

FAITS SAILLANTS DES MALADIES INFECTIEUSES À MONTRÉAL EN 2025

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction.....	1
2. Survol des MADO et des principales tendances en maladies infectieuses.....	3
3. Surveillance	8
3.1 Surveillance de l'infection par le virus du Nil occidental à Montréal.....	8
4. Enquêtes et interventions.....	12
4.1 Éclosions de tuberculose en milieu carcéral à Montréal.....	12
4.2 Salmonellose : éclosion nationale liée à la consommation de pistaches contaminées.....	14
5. Prévention et promotion.....	19
5.1 Mobilisation communautaire en réponse à la rougeole : l'importance du diagnostic populationnel.....	19
5.2 Influenza aviaire hautement pathogène A (H5N1) du clade 2.3.4.4b : interventions de protection de la santé des travailleurs à Montréal.....	22
6. Conclusion.....	25

1. INTRODUCTION

En 2025, la DRSP de Montréal posait les bases d'un bilan régional en maladies infectieuses rassemblant les signaux épidémiologiques les plus marquants de l'année 2024 et résumant les activités de santé publique réalisées en lien avec ces tendances (DRSP). L'édition actuelle des *Faits saillants des maladies infectieuses à Montréal en 2025* montre de façon plus détaillée comment les tendances épidémiologiques de 2025 se traduisent en actions concrètes réalisées par les équipes de la santé publique en complémentarité avec les équipes cliniques, laboratoires, milieux communautaires, établissements du réseau et partenaires institutionnels.

À travers un survol des maladies à déclaration obligatoire (MADO) et une série de vignettes, ce bilan annuel illustre la manière dont la vigie et la surveillance des MADO et des signalements de menaces contribuent à documenter l'état de santé de la population montréalaise. Derrière chaque courbe épidémique ou tableau se trouvent des enquêtes et des analyses qui permettent de documenter des situations complexes, d'adapter les interventions aux nouvelles connaissances et aux besoins des communautés, en collaboration avec de nombreux partenaires.

Ainsi, les *Faits saillants des maladies infectieuses à Montréal en 2025* mettent en lumière certains constats clés issus de la vigie et des enquêtes, ainsi que des exemples concrets d'interventions menées en partenariat. En rendant visibles certaines tendances, ce document vise à nourrir une compréhension partagée des priorités et défis actuels et à renforcer notre réponse collective pour la suite, notamment dans le cadre des travaux régionaux liés à la mise en œuvre du Programme national de santé publique (PNSP) 2025-2035 (MSSS) et l'élaboration du Plan d'action régional intégré (PARI).

SOURCES DE DONNÉES ET TRANSITION DE SYSTÈME D'INFORMATION EN 2025

Les analyses présentées dans ce document s'appuient notamment sur les données des déclarations des maladies à déclaration obligatoire (MADO) et des signalements de menaces à la santé de la population. Jusqu'en novembre 2025, ces données étaient principalement saisies et entreposées dans le dossier

clinique informatisé en maladies infectieuses (DCI-MI) montréalais, qui soutenait depuis plusieurs années les activités de protection, de vigie et de surveillance à Montréal. La fin de l'année 2025 a toutefois marqué une transition importante : l'intégration de la DRSP de Montréal au Système d'information - gestion des maladies infectieuses (SI-GMI), déployé à l'échelle provinciale.

Cette transition renforce la centralisation provinciale des données MADO afin de soutenir la vigie sanitaire à l'échelle du Québec. Comme pour toute transition informatique d'envergure, elle s'est accompagnée d'ajustements dans les pratiques. Au moment actuel, le SI-GMI offre des fonctionnalités qui ne couvrent pas l'ensemble des besoins opérationnels régionaux. Dans ce contexte, certains outils ont été développés à l'échelle régionale afin de soutenir des activités spécifiques de vigie, d'analyse et d'intervention. Conformément aux orientations du PNSP 2025-2035 visant l'amélioration des processus de surveillance et de l'utilisation des données, la DRSP poursuivra sa contribution à l'évolution du SI-GMI afin qu'il réponde de mieux en mieux aux besoins des utilisateurs aux niveaux régional et provincial.

Les taux d'incidence sont calculés à partir des projections de population disponibles au moment des analyses : celles de 2022 pour les analyses issues de l'Infocentre de l'INSPQ et celles mises à jour en 2025 pour les analyses produites à partir des données DCI-MI/SI-GMI. Les projections de 2025 tiennent notamment compte de la croissance démographique observée à Montréal, en particulier liée à la hausse de l'immigration dans les dernières années. Les sources de données utilisées sont précisées au fil du document. Ces différences méthodologiques peuvent entraîner de légères variations selon les sources et les périodes. Dans ce contexte, les taux présentés visent avant tout à illustrer les tendances observées à Montréal.

STRUCTURE DU DOCUMENT

Ce document s'articule en deux grandes parties complémentaires. Il débute par un survol des maladies à déclaration obligatoire (MADO), présenté sous forme infographique, qui offre un aperçu synthétique des principales tendances épidémiologiques observées à Montréal en 2025. Il se poursuit par une série de vignettes thématiques approfondissant certaines priorités en maladies infectieuses en 2025, selon trois axes d'action en santé publique : 1) la surveillance, 2) les enquêtes épidémiologiques et interventions de protection, et 3) la prévention des maladies infectieuses et la promotion de la santé.

Le volet surveillance aborde l'épidémiologie de l'infection au virus du Nil occidental (VNO). Le volet enquêtes et interventions met en lumière des situations nécessitant une mobilisation importante des équipes de santé publique en réponse à une menace à la santé de la population, telles que la tuberculose et une éclosion de salmonellose d'envergure nationale. Enfin, le volet prévention et promotion illustre des approches proactives et adaptées, notamment en matière de vaccination contre la rougeole et de préparation face aux risques infectieux émergents, comme l'influenza aviaire A (H5N1).

Infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS)

L'infection gonococcique est la deuxième ITSS la plus déclarée à Montréal (après la chlamydia) et regroupe la moitié (54 %) de l'ensemble des cas déclarés au Québec.

En 2025, ce sont 4 924 cas d'infection gonococcique qui ont été déclarés à Montréal (239 cas par 100 000 personnes). La majorité (85 %) des cas sont déclarés chez des hommes (n=4 176). Bien que le taux d'incidence ait augmenté de 82 % au cours des 10 dernières années, une tendance à la baisse entre 2024 et 2025 est observée chez les femmes (-25 %) et dans une moindre mesure, chez les hommes (-11 %).

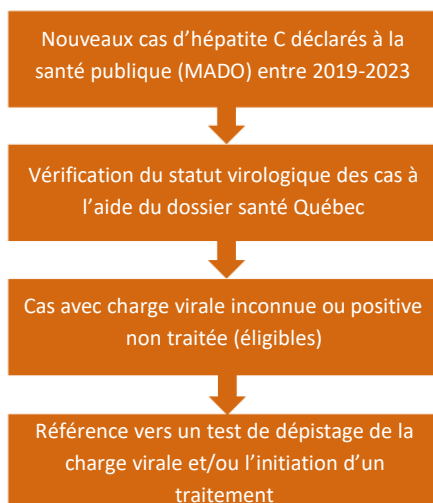
Hépatite C

En 2025, un total de 235 cas d'hépatite C aiguë ou de stade non précisé a été déclaré dans la région de Montréal, soit un taux global de 11 cas pour 100 000 personnes (14 cas pour 100 000 chez les hommes et de 8 cas pour 100 000 chez les femmes). Les hommes représentaient un peu plus du deux tiers (62 %) de l'ensemble des cas déclarés.

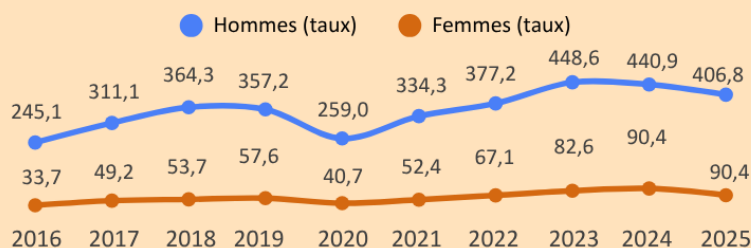
Globalement, le taux d'incidence de l'infection par l'hépatite C a diminué de 41 % au cours des 10 dernières années, à la fois chez les hommes (-45 %) et chez les femmes (-38 %).

Des initiatives d'enquêtes épidémiologiques rehaussées (projet Relier-VHC) ont également été mises en place afin de rejoindre les personnes pouvant bénéficier d'un référencement vers une offre de traitement antiviral à action directe contre le virus de l'hépatite C. Au total, 65 personnes ont été référées vers des établissements de santé partenaires ou vers leur médecin de famille, 20 ont été invitées à réaliser un test visant à vérifier la charge virale et 18 ont amorcé un traitement.

Mise en oeuvre du projet Relier-VHC



Taux d'incidence (par 100 000) des cas déclarés d'infection gonococcique selon le sexe, région de Montréal, 2016 à 2025

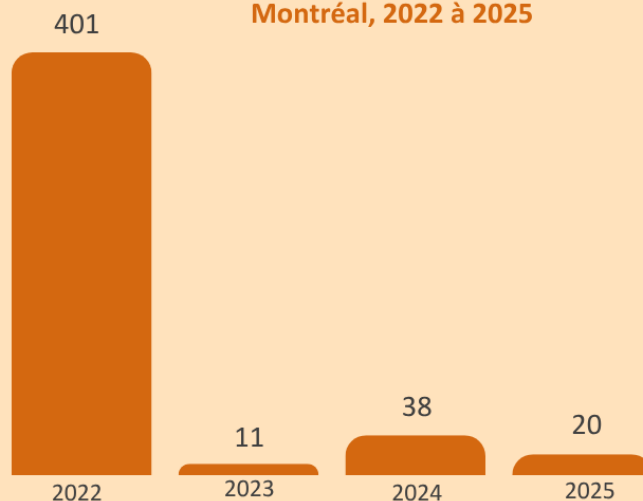


Sources: INSPQ, Infocentre, 2026; MSSS, Estimations et projections démographiques, 2022.

