

06/15

Bulletin de surveillance des maladies du Nouveau-Brunswick

Bureau du médecin-hygiéniste en chef

Introduction

Voici la 21e édition du *Bulletin de surveillance des maladies du Nouveau-Brunswick*.

Le présent numéro contient deux études de cas sur des événements d'intérêt en matière de santé publique au Nouveau-Brunswick. On y trouve un compte rendu des initiatives mises en œuvre récemment pour faire du Nouveau-Brunswick une province sans fumée, de même qu'une note sur le moment propice pour l'administration du vaccin de rappel destiné aux enfants d'âge préscolaire.

Nous tenons à féliciter la médecin-hygiéniste en chef du Nouveau-Brunswick, la Dre Eilish Cleary, qui a récemment reçu le prix du Dr Donald Morgan pour ses états de service. Cette dernière signe un article où elle décrit sa récente expérience de travail en Afrique de l'Ouest et les enseignements qu'elle en a tirés.

Comme d'habitude, nous accueillons vos commentaires et suggestions de thèmes futurs. Veuillez les transmettre à notre rédactrice en chef, la Dre Cristin Muecke, médecin-hygiéniste – programmes provinciaux, à l'adresse dr.cristin.muecke@gnb.ca.

Vous pouvez obtenir la version électronique du bulletin sur le site Web du ministère de la Santé, sous l'onglet *Publications*, à l'adresse <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/publications.html>.

Dans le mille : Une lésion cutanée chez un enfant du primaire

Présentation de cas :

Un garçon de huit ans se présente à votre clinique à la fin juin avec un malaise, une légère fièvre et un mal de tête qui s'améliore après la prise d'Advil pour enfants. Sur la partie supérieure gauche de sa poitrine se trouve une éruption cutanée érythémateuse homogène de forme ovale d'environ 8 cm de diamètre. Cette éruption ne lui cause ni douleur ni démangeaison. Sa mère dit qu'une petite tache rouge est apparue environ neuf jours plus tôt et qu'elle a grossi peu à peu.

Le patient habite à Quispamsis avec ses parents et ses deux petits frères âgés de un an et de trois ans. Il fréquente l'école primaire de la municipalité et marche pour se rendre à l'école et revenir à la maison. Il a reçu tous les vaccins prévus dans le calendrier de vaccination et n'a pas voyagé au cours des trois derniers mois. En mars, sa famille a séjourné pendant deux semaines à Disneyland, en Californie.

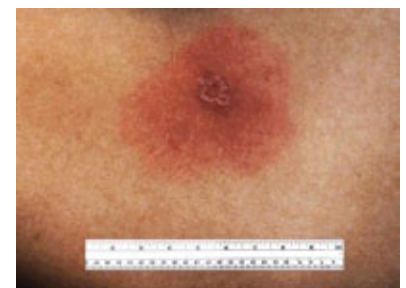
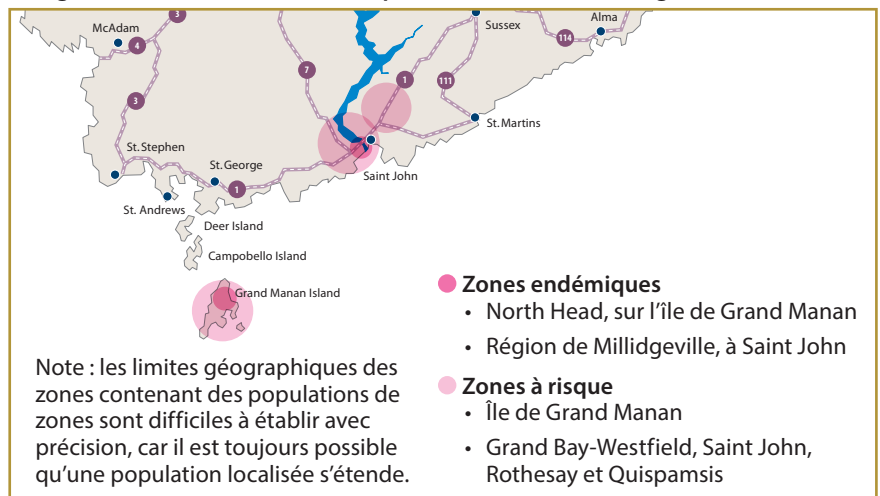


