

# L'enfant face à la maladie à virus Ebola

## Journée d'étude et d'échanges, Dakar, 1<sup>er</sup> octobre 2014

*Child and Ebola disease*  
*A day of study and discussion, Dakar, October 1<sup>st</sup> 2014*

Desclaux Sall C.<sup>1</sup>, Desclaux A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Institut de recherche pour le développement, UMI TransVIHMI, Dakar, Sénégal

<sup>2</sup> Centre régional de recherche et de formation à la prise en charge du VIH et des maladies associées de Fann (CRCF), Dakar, Sénégal

Correspondance : Desclaux A <alice.desclaux@ird.fr>

Article accepté le 07/12/2014

L'épidémie d'Ebola en Afrique de l'ouest atteint les enfants dans des proportions et selon des modalités encore mal connues. Les connaissances médicales, épidémiologiques et biocliniques sont rares et éparses, et les acteurs de terrain sont confrontés à de nombreuses questions quand ils doivent faire face à l'épidémie ou s'y préparer. Comment faire un diagnostic différentiel entre la maladie à virus Ebola (MVE) et les fièvres communes chez les enfants ? Comment prévenir la transmission du virus aux enfants si les parents sont atteints ? Faut-il aménager les centres de traitement pour qu'ils accueillent des enfants, ou des espaces dans les services de pédiatrie ? La diversité des situations familiales et sociales des enfants est-elle prise en compte dans les mesures prévues pour des enfants *cas suspects* ou *contacts* ? Comment faut-il informer les enfants sur la MVE et l'épidémie, en population générale, en milieu scolaire et dans les familles ?

Ces questions d'actualité pour les pays en situation de risque épidémique et d'épidémie ont été discutées lors d'une Journée d'étude et d'échanges organisée à Dakar par le centre régional de recherche et de formation à la prise en charge de Fann (CRCF) et l'unité mixte internationale TransVIHMI de l'Institut de recherche pour le développement (IRD), à laquelle participaient une soixantaine d'acteurs – professionnels de santé, acteurs du plan de riposte contre la MVE, d'organisations non gouvernementales, d'associations et d'organismes internationaux. Le Sénégal

venait de connaître une flambée épidémique à partir d'un cas adulte (guéri et sans transmission secondaire) [1]. La présentation de communications faisant le point sur les connaissances scientifiques a été suivie d'échanges sur les expériences de terrain dans divers domaines (santé, social, prévention, soin, droits). Ces débats dessinaient les contours des problématiques clés au Sénégal et permettaient de répondre à quelques questions.

### Aspects épidémiologiques et biocliniques de la maladie à virus Ebola chez les enfants : que sait-on ?

La littérature scientifique a d'abord montré que les enfants étaient moins souvent touchés que les adultes [2] : à Kikwit (République démocratique du Congo) en 1995, comme à Gulu (Ouganda) en 2000, ils ne représentaient que 9 % des malades [3]. Les motifs de cette apparente protection, également observée dans d'autres épidémies de fièvres hémorragiques, pourraient être comportementaux : dans les familles, les enfants sont tenus à l'écart des malades, contrairement aux adultes. Les enfants peuvent cependant être exposés lorsque leurs parents sont atteints par la MVE et que les proches refusent de s'occuper d'eux par peur de la maladie. Ce fut le cas

à Gulu en 2000, où des enfants contacts de moins de 5 ans ont été placés en isolement avec leurs parents malades, faute d'autre solution pour les prendre en charge [2]. De tels facteurs micro-sociaux d'exposition au risque, ou un meilleur diagnostic des cas pédiatriques, pourraient expliquer qu'en 2003, dans le département de la Cuvette-Ouest du Congo, les moins de 15 ans étaient plus nombreux, puisqu'ils représentaient près de 26 % des personnes atteintes [4]. La prise en charge des couples mère-enfant pose problème lorsque la mère est contaminée, car l'allaitement est l'un des modes de transmission du filovirus, mais, inversement, les chances de survie d'un nourrisson isolé de sa mère sont faibles : la décision de séparer ou non la mère et son enfant pose un problème éthique et épidémiologique [2].