Mpox

Les cas de mpox affectent principalement des hommes adultes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Vingt-cinq cas de mpox de clade IIb ont été rapportés en 2025, avec un pic estival principalement lié à des cas importés (acquis en voyage à l'étranger). Aucune hospitalisation n'a été rapportée en 2025. Malgré la présence de plusieurs foyers de transmission soutenue de mpox clade Ib hors de l'Afrique depuis l'automne 2025, aucun cas du clade 1b n'a été signalé à Montréal en 2025.

Nombre de cas déclarés de mpox, région de Montréal, 2022 à 2025



Source: MSSS, Système d'information gestion des maladies infectieuses (SI-GMI), 2026.

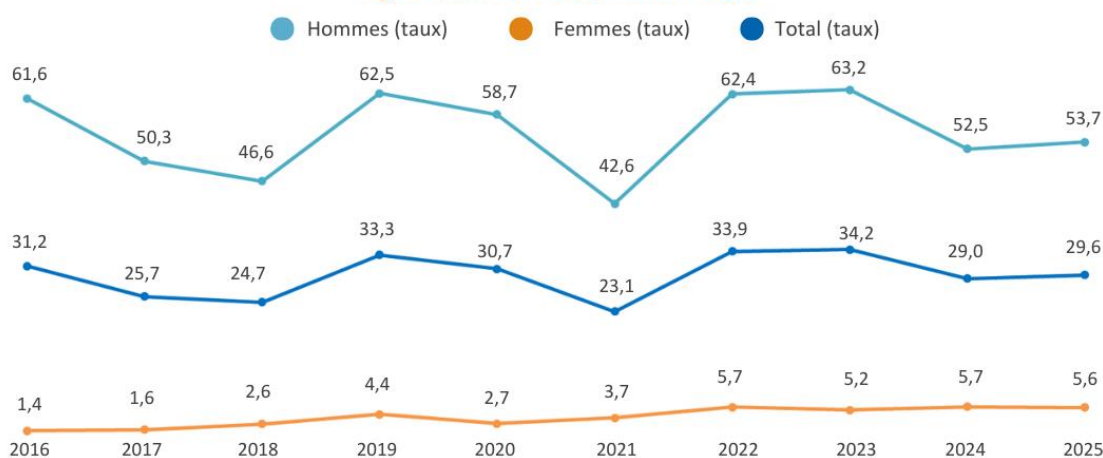
Infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS)

La syphilis infectieuse

La syphilis infectieuse connaît une recrudescence depuis le tournant des années 2000, bien que le taux d'incidence global demeure relativement stable depuis les 10 dernières années. En 2025, ce sont 604 cas de syphilis infectieuse (taux d'incidence de 29 cas par 100 000 personnes) qui ont été déclarés à Montréal.

Malgré une prédominance masculine (plus de 90 % des cas), l'augmentation de l'incidence des cas chez les femmes en âge de procréer (+326% entre 2016 et 2025) soulève un enjeu majeur de santé publique. En effet, une hausse de cas de syphilis congénitale est observée depuis 2020. Ses conséquences sont importantes en termes de morbidité et de mortalité. Les cas féminins montrent des vulnérabilités particulières, car ces femmes sont plus susceptibles de se trouver en situation d'instabilité résidentielle.

Taux d'incidence (par 100 000) des cas déclarés de syphilis infectieuse selon le sexe, région de Montréal, 2016 à 2025

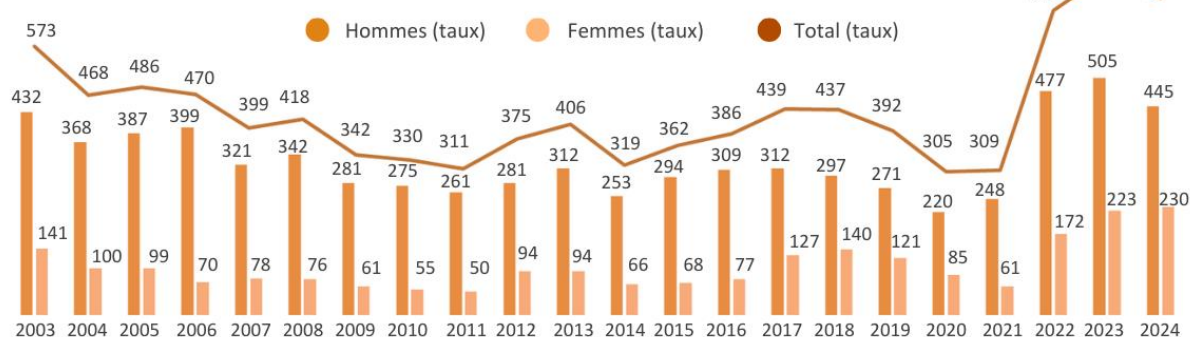


Sources: INSPQ, Infocentre, 2026; MSSS, Estimations et projections démographiques, 2022.

VIH

Selon les dernières données disponibles, en 2024, 675 personnes vivant avec le VIH ont été recensées au programme de surveillance de l'infection par le VIH à Montréal. Parmi ces personnes, 445 étaient des hommes et 230 des femmes, et parmi ceux-ci, au moins 15 étaient des personnes trans. Ces données regroupent les personnes ayant reçu un premier diagnostic (40%) ainsi que celles dont l'infection avait été diagnostiquée antérieurement (60%). Bien que le nombre total de personnes recensées en 2024 soit légèrement inférieur à celui de 2023 (-7%), les données montrent une augmentation importante (+72%) depuis 2019. Pour plus d'information, consultez le [portrait VIH 2024](#).

Nombre de diagnostics déclarés d'infections par le VIH selon le genre, région de Montréal, 2015 à 2024



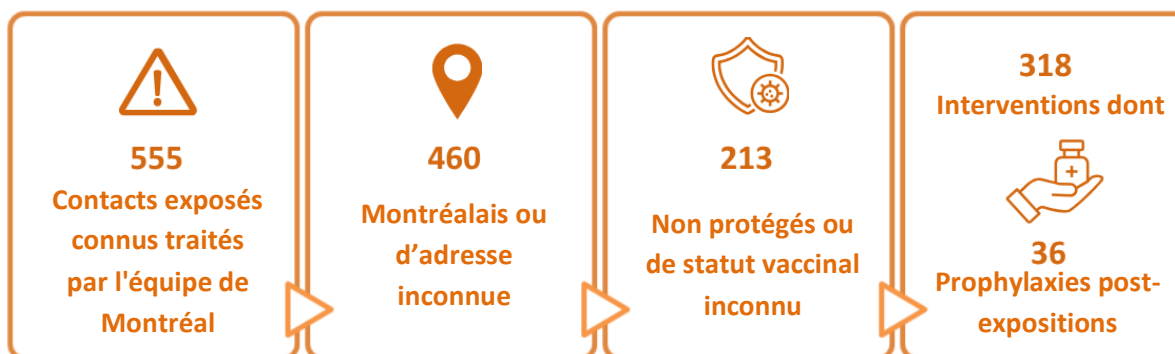
Source: INSPQ, Infocentre, 2026.

Maladies évitables par la vaccination

Rougeole

En 2025, Montréal a enregistré cinq cas de rougeole et diffusé cinq appels à la vigilance, dans un contexte d'éclotions supra-régionales caractérisées par 38 cas au Québec et plus de 5 300 cas au Canada, ainsi que par une recrudescence internationale de la maladie. Cette intensification de la transmission a mené à la perte du statut d'élimination de la rougeole au Canada en novembre 2025.

Résumé des contacts exposés à la rougeole dans l'éclotion montréalaise de 2025



Source: DRSP de Montréal, 2026.

Couverture vaccinale (CV)



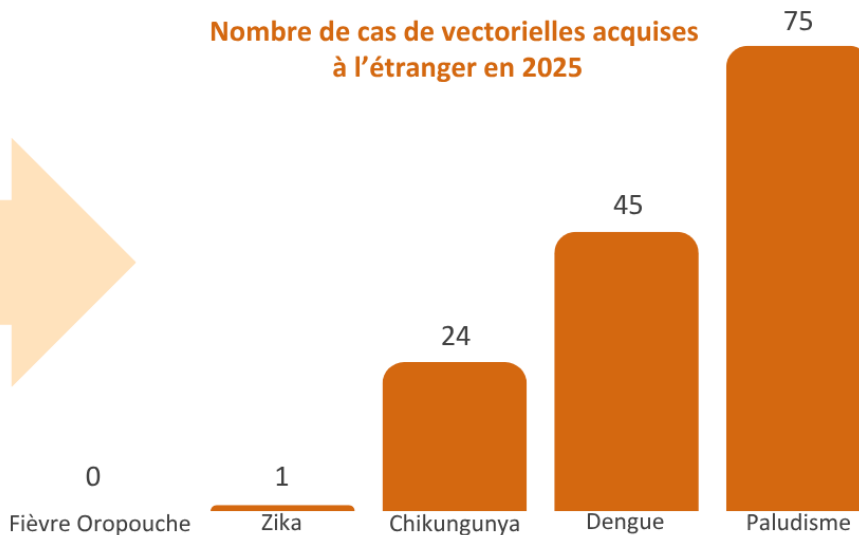
Grâce aux efforts soutenus des CIUSSS montréalais, incluant des activités de rattrapage vaccinal, une augmentation des couvertures vaccinales est observée en secondaire 3 dans la région de Montréal pour l'année scolaire 2024-2025 comparativement à 2023-2024 (de 56,1 % à 61,8 % -infocentre, extraction en date du 30 avril 2026). Bien que les écarts tendent à se réduire, les couvertures vaccinales montréalaises demeurent inférieures à celles du reste de la province. Les antigènes DT (diphthérie et tétanos) sont ceux pour lesquels on observe davantage d'écarts. Ces constats ouvrent la voie à un chantier de travail avec les parties prenantes des CIUSSS, incluant les infirmières scolaires, visant à analyser les facteurs bloquants et facilitateurs de la vaccination scolaire pour identifier les actions qui permettront d'améliorer durablement les couvertures vaccinales.