Photo fournie par le Centers for Disease Control and Prevention

Figure 1 : Zones de N.-B. où les tiques sont établies ou émergentes



Analyse :

L'érythème migrant est une présentation courante de la maladie de Lyme au stade localisé précoce. Un érythème migrant observé par un clinicien combiné à des antécédents de résidence ou de voyage dans une région d'endémicité est suffisant pour être considéré comme un cas probable de maladie de Lyme et justifie la prescription d'un traitement antibiotique à court terme. Pour savoir si le patient présente des antécédents d'exposition aux tiques, on peut l'interroger afin de voir s'il a voyagé ou vécu dans une zone où les tiques à pattes noires sont établies (zones endémiques) ou font leur apparition (zones à risque). En moyenne, 12 % des tiques analysées au Nouveau-Brunswick sont porteuses de *Borrelia burgdorferi* (l'agent causal de la maladie de Lyme), mais cette proportion peut être plus élevée dans les zones endémiques. **En établissant le diagnostic d'un patient, il est important de se rappeler que l'on peut retrouver des tiques à l'extérieur des zones endémiques et qu'au cours des années des tiques infectées ont été retrouvées de façon sporadique un peu partout dans la province.**

Au Nouveau-Brunswick, les zones endémiques connues sont le village de North Head, sur l'île de Grand Manan, et la région de Millidgeville, à Saint John. Selon les données de surveillance provinciale des tiques et les rapports sur les maladies humaines, les régions à risque sont l'île de Grand Manan et les régions de Grand Bay-Westfield, Saint John, Rothesay et Quispamsis.

Les patients qui présentent des symptômes évidents de la maladie de Lyme au stade localisé précoce doivent recevoir un diagnostic et un traitement dès que possible. Il faut seulement avoir recours aux analyses en laboratoire pour compléter les résultats cliniques, et non pas s'en servir comme point de départ pour le diagnostic de la maladie de Lyme au stade peu avancé. L'analyse sérologique en deux volets est un outil approprié qui comprend un test de dépistage à l'aide de dosages immunoenzymatiques et un test par transfert Western confirmatif (si les résultats des dosages immunoenzymatiques sont positifs ou indéterminés).

En 2011, l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada a souscrit pleinement aux lignes directrices de l'Infectious Disease Society of America (IDSA), qui se trouvent à l'adresse http://www.idsociety.org/uploadedfiles/idsa/guidelines-patient_care/pdf_library/lyme%20disease.pdf. Ainsi, les résultats du test par transfert Western doivent être interprétés conformément aux lignes directrices de l'IDSA afin

d'obtenir le meilleur équilibre entre sensibilité et spécificité. Les lignes directrices canadiennes sur le diagnostic en laboratoire de la maladie de Lyme sont conformes à celles suivies par les autorités de la santé publique aux États-Unis et en Europe et respectent les normes internationales actuelles. Il est important de vérifier si le laboratoire de réception suit ces lignes directrices, puisqu'il se peut que certains laboratoires ne se servent pas de tests validés de façon appropriée ou ne respectent pas les normes recommandées pour l'interprétation des résultats de test, ce qui peut mener à de faux résultats positifs et des préoccupations considérables chez les patients.

Il faut signaler à la Santé publique les cas de maladie de Lyme ayant reçu un diagnostic clinique ou une confirmation en laboratoire.

De 2011 à 2014, le nombre moyen de nouveaux cas confirmés de la maladie de Lyme au Nouveau-Brunswick était de 5,5, bien que certaines personnes aient pu être infectées à l'extérieur de la province.

Il faut encourager les patients de continuer à pratiquer des activités à l'extérieur et les inviter à se protéger en prenant des mesures de précaution des morsures de tiques. Il est recommandé d'utiliser des insectifuges en veillant à bien suivre les instructions et de faire une vérification complète du corps tous les jours pour repérer toute morsure de tique. Il faut également consulter son médecin si l'on remarque une éruption cutanée et que des symptômes qui ressemblent à ceux de la grippe apparaissent après une morsure de tique.

