



Research Article

LA TUBERCULOSE PÉDIATRIQUE AU CAMEROUN: CONNAISSANCES, REPRÉSENTATIONS SOCIALES ET PARCOURS DE SOINS

*Pascal NYAM

Département de Sociologie, Université de Yaoundé 1, Cameroun

Received 08th July 2026; Accepted 15th August 2026; Published online 30th September 2026

Résumé

S'appuyant sur les données empiriques glanées dans les régions du centre et l'ouest Cameroun, cet article montre que la méconnaissance de la tuberculose pédiatrique est à l'origine de la construction de moult représentation sociales et, influence négativement la prise en charge. Il est parti du constat selon lequel, malgré les initiatives des pouvoirs publics et des partenaires au développement pour prémunir les enfants de cette maladie, elle ne cesse d'aller grandissante et constitue de plus en plus un fait social total. Deux questions émergent de cette analyse : quelles sont les connaissances des populations de cette maladie ainsi que leurs représentations sociales ? dans un contexte marqué par l'insuffisance de ressources et l'abscondité du diagnostic, comment procède-t-on pour la juguler ? À l'aide des entretiens approfondis, des focus group discussion, des observations directe libre et documentaire, cette réflexion tente de répondre à ce questionnement.

Mots clés: Tuberculose pédiatrique, Connaissances, Représentations sociales, Parcours de soins.

INTRODUCTION

La tuberculose pédiatrique constitue de plus en plus un problème mondial de santé publique. Du fait de sa difficulté de diagnostique au Cameroun en raison du manque de ressources, de spécificité du tableau clinique, des examens biologique et radiologique, elle tend à devenir un fait social total, impliquant les dimensions politique, économique et socioculturelle des personnes infectées, des acteurs institutionnels (Seytre *et al.*, 2021). Cette maladie est l'une de pathologie infectieuse causant le plus de décès dans le monde, avec plus 08 millions de nouveaux cas chaque année et plus d'un million par an (Koolo *et al.*, 2020). Considérée comme une maladie de la pauvreté et de la précarité, elle reste encore l'une des plus ravageuses malgré les progrès de la médecine (OMS, 2019). À cause de l'immaturité de leur système immunitaire, les enfants sont particulièrement vulnérables à celle-ci (tuberculose). Selon les estimations, 1,2 million d'enfants, ont contracté la tuberculose dans le monde en 2024 (OMS, 2025). En 2022, 1,3 millions de personnes sont mortes de suite de cette maladie à travers le monde et, 1,3 million d'enfants l'ont développé (Mbarga & Ewole, 2024). *In 2018, there were 1.1 million pediatric cases, with 205 000 deaths and every 5 minutes, a child died of tuberculosis* (Balkissou *et al.*, 2022). Un million d'enfants âgés de 0 à 14 ans ont développé la maladie et 170.000 en sont morts en 2015 (Koolo *et al.*, 2020). Les travaux ont montré que 80% de décès surviennent chez les enfants de moins de 05 ans, 96% chez les enfants n'ayant pas eu accès à un traitement antituberculeux (Dodd *et al.*, 2017 ; Delacourt, 2020) et, sont liés au sous/retard de diagnostic et de prise en charge (Trébucq *et al.*, 2016 ; PNL, 2017). La région africaine enregistre le taux le plus élevé de la maladie avec environ 322 000 enfants et jeunes adolescents (âgés de 0 à 15 ans), soit un tiers de cas chez les moins de 15 ans dans le monde (OMS, 2022). En 2019, 1263 cas de tuberculose pédiatrique ont été recensés au Cameroun, représentant 5,1% des 22 511 cas de tuberculose enregistrés dans le pays, selon

les données du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT). Ce chiffre reste inférieur à la proportion généralement estimée au niveau mondial, où les enfants représentent environ 10% des cas de tuberculose. Par ailleurs, l'incident de la tuberculose au Cameroun est estimé à 186 nouveaux cas pour 100 000 habitants, ce qui correspond à une moyenne d'environ 47000 nouveaux cas attendus chaque année, dont près de 10% concerneraient la tuberculose pédiatrique (OMS, 2018 ; Mbarga & Ewole, 2024). Cameroonian NTCP estimated prevalence of tuberculosis in children respectively 3,4% in the Center, 3,8% in the Littoral and 3,7% in the North regions (Balkissou *et al.*, 2022). Le contagement familial, le contact avec l'adulte, les cas index et contact, la malnutrition, la pauvreté, seraient les facteurs les plus importants de contamination et d'exposition à la maladie. Cependant, malgré les nombreux efforts déployés par les organisations internationales et les autorités sanitaires nationales, notamment à travers la mise en place du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), l'introduction des outils de diagnostics améliorés tels que le GeneXpert, la création des Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT), la gratuité du traitement sur l'ensemble du territoire national, elle demeure préoccupante. La maladie continue de représenter une charge importante pour le système de santé et figure toujours parmi les priorités de santé publique au Cameroun. L'ignorance de la maladie ou sa non connaissance par nombre de communautés expliquerait sa prégnance. Son diagnostic ne repose que le plus souvent sur un faisceau d'arguments anamnestiques, cliniques, paracliniques de présomption (Koolo *et al.*, 2020 ; Randriatsarafara *et al.*, 2014). Cette réflexion, qui met en évidence la question de la méconnaissance de la tuberculose pédiatrique au sein des contextes socioculturels camerounais, n'est pas totalement inédite. Plusieurs travaux, bien que n'abordant pas directement cette problématique sous l'angle socioculturel, se sont intéressés aux différents aspects de la tuberculose chez l'enfant. Ces études ont porté sur les caractéristiques cliniques et thérapeutiques de la maladie, les facteurs associés à sa survenue, les analyses rétrospectives de cas hospitaliers,

*Corresponding Author: Pascal NYAM

Département de Sociologie, Université de Yaoundé 1, Cameroun.

notamment une expérience de six années portant sur 29 cas colliges dans les services de pédiatriques ainsi que sur l'incidence et les facteurs prédictifs du devenir défavorable de la tuberculose pédiatrique. D'autres travaux se sont également intéressés à l'infection tuberculeuse latente chez l'enfant et aux formes particulières, telles que la tuberculose pulmonaire du nourrisson (Koolo *et al.*, 2020 ; Randriatsarafara *et al.*, 2014 ; Soumana *et al.*, 2016 ; Balkissou *et al.*, 2022 ; BéradjéDjimbélé *et al.*, 2021 ; Mabiala-Babela *et al.*, 2008 ; Anane, 2003). À la différence de ces travaux principalement centrés sur les dimensions biomédicales de la tuberculose pédiatrique, la présente étude s'inscrit dans une approche socio-anthropologique et, vise à répondre aux questions suivantes: comment rendre compte des connaissances des populations camerounaises de la TB-pédiatrique ? quelles en sont leurs représentations socialement construites à partir ces connaissances ? et quels en sont leurs parcours de soins? étant donné qu'ils naissent à partir de ces représentations. Ce questionnement va donc constituer le silo de cet article qui, ne prétend pas à l'exhaustivité.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

