

## La question de la malnutrition infantile dans la culture ehotilé de vitré 1 en côte d'ivoire

<sup>1</sup> Dr. Anoua Adou Serge Judicaël, <sup>2</sup> Professeur Abe N'doumy Noël, <sup>3</sup> Dr. Kouakou Kouadio, <sup>4</sup> Kacou Anini Nguouandi, <sup>5</sup> Bosson Cathérine, <sup>6</sup> Traore Fatoumata, <sup>7</sup> Angama Laurent, <sup>8</sup> Konate Moussa, <sup>9</sup> Silue Metongo

<sup>1, 2, 3</sup> Anthropologue, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire

<sup>4</sup> Responsable pédagogique des étudiants infirmiers et sages-femmes spécialistes en Santé Publique de la deuxième année en formation à l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS)

<sup>5, 6, 7, 8, 9</sup> Étudiants infirmiers et sages-femmes spécialistes en Santé Publique de la deuxième année en formation à l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS)

### Abstract

Particular attention should be given to the issue of malnutrition among children aged 0-5 years who are subjected to cultural and social constraints. Shedding light on representations, attitudes and practices related to child malnutrition has prompted this research. The study recruited ten elderly women whose age ranged between 50 and 75 years in Ehotilé de Vitré I. This consisted in the realization of a focus group and a dialectical analysis in order to know the explanatory model of the malnutrition emanating from the cultural universe Ehotilé as well as these real contradictions with regard to the biomedical conceptions. The results show that the Ehotilé tradition proceeds to a theorization on the socio-cultural level with beliefs as support elements, whereas scholarly epidemiology is based on an explanatory system of physiological and biological order based on a national therapeutic protocol and Malnutrition in children aged 0-5 years. This fundamental difference leads to communication for behavioral change in the areas of knowledge of malnutrition and care of the malnourished child.

**Keywords:** child malnutrition, infant care, child health, symbolism, ehotilé

### 1. Introduction

La malnutrition des enfants de 0 à 5 ans est une entrave à la santé infantile. Dans le monde en 2014, cet état nutritionnel délétère concernait 159 millions d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'un retard de croissance alors que 41 millions de cette frange étaient en surpoids et que 50 millions présentaient une insuffisance pondérale. L'ampleur de ce phénomène reste préoccupante dans certaines régions notamment en Asie du Sud où un enfant sur deux souffre de malnutrition contre un sur trois en Afrique où l'état nutritionnel des enfants va empirant encore dans ce continent. Dans ces parties du monde, le produit intérieur brut chute de 11% en raison de cette mauvaise nutrition (UNICEF, 2016) [5]. Dans cet environnement problématique, le défi de l'éradication de la malnutrition s'avère important. Cela permettrait de réduire les morbidités et la mortalité infantiles, d'assurer une bonne santé de l'enfant. Par là même, elle augmenterait la capacité de travail, la productivité pour offrir de meilleures possibilités dans la vie future de l'enfant mais également pour faire reculer la pauvreté (UNICEF, 2013) [4]. Cet intérêt sanitaire a guidé plusieurs actions institutionnelles en vue de réduire la malnutrition infantile. C'est le cas à noter en 2012 de l'adoption des cibles mondiales de 2025 pour la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant par l'Assemblée mondiale de la santé. Egalement en 2013, ce fut l'engagement des bailleurs de fonds à hauteur de 23 milliards de dollars EU en faveur d'actions pour l'amélioration de la nutrition. Puis en 2015, c'était au tour des Nations Unies de se fixer comme impératif l'élimination des diverses formes de

malnutrition via les Objectifs de Développement Durable. Enfin, l'année 2016 a vu l'assemblée générale des Nations Unies adopter une résolution dans laquelle elle proclame la période 2016-2025 comme une Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (IFPRI, 2015) [8].

En parallèle, des études ont pu mettre en évidence des connaissances pour juguler les différentes formes de malnutrition dans le monde. C'est dans ce domaine que l'on découvre les Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi (ATPE) qui ont ouvert une prise en charge de masse de la malnutrition, largement démedicalisée et pharmaceuticalisée (Caremel, 2015a et b) [1, 2]. Ce produit agro-alimentaire n'a pas empêché d'entrevoir les représentations sociales de la malnutrition comme facteur de risque pour l'enfant (Jaffré, 1996).