Pour obtenir des renseignements plus précis sur la maladie de Lyme, y compris des mesures de prévention des morsures de tiques et des documents de référence, il suffit de visiter le site www.gnb.ca ou de consulter le www.canadiensensante.gc.ca. Un cours de FMC en ligne de l'IDSA présentant des études de cas pour l'évaluation clinique, le traitement et la prévention de la maladie de Lyme se trouve à l'adresse <http://lymecourse.idsociety.org>.

« Poissons d’avril » : maladie d’origine alimentaire chez des membres de l’équipage d’un navire international à Saint John, au Nouveau-Brunswick

Présentation de cas

Le 11 avril 2015, neuf (9) hommes faisant partie de l’équipage d’un navire de charge international accosté à Saint John se sont rendus à l’urgence de l’Hôpital régional de Saint John alors qu’ils présentaient des symptômes gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhée, crampes abdominales). Les autres symptômes significatifs comprenaient des étourdissements, une sensation de faiblesse et une paresthésie aux extrémités périphériques. À l’examen, plusieurs d’entre eux présentaient une hypotension et une bradycardie. Tous ces patients ont été admis en vue d’être surveillés et pris en charge aux soins intensifs; ils ont notamment été soumis à une surveillance cardiaque continue et ils ont reçu de l’atropine pour la bradycardie, des antiémétiques et une réhydratation par voie intraveineuse. Rapidement, cinq (5) autres membres de l’équipage se sont présentés à l’urgence avec les mêmes symptômes, et ils ont aussi été hospitalisés. Les membres de l’équipage ont indiqué qu’ils avaient mangé un repas commun composé de soupe de poisson; cette soupe avait été préparée à partir des poissons qu’ils avaient pêchés durant leur voyage dans les Caraïbes. Les membres de l’équipage ont ajouté qu’ils avaient commencé à se sentir mal 1-1,5 heure après le repas. Les médecins traitants ont consulté le centre antipoison d’Halifax, et ils ont pu déterminer que la ciguatera était le diagnostic le plus probable. L’incident a été signalé à la Santé publique. Un code orange a été mis en place à l’Hôpital régional de Saint John afin de gérer cet important influx de patients gravement malades.



Enquête

Au Nouveau-Brunswick, les cliniciens doivent signaler immédiatement (verbalement en moins d’une heure) les grappes de cas de maladies que l’on soupçonne liées à la nourriture ou à l’eau à leur bureau régional de la Santé publique. Il est également nécessaire de signaler les maladies inhabituelles (qui ne sont pas censées survenir au Nouveau-Brunswick ou dont l’étiologie est inconnue) dans les 24 heures. Une enquête à propos de cet incident a été réalisée conjointement par le personnel de la Santé publique du Nouveau-Brunswick (Direction de la protection de la santé, ministère de la Santé) et des agents d’hygiène de l’environnement du Programme du public voyageur de l’Agence de santé publique du Canada.

La cuisine du bateau a été fermée jusqu’à ce qu’une inspection complète soit réalisée, et le reste de l’équipage a eu accès à de la nourriture à l’extérieur du navire durant cette période. Le reste des membres de l’équipage a été soumis à une brève surveillance jusqu’à ce qu’il puisse être clairement établi qu’aucun autre membre de l’équipage n’était susceptible d’être malade. Le navire comptait 19 membres de l’équipage au moment où l’éclosion est survenue, dont 14 (73,7 %) avaient mangé le repas suspect composé de soupe de poisson. Les cinq autres membres de l’équipage étaient en train de dormir au moment du repas ou ont plutôt opté pour un repas à base de porc qui était également au menu. Tous les membres de l’équipage qui ont mangé le poisson ont été malades et ont dû être hospitalisés en vue d’être surveillés et pris en charge aux soins intensifs. La durée moyenne de l’hospitalisation était de 3,5 jours, et une personne a dû être réadmise en raison de symptômes persistants. Après avoir reçu leur congé, les membres de l’équipage ont été rapatriés par les propriétaires du navire, puisque plusieurs d’entre eux ont été déclarés « inaptes au travail » par les médecins traitants.