Zoonoses et vectorielles

Vectorielles acquises à l'étranger

L'incidence des infections vectorielles importées à Montréal, notamment le paludisme, la dengue, le chikungunya et le Zika, est cohérente avec les tendances globales, puisqu'elles surviennent chez des Montréalais ayant voyagé dans des régions où ces agents pathogènes sont endémiques ou font l'objet d'éclosions saisonnières.

Nombre de cas de vectorielles acquises à l'étranger en 2025



Source: MSSS, Système d'information gestion des maladies infectieuses (SI-GMI), 2026.

Maladie de Lyme en hausse

Le nombre de cas de la maladie de Lyme continue d'augmenter, avec 161 cas rapportés en 2025, dont 61 (38%) pour qui la source de l'infection se trouvait à Montréal. L'entièreté de l'île de Montréal est considérée comme zone endémique depuis 2024. Pour plus de détails, voir les portraits épidémiologiques disponible sur notre [site web](#).

Trois infections vectorielles en émergence dans le Sud du Québec ont été recensées chez des montréalais en 2025



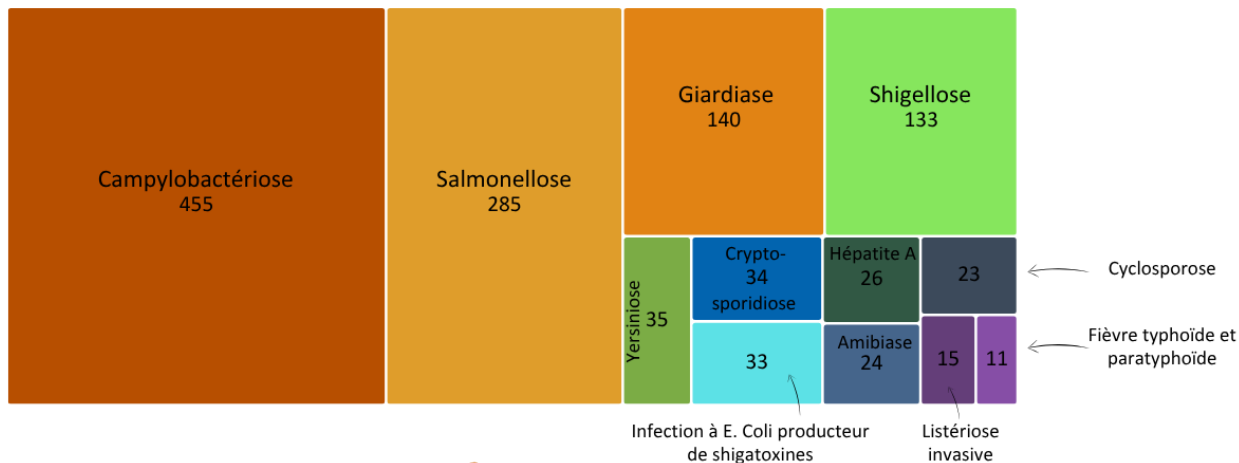
Virus du Nil occidental

En 2025, 37 cas confirmés d'infections par le virus du Nil occidental ont été déclarés chez des Montréalais. Il s'agit du nombre de cas le plus élevé observé à Montréal depuis 2018. Voir [la vignette](#) pour plus de détails.

Infections respiratoires, invasives et entériques

Cas déclarés en 2025 pour les MADO entériques et maladies d'origine alimentaire ou hydrique

L'incidence de la majorité de ces MADO demeure plus faible que celle observée avant la pandémie.



Infections respiratoires, invasives et entériques



L'incidence **des infections invasives à streptocoque du groupe A** à Montréal (9,6 par 100 000 personnes) demeure supérieure à celle observée avant la pandémie mais est relativement stable



L'incidence de la **légionellose** à Montréal en 2025 (1,3 par 100 000 personnes) était la plus faible observée depuis au moins 2016.

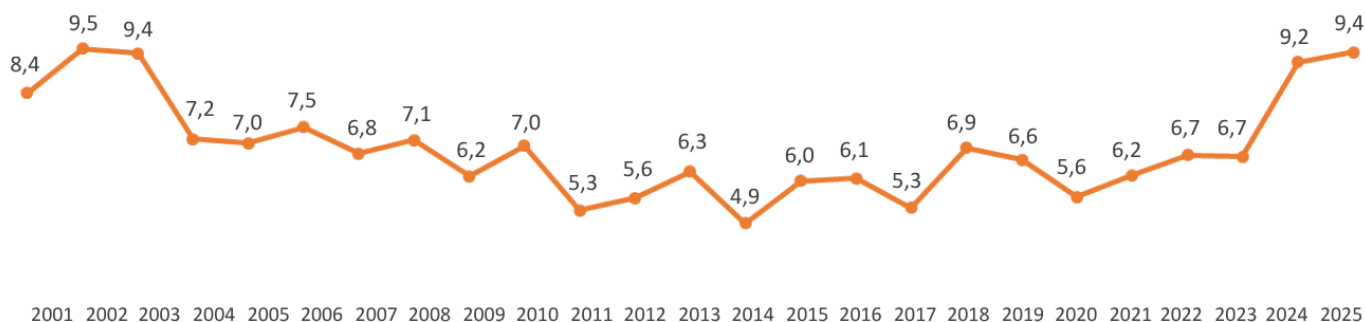
Sources: INSPQ, Infocentre, 2026; MSSS, Estimations et projections démographiques, 2022.

Tuberculose

Le nombre de nouveaux cas de tuberculose en 2025 est demeuré relativement stable par rapport à 2024 (207 cas en 2025 contre 203 cas en 2024), mais supérieur à la décennie antérieure. Les nouveaux diagnostics en 2025 concernaient majoritairement des hommes (66 %), une proportion en hausse comparativement à 2024, où 56 % des cas touchaient des hommes. Les cas actifs étaient présents dans tous les groupes d'âge, mais principalement chez les adultes de 20 à 34 ans (44 %) et de 35 à 49 ans (28 %).

La tuberculose continue à toucher de manière disproportionnée les personnes provenant de pays à haute incidence. Les barrières d'accès liées au statut d'assurance demeurent un enjeu récurrent tant pour les équipes de soins que les intervenants de santé publique. En 2025, environ la moitié des cas (104 sur 207) était chez des personnes non-assurées par la RAMQ, ce qui complexifie l'accès aux tests et au traitement. L'absence d'assurance par la RAMQ ne signifie pas nécessairement l'absence de toute assurance, certains cas étant couverts par le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) ou des assurances privées. Néanmoins, un nombre important de personnes demeurent sans assurance ou avec une couverture insuffisante pour assumer les coûts des soins. De plus, l'introduction prévue de copaiement pour la livraison des médicaments dans la couverture du PFSI dès le mois de mai 2026 représente une menace à l'adhésion au traitement pour les cas de tuberculose active.

Taux d'incidence (par 100 000) des cas déclarés de tuberculose, région de Montréal, 2001 à 2025



Sources: MSSS, Système d'information gestion des maladies infectieuses (SI-GMI), 2026; MSSS, Estimations et projections démographiques, 2025.

Pour tout besoin de référence, les données mensuelles montréalaises sur les MADO sont disponibles sur le [site web de la DRSP](#).

3. SURVEILLANCE

3.1 SURVEILLANCE DE L'INFECTION PAR LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL À MONTRÉAL

Contexte

Le virus du Nil occidental (VNO) est un agent pathogène qui se transmet généralement par des piqûres de moustique. L'infection est souvent asymptomatique, mais elle peut également causer des symptômes graves chez certaines personnes.

La progression de l'infection par le VNO au Québec doit être suivie de près par le biais d'activités de surveillance humaine, entomologique et animale. La surveillance des cas humains montre que Montréal et ses régions limitrophes sont particulièrement touchées (MSSS).