Cette hypothèse appliquée en Côte d'Ivoire pourrait apporter des réponses à la question locale de la malnutrition. Dans ce pays, selon le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020, l'incidence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 97,32 pour 1000 en 2014 à 133,08 pour 1000 en 2015, soit une hausse de 35,71 %.

Cette réalité est évidente dans le District sanitaire de Grand-Bassam où l'on enregistre 343 cas de malnutrition modérée et 112 cas de malnutrition sévère chez les enfants de 0 à 5 ans en 2016 d'après le rapport d'activités dudit District. Dans cette aire sanitaire, les enfants de moins de cinq ans dans la communauté Ehotilé de Vitré I sont tout aussi vulnérables à la malnutrition. Comment résorber cette situation sanitaire

d'actualité dans cette localité rurale ? La prise en compte des facteurs humains apparaît comme une hypothèse de solution pertinente. La présente étude vise à apporter un éclairage sur les perceptions, les attitudes et les pratiques liées à la malnutrition infantile avant d'en déduire une lecture critique pour déceler les croyances erronées sur cette question dans ce milieu rural Ehotilé.

## 2. Méthodologie

La présente étude s'est déroulée dans le village de Vitré I situé au Nord de la commune de Grand-Bassam dans le Sud-est de la Côte d'Ivoire. Sa population est estimée à 1500 habitants. Les autochtones sont d'origine Akan et d'ethnie Ehotilé. Ce groupe ethnoculturel dispose d'une perception et d'une diversité de pratiques à l'œuvre dans le domaine de la santé infantile en matière de malnutrition. Ces réalités sociales sont traduites par les notions « Otchoun » et « N'zuèwè », des appellations Ehotilé de la malnutrition.

L'enquête a porté sur les femmes âgées dont l'âge variait entre 50 et 75 ans. Cette catégorie a été choisie parmi les accoucheuses traditionnelles et les tradipraticiennes. Pour chacune de ces qualités, nous avons retenu respectivement quatre (04) et six (06) individus. Le nombre de femmes âgées interrogées est de dix (10). Ces personnes ressources devaient permettre d'obtenir la version officielle Ehotilé des faits en matière de malnutrition.

Cette orientation a nécessité une enquête de type qualitatif. Le principal outil mobilisé pour la collecte des données est le focus group. Ce guide d'entretien a pris appui sur la grille du modèle explicatif relative aux connaissances, aux attitudes et aux pratiques liées à la malnutrition. Dans le contexte Ehotilé de Vitré I, cet outil a permis de mettre en évidence les représentations de la malnutrition. Cette technique a été complétée par la recherche documentaire. Celle-ci a concerné les supports didactiques et de politique générale en matière de malnutrition élaborés par les organismes tels que l'OMS et l'UNICEF. Ce recueil d'informations sur la malnutrition a permis de faire une lecture critique des représentations Ehotilé sur la question.

L'activité de collecte a consisté d'abord à administrer le guide d'entretien dans le cadre du focus group aux femmes âgées. Ensuite, il s'en est suivi le recueil d'informations documentaires dans des centres de documentation et sur l'Internet. Ces différentes tâches ont été mises en œuvre par cinq étudiants infirmiers et sages-femmes spécialistes en Santé Publique de la deuxième année en formation à l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS).

C'est à partir d'une analyse de contenu que ces informations recueillies ont été soumises à une interprétation sur la base de

la méthode dialectique. Dans cette perspective, cette méthode a permis de cerner le construit social de la malnutrition de l'univers culturel Ehotilé, prenant appui sur le système de représentation, les attitudes et le mode de soins.

## 3. Résultats

### La malnutrition dans la culture Ehotilé de Vitré I

La malnutrition infantile dans le groupe Ehotilé de Vitré I a été observée à partir du schéma de l'épidémiologie culturelle : connaissances, attitudes et pratiques.