La gravité des symptômes était directement en corrélation avec la quantité de soupe de poisson qui avait été consommée et la partie du poisson qui avait été ingérée. Par exemple, la personne, qui a présenté les symptômes les plus graves, avait mangé la plus grande portion du repas, incluant la tête du poisson.

Un interrogatoire plus approfondi a révélé que l'équipage avait pêché à la ligne à partir du bateau alors que celui-ci était ancré dans les Bahamas et que l'équipage avait attrapé plus de 125 kilos de poisson de cette manière. Les poissons ont été séparés et congelés intacts aux fins de consommation par l'équipage, et des portions ont été consommées quotidiennement durant le voyage vers le nord en direction de Saint John, au Nouveau-Brunswick. Alors que le navire était amarré au port de Saint John, un des plus gros poissons a été décongelé et préparé en retirant ses entrailles, ses branchies et ses ailerons, puis le poisson a été écaillé et cuit dans une soupe de poisson avec la tête encore attachée au reste du corps.

Des échantillons de restes provenant du repas suspect et des échantillons de poissons congelés qui avaient aussi été pêchés aux Bahamas ont été envoyés au laboratoire de l'Agence canadienne d'inspection des aliments (Dartmouth) aux fins d'analyse de l'espèce et d'analyses des toxines. L'échantillon de soupe de poisson a été déclaré comme étant « soupçonné d'entraîner un résultat positif » pour la ciguatoxine (en raison de l'absence de normes analytiques, le laboratoire est incapable de quantifier la concentration de ciguatoxine présente dans l'échantillon). Le reste du poisson présent sur le navire qui n'était pas étiqueté ou qui avait été obtenu auprès d'un fournisseur alimentaire non approuvé a été immergé dans une forte solution d'hypochlorite de sodium afin de le rendre impropre à la consommation, puis il a été éliminé. (Agence de santé publique du Canada. Environmental Health Report. Nouveau-Brunswick : Programme du public voyageur, *rapport non publié*, 2015).

Intoxication alimentaire de type ciguatera :

La ciguatera est une maladie d'origine alimentaire qui est causée par la consommation de poissons de récifs contaminés par une toxine appelée « ciguatoxine ». La ciguatoxine est incolore, inodore et sans goût, et l'apparence des poissons touchés n'est pas altérée. La toxine ne peut pas être détruite par la cuisson, le fumage, la congélation, la mise en conserve ou le séchage. Ce poison est produit par des dinoflagellés : de petits organismes qui se fixent aux algues qui poussent dans les zones océaniques chaudes des récifs. Les petits poissons qui mangent des plantes ingèrent ces algues toxiques, puis ils sont mangés à leur tour par de plus gros poissons prédateurs, lesquels sont par la

suite consommés par les humains [1]. Les poissons qui vivent dans les zones touchées ne sont pas touchés de façon uniforme, donc il est possible que seulement quelques poissons parmi toutes les prises contiennent des niveaux de toxines suffisants pour causer la maladie. La toxine est liposoluble et se concentre dans la tête, les viscères et les œufs des poissons [2].

Les symptômes de la ciguatera peuvent se déclencher en quelques minutes, mais ils apparaissent généralement dans les 24 heures suivant la consommation du poisson contaminé. Les symptômes gastro-intestinaux initiaux comprennent les nausées, les vomissements, la diarrhée et les douleurs abdominales. Ces symptômes peuvent persister pendant plusieurs jours. Des symptômes neurologiques apparaissent après les symptômes gastro-intestinaux initiaux et ils comprennent des picotements et un engourdissement autour de la bouche ainsi qu'au niveau des lèvres, de la gorge, des bras et des jambes, de même que des douleurs musculaires et des maux de dents, une inversion de la température (les choses chaudes semblent froides et les choses froides semblent chaudes), une sensation de fatigue, des maux de tête et des démangeaisons cutanées. Dans les cas graves, les symptômes neurologiques peuvent durer pendant des mois et même plus longtemps, et ils peuvent être aggravés par des changements sur le plan des comportements alimentaires (comme l'adoption d'un régime ou la prise de repas riches en protéines), la consommation d'alcool, l'exercice ou les rapports sexuels [2]. La majorité des personnes qui sont atteintes de la ciguatera se rétabliront complètement en quelques jours ou quelques semaines, mais dans certains cas rares, la ciguatera peut être mortelle [1].