L'approche méthodologique mobilisée dans ce travail est qualitative et ethnographique. Celle-ci recherche explicitement, analyse les phénomènes visibles ou cachés, permet d'explorer et de comprendre le sens que les individus ou les groupes attribuent à un problème social ou humain (Creswell, 2014). Sa particularité se trouve en sa capacité à donner la parole aux acteurs clés pour apporter leur point de vue sur une situation précise. Ainsi précisée, il convient de noter que les données analysées ici proviennent de l'enquête qualitative menée dans les régions de l'Ouest, du Centre Cameroun entre 2021 et 2025, auprès du personnel de santé (20), des parents d'enfants de moins de 14 ans victimes de la TB (15), des acteurs institutionnels (02), des populations communautaires (03), sélectionnés suivant la technique du choix raisonné. Sans prétendre à une représentativité absolue de l'échantillon, l'important était d'avoir une variabilité des informations et d'atteindre un niveau de saturation considérable. Il a mobilisé les entretiens ethnographiques (25) ou « conversation avec but » dans le jargon sociologique qui, permettent au chercheur d'accéder à moult informations utiles à la recherche, d'approfondir un domaine d'étude en donnant la parole aux acteurs concernés (N'da, 2015).

En sus de ceux-ci, cet article a eu recours aux focus group discussion (02), qui offrent la possibilité au chercheur de collecter de données variées en un laps de temps, d'apprécier les sentiments, les émotions, les attitudes, les perceptions, d'une communauté et ou société représentées par ce groupe (Geoffrion, 2009). À ces techniques, se sont ajoutées l'observation documentaire et directe libre à l'effet de mieux observer ce fait en profondeur. Ces échanges se sont déroulés dans les CDT, les bureaux du personnel soignant et dans les communautés. Les données glanées ont été transcrites verbatim dans Word 2016 et ont fait l'objet d'une exploitation manuelle, analysées suivant la technique d'analyse de contenu (Paille et Mucchielli, 2016), centrée sur le sens et la signification des déclarations des participants, afin de ressortir les points de vue davantage importants à la recherche, les attitudes et les sentiments des personnes interviewés (Mihailescu, 2019). La catégorisation et ou le regroupement de verbatim en sous thèmes en fonction de leurs sens dans l'optique de faciliter l'analyse a été effectué, des codes segments leurs ont été

affectés afin de mieux apprécier les occurrences des informations dignes d'intérêt, telles que les connaissances de la tuberculose pédiatrique, ses représentations sociales, les mécanismes de prise en charge, ainsi que les parcours de soins. En accordant le primat à l'approche de l'analyse du discours dans l'analyse de contenu, le paradigme interprétatif a été privilégié. Celui-ci essaie de comprendre la maladie et ses représentations sociales construites autour telles qu'elles sont au niveau de l'expérience subjective (Nyam, 2023). La théorie des représentations sociales (Mannoni, 2016) et l'approche explicative de la maladie (Good et Good, 1980) ont servi de base paradigmatique pour l'interprétation des résultats.

Considérations éthiques : Cette recherche a obtenu l'approbation du comité national d'éthique de la recherche pour la santé humaine et une autorisation administrative de recherche. Avant le début de chaque entretien ou focus group discussion, un formulaire de consentement était lu, présentant l'objectif de la recherche, son intérêt, les avantages à y participer, les risques potentiels, la liberté du participant d'y participer, l'assurance de la confidentialité et de l'anonymat de ses propos. Après s'être assuré que l'enquêté a bien compris le but de la recherche, il procédait à la signature de deux formulaires de consentement et en gardait un. À la fin de chaque entretien, des remerciements leurs étaient adressés tout en leurs réitérant le respect scrupuleux de la confidentialité et de l'anonymat de leurs propos dans le texte.

RÉSULTATS

Ils s'articulent autour de trois principaux axes : les connaissances de la tuberculose pédiatrique au sein des contextes socioculturels camerounais, les représentations sociales de la maladie construites à partir de ces connaissances, et enfin, les parcours de soins, ou trajectoires thérapeutiques, adoptés par les familles confrontées à cette pathologie.

Connaissances de la tuberculose pédiatrique au Cameroun

Dans ce pays de l'Afrique subsaharienne, la tuberculose demeure une maladie décimante. Sa forme pulmonaire est la principale ravageuse des enfants, surtout ceux de 0 à 05 ans. La prise du *Bacille Calmette et Guérin* (BCG) est la meilleure méthode de se prémunir contre cette pathologie et est effective au Cameroun de façon systématique dès le bas âge de l'enfant. Malgré cette initiative vaccinale, la malnutrition, la promiscuité, le contact ou cohabitation avec les adultes victimes, l'infection VIH, restent d'autres facteurs à risque majeur de contraction et ou contamination de la maladie. Tous les enfants (surtout enquêtés) ayant contracté cette maladie auraient habité ou cohabité avec une personne infectée dans le même domicile, certains pour une trentaine de jours. La fièvre sévère et continue, l'amaigrissement, la fébrilité, la toux sèche et prolongée, le retard de croissance, le manque d'appétit, sont les signes cliniques les plus apparentes de la maladie chez l'enfant. Son diagnostic reste difficile en raison du fait que la preuve microbiologique de l'infection est rarement obtenue.

Connaissance dans les sociocultures

Dans les communautés camerounaises, cette maladie n'est pas ou est peu connue. Des entretiens menés dans les localités de Dschang, Foumban, Mbouda, Akonolinga (ouest et centre Cameroun), il en ressort que les parents n'avaient aucune connaissance et n'avaient aucune information concernant cette

maladie, avant le diagnostic de l'un de leur enfant. Les idées essaimées dans les contrées faisaient état d'une maladie qui n'attaquent que les adultes, surtout les fumeurs. Une fois l'enfant vacciné du BCG, il serait exempt de cette pathologie à vie, ne courrait le risque de la contracter. Leurs connaissances sont plus ou moins factuelles sur la tuberculose maladie (donc celle adulte), mais pas sur sa forme pédiatrique. D'après ces géniteurs, comment est-ce qu'un enfant de 20 mois pourrait contracter cette maladie et où d'ailleurs ? Elle est donc méconnue des communautés et n'entre pas dans leurs chaumières, n'ont jamais entendu parler de la « TB des tous petits ». Elle est ainsi considérée comme quelque chose d'étrange, d'étonnant, de surprenant chez l'enfant qui, « venait de naître, de venir au monde ». À l'annonce du diagnostic positif de la tuberculose chez l'enfant, quand certains ont pris le large en martelant qu'un enfant ne peut avoir la tuberculose, d'autres par contre, ont opté pour le changement de la structure sanitaire. Y faisant suite, le personnel soignant a adopté la stratégie du screening systématique de tous les enfants sans mot dire et, ne venaient informer les parents quand il fallait faire des prélèvements, et ou en cas de diagnostic positif.