**Tableau 1:** Connaissance de la malnutrition

Perception sociale de la malnutrition	
Cadre nosologique	<i>Otchoun</i> : Animal (pangolin) mort <i>N'zuèwè èmanlan</i> : Animal (chien) mort
Sémiologie	L'enfant a un ventre ballonné, des cheveux roux, un manque d'appétit et devient chétif.
Théories étiologiques	Mauvaise alimentation de l'enfant, Allaitement de l'enfant pendant la grossesse de la mère, Mère ayant vu le cadavre d'un animal pendant la grossesse
Conséquences	Enfant maladif Risque de décès

*Source:* Données d'enquête 2017

La malnutrition infantile est désignée par les expressions « *Otchoun* » et « *N'zuèwè èmanlan* ». Ces termes font référence à des cadavres d'espèces animales : pangolin et chien notamment. L'état cadavérique de ces animaux traduit l'image associée à ces appellations. En outre, les formes de manifestation de la malnutrition infantile sont notamment le ventre ballonné, les cheveux roux le manque d'appétit et le corps chétif. En conséquence, l'enfant ploie sous le poids des maladies et le risque de décès paraît évident.





**Tableau 2:** Attitudes liées à la malnutrition

Attitudes vis-à-vis de la malnutrition	
Rôle de malade	Enfant malnutri : être vulnérable résultat d'une transgression sociale par la mère par conséquent jouit d'une attention de la communauté
Niveau de gravité	Crainte manifeste du fait du risque de décès de l'enfant
Soutien social	Attention à l'égard de l'enfant malnutri Développement d'une dynamique des réseaux familial et communautaire pour la quête de soins

*Source:* Données d'enquête 2017

L'enfant malnutri est considéré comme un être vulnérable. Par conséquent, il jouit d'une attention de toute sa famille ainsi que de toute la communauté en quête de soins curatifs.

**Tableau 3:** Pratiques liées à la malnutrition

Moyens	Usage	Objectif
<p>Plante <i>nanoubi tékétéké</i> « <i>Cassia occidentalis</i> » (Césalpiniacées)</p> 	<p>Bain médicamenteux Décoction buvable</p>	<p>Rendre l'enfant robuste, Guérir <i>Otchoun / N'zuèwè</i> <i>èmanlan</i></p>
<p>Plante <i>Souw</i> « <i>Scoparia dulcis</i> » (scrofulariacée)</p> 	<p>Bain médicamenteux Décoction buvable</p>	<p>Rendre l'enfant robuste, Guérir <i>Otchoun / N'zuèwè</i> <i>èmanlan</i></p>
<p>Kaolin <i>Aisuèfè</i></p> 	<p>Massage de l'enfant avec le kaolin mélangé aux feuilles <i>nanoubi tékétéké</i> Décoction buvable</p>	<p>Rendre l'enfant robuste, Guérir <i>Otchoun / N'zuèwè</i> <i>èmanlan</i></p>
<p>Kaolin <i>Souhoflvé</i></p> 	<p>Massage de l'enfant avec le kaolin mélangé aux feuilles <i>Souw</i> Décoction buvable</p>	<p>Rendre l'enfant robuste, Guérir <i>Otchoun / N'zuèwè</i> <i>èmanlan</i></p>

Source : Données d'enquête 2017

Les moyens médicaux sont constitués de produits d'origine végétale (plantes) et minérale (Kaolins) utilisés sous formes de bain, de décoction buvable et de massage.

### 3. Discussion

#### 1- La malnutrition du point de vue biomédicale

Les repères concernant la définition de la malnutrition, ces

causes et ces conséquences et la prise en charge de l'enfant malnutri.

- La définition de la malnutrition

D'après l'UNICEF en 2003, la malnutrition est un état complexe où peuvent se mêler des carences multiples et concomitantes en calories, en protéines et en micro-nutriments. Elle se manifeste par un retard de croissance, un

déficit pondéral, l'émaciation et les carences en micronutriments tels que le fer, la vitamine A, l'iode, le zinc et l'acide folique. La malnutrition revêt trois formes :

- La sous alimentation, c'est celle dans laquelle l'enfant ne reçoit pas une nourriture correspondante pour couvrir ses besoins énergétiques alimentaires;
- La suralimentation, c'est celle dans laquelle l'enfant mange trop et connaît un excès de calories et une obésité;
- Les carences alimentaires, c'est celle dans laquelle l'enfant mange mal ou de façon déséquilibrée et est confronté à un manque en vitamines, en minéraux et d'autres substances dont le corps a besoin en petite quantité.