D'un point de vue clinique, les symptômes identifiés chez les enfants sont peu spécifiques [2]. Il s'agit très souvent de fièvre, d'asthénie, de perte d'appétit, de difficultés respiratoires et de problèmes gastro-intestinaux, alors que les signes hémorragiques sont peu fréquents, observés dans seulement 16 % des cas [3]. Le taux de mortalité est globalement moins élevé chez les enfants que chez les adultes, mais il est beaucoup plus élevé dans la petite enfance : lorsqu'il est de 37,5 % pour l'ensemble des enfants entre 5 et 15 ans, il atteint 77 % chez les moins de 5 ans et semble proche de 100 % chez les moins de 1 an [4]. Les enfants ne sont pas un groupe homogène face à la MVE. Au cours de

l'épidémie actuelle, qui sévit majoritairement en Guinée, en Sierra Leone et au Liberia, 13,8 % des personnes touchées par la MVE sont des enfants de moins de 15 ans, pour lesquels le taux de létalité était en septembre 2014 d'environ 70 % [2, 5].

Ainsi, de manière générale, les enfants ne sont pas épargnés par la MVE. La symptomatologie de la MVE est peu spécifique chez les enfants, d'où l'importance de la qualité de l'anamnèse réalisée par les médecins lors du triage dans les structures de santé, essentielle pour une prise en charge efficace. L'état nutritionnel est aussi important dans la prise en charge des enfants pour lesquels la mise en place de protocoles nutritionnels est primordiale [2]. D'autre part, les enfants sont aussi très affectés par la perte de leurs parents et parfois l'atteinte de plusieurs membres de leurs familles, comme le montre de manière détaillée un rapport du Fonds des Nations unies pour l'enfance (Unicef) Guinée [6]. Sur ces différentes questions, l'étude multidisciplinaire de cohorte Postebogui, en cours de mise en place en Guinée, auprès d'enfants et adultes guéris (sur le plan virologique), permettra d'apporter des informations concernant les effets bio-cliniques et sociaux de la maladie et les déterminants de la guérison.

## Quelle prévention dans le système éducatif ?

Au Sénégal, le ministère de la Santé et de l'Action sociale a mis très tôt en place un plan de communication. Le Service national d'éducation et d'information pour la santé (Sneips), en partenariat avec divers organismes (OMS, Unicef, Usaid, Jica)<sup>1</sup> a développé des outils d'information, d'éducation et de communication (IEC) (affiches, clips vidéo, messages radio) pour informer la population de manière générale (figure 1), et certains groupes en particulier (comme les pêcheurs, particulièrement exposés du fait de leurs séjours dans les eaux territoriales de Guinée) au travers de messages clairs et simples sur les modes de



**Figure 1.** Affiche de prévention sur la MVE du ministère de la Santé et de l'Action sociale du Sénégal, Ile de Gorée, décembre 2014. © A. Desclaux.

transmission de la MVE et sur les mesures de prévention. Les réseaux sociaux ont aussi été largement utilisés pour partager les outils du Sneips<sup>2</sup>. Une ligne téléphonique gratuite (« numéro vert ») a été mise en place pour répondre à toute question sur la MVE. Des sensibilisations ont eu lieu dans tout le pays ; la diffusion des messages de prévention a été accentuée lorsqu'un cas a été diagnostiqué.