Connaissance chez le personnel soignant

D'emblée, il convient de préciser que cette méconnaissance de la tuberculose pédiatrique n'est pas uniquement l'apanage des contextes socioculturels camerounais. Certains personnels soignants ne sont pas exempts. D'après eux, la *tuberculose n'est pas connue en pédiatrie*. L'un des points focaux d'un CDT rencontré à l'ouest du pays a indiqué qu'elle n'avait pas connaissance du traitement de la tuberculose pédiatrique, encore moins sa posologie et, ne s'inquiétait même pas du fait que les enfants pouvaient l'avoir. Ce qui pourrait renchérir cette posture, laissant entrevoir que même le personnel soignant n'est pas suffisamment capable au sujet la tuberculose pédiatrique. Plusieurs sont convaincus de son inexistence, ne connaissent pas la posologie en cas de diagnostic positif chez cette tranche de la population, encore moins le protocole thérapeutique. Nombre infirmières ont également noté qu'elles ne savaient pas que les enfants qui ont reçu le vaccin BCG, pouvaient contracter cette pathologie. Certains médecins, bien qu'ayant reçu une formation clinique et, dotés des intuitions susceptibles de diagnostiquer les maladies à partir des signes cliniques apparents, sont restés dubitatifs quant à l'existence de la tuberculose chez les enfants. Voyant certains enfants victimes marcher, ont jugé *ipso facto* inutile de faire le test, suite au fait que ceux-ci ne sauraient se mouvoir, ni avoir autant d'énergie, étant donné que la tuberculose fatigue considérablement. Au final, les connaissances de la tuberculose pédiatrique sont restées mitigées. Les informations y afférentes apparaissent à la fois comme étant béantes et éthérées, voire-même quelque peu dolosives. Ce n'est donc qu'après avoir eu une victime dans leurs ménages qu'une mièvre partie des individus ont pris connaissance de la maladie dans les sociocultures camerounaises. La maladie étant stigmatisante, l'information des enfants victimes a été tue et obliérée. Conséquence, elle reste absconse dans la quasi-totalité des communautés camerounaises.

Représentations sociales de la tuberculose pédiatrique au Cameroun

Fondées sous le prisme Parsonienne de construction sociale de la maladie, les représentations sociales mettent en relief

différents modèles déterminés par l'environnement socioculturel, les conditions socioéconomiques, le temps et l'histoire individuelle. Elles désignent un savoir construit à partir des conceptions subjectives et, sont enracinées au cœur du dispositif du social, ou de la vie quotidienne. Savoir de « sens commun » ou encore « savoir naïf », « naturel », cette forme de connaissance est distinguée, entre autre, de la connaissance scientifique. Ainsi, les représentations que l'individu a de la réalité sont avant tout sociales, puisque, élaborées en fonction des caractéristiques des individus et partagées par un ensemble d'autres individus ayant ces mêmes caractéristiques dans une société précise. C'est ainsi que dans les communautés camerounaises, la tuberculose pédiatrique est appréhendée comme une maladie des mauvais gens et qu'on a lancé, une maladie fabriquée par l'hôpital pour aggraver la situation, une maladie due à un crachat qu'on a piétiné.

Tuberculose pédiatrique : une maladie des mauvais gens et une maladie lancée

Il en ressort des investigations que les actions des individus réputés êtres des personnes peu fréquentables en raison de leurs pratiques sorcières et ou atypiques, seraient responsables de la tuberculose pédiatrique, peuvent l'infliger à un adolescent. À l'ouest du Cameroun où le régime matrimonial polygamique est considérablement en vigueur, c'est donc au nom de la jalousie ou *queheuh* (en Bamoun) qu'une épouse pourrait décider d'en découdre avec la progéniture de sa coépouse en infligeant cette maladie. Ce serait également dû au fait qu'on ne voudrait pas voir cet enfant prospérer que *l'on lui lance* cette maladie, dans l'optique de l'émasculer, de le rendre non productif. La tuberculose pédiatrique deviendrait au regard de ce qui précède une maladie mystique, une maladie de la sorcellerie (*tok* en Bami ou *rheum* en Bamoun), quand il est vrai que dans l'imaginaire populaire, les enfants auraient pris le vaccin prémonitoire (BCG). Ils ne seraient par conséquent plus censés l'avoir naturellement. Cette maladie ne peut donc qu'avoir entre autres causes les mauvais gens (sorcières et jaloux).

Tuberculose pédiatrique : une maladie fabriquée par l'hôpital pour aggraver la situation

Moult individus en contexte africain considèrent l'hôpital comme un lieu d'extorsion des fonds aux usagers au desiderata de la maladie censée être présente et ou être soignée. L'institution hospitalière représente un lieu de dépenses fortuites de l'argent. Il se dit même que le personnel médical poserait volontairement un faux diagnostic chez certains patients, avec la complicité de leur institution, pour renflouer les caisses et se faire de l'argent de poche. La fonction de l'hôpital n'étant pas seulement le *cure* ou le *care*, un patient bien soigné serait dans ce cas un client de moins. C'est dans ce versant fédérateur que les sociocultures camerounaises perçoivent la tuberculose pédiatrique comme une pure création de l'hôpital via ses médecins pour bénéficier des biens économiques, une façon d'aggraver la situation sanitaire d'un patient pour davantage glaner des pécules. L'enfant souffrirait de *queuh* (en Bamoun) ou une « simple toux » *qu'ils (hôpital et médecins) veulent déjà amener que c'est la tuberculose pour donner les produits toxiques aux enfants* qui, à l'évidence, vont nécessiter et générer davantage des moyens financiers dans la jugulation de la maladie résultant de cette toxicité. Par conséquent, parler du diagnostic positif de la tuberculose chez l'enfant serait dystopique, une création, une invention tacite du

corps médical, une magouille du personnel soignant pour estoquer quelques péculs aux parents dans l'optique de soigner leur santé financière afin d'arrondir les fins de mois, sans absoudre l'idée de bedonner le panier de l'institution hospitalière.