Au-delà de ces formes fréquentes de malnutrition, deux cas sévères de cet état qui menacent la vie de l'enfant à brève échéance et demandent une attention médicale urgente sont à signaler. Ce sont :

- Le marasme, c'est le cas où l'enfant présente une maigreur spectaculaire, les os saillants, les yeux enfoncés, la peau distendue. Alors, il prend l'allure d'un petit vieillard et peut ne plus peser que la moitié du poids normal pour son âge;
- Le kwashiorkor, c'est le cas où l'enfant est gonflé d'œdèmes, ses cheveux se décolorent et tombent, sa peau est sèche et squameuse. De plus, Son comportement change. Il ne présente plus de sourire, ni l'envie de jouer. Indifférent à toute stimulation, il pleure sans cesse et il refuse davantage la nourriture.

Ces différentes caractéristiques conduisent de suite à mettre en lumière l'étiologie de la malnutrition et ces conséquences.

- L'étiologie et les conséquences de la malnutrition
- S'agissant des causes de la malnutrition, l'UNICEF en 1998<sup>[8]</sup> fait remarquer que les sciences biomédicales en distinguent deux raisons principales immédiates. Ce sont l'inadéquation de la ration alimentaire et la maladie. Leur interaction tend à créer un cercle vicieux puisque la vulnérabilité de l'enfant malnutri à la maladie aggrave la malnutrition lorsque celui-ci tombe malade. À ces causes immédiates s'ajoutent des facteurs sous-jacents liés à la malnutrition. Il s'agit notamment de la sécurité alimentaire insuffisante des ménages, de l'état nutritionnel insuffisant des mères dès la conception, du manque d'accès à l'eau potable et à un environnement satisfaisant, de la mauvaise qualité des services de santé, et de l'inadéquation des soins aux mères et aux enfants. S'il est admis ici que la malnutrition est le résultat de ces situations d'insécurité alimentaire et de précarité sanitaire, il n'en demeure pas moins que des causes fondamentales en sont également responsables. C'est le cas à noter des facteurs politiques et culturels comme la discrimination à l'égard des femmes et des jeunes filles. En réalité, l'enfant est autant en danger si sa mère l'est. De ces causes profondes et fondamentales, la malnutrition provoque des conséquences diverses.

Concernant les conséquences de la malnutrition, l'UNICEF indique une hausse de la mortalité infantile et maternelle, une entrave à la croissance et au développement de l'enfant, une invalidité et des troubles de l'immunité et des conséquences économiques (baisse de la productivité, entrave à la croissance économique et pauvreté).

Au vu de ces conséquences, un protocole thérapeutique est

mis en évidence dans la prise en charge de l'enfant malnutri pour lutter contre la malnutrition au niveau national.

- La prise en charge de l'enfant malnutri
- Dans le processus de la prise en charge de l'enfant malnutri en Côte d'Ivoire, le protocole thérapeutique élaboré en 2010 par le Programme National de Nutrition recommande que l'enfant doit être dépisté à partir six (06) mois. Ce dépistage a lieu soit dans la communauté par un agent de santé communautaire avec le Mid-Upper Arm Circonférence (MUAC) soit à l'hôpital par l'infirmier ou le médecin avec le MUAC ou avec la pesée. L'enfant dépisté malnutri est pris en charge selon la gravité de la malnutrition. On note :

- En cas de malnutrition aiguë sévère avec complications, l'enfant est hospitalisé dans une Unité de Nutrition Thérapeutique (UNT) pendant 3 à 4 jours. Son traitement nutritionnel se fait par l'administration de laits thérapeutiques : F75, F100 pendant 3 à 4 jours. Le patient doit recevoir dans l'idéal, 8 repas de lait thérapeutique par jour, espacés de 3 heures. En cas de difficultés (insuffisance de personnel...), 6 repas seront proposés, espacés de 4 heures;
- En cas de malnutrition aiguë sévère sans complications, l'enfant est suivi dans une Unité Thérapeutique Ambulatoire (UNTA) au niveau d'un établissement sanitaire de premier contact. Le traitement nutritionnel se fait à base d'Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi (ATPE) après un test de l'appétit positif;
- En cas de malnutrition aiguë modérée sans complications, l'enfant est suivi dans un Centre Nutritionnel de Supplémentation (CNS). Le traitement nutritionnel consiste en l'administration d'aliments faits à base de produits locaux, de CSB (Farine de maïs et de soja enrichie en vitamines et sels minéraux). Le CSB, le sucre et l'huile seront préalablement mélangés avant d'être distribués aux bénéficiaires sous forme de prémix.

