



# **Management of moderate acute malnutrition**

**Conakry – Guinea**

**Jean-Pierre Papart**

**Basel, November 9th, 2010**



# Health projects



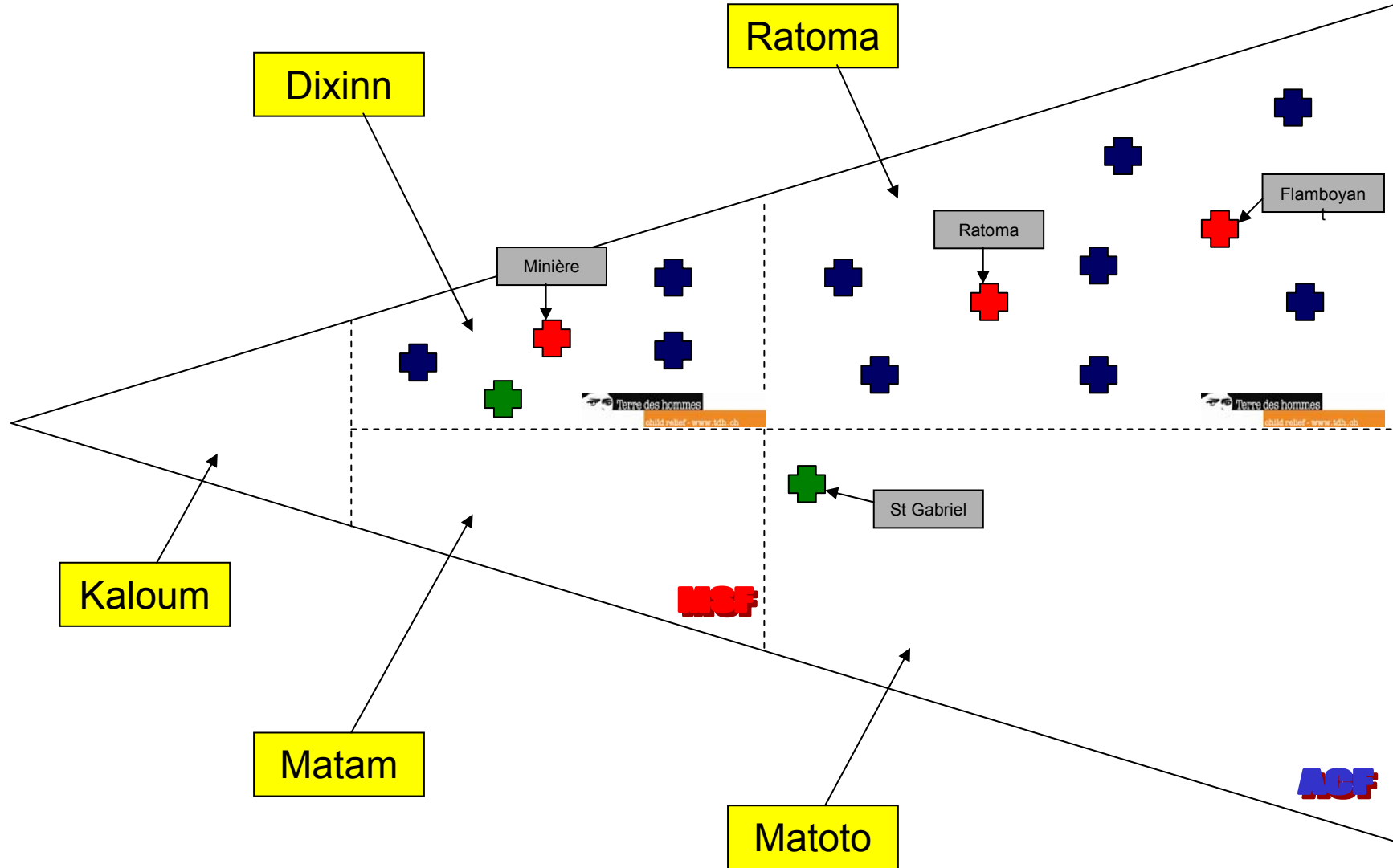
<b>Haiti</b> Cayes-Goyave	<b>Senegal</b> Podor	<b>Bangladesh</b> Kurigram	<b>Afghanistan</b> Kabul-Kandahar
<b>Peru</b> Ventanillas	<b>Mauritania</b> Nouakchott	<b>Bangladesh</b> Borguna	<b>Afghanistan</b> Rustaq
<b>Equateur</b> Santo Domingo	<b>Guinea</b> Ratoma-Dixinn	<b>India</b> Sundarbans	<b>Palestine</b> Gaza
<b>Colombia</b>	<b>Burkina</b> Tougan-Séguénéga	<b>India</b> Andaman	
	<b>Benin</b> Abomey	<b>Nepal</b> Kathmandu	
		<b>Sri Lanka</b> South-East	
		<b>Sri Lanka</b> North	

**Country**  
MCH-Nutrition projects

**19 projects in 15 countries**

**Country**  
"Other" health project

# Conakry - Guinea



CS privé :