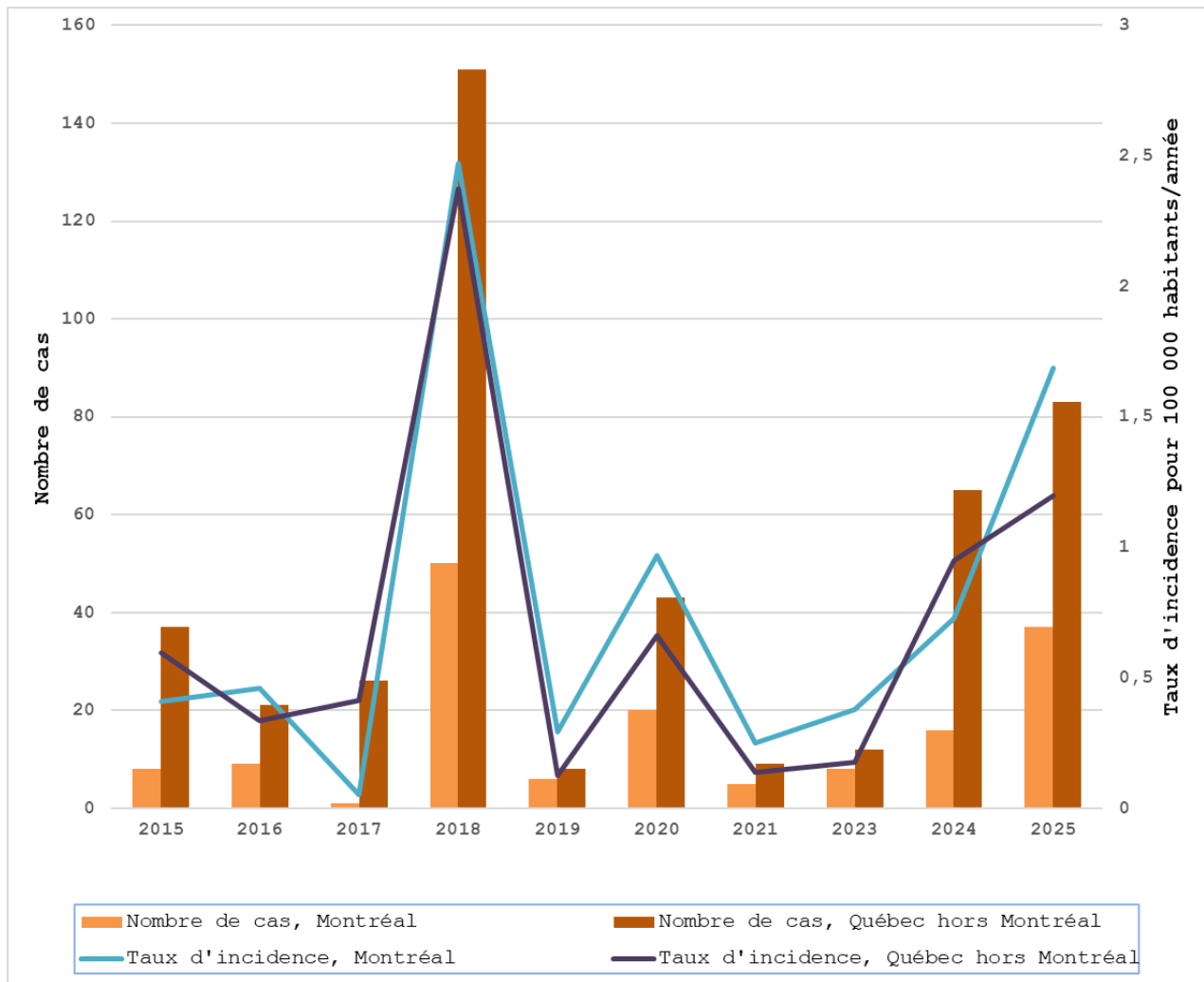
Observations et constats clés

À Montréal, chacun des cas déclarés d'infection par le VNO fait l'objet d'une enquête épidémiologique ciblée dont les objectifs sont (1) de valider que les cas correspondent aux définitions nosologiques du MSSS afin de colliger des données de surveillance de qualité, (2) d'identifier le lieu probable d'exposition, les facteurs de vulnérabilité et les facteurs de risque des cas, et (3) d'effectuer les démarches requises lorsque la personne a reçu ou donné du sang, des cellules souches, des tissus et des organes.

Les constats qui suivent tirent profit des renseignements colligés lors des enquêtes réalisées en 2025 à propos des 37 cas confirmés d'infection par le VNO déclarés chez des personnes résidant à Montréal. Ces cas ont été déclarés par Héma-Québec dans le cadre de tests de dépistage systématiques (n=4) et par le LSPQ suivant la soumission d'échantillons par des cliniciens (n=33).

L'année 2025 se démarque comme l'année au cours de laquelle le nombre et le taux d'incidence des cas déclarés à Montréal sont les plus élevés depuis 2018 (Figure 3.1.2). Le taux d'incidence de 1,7 cas par 100 000 personnes à Montréal est significativement plus élevé que le taux moyen des 10 dernières années. Celui-ci se situe à 1,3 cas par 100 000 personnes pour l'ensemble du Québec en 2025.

Nombre de cas confirmés d'infection par le VNO et taux d'incidence pour Montréal et le reste du Québec, 2015-2025 (Figure 3.1.2)



Sources: MSSS, Système d'information gestion des maladies infectieuses (SI-GMI), 2026; MSSS, Estimations et projections démographiques, 2025.

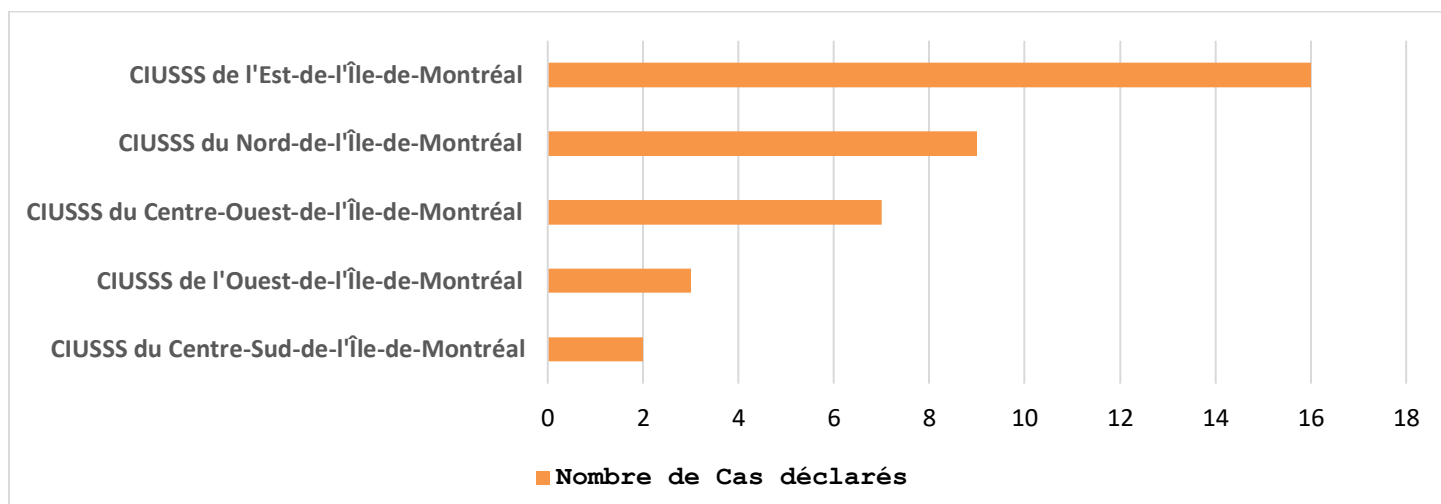
Facteurs démographiques

Des cas ont été déclarés chez des personnes âgées de 22 à 89 ans. L'âge médian était de 71 ans et 81% des cas (n=30) étaient âgés de 50 ans et plus. Le taux d'incidence le plus élevé a été observé chez les personnes de 65 ans et plus (6,6 cas par 100 000 personnes-années).

Les hommes représentaient 57 % des cas.

Des cas ont été déclarés chez des résidents de l'ensemble des cinq territoires de CIUSSS de Montréal. Les deux tiers d'entre eux étaient concentrés dans deux territoires : le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (43%) et le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (24%) (Figure 3.1.3).

Répartition géographique des cas confirmés et probables d'infection par le VNO selon le CIUSSS de résidence, Montréal, 2025 (Figure 3.1.3)



Sources: MSSS, Système d'information gestion des maladies infectieuses (SI-GMI), 2026.

Tableau clinique

Tous les cas déclarés à Montréal en 2025 étaient symptomatiques sauf deux.

Parmi ceux-ci, 26 cas (70%) présentaient un syndrome neurologique. Les manifestations neurologiques les plus fréquentes étaient l'encéphalite (42%) et la méningo-encéphalite (38 %). Au moins un décès attribuable à la maladie chez une personne ayant présenté un syndrome neurologique est survenu parmi ces cas.

La majorité des cas déclarés ont été hospitalisés (31 cas) et 11 d'entre eux ont fait un séjour aux soins intensifs.

Facteurs de vulnérabilité

La majorité des cas présentaient des facteurs de vulnérabilité : 30 cas étaient âgés de 50 ans ou plus et 23 cas présentaient au moins un facteur de vulnérabilité autre que l'âge. L'hypertension artérielle (24%) et les maladies cardiovasculaires chroniques (16%) étaient les facteurs les plus souvent rapportés.

Lieu d'exposition et facteurs de risque

La majorité des cas (30 ; 81 %) avaient comme lieu d'exposition le plus probable la région de Montréal. Deux cas auraient acquis l'infection à l'extérieur du Canada.

Des activités extérieures à Montréal pouvant augmenter le risque d'exposition ont été rapportées par 41 % des cas (ex. : jardinage, randonnée, sports extérieurs). Aucune activité à risque n'a été identifiée pour 46 % des cas. Les activités extérieures rapportées doivent être interprétées comme des contextes d'exposition possibles aux moustiques, et non comme des facteurs de risque en soi. La prévention repose principalement sur l'adoption de mesures de protection individuelles.

Saisonnalité

Le premier cas déclaré à Montréal a été rapporté le 20 août 2025. Un deuxième cas a été rapporté en août, suivi de 23 cas en septembre, et de 11 cas en octobre. Le dernier cas de l'année 2025 a été déclaré en décembre chez une personne dont les symptômes avaient débuté en octobre. La majorité des cas symptomatiques ont débuté leurs symptômes en août (57%) et le cas ayant présenté les premiers symptômes en 2025 l'a fait le 2 août.

Cette concentration de cas à la fin d'été et au début de l'automne est cohérente avec la forte saisonnalité du VNO. Le nombre de cas pour 2025 est supérieur à la moyenne historique pré-pandémique pour cette période (8,8 cas en septembre entre 2010 et 2019) et supérieur au nombre de cas rapportés lors des années antérieures pour la même période.

Actions réalisées

Tous les cas déclarés d'infection par le VNO ont fait l'objet d'une enquête épidémiologique ciblée réalisée par des professionnels et des infirmières de la DRSP.