Cette conception biomédicale moderne de la malnutrition est bien distincte de celle de la culture Ehotilé de Vitré I.

#### **4. L'analyse comparée des deux conceptions de la malnutrition**

L'analyse comparée des deux conceptions de la malnutrition reste équivoque. Nous retenons une similitude au niveau des attitudes à l'égard de l'enfant malnutri et des différences sur les points concernant la connaissance de la malnutrition et la prise en charge de l'enfant malnutri.

Dans la communauté Ehotilé de Vitré I, l'enfant malnutri bénéficie du soutien de toute sa famille et de la communauté entière. Elles participent et aident aux soins de celui-ci au nom de la solidarité. Cette attitude est identique à celle de la médecine moderne qui estime le soutien social et psychologique indispensable à la guérison de l'enfant malnutri. Ces deux conceptions identifient la gravité de la malnutrition infantile par le risque vital et l'invalidité qu'elle peut entraîner. Parallèlement, des points de contradiction sont à relever.

La culture Ehotilé de Vitré I identifie sur le plan linguistique la malnutrition par les expressions « *Otchoun* » et « *N'zuèwè emanlan* ». Ces appellations correspondent à une forme de malnutrition liée à la sous-alimentation. Cette forme se justifie



par le fait que la mère aurait soit mal nourri l'enfant, soit elle l'aurait allaité pendant la grossesse, soit elle aurait observé le cadavre d'un animal au cours de la grossesse. Ces théories étiologiques se trouvent à l'opposé des sciences biomédicales qui distinguent en plus de la sous alimentation, la suralimentation et les carences alimentaires comme des formes de malnutrition ainsi que le marasme et le Kwashiorkor comme les cas sévères qui en découlent. Pour cette conception biomédicale l'inadéquation de la ration alimentaire et la maladie en sont les causes profondes même si elle admet des facteurs sous-jacents à la malnutrition infantile. La discordance est évidente entre les étiologies médicales et sociales. Dans le même sens, Jaffré (op. cit.) constate que les étiologies profanes sont, elles aussi, fort éloignées de celles du discours médical. En effet, les diagnostics médicaux de la malnutrition se réfèrent à un système populaire de représentation de cette maladie. Dans ce contexte, il découvre que des causalités populaires évoquent « la peur de l'enfant » (humburukumey) ou l'action d'une « mauvaise langue » (deene). Deux univers de sens semblent être juxtaposés. Pour sa part, Lefèvre *et al.* (2002) font remarquer qu'aucune relation n'est établie entre la malnutrition et l'alimentation de l'enfant. Pour eux, l'étiologie locale diffère significativement du paradigme biomédical puisque les causes étant naturelles, supra-naturelles ou liées à des désordres sociaux. Ces interprétations dévoileraient les difficultés associées aux interprétations communautaires de la malnutrition. Ces insuffisances au niveau des connaissances de cet état nutritionnel se trouvent corrélées aux disparités dans la prise en charge médicale de l'enfant malnutri.

Dans la communauté Ehotilé de Vitré I, le recours thérapeutique lié à la malnutrition chez l'enfant se réduit à l'usage de la médecine africaine avec des méthodes de recours telles que des composés thérapeutiques à base de plantes médicinales et de kaolins utilisés sous forme de décoction buvable, de bain et de massage. Alors que les sciences médicales s'étendent aux activités de repérage et de dépistage de la malnutrition dès l'âge de six mois chez l'enfant suivi d'un traitement nutritionnel de l'enfant malnutri à partir des Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi et de laits thérapeutiques. Kouamé *et al.* (2017) évoquant ce contraste dans le mode de soins souligne que l'épidémiologie culturelle est confrontée aux normes et valeurs axées sur l'environnement socioculturel des communautés. Quant à l'épidémiologie savante, elle reste fondée sur les recommandations définies par l'Organisation Mondiale de la Santé dans le processus de la prise en charge de l'enfant malnutri.