Le diagnostic est basé sur la reconnaissance avisée de la présentation clinique et sur des antécédents compatibles en termes d'exposition alimentaire – aucune analyse diagnostique pour les humains n'est actuellement disponible. Cependant, des échantillons de selles doivent être prélevés de façon régulière pour écarter les causes les plus courantes d'intoxications alimentaires. Si des échantillons de nourriture sont disponibles, ils peuvent être prélevés et analysés pour détecter la présence de ciguatoxine. Il n'y a aucun antidote à la ciguatera, et les personnes qui ont consommé de la ciguatoxine doivent recevoir un traitement symptomatique [3].

La prévention mise sur la sensibilisation du public et de l'industrie en lien avec les régions et les espèces de poissons touchées par la ciguatera (en particulier, les gros poissons prédateurs des eaux chaudes),

puisque les poissons touchés par la ciguatoxine ne sont pas facilement détectés et puisqu'il n'existe aucune méthode de préparation permettant d'éliminer ou de détruire la toxine.

Références

1. Gouvernement du Canada, « Ciguatera », *Gouvernement du Canada* (en ligne), <http://voyage.gc.ca/voyager/sante-securite/maladies/ciguatera>.
2. Centers for Disease Control and Prevention, « Ciguatera Fish Poisoning – Texas, 1997 », *Morbidity and Mortality Weekly Report* (en ligne), Atlanta (Ga.), Centers for Disease Control and Prevention, 1998, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00054548.htm>.
3. Schlaich C, Hagelstein J-G, Burchard G-D, Schmiedel S. Outbreak of Ciguatera Fish Poisoning on a Cargo Ship in the Port of Hamburg. *J Travel Med* 2012; 19(4): 238-42.

La docteure Eilish Cleary reçoit le prix du Dr Donald Morgan pour ses états de service

La docteure Eilish Cleary, la médecin-hygiéniste en chef du Nouveau-Brunswick, a récemment reçu le prix du Dr Donald Morgan pour ses états de service à l'occasion de la Célébration de la médecine 2015 de la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB) qui a eu lieu le 30 mai à Saint Andrews, au Nouveau-Brunswick. Ce prix est remis chaque année à un membre de la SMNB pour sa contribution remarquable en matière d'éducation, de recherche en promotion de la santé ou du mieux-être ou de services humanitaires.

La docteure Cleary a été nommée médecin-hygiéniste en chef du Nouveau-Brunswick en 2008. Originnaire d'Irlande, la docteure Cleary a obtenu son diplôme médical du Trinity College de Dublin. Elle est venue s'installer au Nouveau-Brunswick après avoir quitté le Manitoba, où elle a occupé le poste de médecin-hygiéniste régional pendant de nombreuses années avant de devenir médecin pour les services de mesures et d'interventions d'urgence du Manitoba.

Avant d'œuvrer en santé publique, la docteure Cleary a reçu une formation de médecin de première ligne. Elle a travaillé dans des milieux divers, notamment en Irlande, en Angleterre et à la Sierra Leone. Elle a aussi occupé le poste de médecin-chef à l'hôpital de Norway House, dans une communauté de Premières nations du nord du Manitoba.

Depuis qu'elle occupe ses fonctions au Nouveau-Brunswick, la docteure Cleary s'est engagée à améliorer, à promouvoir et à protéger la santé des personnes qui vivent au Nouveau-Brunswick. Parmi les questions de santé publique qui ont progressé sous sa direction, on compte notamment l'équité en santé avec un accent particulier sur les collectivités des Premières nations, les aspects de santé publique liés à l'exploration des gaz de schiste et l'intervention en cas d'événements importants liés à des maladies transmissibles, comme la pandémie de grippe H1N1 ou la flambée du virus Ebola.