La tuberculose pédiatrique : une maladie due à un crachat piétiné ou à la consommation de quelque chose imbibé de crachat

D'après les informateurs, la tuberculose pédiatrique n'est pas seulement une maladie due aux pratiques mystiques, mais résulterait d'un bris d'interdit. Dans les contrées, il est prohibé de piétiner ou de traverser les crachats. Cette prohibition vise non seulement à se prémunir contre les pratiques mystiques, mais surtout, de la tuberculose. La transgression de cet interdit serait dans ce cas la cause de la maladie. L'enfant aurait donc contracté la tuberculose parce qu'il aurait galvaudé celui-ci, ou violé la règle. Y faisant suite, la tuberculose représenterait la sanction suite à cette transgression, autrement dit, une maladie-sanction. Outre cela, le jeune nourrisson à un moment donné de son développement où, sa langue et ou sa bouche forment un organe dont il se sert pour établir un discernement, pourrait en rampant ou pas, enfouir dans sa bouche un objet contaminé dont il aurait ramassé par terre, imbibé de poussière, voire même de mottes de terre souillées. Cette pratique pourrait être possible d'après certains enquêtés, dans les buvettes de vin traditionnelles communément appelées « Club Matango ». Considérés comme des espaces de convivialité dans les communautés du terroir, ce nectar se consomme via un verre par l'ensemble des individus présents. Même les passants qui y sont invités par les tiers, s'abreuvent dans le même verre, symbole de fraternité, de convivialité, de cohésion sociale. Les enfants qui y sont présents dans ces espaces n'échappent pas à cette réalité. C'est donc dans ce contexte qu'ils pourraient également être contaminés par des adultes détenteurs ignorants du bacille de koch (BK). Toutefois, après cette contagion, que font les acteurs sociaux pour obtenir la guérison ?

Mécanismes de prise en charge et parcours de soins des patients

En contexte africain, la maladie tout comme la santé sont appréhendées en fonction des considérations complexes et éclectiques, renvoyant au mystique ou surnaturelle, au naturelle, au diurne, au biomédicale, et donc demandant une explication. L'on doit comprendre la nature et trouver les causes. Trouver une explication ne saurait ainsi consister à se cloîtrer aux seules constructions biomédicales de la maladie. Ses causes renvoient parfois à une autre réalité façonnée par les individus pour qui, la maladie présente une figure de malheur, un événement qui menace ou modifie, parfois irrémédiablement la vie personnelle, l'insertion sociale et le sens de l'existence. Ces différentes considérations influencent à profusion la prise en charge de la maladie et ou les parcours de soins.

Diagnostic de la maladie

Bien que sa prise en charge soit subventionnée au Cameroun, comme précédemment noté, le diagnostic de cette forme de maladie n'est pas aisé. Toutefois, la stratégie de postage dans toutes les portes d'entrées des hôpitaux, des équipes chargées du screening systématique de tous les enfants entrant dans la

formation sanitaire, a permis de ressasser les indécis. Une fois cette étape franchie, les enfants présentant au moins un signe clinique apparent de la TB sont référés chez les médecins consultants. Après cette consultation, si ce signe s'avère être confirmé, un bulletin d'examen est brandi aux parents indiquant de faire une radio du thorax et un prélèvement de crachat. Après avoir obtenu un voucher qu'ils doivent remettre à la pharmacie afin d'entrer gratuitement en possession du matériel, ils se dirigent vers les salles d'examen, parfois les salles de soins pour effectuer ces examens. Compte tenu du fait que les enfants ne peuvent pas cracher, c'est un tubage gastrique ou encore nasogastrique qui est le clair de temps mobilisé pour aspirer le crachat depuis l'estomac de l'enfant. Cette approche effectuée à jeûne et de bonheur, requière par conséquent que l'enfant ne soit pas alimenté à la veille afin d'avoir une bonne qualité du crachat.

Une fois le crachat prélevé à l'aide d'une sonde, l'on procède à son examen via le GeneXpert en raison de sa fiabilité dans la production des résultats. Toutefois, l'interprétation des résultats de son côté n'est pas aussi aisée. Cette technique d'analyse des crachats nécessite une bonne quantité de ceux-ci. La difficulté de les obtenir a souvent donc conduit à une interprétation erronée, ou à un résultat ininterprétable à cause de sa mauvaise qualité. Les enfants sont ainsi parfois mis sous Isoniazide, Rifampicine, Pyrazinamide et Ethambutol (RHEZ) à titre prémonitoire sans preuve exacte du diagnostic positif à la maladie, ou au cas où il y aurait un contraste entre les résultats des examens obtenus et les signes cliniques apparentes. Même s'il est recommandé de mettre sous traitement pendant trois mois les enfants présumés de la tuberculose, l'on a constaté qu'après plus de deux semaines et parfois moins, dans certaines familles, un arrêt de la prise médicamenteuse est observé, mais, en fonction de l'évolution de l'état de santé de l'enfant. Par ailleurs, il convient également de préciser que si les résultats de la radio thoracique, des examens microscopiques sont disponibles 24h après leur réalisation, avec le GeneXpert, il faut attendre au moins deux semaines. Ce qui renchérit l'angoisse des parents dont leurs enfants sont sous traitement sans avoir la certitude de la positivité de cette maladie encore taboue dans les communautés, surtout chez les enfants.

Perceptions du prélèvement des crachats, des examens et tracasseries de la prise médicamenteuse

La technique de prélèvements par tubage nasogastrique a été abondamment véhiculée. Sa pratique à jeûne, l'introduction de la sonde à partir des narines jusqu'à l'abdomen, le pressage pendant plusieurs minutes pour aspirer le crachat à partir de l'estomac de l'enfant, les pleurs de ces derniers (enfants), n'ont pas laissé les parents indifférents. Incapables de voir la souffrance endurée par leurs progénitures, certains préfèrent abandonner les lieux en les laissant aux praticiens. L'on a observé des interactions conflictuelles entre les parents et le personnel médical lors du retour des enfants du prélèvement, présentant quelques lésions buccales. Pour tous les parents rencontrés, c'est un acte qui serait dégueulas, traumatise l'enfant et met les géniteurs dans un état d'angoisse, d'anxiété. Cette technique a donc été réprimandée par tous les enquêtés et, a été parfois à l'origine de l'emploi des propos désobligeants, en augurant qu'il soit mis sur pieds une technique beaucoup plus souple ou plus humaniste.

Quant à la pratique de la radio thoracique ou *kahlemtem* (en Bamoun), elle n'a pas aussi fait bonne figure au sein des communautés. Dans l'imaginaire populaire de certains peuples du centre Cameroun (Akonolinga), la pratique de la radio serait interdite aux enfants. Les idées essayées font état de ce que lorsqu'on fait une radio à un enfant, ce dernier ne saurait survivre. Ce qui a été à l'origine des perdus de vue après la consultation. A la seule demande de faire une radio à l'enfant par les médecins, les parents prenaient la foudre d'escampette en recourant à d'autres types de soignants et systèmes de soins. Pour eux, qui dit faire une radio à l'enfant dit décès. Ces différentes techniques ont donné lieu à des interprétations plurielles au sein des communautés, conduisant à la désertion des enfants des CDT et dont les signes cliniques laissaient présager une tuberculose pulmonaire, sans prise en charge. Que dire alors de la prise médicamenteuse ?