Concernant les enfants, la division du contrôle médical scolaire (DCMS) a mis en place un comité interne de lutte contre la MVE, et a développé des activités avec ses partenaires (Unicef, Jica) dans les écoles et les *daaras* (écoles coraniques). Des fiches pédagogiques ont été élaborées pour aider les enseignants. Les supports d'IEC existants ont été adaptés, notamment par des traductions en wolof et en arabe. Il était prévu que toutes les écoles sénégalaises installent un point de lavage des mains et diffusent les messages d'hygiène dans toutes les classes. De plus, les approvisionnements en eau et les équipements sanitaires dans les écoles ont fait l'objet d'un bilan, dans l'objectif que toutes les écoles soient suffisamment équipées. L'école est un

lieu privilégié pour sensibiliser les parents d'élèves et les enfants à la MVE, et aussi assurer une surveillance communautaire. L'accueil des élèves revenant de vacances en Guinée a mobilisé les enseignants pour surveiller l'apparition de symptômes et pour éviter la stigmatisation à leur égard<sup>3</sup>. Pour préparer l'éventualité d'un cas avéré de MVE chez un enfant ou un enseignant, la DCMS a projeté la mise en place de cellules d'appui psychologique, ainsi qu'un dispositif exceptionnel de gestion des enseignements en cas de développement de l'épidémie<sup>4</sup>.

## Comment considérer l'enfant dans le dispositif de prise en charge ?

Au Sénégal, douze enfants de la famille qui a accueilli le patient à Dakar avant

<sup>1</sup> OMS : Organisation mondiale pour la santé, Usaid : Agence américaine pour le développement international (United States Agency for International Development), Jica : Agence japonaise de coopération internationale

<sup>2</sup> <https://www.facebook.com/pages/Service-National-Education-Et-Information-Pour-La-Sante-Sneips/>

<sup>3</sup> En milieu scolaire, les enfants venant de pays touchés par la MVE peuvent être stigmatisés, comme aux États-Unis pour des enfants venant du Sénégal : <https://fr.news.yahoo.com/ebola-new-york-deux-enfants-agresses-ecole-151533454.html>

<sup>4</sup> L'évaluation de ces interventions n'est pas encore disponible.

qu'il ne soit hospitalisé ont été identifiés comme *cas contacts*<sup>5</sup> et mis sous surveillance médicale à domicile à ce titre [7]. Pendant vingt et un jours, tous les membres de la famille habitant dans la même unité résidentielle ont été tenus de rester chez eux en limitant leurs relations sociales pour éviter les contacts physiques, et ont été suivis matin et soir pour dépister la survenue de symptômes, notamment d'une fièvre, qui aurait signifié que la personne avait pu être contaminée<sup>6</sup>. Le suivi médical des cas contacts par des personnels du service d'hygiène et des volontaires de la Croix-Rouge sénégalaise, sous l'autorité du médecin chef de district, a été complété par l'intervention d'une équipe de soutien psychologique, coordonnée par un médecin psychiatre ; cette équipe a rendu visite à la famille, puis assuré des appels téléphoniques quotidiens auprès des adultes. Concernant les enfants, ces visites ont permis de repérer quelques réactions de peur (notamment à la vue des thermomètres à infrarouges sans contact *thermoflash*, qui peuvent évoquer une arme) et un certain niveau d'anxiété globale. Outre ces effets psychologiques qui ont pu être résolus par des échanges individuels, l'un des principaux problèmes identifiés était l'ennui pour des enfants qui ne pouvaient pas aller jouer avec leurs amis hors de l'espace familial. Des jouets ont été fournis par l'Unicef, et une animatrice est venue partager des moments de jeu avec les enfants ; ceci a créé une dynamique, les parents et adultes de la cour, eux aussi sans activité, venant eux-mêmes participer aux jeux. En plus d'apporter un divertissement, cette intervention a permis de renforcer la relation entre parents et enfants et a réduit le stress induit par l'isolement. Des informations sur le niveau de risque de