Créer une province saine et sans fumée

Au Nouveau-Brunswick, 19,6 % des gens âgés de plus de quinze ans fument. Selon l'*Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues* de 2013, il s'agit du taux le plus élevé au Canada. En moyenne, ces gens fument 14,3 cigarettes par jour, un des taux de consommation les plus élevés au Canada. Selon l'*Enquête sur le tabagisme chez les jeunes* de 2012-2013, au Nouveau-Brunswick, 3,4 % des élèves de la sixième à la neuvième année et 15,9 % des élèves de la dixième à la douzième année fument. Plus inquiétant encore, selon le *Sondage sur le mieux-être des élèves du Nouveau-Brunswick*, 24 % des élèves de la sixième à la douzième année qui n'ont jamais fumé sont jugés plus susceptibles de commencer à le faire.

Les politiques antitabac rigoureuses aident à réduire l'exposition au tabac et à la fumée secondaire, à dénormaliser la consommation du tabac et à soutenir les fumeurs qui tentent de cesser et ceux qui l'ont déjà fait à continuer leur vie sans tabac. Le 5 juin 2015, des modifications à la *Loi sur les endroits sans fumée* et à la *Loi sur les ventes de tabac* ont été adoptées pour tenter de faire du Nouveau-Brunswick une province plus saine en créant davantage d'endroits sans fumée. Toutes ces modifications visent la protection des jeunes, la dénormalisation des comportements de tabagisme et la prévention de l'exposition à la fumée secondaire pour la population dans son ensemble.

Toutes les modifications entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2015, à l'exception de l'interdiction de vendre des produits du tabac aromatisés, qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

La *Loi sur les endroits sans fumée* définit les endroits publics fermés et les lieux de travail où il est interdit de fumer à l'intérieur (y compris l'usage du tabac dans un véhicule lorsqu'un enfant s'y trouve) et fait en sorte que toute personne qui fume dans un endroit public commet une infraction, au même titre que le propriétaire ou le gérant qui permet de fumer dans un endroit où il assure le contrôle. La *Loi* interdit maintenant de fumer (à quelques exceptions mineures près) dans divers endroits publics à l'extérieur, comme les terrasses où l'on sert de la nourriture ou de l'alcool, près des portes, fenêtres ou conduits d'aération des immeubles publics, dans un parc pour enfants ou à proximité, dans une aire d'activité sportive ou récréative extérieure ou à proximité, sur un sentier pédestre public et dans la plupart des secteurs dans les parcs provinciaux.

De plus, l'utilisation de cigarettes électroniques et de pipes à eau sera interdite dans tout endroit où est interdit l'usage du tabac traditionnel.



Logo sans fumée conçu par Diane Laughter. Autorisation d'utiliser le logo accordée par la CATNE.

La *Loi sur les ventes de tabac* interdit la vente de tabac à toute personne de moins de 19 ans; indique les endroits qui n'ont pas le droit de vendre du tabac, comme les pharmacies; limite la promotion et la visibilité des produits de tabac; prescrit la taille minimale des emballages de cigarettes. La *Loi* comprend maintenant l'interdiction de la vente de cigarettes électroniques et des liquides connexes à toute personne de moins de 19 ans ainsi que l'interdiction de toute forme de tabac aromatisé. Elle prévoit en outre l'interdiction de règlement non seulement l'étalage d'articles pour fumeur et de leur vente aux mineurs.

Nous prévoyons que ces modifications aideront à prévenir l'adoption du tabagisme, à encourager plus de gens à faire des efforts pour cesser de fumer et à aider ceux qui l'ont déjà fait à poursuivre leur vie sans tabac. Les médecins, les infirmières praticiennes, les infirmières et autres professionnels des soins de santé jouent un rôle primordial non seulement dans le soutien apporté à ceux qui tentent de renoncer au tabac, mais également dans la prévention auprès des enfants et des jeunes. La Société canadienne de pédiatrie recommande l'approche « demander, conseiller, évaluer, aider et agir » pour la prévention et l'abandon du tabagisme (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2804514/pdf/pch06089.pdf>[en anglais]). Télésoutien pour fumeurs est une ressource utile pour les patients du Nouveau-Brunswick (1-877-513-5333).