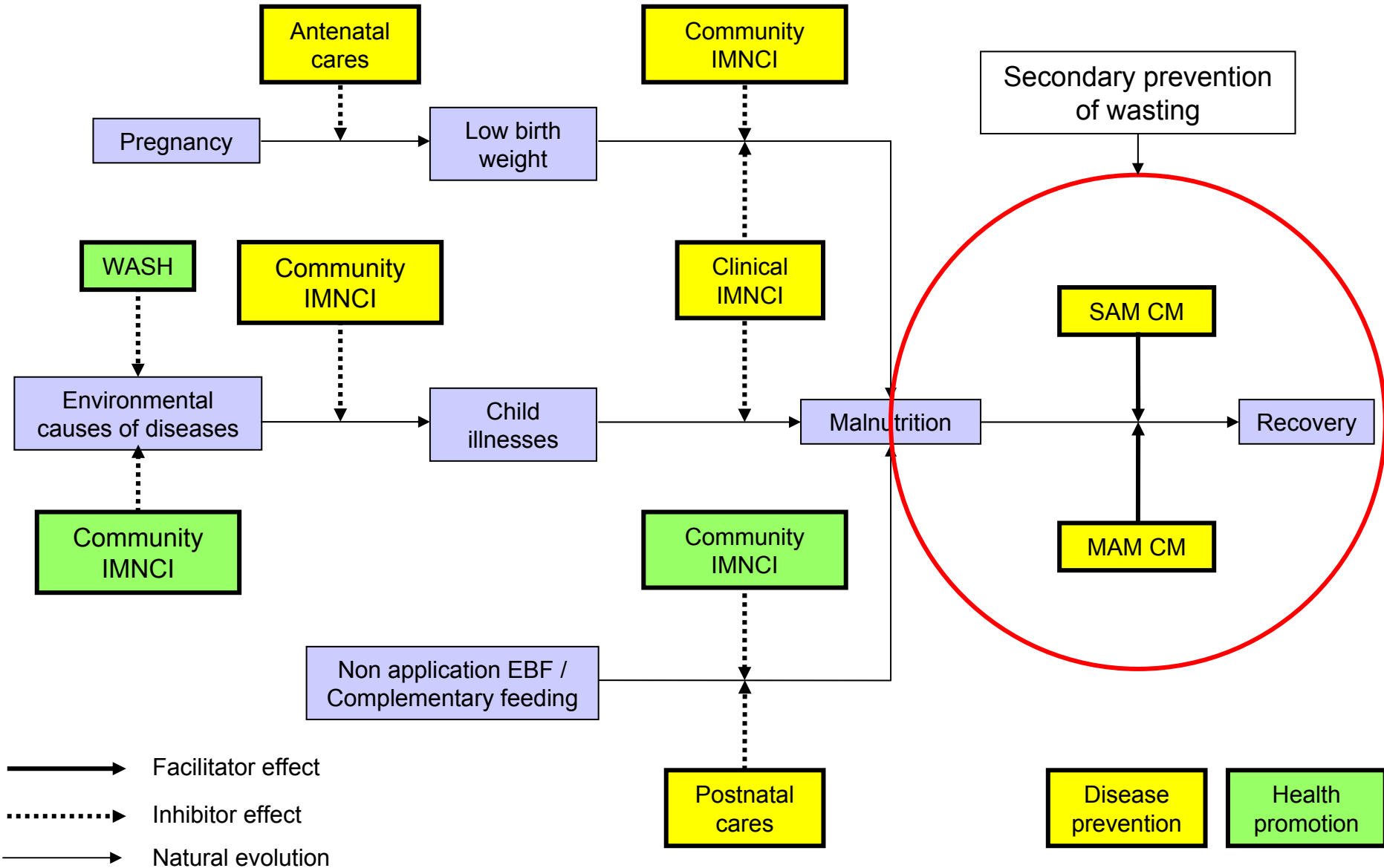
CMC :