Donner le RHEZ aux enfants victimes ou présumés victimes de la tuberculose est apparu pour les parents comme une tracasserie qui, n'a pas été appréciée. Ce n'est qu'au bout d'un certain moment qu'ils se sont accommodés malgré eux, puisque la santé des enfants en dépendait. Dans la prise en charge de cette pathologie, il est recommandé de donner le médicament à jeûne à l'enfant, précisément à cinq heures du matin. L'idée ici étant d'après les enquêtés, de faire consommer le médicament aux virus, aux agents pathogènes lorsqu'ils viennent chercher de quoi savourer. Ce qui permettrait donc au médicament d'émasculer convenablement la maladie (en raison de ce que ces virus et ou agents vont rapidement atteindre leurs apogées), de mieux l'éradiquer. Cette recommandation a été perçue comme une contrainte chez les géniteurs qui, n'ont pas apprécié le fait d'abroger leur sommeil tous les jours pour souscrire à cette exigence pendant six mois. Cette conjoncture a été perçue comme un cauchemar chez certains parents au point que, pour eux, « six mois l'enfant souffre et ils souffrent ! ».

Au final, ça été appréhendée comme une perturbation de sommeil si bien que plusieurs parents ont déclaré l'avoir oublié certains jours. Pour d'autres, bien que motivés, les coupures intempestives de l'électricité ont souvent contraint à s'outrepasser, étant donné qu'en contexte africain, le médicament (comprimé) nécessite d'être écrasé sous forme de poudre à l'aide de deux cuilières pour faciliter à l'enfant l'ingurgitation. Moults parents ont capitalisé cette initiative en faisant les prières matinales dans l'optique de s'accommoder, sans oublier de confier la guérison de leur enfant « entre les mains de Dieu ». Ne dit-on pas souvent que c'est lui qui a la mesure de toute chose et que « seul Jésus Christ sauve et guérit les malades ! », les prières tendent à devenir de nos jours une médecine du salut dans les communautés camerounaises, parfois mieux acceptée et pratiquées que le traitement de la médecine moderne. Dans un pays où le système de gouvernance semble de plus en plus perdre en notoriété, l'on n'a plus que le seigneur pour confier les vies. Ces prières ont donc pour principale visée la guérison du tout petit, en sus de la multitude de traitement déjà recourus. L'issue du traitement à savoir, la guérison, a été motivateur dans l'optique de la poursuite de celui-ci jusqu'à terme.

Par ailleurs, le fait de donner le repas à l'enfant au moins une heure après la prise de médicament est apparue aussi comme une autre gêne. Le respect de cette exigence s'est avéré difficile pour les parents, surtout aux heures du soir. Bien qu'ayant consommé et après avoir pris les médicaments, il

n'est pas aisé de maîtriser les enfants lorsqu'ils voient les autres membres de la maison se nourrir. En plus, dans les us et coutumes africaines, les parents mangent le clair de temps avec leurs enfants, bien même qu'ils se seraient déjà nourris. Par conséquent, plusieurs parents contre toutes attentes, donnaient une fois de plus les repas aux enfants à ces moments contre-indiqués. Ce qui peut entraver la bonne réaction du médicament et donner lieu non seulement à une résistance de la maladie, mais aussi, à son enracinement.

Parcours de soins des patients

Parler de parcours de soins ici revient à ressortir les itinéraires thérapeutiques des patients victimes de cette pathologie, autrement dit, leurs chemins employés pour recouvrer la santé. En cas d'épisode morbide en Afrique, une valse de recours aux soins de santé sont souvent employés et sont tributaires du système de représentation, des considérations étiologiques socialement construites par les individus. Dans le cadre de la tuberculose pédiatrique, il a été observé un recours à plusieurs systèmes de soins à savoir : l'automédication, le système de soins traditionnel, moderne et la religiothérapie.

Etant donné que cette pathologie commence généralement par une toux accompagnée de la fièvre, les parents ont d'abord procédé à l'automédication moderne en donnant de la quinine en sirop, le fer, le métronidazole, le paracétamol en sirop, le gingembre, l'eau de l'ail avec du miel, pendant plusieurs jours. Si certains ont déclaré avoir transporté l'enfant dans une institution hospitalière en cas de récurrence, pour d'autres, c'est le chemin de la médecine douce qui a prévalu avant de se retrouver à l'hôpital. La rate étant endémique dans les communautés camerounaises, c'est son traitement qui a été administré en première intention par les tradithérapeutes pendant plusieurs jours. La guérison n'étant toujours pas trouvée, le traitement du paludisme a pris corps. Quoi de plus normal, puis que, l'enfant fait de la fièvre et toutes fièvres dans les sociétés africaines, sont assimilées à la malaria. Ce n'est qu'après cet aventure thérapeutique sans effets probants que les parents ont décidé finalement de rallier les formations sanitaires où, le diagnostic de la maladie n'étant pas aisé, se sont livrés à une série de navettes thérapeutiques et ou de pèlerinages thérapeutiques. Plusieurs se sont transformés en nomades thérapeutiques, non seulement du fait de cette complexité du diagnostic, mais aussi, en raison du doute sur la possibilité des enfants de contracter la tuberculose, compte tenu de leur prise du vaccin. Pour nombre de patients, les trajectoires thérapeutiques ont consisté en la mobilisation de plusieurs structures de soins, allant des centres de santé aux hôpitaux de quatrième catégories (hôpitaux de districts), lesquels abritent les CDT.

Pour d'autres par contre, l'on a assisté à un tournage en rond dans la même formation sanitaire. Du fait de la complexité du diagnostic, il a été légion de rencontrer des enfants hospitalisés et dont l'on administrait les antibiotiques, ainsi que les perfusions pendant plusieurs jours. L'état de santé s'étant prétendument amélioré, ils regagnaient leurs domiciles où, une dizaine de jours plus tard, revenaient dans la même formation sanitaire, la situation sanitaire s'étant considérablement dégalée, marquée par une toux intense et incessante, meublée par la perte de poids, la fatigue et la fièvre. Chez certains enfants, leurs retours dans ces formations donnaient lieu à des renouvellements des sirops prescrits antérieurement ou leur remplacement, pensant soigner un accès palustre sévère et

multi résistant. Ce qui pourrait participer à rendre la maladie dormante en semblant absoudre la fièvre. La disparition des signes cliniques tels que la toux (*queuh*), la fièvre, revigorait l'idée de cet accès palustre sévère, sans redouter une probable tuberculose. Par conséquent, l'on a assisté à plusieurs navettes thérapeutiques sans résultats escomptés. Ce n'est qu'après ces efforts que, parfois, par tâtonnement et, la médecine n'étant pas totalement fiable, l'on se retrouvait dans le traitement de la tuberculose. Aussi, l'on a observé que certains parents mobilisaient plusieurs systèmes de soins à la fois (traitement de la rate à la médecine douce et du paludisme, de la toux à la clinique), à la recherche de la guérison de leur enfant.