En réponse à la hausse des cas observée pour la saison 2025, la DRSP de Montréal a publié un [Appel à la vigilance](#) le 24 septembre 2025 afin de rehausser la vigilance des cliniciens.

Plusieurs entrevues médias ont été accordées afin de sensibiliser la population au risque et de diffuser des recommandations de prévention.

Effets et retombées

Au Québec, les activités d'épandage de larvicides pour le contrôle des moustiques vecteurs du VNO ne sont plus effectuées depuis 2015 ([gouvernement du Québec](#)). Dans ce contexte, les activités de sensibilisation sont parmi les principales interventions de prévention de l'infection par le VNO s'adressant à la population générale. Nos communications auprès des cliniciens et dans les médias en réponse à la hausse des cas au début de l'automne 2025 ont permis de rappeler à la population l'importance d'appliquer des moyens de protection contre les piqûres de moustiques et de réitérer que les personnes les plus vulnérables sont celles âgées de 50 ans et plus atteintes de certaines maladies chroniques.

Perspectives

Dans le contexte où les changements climatiques sont susceptibles d'influencer la transmission des maladies vectorielles comme le VNO, une surveillance intégrée qui inclut une surveillance épidémiologique, entomologique (surveillance des moustiques) et animale est clé. Les informations générées par l'enquête individuelle des cas déclarés à la DRSP peuvent aider à cibler les interventions de prévention à l'échelle régionale, mais doivent faire partie d'une approche *Une seule santé*, selon laquelle la santé humaine, la santé animale et l'environnement sont interconnectés et dépendants. Depuis 2022, la surveillance entomologique a été mise sur pause au niveau provincial afin que l'INSPQ puisse se pencher sur des modalités plus efficaces d'une telle surveillance ([gouvernement du Québec](#)). Les leçons apprises dans le raffinement et la mise en œuvre d'une gestion intégrée des vecteurs pour le VNO seront des atouts importants pour mieux protéger la population contre le VNO et d'autres maladies vectorielles émergentes comme l'encéphalite équine de l'Est (EEE) et le Virus du séro-groupe Californie (VSC).

4. ENQUÊTES ET INTERVENTIONS

4.1 ÉCLOSIONS DE TUBERCULOSE EN MILIEU CARCÉRAL À MONTRÉAL

Contexte

La tuberculose est un enjeu majeur de santé publique : elle se transmet par voie aérienne, touche de manière disproportionnée certaines populations en situation de vulnérabilité, et nécessite une prise en charge clinique et de santé publique complexe.

Une éclosion de tuberculose en milieu carcéral débutée en 2024 à Montréal s'est poursuivie en 2025. Cette situation a nécessité une mobilisation soutenue et une collaboration intersectorielle continue entre les établissements carcéraux, les CIUSSS, les directions de santé publique des régions concernées, le MSSS et Santé Québec.

Observations et constats clés

En mai 2024, un cas de tuberculose hautement contagieux a été détenu dans un établissement carcéral où étaient incarcérées environ 1000 personnes. Des centaines de personnes ont été exposées (personnes incarcérées et travailleurs) et trois cas secondaires de tuberculose active ont été confirmés (reliés par génotypage) parmi des personnes incarcérées. Plusieurs facteurs ont favorisé la transmission à large échelle, notamment la proximité physique (milieu fermé), la mobilité importante des personnes incarcérées, l'identification tardive des symptômes chez le cas index et une ventilation naturelle limitée.

En 2025, quatre nouveaux cas de tuberculose pulmonaire active ont exposé différents établissements carcéraux à Montréal. Trois de ces cas étaient reliés à l'éclosion débutée en mai 2024, dont l'un a été identifié alors qu'il fréquentait des ressources pour personnes en situation d'itinérance.

Actions réalisées

Création d'une équipe spécialisée entièrement dédiée à la tuberculose en 2025

Face à l'augmentation significative des cas de tuberculose active à Montréal, la coordination PCMI de la DRSP a mis sur pied en 2025 une équipe spécialisée dédiée à la tuberculose. Cette équipe est responsable de l'enquête et du suivi de tous les cas de tuberculose à Montréal, de l'évaluation des contacts, de l'intervention auprès des milieux exposés et de la gestion des éclosions.

L'équipe collabore étroitement avec les autres équipes de la DRSP (ex. : équipe de santé au travail), les milieux cliniques spécialisés, la première ligne, les pharmacies et des organismes communautaires. Ces collaborations permettent notamment de trouver des solutions individualisées pour soutenir l'adhésion au traitement et au dépistage chez des personnes présentant des barrières d'accès aux soins, des enjeux culturels et linguistiques, des troubles liés à l'usage de substances ou de l'instabilité résidentielle.

L'équipe assure également une vigie épidémiologique et collabore avec les établissements du réseau montréalais, les autres directions de santé publique, Santé Québec et le MSSS afin d'améliorer les trajectoires de soins et l'accès aux soins.

Enquêtes, interventions en milieux et gestion des éclosions en milieu carcéral

À chaque nouvelle déclaration de cas en milieu carcéral, l'équipe dédiée a mis en place une coordination étroite avec les partenaires du milieu carcéral et le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. L'équipe a mené des enquêtes approfondies afin d'identifier la source de l'exposition, les milieux touchés et les contacts. Les contacts encore incarcérés ont été dépistés sur place. Les personnes libérées ont été prises en charge par les équipes de santé publique de leur région de résidence, tandis que les personnes transférées l'ont été par l'établissement de transfert. Le taux de participation au dépistage était nettement plus faible chez les personnes libérées, soulignant les difficultés à les rejoindre et à faciliter l'accès aux services chez cette population.

Effets et retombées

L'éclosion de tuberculose en milieu carcéral a rappelé l'importance de la mobilisation de plusieurs partenaires pour déployer des interventions adaptées. Au niveau de la prise en charge des cas et des contacts, elle a également mis en évidence la présence d'enjeux concernant la mise en œuvre du dépistage à l'admission et l'identification des contacts libérés non dépistés lors de nouvelles incarcérations.

Perspective

La tuberculose est identifiée comme un enjeu prioritaire à l'échelle provinciale. La publication récente du Programme national de santé publique (PNSP) fait de l'amélioration de la prise en charge des cas de tuberculose et de leurs contacts une priorité triennale.

La mise sur pied par la DRSP de Montréal d'une équipe dédiée à la tuberculose a précédé cet engagement provincial et contribuera à atteindre les objectifs visés. En plus de poursuivre la gestion de l'éclosion en milieu carcéral (suivi des mesures mises en place, surveillance accrue dans les milieux à risque), l'équipe continuera de travailler avec les partenaires pour déployer des interventions de protection adéquates et favoriser une prise en charge adaptée, tout particulièrement pour les cas et contacts présentant des barrières à l'accès aux soins.

4.2 SALMONELLOSE: ÉCLOSION NATIONALE LIÉE À LA CONSOMMATION DE PISTACHES CONTAMINÉES

Contexte

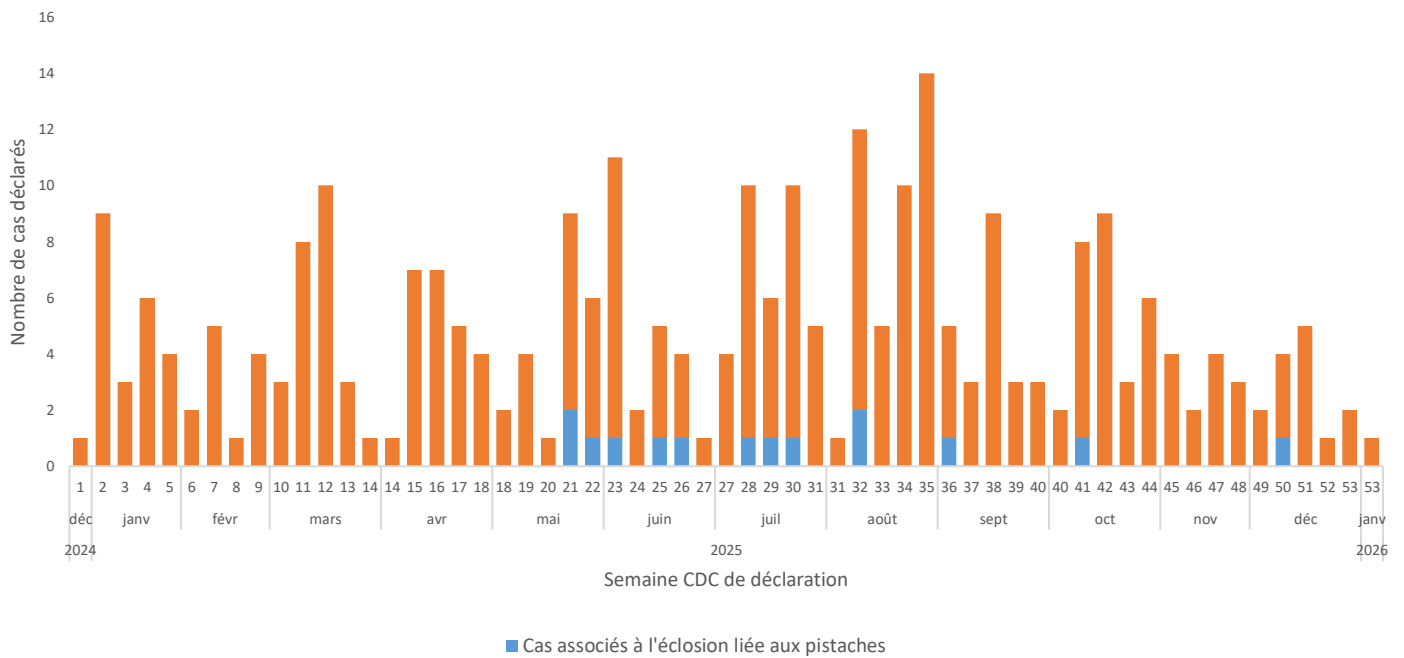
La salmonellose est une infection entérique causée principalement par l'ingestion d'aliments contaminés par des bactéries du genre *Salmonella*. Au Québec, il s'agit d'une MADO qui fait l'objet d'un programme de surveillance de laboratoire (LSPQ). Elle constitue la deuxième maladie entérique la plus fréquemment déclarée à Montréal, avec en moyenne 280 cas par année au cours des dix dernières années (excluant la période pandémique, durant laquelle une baisse importante a été notée). L'année 2025 a été marquée par une éclosion nationale liée à la consommation de pistaches contaminées importées d'Iran. Entre mars et décembre 2025, l'enquête nationale coordonnée par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a identifié 166 cas confirmés en laboratoire dans 6 provinces, dont 82 au Québec et 14 à Montréal. Des cas continuent d'être déclarés en 2026.

