	163	72	8	3,5	2	0,9	54	24	0	0	**227**
2020	114	70	6	3,7	9	5,5	33	20	0	1	**163**
2021	133	69	9	4,7	5	2,6	44	23	1	0	**192**
2022	152	51	5	1,7	6	2,0	133	45	0	1	**297**
2023	180	57	17	5,4	3	1,0	109	35	2	4	**315**
2024	193	59	13	4,0	5	1,5	116	35	0	2	**329**
2023-2024	**373**	**58**	**30**	**4,7**	**8**	**1,2**	**225**	**35**	**2**	**6**	**644**
Féminin											
2015	--	--	--	--	2	4,0	46	92,0	1	1	**50**
2016	--	--	--	--	2	4,0	47	94,0	1	0	**50**
2017	--	--	--	--	0	0,0	78	97,5	2	0	**80**
2018	--	--	--	--	7	9,2	68	89,5	1	0	**76**
2019	--	--	--	--	0	0,0	68	98,6	0	1	**69**
2020	--	--	--	--	3	6,3	44	91,7	1	0	**48**
2021	--	--	--	--	3	7,1	38	90,5	0	1	**42**
2022	--	--	--	--	3	2,8	101	93,5	4	0	**108**
2023	--	--	--	--	2	1,5	128	97,7	0	1	**131**
2024	--	--	--	--	1	0,8	127	99,2	0	0	**128**
2023-2024					**3**	**1,2**	**255**	**98,5**	**0**	**1**	**259**

Note : HARSAH : Homme qui a des relations sexuelles avec d'autres hommes; UDI : utilisation de drogues par injection; ARI : Aucun risque identifié;

Comme les personnes trans ne figurent pas dans les tableaux stratifiés par sexe, il existe des différences entre la somme des données stratifiées et l'ensemble des premiers diagnostics (tableau 1).

Nº de publication : 3868

Centre d'expertise et
de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca

Institut national
de santé publique
Québec