DISCUSSION ET CONCLUSION

L'intérêt de ce travail était de montrer la méconnaissance des populations camerounaises de la tuberculose pédiatrique, son influence négative dans la prise en charge et ou la lutte contre cette maladie au Cameroun qui, affecte préférentiellement les enfants de moins de 05 ans, telle que documentée dans la littérature (Delacourt, 2011 ; Hamzaoul, 2015 ; Koolo *et al.*, 2020). La faiblesse de l'immunité chez cette tranche de la population vivant dans un environnement propice à la propagation du BK, pourrait en rendre compte. Le présent article a indiqué que dans les communautés camerounaises, cette maladie n'est pas ou est peu connue. Cette méconnaissance n'est pas seulement l'apanage des communautés, le personnel de santé en fait partie. Ce qui corroborent partiellement les travaux de Piamale *et al.*, (2023) en RCA et ceux Ekono Bitchong *et al.* (2019) à Yaoundé qui, ont montré une absence de connaissance significative chez le personnel paramédical. La raréfaction des travaux sur sa connaissance serait certainement due à sa méconnaissance. Les idées essaimées dans les sociocultures opinent que c'est une maladie qui n'attaque que les adultes.

Bien qu'ayant pris connaissance de son existence, l'information a été dissimulée en communauté par crainte de stigmatisation. Ce qui rejoint les travaux de Piyushkumar *et al.*, (2018) en Inde qui, ont montré qu'en raison de la stigmatisation et de la discrimination associée à la TB, les parents ont évité d'en parler à autrui. La vaccination systématique des enfants aux BCG, a davantage jeté un catalyseur à l'imbroglio. Les populations ne comprennent pas comment un individu peut contracter une maladie dont il a souscrit aux initiatives de prémunition. L'ignorance que le vaccin n'empêche pas de contracter la maladie, mais évite à l'individu de développer ses formes graves, justifierait cette posture, de même que les limites observées de l'efficacité du vaccin, ainsi que sa protection controversée (Mabiala-Babela *et al.*, 2008). Etant dubitatif quant à son existence chez cette tranche de la population, elles se sont rapidement construites des appréhensions. La TB pédiatrique représenterait pour eux une maladie des mauvais gens, une maladie lancée, et donc une maladie de la sorcellerie ou *Ivou* (en Beti). Ce qui corroborent moult travaux qui appréhendent la maladie comme ayant une origine sorcière (Nyongo Ndoua, 2024 ; Evelin, 2024 ; Zohra Cherak, 2019 ; Nkulu Kabama, 2014 ; Tonda, 2007 ; Monteillet, 2006). Les pratiques de jalousie étant ambiantes dans les sociétés africaines, expliqueraient ce résultat, similaire à ceux des travaux d'Ashforth, (2002) en Afrique du Sud.

La TB pédiatrique pourrait également être une maladie fabriquée par l'hôpital. Cette institution constituerait le bastion

de dramatisation de la maladie, pour à la fin, glaner des intérêts économiques. La discrédibilisation de l'hôpital due à ses pratiques jugées peu orthodoxes en période de pic du Covid-19, les relations conflictuelles entre soignants et soignés, les pratiques du racket du personnel soignant dans les hôpitaux, élucideraient ce résultat. De même, cette maladie serait également due à un crachat piétiné part terre et due à la consommation d'un objet, une poussière imbibée par des crachats contaminés dans les espaces de sociabilités, tels que les buvettes de vin traditionnel trivialement appelés « Club Matango ». La vie en communauté, la cohésion sociale, la pratique des activités de la débrouille face à l'intensification du coût de la vie, légitimeraient la présence de ces espaces, considérés comme des lieux de thérapies sociales et émotionnelles au Cameroun. Ces résultats, quelque peu consubstantiels aux bris d'interdits sociaux (Mbodji, 2006 ; Viard, 2009), sont contraires à une valse de travaux qui ont montré des origines biomédicales de la maladie (Delacourt, 2011 ; Segbedji *et al.*, 2016 ; Tendai Munthali *et al.*, 2016 ; Hamzaoul, 2015 ; Elmghari *et al.*, 2017 ; Cardenat *et al.*, 2014).

Bien que le diagnostic de cette maladie ne soit pas aisé et corolaire à plusieurs travaux (Balkissou *et al.*, 2020 ; Koolo *et al.*, 2020 ; Mabiala-Babela *et al.*, 2008), la stratégie du postage du personnel soignant dans toutes les portes d'entrées des institutions hospitalières, a permis de capter tous les enfants victimes de la maladie ou présentant les signes de celle-ci. Toutefois, la technique de prélèvement des crachats par la sonde nasogastrique et à jeûne, a été considérablement réprimandée et désapprouvée par les acteurs sociaux. Elle a été perçue comme désagréable, inhumaine et était à l'origine des rapports conflictuels entre soignants-soignés, de l'emploi des propos parfois acerbes dans ces espaces d'offre de soins de santé (Tantchou, 2017). Ce qui est contraire aux conclusions des travaux de Koolo *et al.*, (2020) qui, ont montré que, le faible amour et recourt à cette technique est dû au manque de moyen financier de certaines familles à Donka où, la prise en charge est non subventionnée. La technique de diagnostic de la maladie via le GeneXpert en raison de sa crédibilité, a été la plus sollicitée. L'importance de ce test était déjà reportée par les travaux de Ngakoutou *et al.*, (2023) ; Lupande *et al.*, (2017) à N'Djamena et à Bukavu, même si l'on a observé que l'attente des résultats est relativement longue et angoissante (02 semaines). En dépit de cette crédibilité, la difficulté d'obtenir les crachats a quelque fois favorisé l'obtention des résultats approximatifs. Ce qui retrouve les travaux de Koolo *et al.*, (op.cit.). Le manque de ressource adéquate dans le diagnostic de la maladie prouverait cette difficulté.