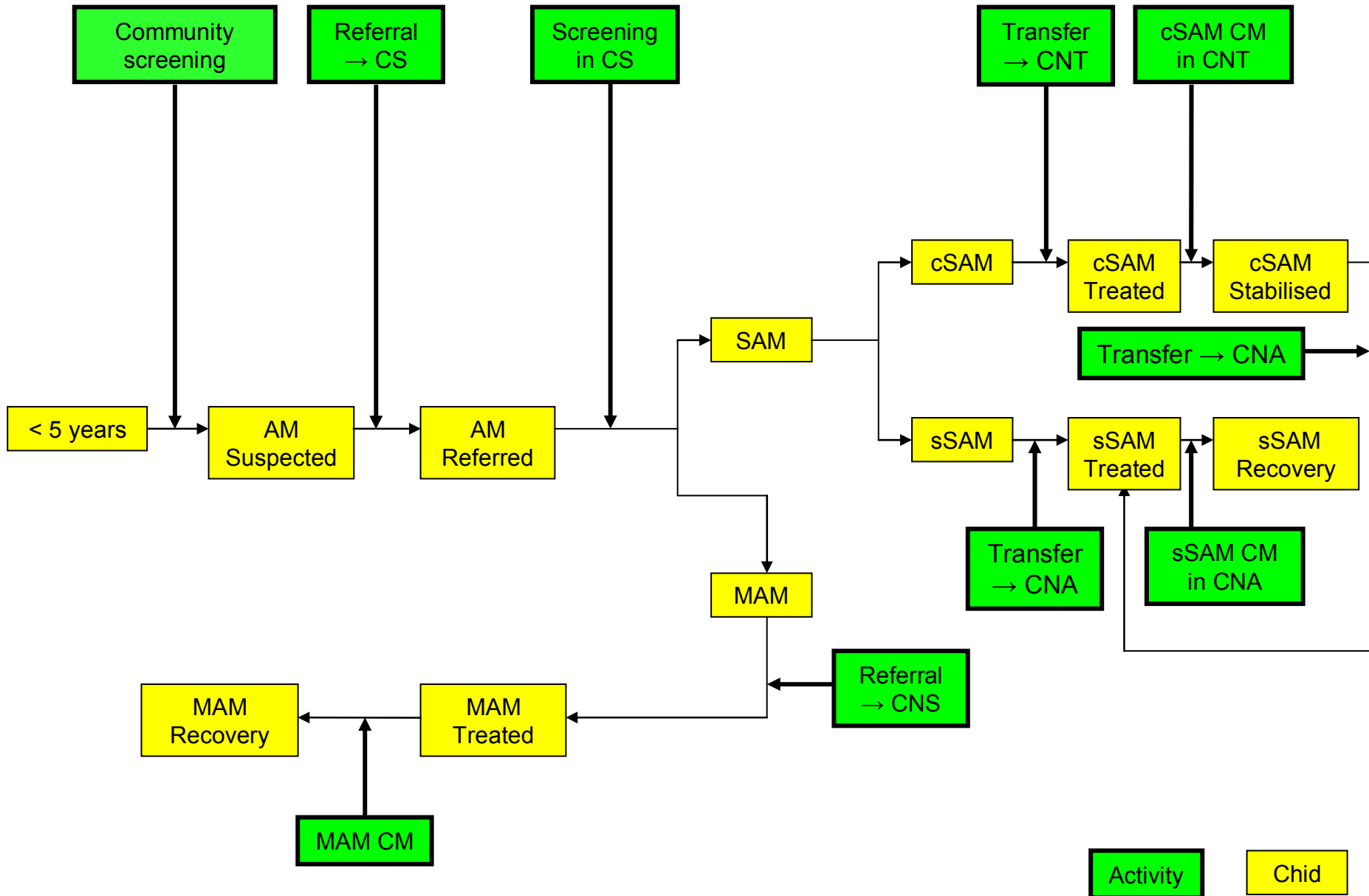
CS :