Le site Web de la Coalition antitabac du Nouveau-Brunswick (<http://www.nbatc.ca/fr/>) présente aussi des ressources antitabac. Vous pouvez également vous inscrire à son bulletin d'information pour connaître les actualités et les mises à jour sur les activités de contrôle du tabac, et pour obtenir de l'information sur les webinaires.

Pour en savoir davantage sur les modifications apportées aux lois, visitez le : http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/gens_en_sante/content/reduction_tabagisme.html.

Vaccin de rappel destiné aux enfants d'âge préscolaire

Les lois et les règlements du Nouveau-Brunswick (la *Loi sur la santé publique*, la politique 706 du ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance et le *Guide du programme d'immunisation du Nouveau-Brunswick*) exigent une preuve d'immunisation avant qu'un enfant fréquente l'école pour la première fois. Ces exigences jouent un rôle important pour la surveillance et pour veiller à ce que le calendrier de vaccination systématique des enfants est à jour (<http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/MaladiesTransmissibles/Vaccination/CalendrierDimmunisationSystematique.pdf>), ce qui vient soutenir l'objectif de réduire au

minimum la possibilité de contracter une maladie pouvant être prévenue par un vaccin et les écloisions correspondantes. L'un des vaccins requis est le vaccin de rappel destiné aux enfants d'âge préscolaire (DTaP-IPV ou TDaP-IPV), recommandé à l'âge de quatre ans.

Tous les professionnels de la santé jouent un rôle primordial dans le processus de vérification de la vaccination des enfants d'âge scolaire. Les médecins de famille, les infirmières praticiennes et les infirmières de la santé publique doivent travailler ensemble pour veiller à ce que les enfants reçoivent rapidement les vaccins recommandés. Il faut mettre à jour le dossier de vaccination comme il se doit après l'administration du vaccin et le remettre au parent ou tuteur pour qu'il le fasse parvenir à l'école de l'enfant.

Enseignements issus du travail sur le terrain : la Dre Eilish Cleary parle de son expérience en Afrique de l'Ouest

Le monde vient de connaître la plus grave écloision du virus Ebola de l'histoire. Cette écloision a eu des effets dévastateurs sur les vies des personnes touchées en Afrique, et elle a semé la terreur et la panique dans les pays occidentaux. En plus de mon travail à titre de médecin-hygiéniste en chef qui consiste à préparer le Nouveau-Brunswick afin d'être prêt à faire face à un éventuel cas dans la province, j'ai eu l'occasion de passer la majeure partie des sept derniers mois en Afrique occidentale avec l'équipe d'intervention contre le virus Ebola de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). J'ai initialement été déployée au Nigeria, mais j'étais basée la majeure partie du temps en Sierra Leone, le pays qui a connu le plus grand nombre de cas au cours de cette écloision. La majorité de mon travail se faisait au niveau de la direction nationale, et j'étais responsable de contenir la propagation de la maladie, notamment par la détection précoce des cas, par une réduction de l'exposition, par des enquêtes épidémiologiques et par le traçage des contacts. J'ai supervisé la gestion des données et de l'information sur l'épidémie ainsi que la révision du système intégré d'intervention et de surveillance des maladies de la Sierra Leone afin que le pays puisse compter sur une fondation solide pour l'avenir. Comme c'est le cas pour la majorité des personnes qui se sont rendues sur place, j'ai également apporté ma contribution partout où l'on avait besoin d'aide – et ce faisant, j'ai été témoin de l'ensemble des efforts



d'intervention déployés contre le virus Ebola, et j'ai pu contribuer à ces efforts. En plus de visiter des maisons et des villages afin d'enquêter sur la source des nouvelles chaînes de transmission et d'offrir certains soins primaires élémentaires, j'ai participé à des activités d'enseignement sur la façon d'enfiler et d'enlever l'équipement de protection individuelle (EPI), sur la décontamination des maisons et sur les procédures d'inhumation. J'ai aussi aidé à organiser le soutien de laboratoire, et j'ai évalué la capacité à prodiguer des soins cliniques dans les centres de soins communautaires. Le travail était dur et intense, mais c'était un privilège de pouvoir l'accomplir.