contamination par le virus Ebola, mentionnant notamment l'absence de transmission en période d'incubation asymptomatique, ont été délivrées à l'occasion de ces divers contacts, ce qui a pallié, dans une certaine mesure, l'absence d'information initiale structurée et adaptée aux enfants. De cette expérience, les acteurs ont retenu que la prise en compte des aspects psychologiques et relatifs à l'information et à la communication est essentielle pour améliorer le vécu de la situation de maintien au domicile, et assurer une bonne observance des mesures recommandées en évitant que les enfants « s'échappent » ou souffrent. Le stress généré par la situation est encore accru par les mesures de protection qui ont été utilisées, par excès de précaution, au cours des premiers jours, comme le port des équipements de protection individuelle (EPI)<sup>7</sup> au domicile des personnes contacts. Pour un enfant, il est essentiel de dédramatiser la situation, de lui permettre de comprendre ce qu'il se passe, ce qui « se cache » sous une blouse ou un équipement de protection. Dans les pays les plus touchés, des actions de sensibilisation destinées aux enfants leur montrent un professionnel de santé en train de s'habiller et en expliquent les motifs.

Dans l'éventualité de futurs cas suspects ou malades parmi les enfants, l'état de préparation des services a été discuté, ce qui a mis en évidence la nécessité pour les services de pédiatrie de participer pleinement au plan de riposte, pour éviter tout délai entre la mise en place de capacités de traitement pour les adultes et pour les enfants. Pour le suivi des sujets contacts, outre l'appui psychologique et l'information qui doivent concerner les enfants autant que les adultes, l'appui alimentaire nécessaire dans les situations où l'approvisionnement de la famille est interrompu devra considérer leurs besoins spécifiques. Des dispositifs en cours de formalisation dans les pays les plus touchés, comme la mise en place des « crèches » pour les jeunes enfants séparés temporairement de leurs parents, orphelins ou guéris d'Ebola, en cours en Guinée, pourront guider la

préparation lorsque leur évaluation sera disponible.

## Quelles propositions pour les enfants non scolarisés ?

Comme d'autres enfants qui ne sont pas scolarisés et ne fréquentent pas les *daaras*, les « enfants des rues » ne peuvent pas être atteints par les actions ci-dessus. Les enfants des rues, définis comme des mineurs en rupture totale avec leur famille, sont doublement vulnérables : ils vivent dans des conditions de précarité extrême, sans accès aux soins, et ils sont très mobiles et peuvent difficilement être suivis ou même localisés. Au Sénégal, une partie des enfants des rues venant de l'étranger sont guinéens<sup>8</sup>. Leur vulnérabilité est accrue par l'épidémie car ils sont moins aidés par la population, qui peut en avoir peur. Les équipes de rue de l'association Village Pilote<sup>9</sup>, une des associations qui vont à la rencontre de ces enfants, leur proposent un accueil, une éducation et une prise en charge globale, puis organisent un retour en famille dès que possible. Depuis la flambée épidémique, l'équipe a constaté que les enfants originaires de Guinée sont moins visibles dans la rue ; de plus, les retours dans les pays en flambée épidémique sont devenus impossibles, et l'accueil de nouveaux enfants dans les centres d'hébergement a été suspendu. Dans le contexte de MVE, Village Pilote a mis en place plusieurs mesures : séances de sensibilisation des enfants accueillis dans les centres d'hébergement et rencontrés dans la rue, renforcement des mesures d'hygiène, élaboration de protocoles de prise en charge en fonction du niveau de risque. Les associations qui prennent en charge les enfants des rues (regroupées dans un collectif à Dakar) participent pleinement à la riposte sénégalaise à la

<sup>5</sup> « Est défini comme contact toute personne ne manifestant pas de signes ou symptômes de la maladie mais qui a été en contact physique avec un cas (vivant ou mort) ou les liquides biologiques d'un cas au cours des trois dernières semaines. Par contact physique, on entend le fait de partager la même pièce ou le même lit, de soigner un patient, de toucher des liquides biologiques ou de participer de près à un enterrement. » [7, p.1].

<sup>6</sup> La recommandation de l'OMS concernant les contacts est à ce propos « de rester le plus possible chez eux et de restreindre les contacts rapprochés avec autrui » [7, p. 5].

<sup>7</sup> L'OMS ne recommande pas d'utiliser les EPI pour le suivi des cas contacts, mais recommande aux équipes assurant leur suivi de ne pas avoir de contact corporel et de respecter une distance de sécurité de 2 mètres.