Observations et constats clés

Les 14 cas montréalais associés à l'éclosion ont été déclarés entre mai et décembre 2025 (Figure 4.2.1). Comme tous les cas de salmonellose déclarés à la DRSP font l'objet d'une enquête, leur profil épidémiologique peut être comparé à celui de l'ensemble des cas déclarés pour la même période, ainsi qu'à celui des cas associés à l'éclosion au Canada (Tableau 4.2.2). On constate que les cas montréalais associés à l'éclosion se comparent aux autres cas survenus ailleurs au Canada, mais se distinguent de l'épidémiologie habituelle par une surreprésentation des femmes et des personnes âgées. Malgré ce profil distinct touchant davantage les personnes âgées, l'éclosion n'a entraîné aucun décès ni recours accru aux services hospitaliers. En raison de leur petit nombre et du fait qu'ils n'étaient pas concentrés dans le temps (7 mois entre les premiers et dernier cas) ni l'espace (10 arrondissements), les cas associés à cette éclosion n'ont pas généré un excès de cas détectable par notre système de vigie régionale (SaTScan).

De plus, les enquêtes individuelles n'ont pas permis de détecter précocement que les pistaches pouvaient être en cause : seulement quatre cas ont rapporté une consommation de pistaches, et aucun ne l'a fait avant le déclenchement de l'enquête nationale à la fin juin. Dans ce contexte, la surveillance de laboratoire et la coordination entre les autorités de santé publique et de sécurité des aliments aux niveaux fédéral, provincial et régional ont été essentielles pour détecter et gérer cette éclosion.

Nombre de cas de salmonellose déclarés à Montréal, année CDC 2025 (Figure 4.2.1)



Sources: MSSS, Système d'information gestion des maladies infectieuses (SI-GMI), 2026.

Caractéristiques de cas de salmonellose déclarés à Montréal et au Canada (éclosion), année CDC 2025 (Tableau 4.2.2)

	Cas montréalais (n=285) ¹	Éclosion liée aux pistaches (2025) – Montréal (n=14) ²	Éclosion liée aux pistaches (2025) – Canada (n=166) ³
Sexe – Homme	48%	29%	29%
Sexe – Femme	52%	71%	71%
Âge – Médiane	36 ans	65 ans	-
Âge – Étendue	<1 an à 96 ans	12 à 95 ans	1 à 95 ans
Moins de 18 ans	24%	7%	-
65 ans et plus	26%	50%	-
Hospitalisation ou séjour à l'urgence (n)	58	3	25 ⁴
Décès causé par l'infection (n)	0	0	0
Caractéristiques de la souche (n)			
Sérovars ⁵	-	4	13
Nombre d'agrégats génétiques distincts	72	5	-
Cas appartenant à un agrégat génétique, n (%)	170 (60%)	14 (100%)	166 (100%)
Occupation à risque (n)	11 ⁶	0	-
Principales sources probables d'acquisition rapportées à l'enquête			
Voyage	75	1	-
Restaurant	42	5	-
Repas de groupe	7	0	-

¹Sources: base de données interne DRSP (cas ayant fait l'objet d'une enquête et pour lesquels l'information est disponible) et Infocentre (ensemble des cas confirmés, extraction du 14 mars 2026).

²Source: base de données interne DRSP (1 personne a refusé de participer à l'enquête et 1 personne non rejointe).

³Source: [données de l'ASPC disponibles publiquement](#) (mise à jour du 15 janvier 2026).

⁴Hospitalisations seulement.

⁵Montréal : Havana, Mbandaka, Meleagridis, Senftenberg ; Ensemble du Canada : Agona, Anatum, Bareilly, Branderup, Corvallis, Havana, Kottbus, Mbandaka, Meleagridis, Ohio, Reading, Senftenberg, Tennessee.

⁶Manipulateurs d'aliments (n=2), milieu de garde (n=2), milieu de soins et services à la personne (n=7).

Actions réalisées

Actions régionales

La DRSP de Montréal a assuré la vigie épidémiologique régionale; l'enquête systématique des cas (questionnaire ciblé informatisé); la constitution d'une base de données exploitable pour l'analyse épidémiologique; l'intervention auprès des cas (counseling, recommandations liées au retrait); la référence à la Division de l'inspection des aliments de la Ville de Montréal (DIA) ou au ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) en vertu de l'*Entente de collaboration et de communication de renseignements sur les toxi-infections alimentaires*; la transmission de renseignements détaillés sur les cas aux autorités provinciale et fédérale et l'obtention du consentement des cas pour des enquêtes fédérales complémentaires.

La DIA, mandatée par le MAPAQ, a été très fortement mobilisée par cette éclosion. Elle a réalisé de nombreuses enquêtes, inspections et interventions en salubrité alimentaire.

Actions provinciales

Le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) a procédé à la surveillance de laboratoire des souches humaines et transmis les résultats de ses analyses à la DRSP (environ 1 mois après le prélèvement initial). Le MSSS a collaboré à l'investigation fédérale et Santé Québec a assuré la liaison entre les DRSP et le MSSS. Le MAPAQ a notamment publié plusieurs mises en garde, avis à la population et rappels d'aliments concernant les pistaches contaminées importées d'Iran, dont plus de 50 émis en collaboration avec la DIA et des entreprises montréalaises ([MAPAQ](#)).

Actions fédérales

Conformément aux Modalités canadiennes d'intervention lors de toxi-infection d'origine alimentaire ([MITIOA](#)) :

- l'ASPC a coordonné l'enquête nationale et réalisé l'analyse centralisée des données ([ASPC](#));
- l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) a joué un rôle central dans le contrôle de l'éclosion en menant une enquête sur la salubrité des aliments, émettant des centaines d'avis de rappel et notifications à partir de juillet 2025, interdisant temporairement l'importation de produits de pistaches provenant d'Iran en septembre 2025 ([ACIA](#)), publiant en décembre 2025 un avis public et un avis aux entreprises et services alimentaires.

Cet événement a suscité une couverture médiatique importante et les communications publiques ont été gérées par l'ASPC et l'ACIA.

Effets et retombées

Bien que des lots de pistaches contaminées continuent d'être identifiées et que d'autres cas surviendront en raison de la longue durée de conservation des produits visés, la courbe épidémique suggère que les mesures de contrôle mises en place ont limité l'éclosion. Au niveau régional, la DIA a joué un rôle clé dans la protection de la santé de la population montréalaise.

Pour l'équipe de la DRSP, en plus de mettre en évidence la contribution majeure de notre partenaire, cet événement a démontré l'importance de colliger et saisir des données de qualité sur les expositions à risque et la grande valeur ajoutée d'utiliser une plateforme informatique sécurisée conçue pour la collecte et la gestion de données.

Perspectives

Cette éclosion illustre les défis liés à la détection et l'investigation d'éclosions de source alimentaire, et la nécessité d'une coordination efficace entre les autorités fédérales, provinciales et régionales pour gérer efficacement ce type de menace à la santé de la population.

De telles éclosions sont susceptibles de survenir de nouveau, d'autant que leur détection est facilitée par la surveillance de laboratoire des souches humaines et alimentaires au Canada.

À Montréal, cette expérience confirme la pertinence d'enquêter systématiquement tous les cas de salmonellose, une offre de service qui va au-delà de l'offre de service de base québécoise. Ces enquêtes, faites dans les jours suivant la déclaration bien avant d'obtenir les résultats de la surveillance de laboratoire, augmentent la probabilité de recueillir des renseignements de qualité sur les expositions à risque en minimisant les biais de mémoire.

Elle a également permis d'identifier certaines de nos forces, dont la grande maîtrise des processus d'enquête par notre équipe, de même que des pistes d'amélioration qui nous permettront de renforcer nos capacités à faire des liens entre les cas et analyser nos données.

5. PRÉVENTION ET PROMOTION

5.1 MOBILISATION COMMUNAUTAIRE EN RÉPONSE À LA ROUGEOLE: L'IMPORTANCE DU DIAGNOSTIC POPULATIONNEL

Contexte

En septembre 2025, le leadership de la clinique Tzum Gezunt est informé, via la mobilisation des rabbins, qu'une écloison importante de rougeole sévit en Israël, touchant particulièrement les communautés ultra-orthodoxes. À ce moment, 7 décès chez des enfants sont rapportés (le bilan, au début 2026, atteint 14 décès). Devant le risque élevé d'importation et de transmission, on sollicite un soutien rapide de la DRSP. Ils rapportent notamment une rupture de service de suivi pédiatrique et une vulnérabilité accrue chez les enfants de 0 à 5 ans.

Observations et constats clés

Les couvertures vaccinales dans les voisinages d'Outremont et du Mile-End sont historiquement basses. Si plusieurs hypothèses ont été avancées au fil du temps, la stigmatisation vécue pendant la pandémie de COVID-19 a pu fragiliser les liens de confiance avec certains acteurs du réseau, complexifiant les interventions.