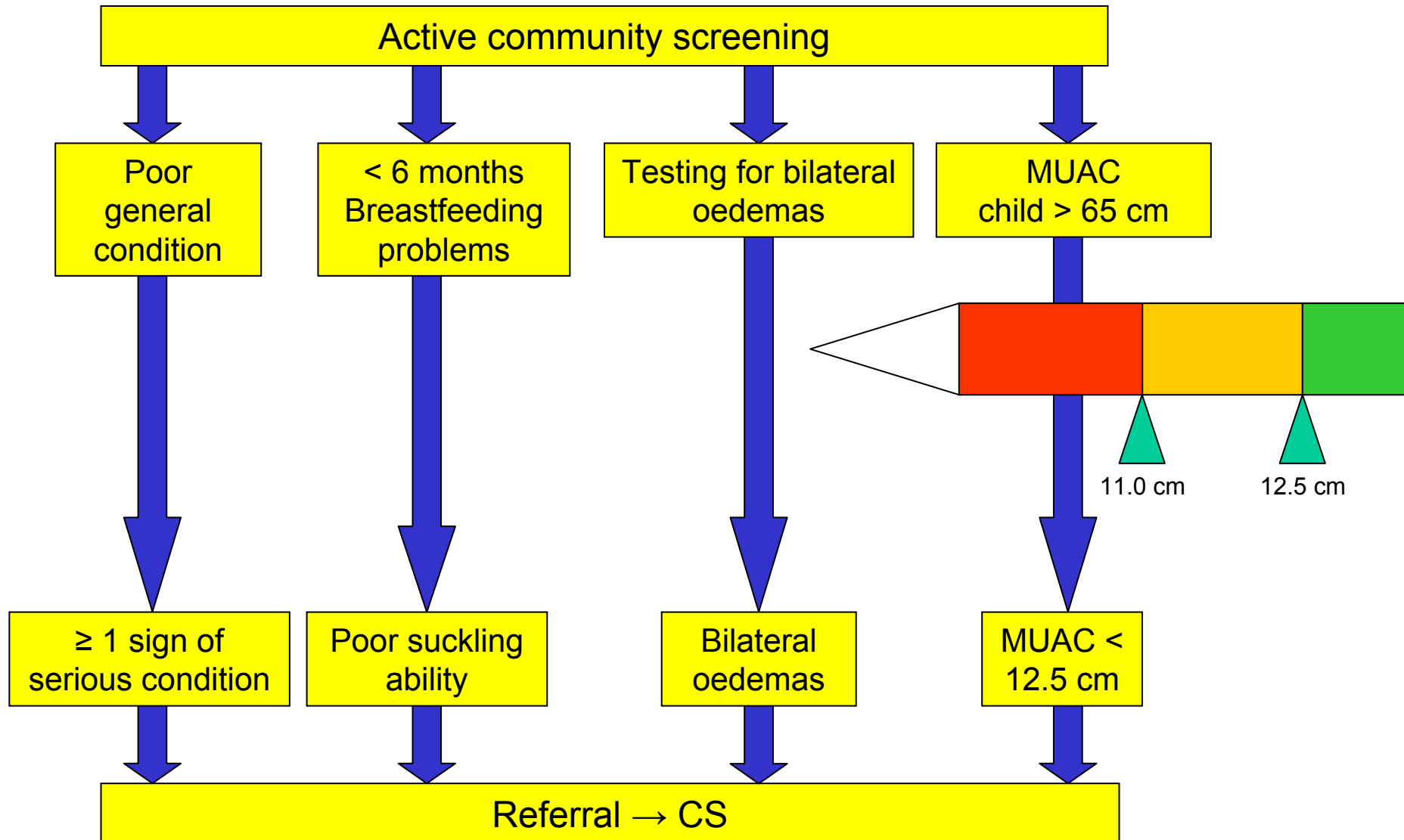


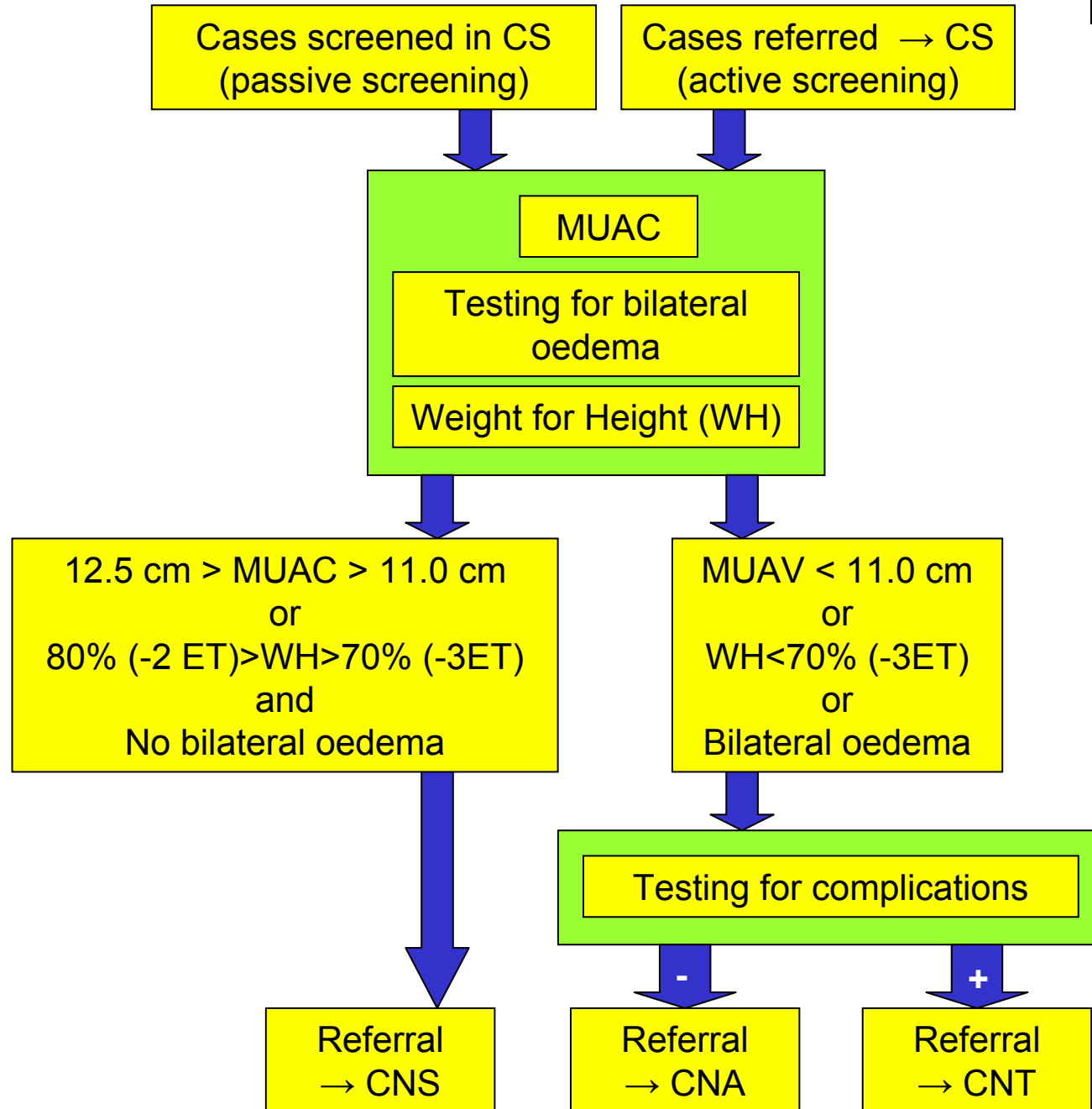
# Model of action

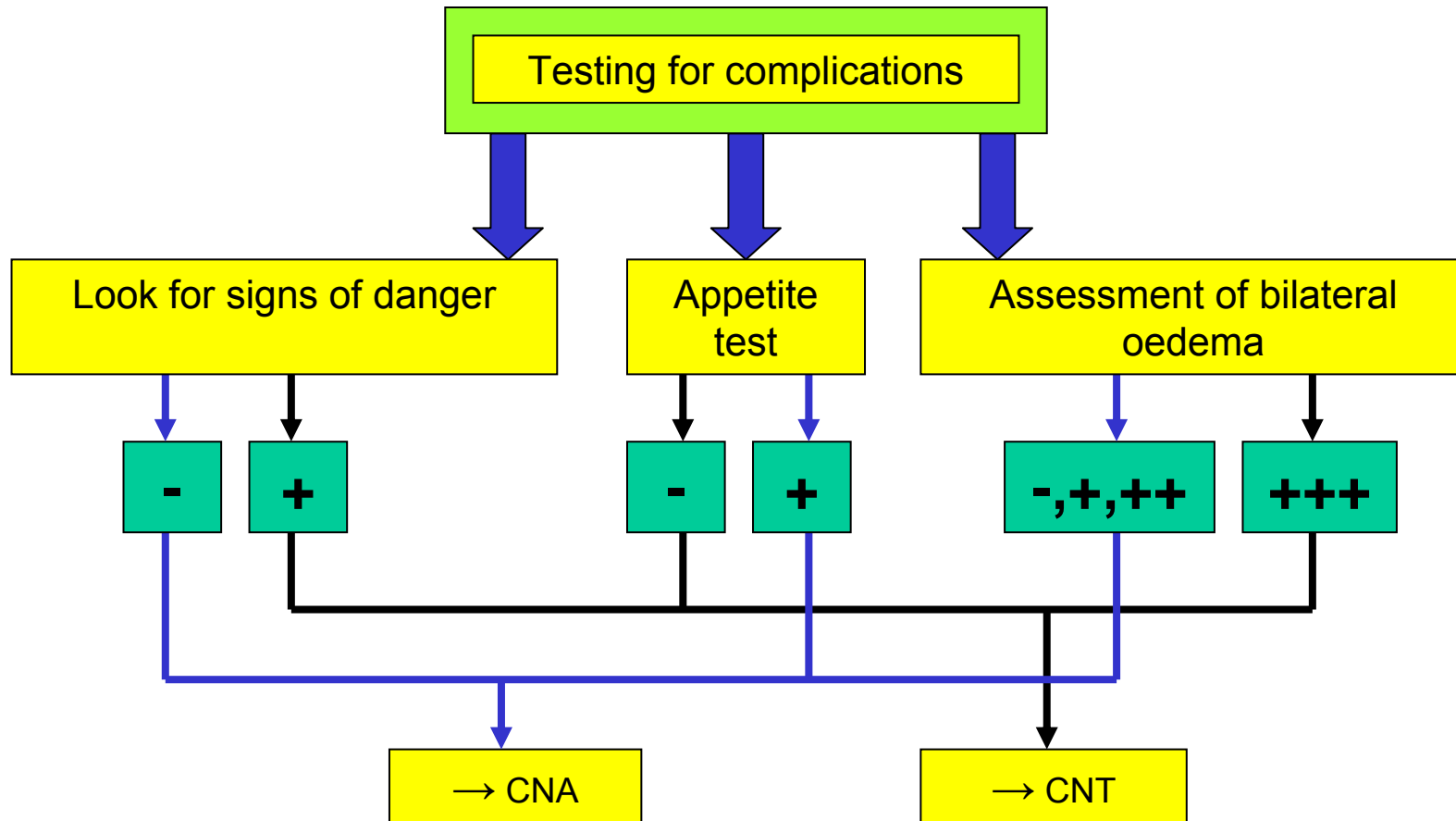


# Representation of action for secondary prevention of wasting

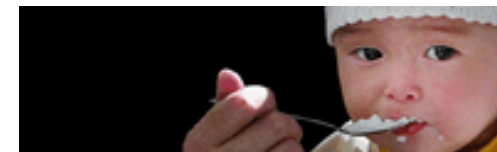










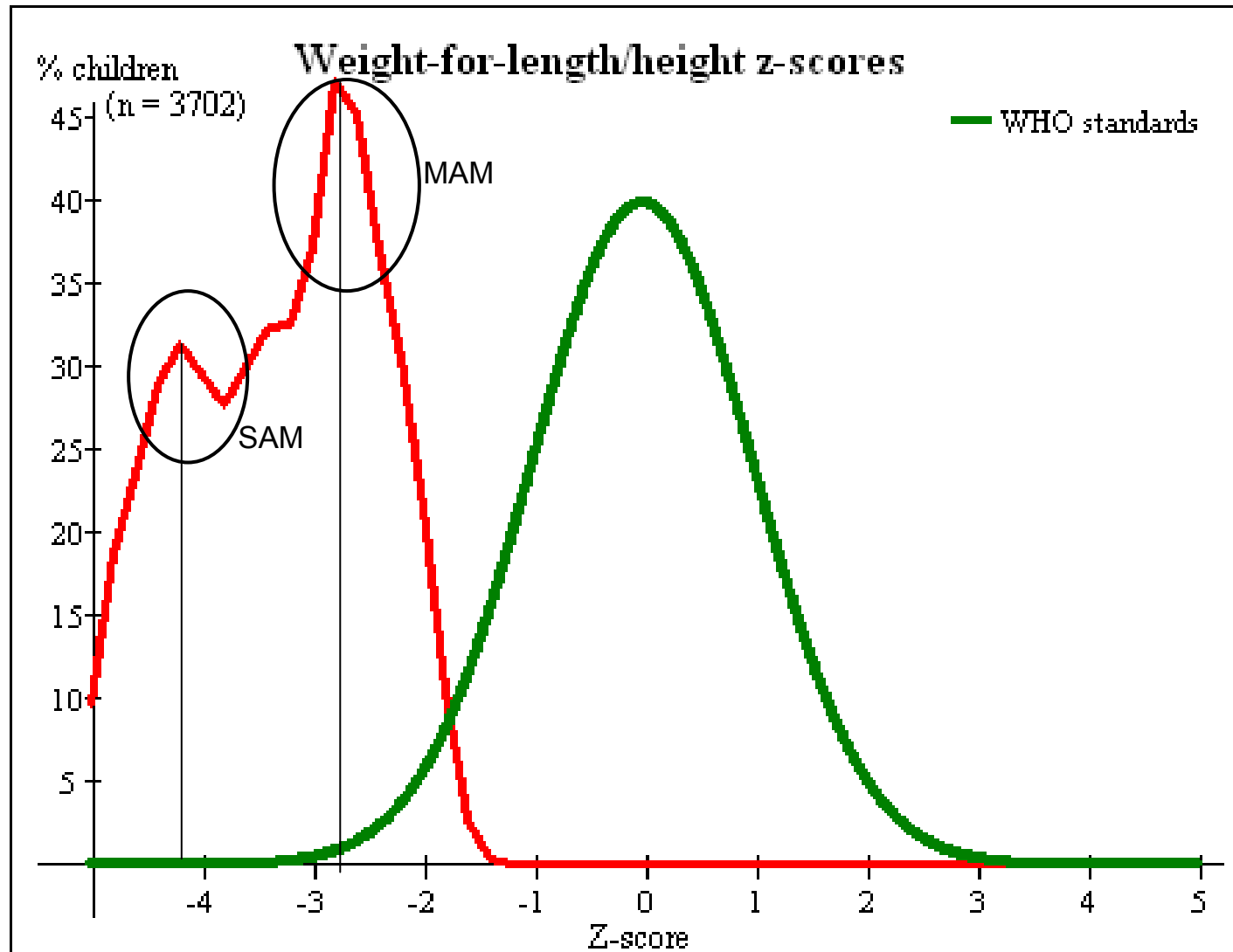


## Nutritional activities supported by Terre des hommes in Ratoma municipality and St Gabriel private health centre on Matoto municipality (2008-2009)

	Children monitored	MAM	SAM
2008	87,739	9,316 (10.6%)	1,953 (2.2%)
2009	101,197	9,371 (9.3%)	2,259 (2.2%)