<sup>8</sup> Selon les représentants des associations qui accueillent ces enfants, dont l'origine n'est enregistrée précisément que lorsqu'ils sont pris en charge individuellement sur les sites. À Dakar, les enfants des rues sont majoritairement originaires des régions rurales du Sénégal ainsi que d'autres pays comme la Guinée-Bissau, la Mauritanie, le Mali, la Guinée-Conakry, la Côte d'Ivoire et la Gambie [8].

<sup>9</sup> Présentation de l'association Village Pilote : <http://www.villagepilote.org/>

MVE. L'organisation de la prise en charge d'enfants considérés comme *cas suspects* a été mise en place dans le cadre d'un « dispositif *ad hoc* et spécifique pour le Samu social Sénégal et l'ensemble de ses partenaires sur tout le territoire national », impliquant les services du ministère de la Santé, ces associations n'ayant pas la mission de suivre des malades<sup>10</sup>. D'un point de vue juridique, la plupart des enfants sont mineurs et doivent donc pouvoir être accompagnés dans de bonnes conditions. Une directive ministérielle a été élaborée pour pouvoir répondre à ces situations.

## Comment protéger les droits de l'enfant en situation épidémique ?

D'un point de vue juridique, les divers dispositifs mis en place dans le cadre de la riposte à la MVE soulèvent un certain nombre de questions. Déclarée « menace pour la paix et la sécurité internationale » par le Conseil de sécurité de l'ONU, l'épidémie d'Ebola nécessite de la part des États la mise en place de mesures touchant à de nombreux secteurs (santé publique, sécurité, mobilité transfrontalière, etc.). Cette situation exceptionnelle est régie par le Règlement sanitaire international, qui s'ajoute à de nombreuses lois sur le plan national telles que, au Sénégal, la loi sur la réforme hospitalière, la loi de 1961 relative à la santé publique en situation de grande endémie, la loi sur la protection des données à caractère personnel, la loi portant code d'éthique de la recherche en santé<sup>11</sup>. Tous ces textes s'appliquent aux enfants, qui, de plus, relèvent de la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant. Respecter les droits des person-

nes est un enjeu majeur dans une telle situation, alors que le contexte de diffusion rapide d'informations parfois peu contrôlées peut générer, par exemple, des violations du secret médical, notamment pour les enfants fragilisés par leur relation de dépendance vis-à-vis des adultes. Les enfants comme les adultes doivent avoir un accès équitable aux soins ainsi qu'au respect de la confidentialité et de leur vie privée, ce dernier point n'ayant pas été respecté au Sénégal par le traitement médiatique du malade lors de la flambée épidémique de septembre-octobre 2014. Si des traitements expérimentaux devaient être utilisés, l'application de la loi sur la recherche en santé<sup>12</sup> empêcherait de les appliquer à des enfants n'ayant pas de représentant légal disponible, ce qui peut créer une situation d'inéquité, alors que, le groupe de travail sur l'éthique de l'OMS recommande de ne pas exclure arbitrairement les enfants des essais cliniques dans le cadre de la MVE [9]. Les participants sont convenus qu'il est nécessaire d'attirer davantage l'attention des acteurs publics sur le respect des droits des personnes atteintes (enfants et adultes), qui ne sont actuellement pas soutenues par des associations de patients ou de défense des droits humains.