De ce constat théorique, ces écarts entre la culture Ehotilé et les sciences biomédicales sur la question de la malnutrition demeurent des facteurs d'influence dans les communautés rurales.

## 5. Conclusion

L'étude a montré que la connaissance, les attitudes et les pratiques demeurent les repères indiqués dans la compréhension des représentations de la malnutrition infantile Ehotilé de Vitré I. À partir de ces éléments, un modèle explicatif de la malnutrition se dégage selon sa définition, son étiologie et son traitement dans cette communauté. L'état de

rapprochement entre ce domaine de savoir Ehotilé et les connaissances biomédicales modernes a conduit à un constat d'écart fondamental. Pendant que l'épidémiologie savante reste centrée sur la dimension physique de la malnutrition chez l'enfant, la tradition Ehotilé met en œuvre une théorisation sociale et culturelle de cette question. Cette divergence de vues reste fondée pour les sciences médicales sur un système explicatif d'ordre physiologique et biologique se rapportant à un protocole thérapeutique national et international. La coutume Ehotilé en ce qui la concerne repose sur un système de croyances spécifique à son environnement culturel. Cette différence induit des changements dans le domaine des connaissances et des pratiques liées à la malnutrition infantile dans ce contexte social à partir des communications pour le changement de comportement.

## 6. Références

1. CAREMEL J.-F. « Entre transformations des modes de diagnostic et révolution thérapeutique, la redéfinition de la métrique des corps dénutris par l'aide humanitaire au Niger ». in *Ethnologie Française*, 2015a; 45:95-107.
2. CAREMEL J.-F. « Les Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi et la « pharmaceuticalisation humanitaire » de la malnutrition au Sahel », in A. Desclaux & M. Badji eds., *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique. Approches juridiques, anthropologiques et de santé publique*, Dakar : L'Harmattan-Sénégal, 2015b; 231-246.
3. Fonds des nations unies pour l'enfance. Améliorer la nutrition de l'enfant : un objectif impératif et réalisable pour le progrès mondial. UNICEF, New York, 2013.
4. Fonds des nations unies pour l'enfance. Base de données mondiale sur la nutrition. UNICEF, New York, 2016.
5. Fonds des nations unies pour l'enfance. la malnutrition des enfants. Consulté le 08 août 2017 sur
6. <http://itinerairesdecitoyennete.org/journees/dh/documents/alimentation/alimentation04>.
7. Fonds des nations unies pour l'enfance. La situation des enfants dans le monde 1998. UNICEF, New York, 1998.
8. International food policy research institute. Des promesses aux impacts, éliminer la malnutrition d'ici 2030. Washington, DC, 2015. Consulté le 08 août 2017 sur [www.ifpri.org](http://www.ifpri.org).
9. Jaffre y. Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au niger. in: sciences sociales et sante. La malnutrition de l'enfant : fait culturel, effet de la pauvreté ou du changement social? Doi : 10.3406/sosan.1996.1352. [http://www.persee.fr/doc/sosan\\_02940337\\_1996\\_num\\_14\\_1\\_1352](http://www.persee.fr/doc/sosan_02940337_1996_num_14_1_1352). 1996; 14(1):41-71.
10. Kouame amn, abe nn. Perception sociale de la malnutrition dans la communauté akye bofanmun en Côte d'ivoire. in *International Journal of Multidisciplinary Research and Development*. 2017; 4(4) :105-110.
11. Lefevre p, de suremain c.-e. Les contributions de la socio-anthropologie à la nutrition publique : pourquoi, comment et à quelles conditions ? in *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*. 2002; 12(1) :77- 85.
12. Programme National De Nutrition. Côte d'Ivoire: Protocole national de prise en charge de la malnutrition

aigüe, 2010.

13. République de Côte d'Ivoire. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Plan national de développement sanitaire, 2016-2020.