La prise médicamenteuse à jeûne et pendant au moins 06 mois, est apparue aussi comme une gêne pour les parents. Se lever tous les jours à cinq heures s'est avéré être un fardeau (Dubin, 2014), mais utile, puisque la santé en dépendait. Si plusieurs parents ont mobilisé l'automédication moderne (Bouquoufi *et al.*, 2024 ; Many Mboni *et al.*, 2023 ; Fainzang, 2010), d'autre ont opté pour la médecine douce, les soins de santé moderne, afin de juguler la maladie de leurs enfants. Bien qu'étant dans les espaces d'offre de soins modernes, plusieurs ont eu recours à moult trajectoires thérapeutiques, marquées par des navettes thérapeutiques et des pèlerinages thérapeutiques. Quand certains ont pu avoir une prise en charge adéquate, chez d'autres, l'on a assisté à des tournages en rond dans la même institution hospitalière (Djoula Feudjio, 2011). La difficulté de diagnostic (Delacourt, 2020), le doute quant à l'existence de cette maladie, pourraient rendre compte de ces itinéraires

thérapeutiques et ou parcours de soins. C'est dans ces tâtonnements que, par inadvertance, le traitement de la tuberculose pédiatrique s'est invité. Bien que sous traitement, il était légitime d'assister au soigner au pluriel (Farnanier, 2008), avec en toile de fond la convocation du sacré, dans les CDT, voire même leurs domiciles (Djouda Feudjio, op.cit. ; Masse et Benoist, 2002). Le système socioculturel africain, les habitus socialement construits en cas d'épisode morbide, l'invasion des nouvelles religiosités avec des chefs dotés d'une autorité et légitimité d'un autre genre destiné à aguicher les ouilles, justifieraient ces pratiques.

Au demeurant, il convient de noter que la méconnaissance de cette maladie entrave les initiatives de lutte contre celle-ci. Il s'avère difficile de demander aux acteurs sociaux de se prémunir et de se soigner d'une maladie dont ils ignorent l'existence, la possibilité qu'elle puisse exister. Il reviendra au biopouvoir de mettre en œuvre une enquête CAP (connaissance, attitudes et pratiques) afin de mieux instaurer les activités de sensibilisation, d'information-éducation et communication, de counseling systématique dans les services de pédiatrie, de CPN (consultations prénatales) de façon journalière et, hebdomadaire en communauté. Ces différentes actions pourraient davantage éduquer les masses.

REFERENCES

- Anane R, (2003). « La tuberculose de l'enfant en Afrique : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques ». *Médecine tropicale*, 63(4-5), pp 473-480. PubMed |Google Scholar
- Ashforth A, (2002). « Quand le sida est sorcellerie. Un défi pour la démocratie sud-africaine ». *Critique internationale*, 1(14), pp 119-141, Google Scholar.
- Balkissou A-D, Donkou Raouph F, Mubarak D-M, Djao Kora A et al., (2022). « Incidence and Predictors of Poor Outcome among Childhood Tuberculosis in the North of Cameroon ». *The Journal of medicine and biomedical sciences*, 23(8), pp 15-21, Google Scholar.
- Béradjé Djimbélé E, Farra A, Kosh Komba P-J-E et al., (2021). « Infection tuberculeuse latente chez l'enfant à Bangui : à propos de 524 cas exposés à domicile aux cas index de tuberculose pulmonaire à microscopie positive ». *PanAfricanmedical journal*. 2021;40(263). 10.11604/pamj.2021.40.263.32064, consulté le 25 janvier 2026, <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/40/2>.
- Bouquoufi A, Lahlou L, Ait El Hadj F, Boujraf S et al., (2024). « Automédication par les médicaments modernes chez les femmes enceintes de l'Afrique-Revue systématique et méta-analyse ». *Journal d'épidémiologie et de santé des populations*, Vol 72, Sup 2, Google Scholar.
- Cardenat M, Horo K, Amon Tanoh Dick F et al., (2014). « La tuberculose à Abidjan : comprendre entre l'enfant et l'adulte ». *Médecine et santé tropicale*, n°24, pp 289-293, Google Scholar.
- Creswell J-W., (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, 4th Edition, SAGE Publications.
- Delacourt C, (2020). « La tuberculose pédiatrique en 2020 : quelles actualités ? ». *Elsevier*, consulté le 26 janvier 2026, <https://www.elsevier.com/open-access/userlicence/1.0/>.
- De Pontual L, Hollebecque V, Bessa Z, et Muller M-H., (2004). « Enquête sur la tuberculose pédiatrique en Seine Denis : les moyens qui ont permis le contrôle de la recrudescence ». *Le Journal international de la tuberculose et des maladies pulmonaires*, 8, 976-981.
- Djouda Feudjio Y-B, (2010). « Réseaux relationnels et processus de soutien aux malades de la tuberculose au Cameroun ». *Redes.Revistahispana para el analisis de redes sociales*, Vol 18, pp 145-162.
- Dodd P-J, Yuen C-M, Sismanidis C, Seddon, J-A, Jenkins. H-E, (2017). « The global burden of tuberculosis mortality in children: a mathematical modelling study ». *The Lancet glob health*, n°5, pp 898-906, Google Scholar.
- Dubin R, (2014). « Simplicité avant tout : atténuer le fardeau des soins de la fibromyalgie ». *Canadian family physician*, 60(7), pp 605-607, Google Scholar.
- Ekoto Bitchong C-F, Mendouga MendougaP, Azoumbou Mefant T, et al., (2019). « Connaissance, attitudes et perceptions sur la tuberculose chez le personnel paramédical dans une ville d'Afrique subsaharienne ». *Revue des maladies*, 36 : A263, Google Scholar.
- Elmghari M, Zaghba N, Benjolloun H, Yassine N, (2017). « Profil clinique, épidémiologique et thérapeutique de la tuberculose chez l'enfant ». *Revue des maladies respiratoires*, Vol 34, n°S, pp A225, Google Scholar.
- Evelin B, (2024). « Démon et sorcellerie en Afrique ». *Science et esprit*, 76(1), pp 73-82, Google Scholar.
- Fainzang S, (2010). « L'automédication : une pratique qui peut cacher une autre ». *Anthropologie et société*, 34(1), pp 115-133, Google Scholar.
- Farnanier C., (2008). « Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical ». *Amades*, consulté le 21 février 2026, <https://doi.org/10.58079/azi6>.
- Geoffrion P., (2009). « Le groupe de discussion », Gauthier B., (dir). *Recherche sociale, de la problématique à la collecte de données*, Québec, PUQ, pp 391-414.
- Good B et Good M-J., (1980). « The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice », Eisenberg L et Kleinman A, (eds). *The relevance of social science for medicine*, Dordrecht, Holland, D. Reidel Publishing Co, pp 165-196.
- Koolo B-I, Camara E, Ondima L-H-M, Diop M et al., (2020). « Tuberculose chez l'enfant : aspects cliniques et thérapeutiques au service de pédiatrie de l'hôpital national de Donka ». *The Journal of medicine and biomedical sciences*, 21(1), pp 43-46, Google Scholar.
- Lupande D, Kaishusha D, Mihigo C, Itongwa M et al., (2017). « GeneXpert MTB/RIF dans le dépistage de la tuberculose pulmonaire à l'hôpital provincial général de référence de Bukavu, à l'Est de la République Démocratique du Congo : quelles leçons tirées après 10 mois d'utilisations ? ». *PanAfricanmedical journal*, consulté le 21 février 2026, <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/27/260/full/>.
- Mabiala-Babela J-R, M'Pemba A-B, Mouko A, Senga P, (2008). « Tuberculose pulmonaire du nourrisson à Brazzaville (Congo) à propos de 117 cas ». *Médecine tropicale*, 68(2), pp 167-172, Google Scholar.
- Mannoni P, (2016). *Les représentations sociales*. Paris, PUF, 2^eed.
- Manya Mboni H, Kbamba Tshikongo A, Bashige Chirubagula V et al., (2023). « Evaluation des pratiques de l'automédication et leurs caractéristiques auprès des étudiants d'Uvira en République Démocratique du Congo ». *PanAfricanmedical journal*, 45(53). 10.11604/pamj.2023.45.53.39690, Google Scholar.
- Masse R, et Benoist J., (eds). (2002). *Convocations thérapeutiques du sacré*. Paris, Karthala.