## WHO weight-for-height index scores for children admitted for therapy for MAM and SAM





# MAM Case management

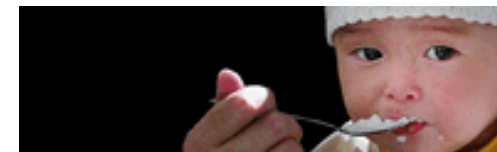
1. Cooking demonstration ± Distribution of premixes (CSB(+) + oil + sugar) to be given in two meals added to family meals.
2. R/ : Vitamin A, Mebendazole, EPI
3. Weekly follow up
4. Criteria for exit :  $W/H > 85\%$  - assessed twice with one week interval
5. In case of absence → home visit



# Premix

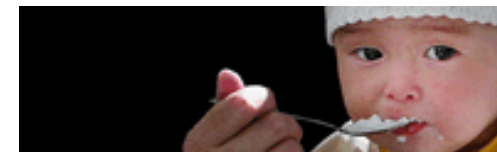
Ingredients	g	Kcal
Fortified floors (CSB, UNIMIX, etc.)	250	950
Oil	25	220
Sugar	20	80
	295	1250

To be brought daily: 1000 à 1500 Kcal in two added meals



# Matched food for cooking demonstration

	<b>Prevention</b>		<b>MAM case management</b>	
<b>Sorghum</b>	1000g	3800 Kcal	1000g	3800 Kcal
<b>Corn</b>	600g	2280 Kcal	600g	2280 Kcal
<b>Watermelon</b>	400g		400g	
<b>Sugar</b>	600g	2400 Kcal	600g	2400 Kcal
<b>Oil</b>	500g	4450 Kcal	500g	4450 Kcal
<b>Milk</b>	800g	3960 Kcal	800g	3960 Kcal
	4000 ml		4000 ml	
<b>Water</b>	18000 ml		12000 ml	
	4.5 vol. for l		3 vol. for l	
	22000 ml	17000 Kcal	16000 ml	17000 Kcal
		80 Kcal / 100		105 Kcal / 100