## Comment sensibiliser les enfants et adolescents à la MVE ?

Le témoignage de personnes qui ont été atteintes par la MVE peut être une démarche intéressante, comme l'ont expliqué plusieurs personnes vivant avec le VIH qui avaient elles-mêmes pris la parole en milieu scolaire ou dans d'autres contextes. Cette modalité permet à la fois aux personnes concernées de partager leur expérience et de lui donner un sens, et de transmettre des informations de manière personnalisée, humaine et « concrète », ce qui favorise l'empathie et l'écoute. Les expériences rapportées montrent les effets bénéfiques de ces témoignages sur l'évolution des représentations quant à la maladie et aux malades, en particulier chez les adolescents. Les expé-

riences d'interventions de jeunes vivant avec le VIH auprès d'autres jeunes ont montré leur intérêt, mais elles indiquent également qu'un accompagnement est nécessaire pour éviter tout risque de stigmatisation ou de discrimination. Ces observations laissent penser que le témoignage de convalescents serait utile, notamment pour expliquer le vécu des malades en isolement et pour lutter contre la stigmatisation en direction des personnes atteintes par la MVE. Des initiatives intéressantes sont mises en place dans les pays les plus touchés, telles que des interventions de personnes ayant survécu à la MVE dans les médias et plus récemment la campagne #ISurvivedEbola (<http://www.isurvivedebola.org>), menée à partir d'une application sur téléphone mobile qui permet aux survivants de partager, entre autres, leur histoire. Elles participent au changement des représentations sur les personnes touchées par la MVE.

Une autre expérience a nourri la réflexion sur les modèles de sensibilisation sur la MVE adaptés aux enfants : le programme d'information des enfants et des adolescents sur la santé sexuelle mis en place par l'Unesco. Ce programme a utilisé des approches très participatives ; ainsi les enfants ont-ils été impliqués dans la définition des contenus des cours. La manière dont les parents parlent aux enfants a en outre été prise en compte. Pour la MVE, il paraît essentiel de développer, de la même manière, des activités participatives autour de la maladie pour permettre aux enfants et aux adolescents de s'approprier les connaissances et de les mobiliser au quotidien.

## Conclusions et perspectives

Cette journée d'étude et d'échanges a permis d'identifier les vastes lacunes à combler en termes de connaissances scientifiques, de discuter l'expérience pragmatique de la flambée épidémique qu'a connue le Sénégal, et d'envisager les implications de la MVE chez l'enfant sous des angles très divers. Elle a été particulièrement utile pour comprendre toute la complexité des interventions à mettre en place spécifiquement pour les enfants et les adolescents, en attirant l'attention sur les dimensions psychologiques et sociales qui ne sont pas toujours prises en compte

<sup>10</sup> <http://samusocialsenegal.com/sss/sites/default/files/fichiers/Maraudes42%20web.pdf>

<sup>11</sup> Règlement Sanitaire International (2005), OMS, 102 p. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242580419\\_fre.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242580419_fre.pdf?ua=1); Loi sénégalaise n° 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière ; Loi sénégalaise n° 61-11 du 10 mars 1961 relative à la protection de la santé publique en matière de grandes endémies ; Loi sénégalaise n° 2008-12 du 25 janvier 2008 portant sur la protection des données personnelles et son décret d'application n° 2008-721 du 30 juin 2008 ; Loi sénégalaise n° 2009-17 du 9 mars 2009 portant Code d'éthique pour la recherche en santé

<sup>12</sup> Loi sénégalaise n° 2009-17 du 9 mars 2009 portant Code d'éthique pour la recherche en santé

dans les évaluations de santé publique. Les débats ont montré qu'un certain nombre de questions sont pertinentes en situation de risque épidémique, c'est-à-dire lorsque le pays doit se préparer à l'épidémie – en particulier en vue qu'elle ne s'installe pas. Cette journée d'étude et d'échanges a permis de sensibiliser de nouveaux acteurs à l'intervention auprès d'enfants, et a introduit une réflexion à poursuivre sur l'adaptation de « la riposte » au sujet des enfants.

*Remerciements* : Laurent Hiffler (pédiatre référent pour MSF Espagne-OCBA), Marie Pélicot (Village Pilote), Ernest Dabiré (Unicef), Fabienne Hejoaka (UMI 233-IRD), Xavier Hospital (Unesco), Haby Sy Signaté (Hear), Mariam Sylla (Unicef), Edouard Gueye (RNP+), Mamadou Badji (UCAD), Aloyse Diouf (Sneips), Aliou Dia (DCMS) pour leurs contributions lors de cette journée, ainsi que le Dr Philippe Msellati (IRD).