Activités réalisées

Les équipes de la DRSP se sont mobilisées rapidement, en s'appuyant sur des partenariats étroits avec la clinique Tzum Gezunt et la participation des CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. L'intervention visait à protéger les enfants et la communauté, mieux comprendre les déterminants des faibles couvertures vaccinales et consolider les partenariats.

Cette mobilisation a reposé sur une approche collaborative et adaptée à la communauté :

- Mise en place de cliniques de vaccination co-construites avec la clinique Tzum Gezunt, dont le rôle a été central pour assurer la coordination, l'accueil et l'ancrage communautaire de l'intervention ;
- Réalisation d'un sondage auprès des parents, développé en partenariat avec les acteurs locaux, afin de mieux comprendre les enjeux d'accès et les perceptions ;
- Déploiement d'activités de rehaussement des couvertures vaccinales en milieu scolaire (en cours) ;
- Approche des milieux de garde et de la petite enfance afin de rapprocher l'offre vaccinale des familles (amorcée).

Ces actions s'inscrivent dans une perspective de réduction des iniquités en santé. L'expertise de l'équipe PRIME (Populations racisées, immigrantes ou issues des minorités ethnoculturelles) de la DRSP a été mobilisée afin de soutenir les meilleures pratiques et favoriser des partenariats durables.

Huit séances spéciales de vaccination ont été organisées entre octobre 2025 et février 2026 avec la clinique Tzum Gezunt, permettant la vaccination de 408 enfants et la saisie de plusieurs carnets de vaccination historique (660 doses

administrées et plus de 830 doses en saisie historique). Cette mobilisation a permis de rejoindre rapidement les familles des voisinages, dont plusieurs enfants qui n'avaient jamais reçu de vaccin, dans un contexte de risque élevé d'éclosion. Ces actions se sont traduites par une augmentation significative des couvertures vaccinales dans deux voisinages concernés.

Les activités en milieu scolaire ont également contribué à améliorer les couvertures vaccinales, notamment grâce à l'engagement soutenu des établissements scolaires pour documenter les statuts vaccinaux. Les données suggèrent que les enfants d'âge scolaire sont globalement bien immunisés et que les CV basses s'expliquent surtout par des vaccins non saisis au Registre de vaccination du Québec (RVQ) par les vaccinateurs. À l'inverse, chez les enfants de 12 mois à 5 ans, les couvertures vaccinales basses semblent principalement liées à une rupture de services en soins pédiatriques et donc une sous-vaccination réelle.

Effets et retombées

Résultat du sondage aux parents

Les résultats d'un sondage aux parents (n=27) confirment que les retards vaccinaux s'expliquent principalement par des contraintes d'accès plutôt que par une opposition à la vaccination. Les parents sont globalement favorables à la vaccination et souhaitent mettre à jour le statut vaccinal de leurs enfants. Les principales barrières identifiées sont d'ordre logistique, notamment des horaires peu adaptés, des difficultés de déplacement avec de jeunes enfants et des obstacles liés à la prise de rendez-vous.

Les services de proximité, offerts dans un environnement familial, apparaissent comme les plus acceptables pour les familles, alors que les points de service locaux sont peu utilisés malgré qu'ils soient connus. La rupture de services en pédiatrie offerte dans la communauté constitue un déterminant majeur des retards vaccinaux. Enfin, les normes sociales au sein de la communauté sont favorables à la vaccination, représentant un levier important pour les interventions futures. Ces résultats confirment que l'enjeu principal réside dans l'accès à des services de proximité adaptés, plutôt que dans l'adhésion à la vaccination.

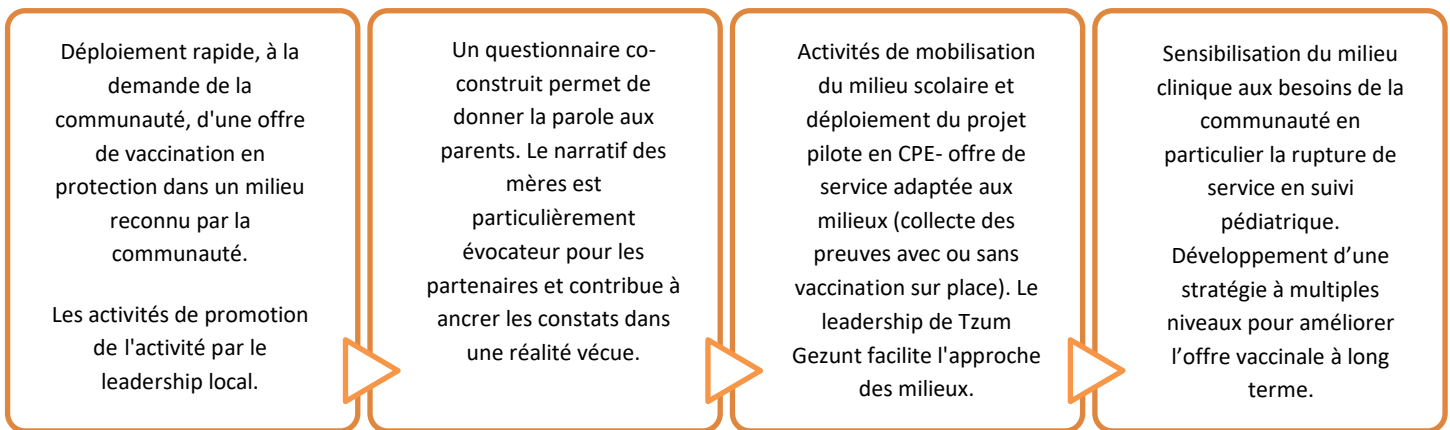
Couvertures vaccinales

À l'échelle des voisinages (Outremont et Mile-End), l'intervention a généré des gains de couverture vaccinale pour tous les groupes d'âge, les hausses plus importantes étant observées pour la 1^{re} dose chez les enfants de 1 à 5 ans, un groupe particulièrement à risque de complications de la rougeole, contribuant ainsi à un impact populationnel significatif. En date du 17 mars 2026 (en comparant à septembre 2025), les couvertures vaccinales ont augmenté de 8,8% pour la première dose de vaccin antirougeoleux pour les tout-petits et 7,4% pour la couverture vaccinale 2 doses dans le voisinage d'Outremont et de respectivement 4,8 et 4,5% dans le voisinage Mile-End. Cette hausse relève principalement de l'offre de vaccination rehaussée et non seulement d'activités de saisie au RVQ de preuves de vaccinations antérieures.

L'intervention scolaire en cours, jusqu'à maintenant déployée dans 8 écoles, a généré une augmentation moyenne d'environ 22 % de la couverture vaccinale contre la rougeole (allant jusqu'à près de 50 % dans une école). Ces gains

reposent en grande partie sur des activités de saisie au RVQ des preuves de vaccination antérieures, permettant de mieux refléter le statut réel des enfants. En renforçant la validité du RVQ, l'intervention contribue à protéger les milieux scolaires en favorisant le maintien des activités scolaires et la stabilité des partenariats, en réduisant le risque de mesures d'exclusion ou de perturbations majeures de l'apprentissage lors d'éclosions.

Des interventions de vaccination de proximité dans les centres de la petite enfance (CPE) ont été amorcées, avec deux milieux rejoints à ce jour par les équipes mobiles du CIUSSS en collaboration avec l'équipe Santé jeunesse de la DRSP. Cette stratégie innovante, en cours de déploiement, vise à diversifier l'offre de service et faciliter l'accès aux familles. Le succès sera évalué tant par l'évolution de la couverture vaccinale que par la satisfaction des parents, et la qualité des partenariats établis.



Perspective

Le succès de cette intervention repose d'une part sur la mobilisation rapide, initiée par les leaders religieux en réponse à une menace infectieuse et portée par la demande de Tzum Gezunt. Elle repose aussi sur la qualité des partenariats développés avec les acteurs communautaires et institutionnels. Le rôle central de la clinique Tzum Gezunt, combiné à l'engagement de la DRSP et des équipes des CIUSSS, a permis de proposer une offre crédible, accessible et bien acceptée par les familles. L'intervention illustre l'importance d'approches collaboratives, non stigmatisantes et culturellement adaptées pour rejoindre les communautés montréalaises. Elle met également en lumière la nécessité de s'attaquer aux déterminants structurels, notamment l'accès aux services de prévention pédiatrique.

5.2 INFLUENZA AVIAIRE HAUTEMENT PATHOGÈNE A (H5N1) DU CLADE 2.3.4.4B : INTERVENTIONS DE PROTECTION DE LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS À MONTRÉAL

Contexte

Depuis 2022, l'influenza aviaire A (H5N1) du clade hautement pathogène 2.3.4.4b poursuit une expansion mondiale marquée par des impacts considérables sur les oiseaux sauvages et d'élevage. Une caractéristique centrale de ce clade est sa capacité à se disséminer rapidement le long des routes migratoires, à provoquer des mortalités massives chez les oiseaux et à infecter un nombre croissant d'espèces animales, y compris certains mammifères, dont l'humain.

L'année 2024 a marqué un tournant en Amérique du Nord, notamment avec l'émergence d'une éclosion dans des troupeaux de bovins laitiers aux États-Unis au printemps ([CDC](#)). Cette éclosion a entraîné plusieurs cas humains chez des travailleurs exposés directement aux animaux ou à l'environnement contaminé.

Bien que la létalité associée à ce clade chez les humains soit relativement faible (environ 2%, [MSSS](#)) et qu'aucune transmission interhumaine soutenue n'ait été documentée, la survenue en Colombie-Britannique d'un cas grave de source inconnue en novembre 2024 ([ASPC](#)) est venue rappeler la possibilité d'infections humaines graves même dans un contexte où le risque populationnel global demeure faible.