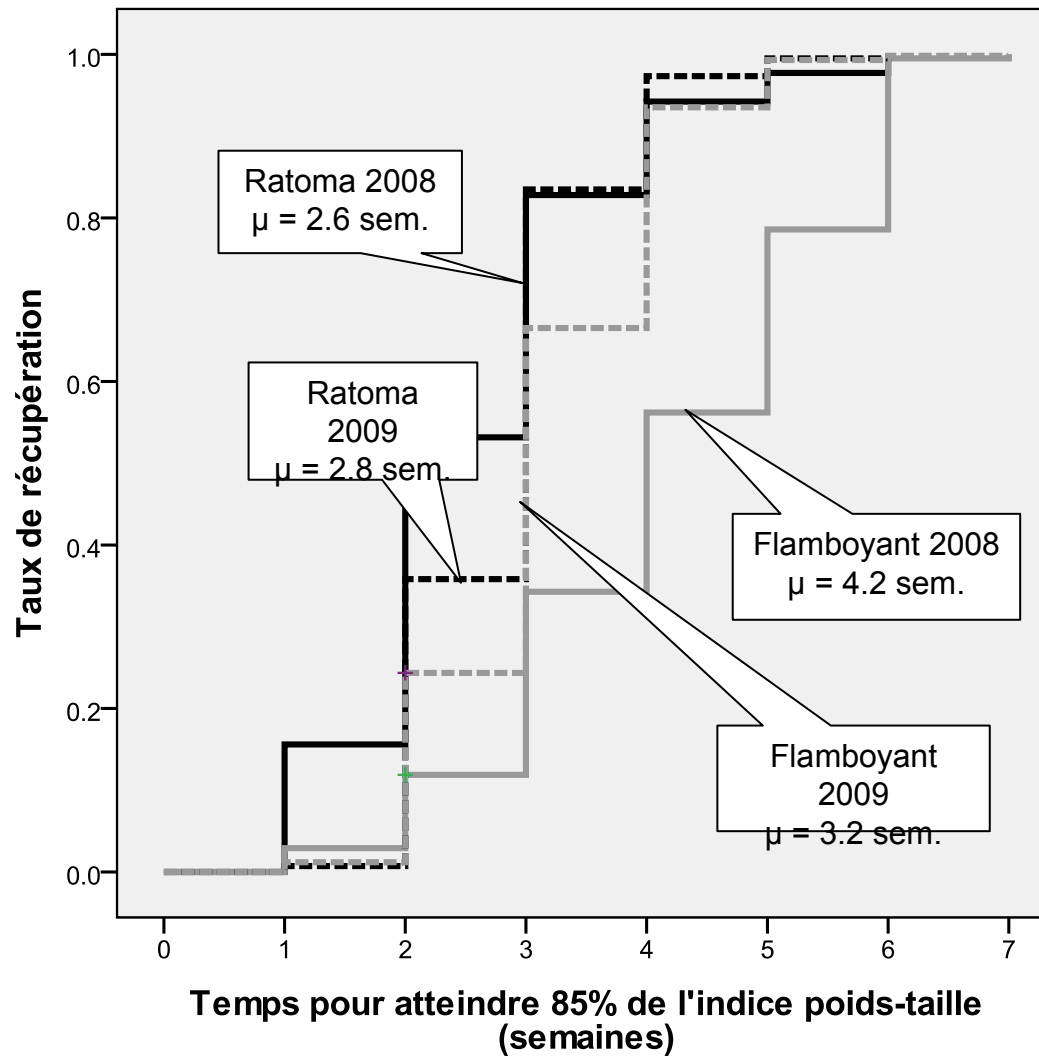


## Annual rates of recovery / withdrawal for MAM case management

	Status at discharge (according to protocol)		Total
	Withdrawal	Recovery (85% W/H)	
2008	7.6% (106)	92.4% (1,297)	1,403
2009	4.4% (65)	95.6% (1,425)	1,490
	5.9% (171)	94.1% (2,722)	2,893



# Mean time to reach 85% of W/H median (target weight)





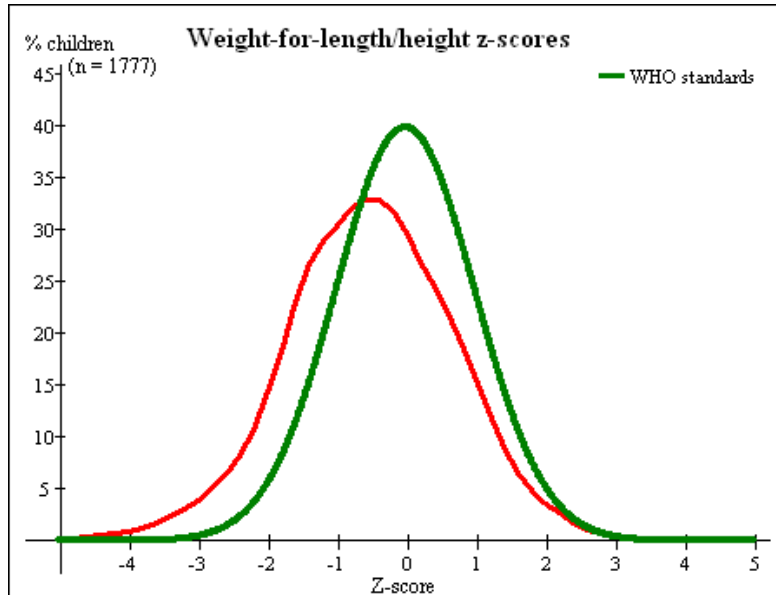
## Rates of recovery / withdrawal of therapy according to the distribution (Aug 2008 – March 2009) or non-distribution of premixes