Bien qu'il ne faisait aucun doute dans mon esprit que cette éclosion pouvait être contenue, il est tout de même un peu incroyable de constater que l'effort déployé conjointement par les gens de la Sierra Leone et par l'importante force internationale commence à porter ses fruits, alors que le nombre de nouveaux cas confirmés est maintenant faible. Il est trop tôt pour pousser un soupir de soulagement, car même après le dernier cas de la présente éclosion, il est clair que les facteurs seront toujours en place pour qu'une situation similaire survienne de nouveau. Il est peu probable qu'il s'agira de la fin du virus Ebola dans cette région. Cependant, il convient de noter que même si d'autres cas et éclosions venaient à se déclarer, le virus Ebola demeurera probablement toujours un facteur mineur contribuant directement au mauvais état de santé des habitants de l'Afrique occidentale. Toutefois, de façon indirecte au cours de la dernière année, le virus Ebola a été un facteur majeur en raison de la perturbation quasi totale des services de santé réguliers, incluant les programmes de vaccination, et des importantes difficultés économiques qu'il a engendrées, lesquelles difficultés seront difficiles à surmonter par le pays. Il est important de tirer des leçons afin d'atténuer les conséquences imprévues au cours de toute future intervention.

En dépit des difficultés et des souffrances, j'ai aujourd'hui une profonde admiration pour la résilience et l'endurance des personnes auxquelles nous avons offert notre soutien. À plus d'une reprise, j'ai été bouleversée par l'ingéniosité et la capacité des gens à accomplir des choses malgré les obstacles, et j'ai été impressionnée par les fortes valeurs familiales et communautaires qui semblaient bien ancrées dans la population. Cela m'a fait réfléchir à la supposée supériorité de l'occident en ce qui a trait aux façons de faire et au mode de vie. Bien qu'il y ait en Sierra Leone d'immenses enjeux en termes de pauvreté, d'inégalités, de corruption et de problèmes d'infrastructures qui doivent

assurément être traités, je ne peux m'empêcher de me demander si nous sommes, en tant que société au Canada et en dépit de notre richesse relative, aussi prêts que nous aimerions l'être pour faire face à des menaces importantes à notre existence. Notre société est elle aussi confrontée à des inégalités sociales; et pour ce qui est de nos valeurs, lorsque les choses s'aggravent, elles ne semblent pas pencher vers l'humanitarisme. Même pour ce qui est du virus Ebola, qui pose peu de risque d'éclosion d'envergure, la pratique de médecine défensive du secteur de la santé et l'opportunisme des politiciens ont servi à alimenter les peurs du public et à paver la voie vers de mauvaises décisions politiques. De quelle façon interviendrions-nous collectivement en tant que société si nous étions confrontés à un virus plus contagieux et autant mortel? Aurions-nous, en tant que médecins de cette province, le courage moral et le sens des responsabilités professionnelles nécessaires pour agir comme les leaders que nous aimerions être afin de nous assurer que l'application régulière de la loi et les principes scientifiques et éthiques sont mis en application en dépit des pressions politiques et économiques?

Dans le passé et même durant cette éclosion du virus Ebola, nous ne nous sommes pas montrés particulièrement touchés par la valeur des vies africaines. Il est facile d'oublier que la Déclaration universelle des droits de l'homme s'applique à tout le monde. Mais même si nous ne nous sentons pas obligés d'agir selon des principes de justice sociale, il ne faut pas oublier qu'en agissant de la sorte dans un monde où les événements de santé publique ont de plus en plus une portée mondiale et dans une société où nous ne sommes pas aussi résilients ni ingénieux que nous aimerions l'être, nous passons à côté de belles occasions de prévenir et de réduire au minimum les effets de futures éclosions ou d'autres désastres similaires.