Cette journée a été organisée avec l'appui financier du Programme prioritaire régional santé de l'enfant en Afrique de l'ouest de l'IRD (Regional Pilot Program "Child Health in West Africa"), numéro 2014-06, et les contributions du Centre régional de recherche et de formation à la prise en charge clinique de Fann, ainsi que du ministère de la Santé et de l'Action sociale du Sénégal.

*Conflits d'intérêt* : aucun.

## Références

1. OMS. La flambée de maladie à virus Ebola au Sénégal est terminée. Octobre 2014. [cité 27 novembre 2014]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/news/ebola/17-october-2014/fr/>.
2. Hiffler L. Aspects biocliniques de la maladie à virus Ebola chez l'enfant. Communication à la Journée d'étude et d'échanges sur l'enfant face à la maladie à virus Ebola, CRCF, Dakar, 1er octobre 2014.
3. Peacock G, Uyeki TM, Rasmussen SA. Ebola virus disease and children: What pediatric health

care professionals need to know. *JAMA Pediatr* 2014 ; 168 : 1087-8.

4. Boumandouki P, Formenty P, Epelboin A, *et al.* Clinical management of patients and deceased during the Ebola outbreak from October to December 2003 in Republic of Congo. *Bull Soc Pathol Exot* 2005 ; 98 : 218-23.

5. WHO Ebola Response Team. Ebola virus disease in West Africa—the first 9 months of the epidemic and forward projections. *N Engl J Med* 2014 ; 371 : 1481-95.

6. Unicef Guinée. Rapport sur les besoins psychosociaux et de protection des enfants et des ménages des zones affectées par l'épidémie Ebola en Guinée. Analyse rapide des besoins psychosociaux et de protection des enfants dans neuf préfectures et la ville de Conakry affectées par l'épidémie Ebola. Conakry: Ministère de l'action sociale, de la promotion féminine et de l'enfance. Unicef Guinée, 2014: 52 p.

7. OMS, Bureau Régional de l'Afrique. *Recherche des contacts pendant une flambée de maladie à virus Ebola*. Brazzaville : OMS. 30 p.

8. Samu social Sénégal. Rapport annuel 2012. Dakar, Sénégal, 2013 ; 27 p.

9. WHO, Ethics Working Group Meeting. *Ethical issues related to study design for trials on therapeutics for Ebola Virus Disease*. Geneva : WHO. 7 p.

## Lu pour vous Morand J.-J.

### Un autre Houphouët : chroniques de son médecin

Bertrand Edmond

L'Harmattan, 2015, 121 pages

Il est toujours passionnant de découvrir la « grande » Histoire par de « petites histoires » et de comprendre ainsi comment la plupart des décisions importantes d'hommes politiques d'envergure relèvent d'une façon d'être, de penser et d'agir ancrée dans leur propre historique, leurs traditions sociales et familiales. Grâce aux témoignages intimes sur leur vie quotidienne, on comprend la profondeur des personnages et leur humanité. L'ouvrage du Pr Edmond Bertrand, agrégé du Service de santé des armées, doyen de la faculté de médecine d'Abidjan et directeur de l'Institut de cardiologie en Côte d'Ivoire, l'illustre au travers de multiples anecdotes et rencontres avec le président Félix Houphouët-Boigny. Une réelle confiance s'était établie entre eux au cours des vingt années où ils se côtoyaient. Ainsi, est dressé avec brio le portrait d'un médecin de l'École de Dakar, fidèle en amitié, d'une réflexion profonde, combinant la culture francophone à celle, ancestrale, de l'Afrique noire, toujours à l'écoute des autres et notamment des malades, convaincu de l'avenir (notamment agricole) de son pays aussi bien que de la richesse et de l'égalité des hommes, quelle que soit leur couleur de peau...