- Mbarga C & Ewole A, (2024). « Cartographie et déterminants de la vulnérabilité face à la Tuberculose au Cameroun ». Communication présentée à la 9th african population conference, consulté le 27 février, <https://uaps2024.popconf.org>.
- Mbodji M, (2006). « La violation d'interdits dans les pratiques de socialisation de l'enfant au Sénégal », Zohra G et al., (dir). *Pourquoi l'interdit ?*, Erès, pp 117-133, Google Scholar.
- Mihailescu M, (2019). « Content analysis: a digital method ». *Method*, pp 1-20.
- Monteillet N, (2006). « Aperçu sur un système de soins : le cas de Mbandjock ». *Le bulletin de l'APAD*, n°17, pp 1-7, Google Scholar.
- N'Da P, (2015). Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines. Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article. Paris, L'harmattan.
- Ngakoutou R, Ahmet A, Dieudonné D, Mbainadji L et al., (2023). « Performance du GeneXpert dans le diagnostic de la tuberculose extra pulmonaire au centre hospitalier universitaire (CHU-RN) de N'Djamena au Tchad : une étude de 110 cas ». *The journal of medicine and biomedical sciences*, 24(8), pp 44-47, Google Scholar.
- Nkulu Kabamba O., (2014). *Les médecins en Afrique et la sorcellerie : une herméneutique de leur rencontre*. Paris, L'harmattan.
- Nwaha A, (2021). « Le guide de la médecine et de la santé en Afrique francophone ». <https://www.santetropicale.com/actus.asp?action=lire&id=30405>, consulté le 25 janvier 2026.
- Nyam P, (2023). « L'accès aux séances de dialyse des patients souffrant de l'insuffisance rénale chronique en contexte de covid-19 au Cameroun ». *Int.J.Adv.Stud.Res.Africa*, 12 (1), pp 24-43.
- Nyongo Ndoua P-D, (2024). *Sorcellerie, possession ou maladie mentale. Au carrefour de la tradition, la religion et la psychologie en Afrique*. Generis Published.
- OMS, (2025), <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis> consulté le 25 janvier 2026.
- OMS, (2022). *L'union africaine et l'organisation mondiale de la santé appellent à une action rapide contre la tuberculose infantile*, <https://www.who-africa.africa-newsroom.com>, consulté le 09 avril 2026.
- OMS, (2019). *Rapport sur la tuberculose dans le monde*. Genève (Suisse).
- Paille P et Mucchielli A, (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, Armand Collin, 4^eed.
- Piyushkumar C-P, Naresh R-G, Anjali M-M, Jayesh K-K, (2018). « Clinicoepidemiological profile and experience of tuberculosis in pediatric patients-A community-based cross-sectional study ». *International journal of medical science and public health*, 8(1), pp 1-4, Google Scholar.
- PNLT, (2017), *Bilan du PNL*
- Randriatsarafara F-M, Vololonarivelo B, Rabemananjara NNG et al., (2014). « Facteurs associés à la tuberculose chez l'enfant au Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant de Tsaralalana, Antananarivo : une étude cas-témoins ». *PanAfrican medical journal*, n° 19, pp 224-237, PubMed |Google Scholar.
- Randrianasolo L, Raoelina Y, Ratsitorahina M et al., (2010). « Sentinel surveillance system for early outbreak detection in Madagascar ». *BMC Public Health*, 10(1):31, PubMed |Google Scholar.
- Rateau P et Lo Monaco G, (2013). « La théorie des représentations sociales : orientations, conceptions, champ d'applications et méthodes ». *Revista CES Psicologia*, 1(6), pp 1-21, Google Scholar.
- Seca J-M, (2002). *Les représentations sociales*. Paris, Armand Collin.
- Segbedji K-A-R, Djadou K-E, Tchagbele O-B, Kpegouni M et al., (2016). « Tuberculose de l'enfant au Togo : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs ». *Médecine et santé tropicale*, n° 26, pp 318-322, Google Scholar.
- Seytre B, Djedou M-A, Diaby M, Kambou E-S, Madiarra C, Blé Yoro, (2021). « Les enjeux de la communication sur la tuberculose en Côte d'Ivoire ». *Santé publique*, 33(3), pp 415-423, Google Scholar.
- Soumana A, Kamaye M, Ngoumbouté I, Dima H, Douda B, Guéro T, (2016). « La tuberculose chez l'enfant : à propos de 29 cas colligés dans deux hôpitaux de Niamey et au centre national antituberculeux ». *Mali Medical*, Tome XXXI, N°4, pp 1-8, Google Scholar.
- Tantchou J, (2017). « En Afrique, la matérialité du soin au cœur des tensions soignants-soignés ? ». *Sciences sociales et santé*, 35(4), pp 69-95, Google Scholar.
- Tendai Munthali, Chishala Chabala et al., (2016). « Tuberculosis caseload in children with severe acute malnutrition related with high hospital based mortality in Lusaka, Zambia. Munthali et al., » (dir). *BMC notes*, 10:206, Google Scholar.
- Tonda J, (2007). « Le sida, maladie de Dieu, du diable et de la sorcellerie ». *Sciences sociales et santé*, 25 (4), pp 35-48, Google Scholar.
- Trébucq A et Schwoebel V, (2016). « Nombre de cas de tuberculose : le rêve et la réalité ». *Int J Tuberc Lung Dis*. 20(10):1288-92, PubMed |Google Scholar.
- Viard C, (2009). « Interdit(s), interdiction (s) ». *Droit et culture*, pp 9-10, consulté le 23 février 2026, <https://doi.org/10.4000/droitcultures.1175>.
- Zohra Cherak F, (2018). « Possession et ensorcellement comme « maladies chroniques ». Représentations et prise en charge chez les acteurs de la rouqya ». *Emulations, Revue de sciences sociales*, n°27, pp 97-111, Google Scholar.