Observations et constats clés

À l'échelle canadienne, aucun cas n'a été détecté parmi les bovins et l'ASPC juge que le risque pour la population générale est faible. Toutefois, selon l'évaluation rapide du risque de novembre 2024 ([ASPC](#)), les personnes ayant une exposition élevée à des animaux potentiellement infectés sont à risque accru et doivent appliquer des mesures préventives rigoureuses.

Au Québec, bien que le nombre de cas détectés chez des animaux soit en diminution depuis la première détection de ce virus chez des oiseaux sauvages en avril 2022 ([ACIA](#)), des infections continuent d'être observées de manière sporadique dans la faune et les élevages, ce qui génère un risque d'exposition pour certaines personnes.

À Montréal, le risque est faible, sans être nul. Malgré un volume d'analyses de carcasses plus limité que dans les régions limitrophes, six cas ont été détectés chez des animaux sauvages et aucun ne l'a été dans des élevages ([CIQ](#)).

Activités réalisées

Soutien à l'évaluation et à la gestion des risques

À travers le Québec, plusieurs entreprises d'élevage de volailles ont dû mettre en œuvre des recommandations préventives pour protéger la santé de leurs travailleurs ([INSPQ](#)) et procéder à des activités de dépeuplement de la volaille en respectant des protocoles de biosécurité rigoureux sous l'égide de l'ACIA. À Montréal, de telles opérations n'ont pas été nécessaires.

Les interventions en santé au travail se sont plutôt inscrites dans une logique d'anticipation. Les équipes de santé au travail ont d'abord identifié les milieux les plus susceptibles d'être exposés au risque, puis des interventions de soutien à l'évaluation et à la gestion du risque leur ont été offertes. Dans une optique de préparation, des entreprises des secteurs laitier et de la décontamination ont ainsi pu bénéficier de séances d'information et de recommandations portant sur les méthodes de travail sécuritaires et la sélection d'équipements de protection individuelle adéquats.

Campagne de vaccination ciblée contre l'influenza aviaire A (H5N1)

En décembre 2024, le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) a recommandé de déployer une partie des stocks du vaccin Arepanrix™ H5N1 pour vacciner certains travailleurs exposés en contexte non pandémique. Le Canada se distinguait ainsi de la majorité des pays qui ont privilégié des stratégies de réserve sans vaccination préventive.

Le 3 juillet 2025, le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) a publié un avis sur la stratégie d'utilisation des doses de vaccin contre l'influenza A (H5N1) en émettant trois recommandations : (1) ne pas entreprendre un programme de vaccination ciblant largement les travailleurs des fermes ni les populations de chasseurs, mais plutôt offrir la vaccination à certains travailleurs ciblés dans une approche de décision médicale partagée, (2) offrir deux doses avec un intervalle de 2 mois (considérer l'intervalle minimal de 21 jours advenant une transmission d'humain à humain), et (3) faire une évaluation de cette vaccination.

Le 14 juillet 2025, Santé Québec a diffusé conjointement aux Directrices-teurs de santé publique et aux Directrices-teurs de la vaccination des CISSS et des CIUSSS des paramètres relatifs à la vaccination contre la grippe aviaire A(H5N1). Cette communication donnait aux équipes de santé au travail des DRSP le mandat d'identifier les travailleurs ciblés en fonction des indications du Protocole d'immunisation du Québec et de faciliter l'accès à la vaccination.

À Montréal, l'identification des milieux de travail par l'équipe de santé au travail de la DRSP et l'analyse détaillée des tâches des travailleurs a nécessité des collaborations avec l'INSPQ, le MAPAQ, le ministère de l'Environnement, de la Lutte contre les changements climatiques, de la Faune et des Parcs (MELCCFP), le MSSS et une vingtaine de milieux de travail.

Les coordonnées des entreprises dont certains travailleurs rencontraient les indications vaccinales ont été fournies par l'équipe de santé au travail de la DRSP aux équipes de vaccination des CIUSSS concernés. Ces dernières ont organisé la prestation du service.

Effets et retombées

La vaccination ciblée s'est conclue en février 2026. Au total, 62 travailleurs ont été identifiés et vingt personnes ont été vaccinées à Montréal (Source Système d'information pour la protection en maladies infectieuses (SI-PMI), mars 2026). Les données disponibles ne permettent pas de connaître les caractéristiques des travailleurs vaccinés et non vaccinés à Montréal, ni celles des travailleurs d'entreprises montréalaises pris en charge dans d'autres régions.

Les équipes de vaccination territoriales ont soutenu la mise en œuvre de la vaccination en adaptant les modalités : vaccination directement dans les milieux ciblés ou référencement vers les points de service locaux. En parallèle, chaque établissement a établi des corridors pour le dépistage H5N1, intégrés à la préparation régionale en cas de modification du risque épidémiologique.

L'équipe de santé au travail de la DRSP de Montréal a profité de la prise de contact avec les milieux de travail pour évaluer les risques et favoriser l'application de méthodes de travail sécuritaires, dont la sélection adéquate des équipements de protection individuelle.

Perspectives

Cette séquence d'interventions illustre un continuum entre veille scientifique et épidémiologique, soutien aux milieux de travail et protection ciblée des travailleurs les plus exposés. Tel que recommandé par le CIQ, une évaluation de l'intervention de vaccination devra être réalisée. À Montréal, celle-ci devrait impliquer l'ensemble des partenaires afin de documenter les apprentissages associés à cette première expérience et concerner tout particulièrement l'acceptabilité pour différents milieux de travail et travailleurs, la couverture vaccinale obtenue et les enjeux logistiques constatés dans la région. Il sera aussi essentiel de poursuivre la veille scientifique et épidémiologique, sachant que les virus influenza A conservent un potentiel d'adaptation pouvant, dans certaines conditions, mener à l'émergence de souches transmissibles efficacement d'humain à humain.

6. CONCLUSION

Les *Faits saillants des maladies infectieuses à Montréal en 2025* témoignent de la diversité et de la complexité des enjeux infectieux qui touchent la population vivant ou travaillant à Montréal. Ils montrent que ces enjeux ne se résument pas à des tendances globales. Ils sont influencés par des déterminants sociaux, environnementaux et structurels de la santé et prennent forme dans des situations concrètes qui nécessitent des enquêtes, des interventions soutenues ou ciblées, et une adaptation en continu des pratiques.

Les vignettes illustrent notamment :

- l'ampleur des interventions déployées même lorsque le nombre de cas est limité au niveau régional (ex. : rougeole, H5N1) ;
- la complexité de certaines situations impliquant des milieux ou des populations spécifiques (ex. : tuberculose) ;
- l'apport des données pour mieux comprendre les contextes d'exposition et orienter la prévention (ex. : VNO) ;
- le rôle majeur des partenaires dans le contrôle des menaces à la santé de la population (ex. : salmonellose).

Un élément transversal ressort: la capacité à intervenir mise souvent sur la collaboration entre les acteurs. Les enquêtes et les interventions mobilisent régulièrement plusieurs équipes de la DRSP et des partenaires, et leur contribution influence directement la qualité des données, la rapidité des interventions et leur portée, de même que l'efficacité du réseau.

Ces constats mettent aussi en évidence des zones d'amélioration, notamment dans l'exploitation des données d'enquête en contexte de transition informatique et l'évolution des pratiques collaboratives entre les équipes de santé publique et les partenaires.

Dans un contexte marqué par l'émergence de nouveaux risques, la persistance de menaces connues et les pressions sur les systèmes de soins, la santé publique doit continuer d'investir dans la vigilance, la surveillance, le développement de l'expertise régionale, les partenariats et l'adaptation des stratégies d'intervention. Les apprentissages tirés de 2025 constituent une base importante pour orienter les actions futures et renforcer la capacité collective à protéger la population montréalaise face aux maladies infectieuses. Les travaux à venir, dont ceux liés à la mise en œuvre du PNSP et à l'élaboration du PARI, offrent une occasion de s'appuyer sur ces constats pour ajuster les priorités et les façons de faire.

Numéro d'ISBN: 978-2-555-03958-2

Analyse et rédaction :

Karima Adda, Infirmière clinicienne - Service Urgences sanitaires en maladies infectieuses (USMI) ;

Dre Geneviève Bergeron, Cheffe médicale - Secteur Prévention et contrôle des maladies infectieuses (PCMI) ;

Dre Frédérique Brouillard, Responsable médicale - Services Prévention des risques à la santé des travailleurs (-euses) et Urgences sanitaires en santé au travail ;

Audrey-Anne Couturier, Agente de planification, de programmation et de recherche (APPR) - Service Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ;

Dr Julian Gitelman, Responsable médical - Service ITSS ;

Dre Julia Heron, Responsable médicale - Tuberculose ;

Ophélie Jacob, Cheffe de service - Service Urgences sanitaires en santé au travail ;

Dr Paul Le Guerrier, Médecin conseil - Service Immunisation et maladies évitables par la vaccination (IMEV) ;

Dre Sarah-Amélie Mercure, Médecin conseil - Service Infections et interventions dans la communauté (IIC) ;

Dre Véronique Morin, Responsable médicale - Service IMEV ;

Dr Nicolas Sheppard Jones, Responsable médical - Services USMI et Infections et interventions en milieux de vie et de soins (MVS) ;

Loick Tokpessi, APPR - Service USMI.

Avec la collaboration de :

Dre Geneviève Bergeron pour le cadrage et la supervision des contenus;

Dre Geneviève Cadieux et Dre Sarah-Amélie Mercure pour la révision stratégique;

Molly Nuckle pour la coordination du projet, la révision et la conception des infographies

Les auteurs remercient les équipes ayant contribué à la production des données et aux analyses présentées dans ce document.

Graphisme : Delphine Forest-Maurice et Linda Daneau, graphistes

Date de publication de ce document : 26 mai 2026