	Status at discharge (according to protocol)		Total
	Withdrawal	(85%)	
Without distribution of premixes	5.4% (96)	94.6% (1,698)	100% (1,794)
With distribution of premixes	6.8% (75)	93.2% (1,023)	100 % (1,098)
	5.9% (171)	94.1% (2,721)	100% (2,892)

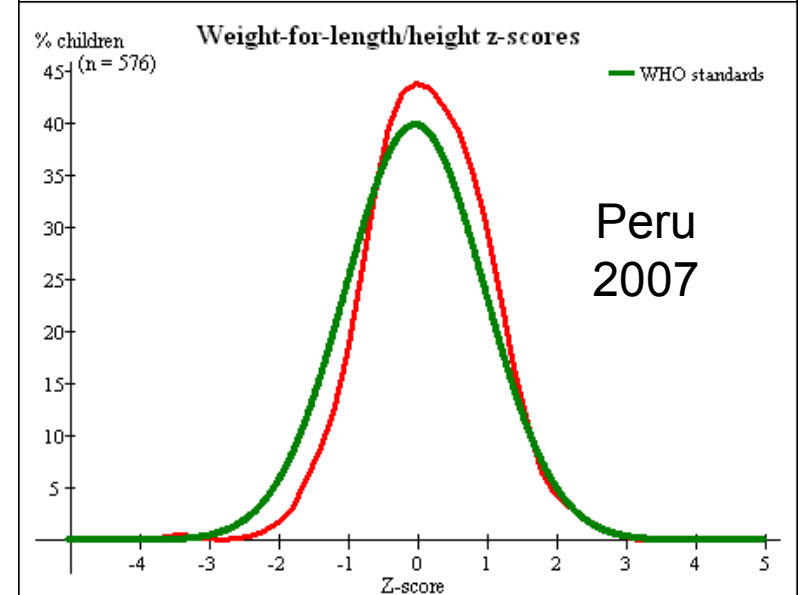
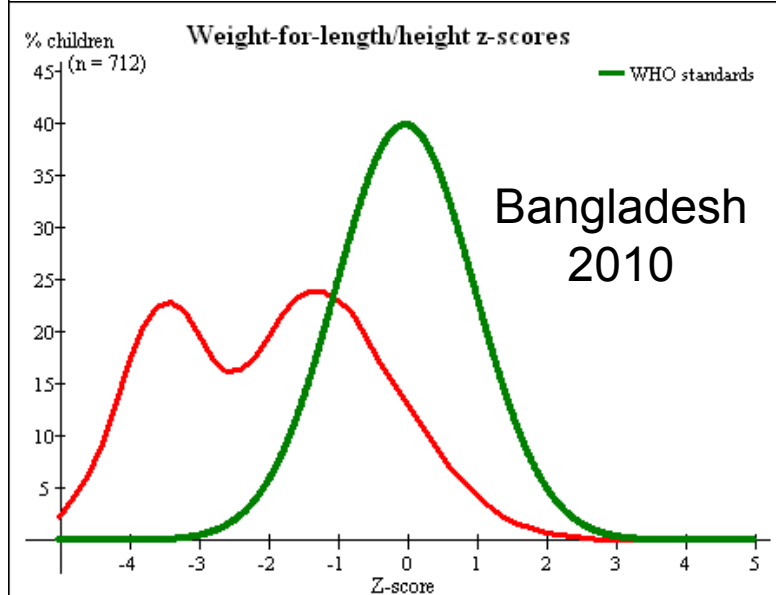
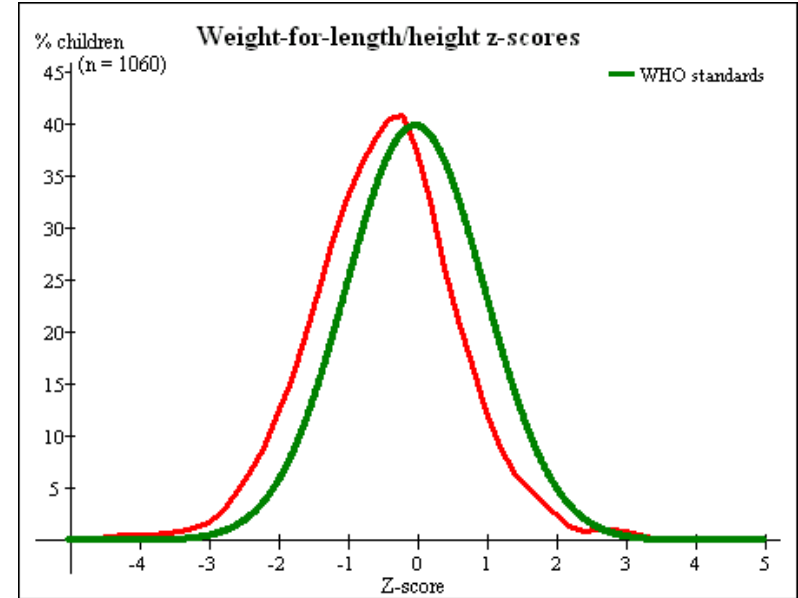




### Burkina, 2008



### Nepal, 2009



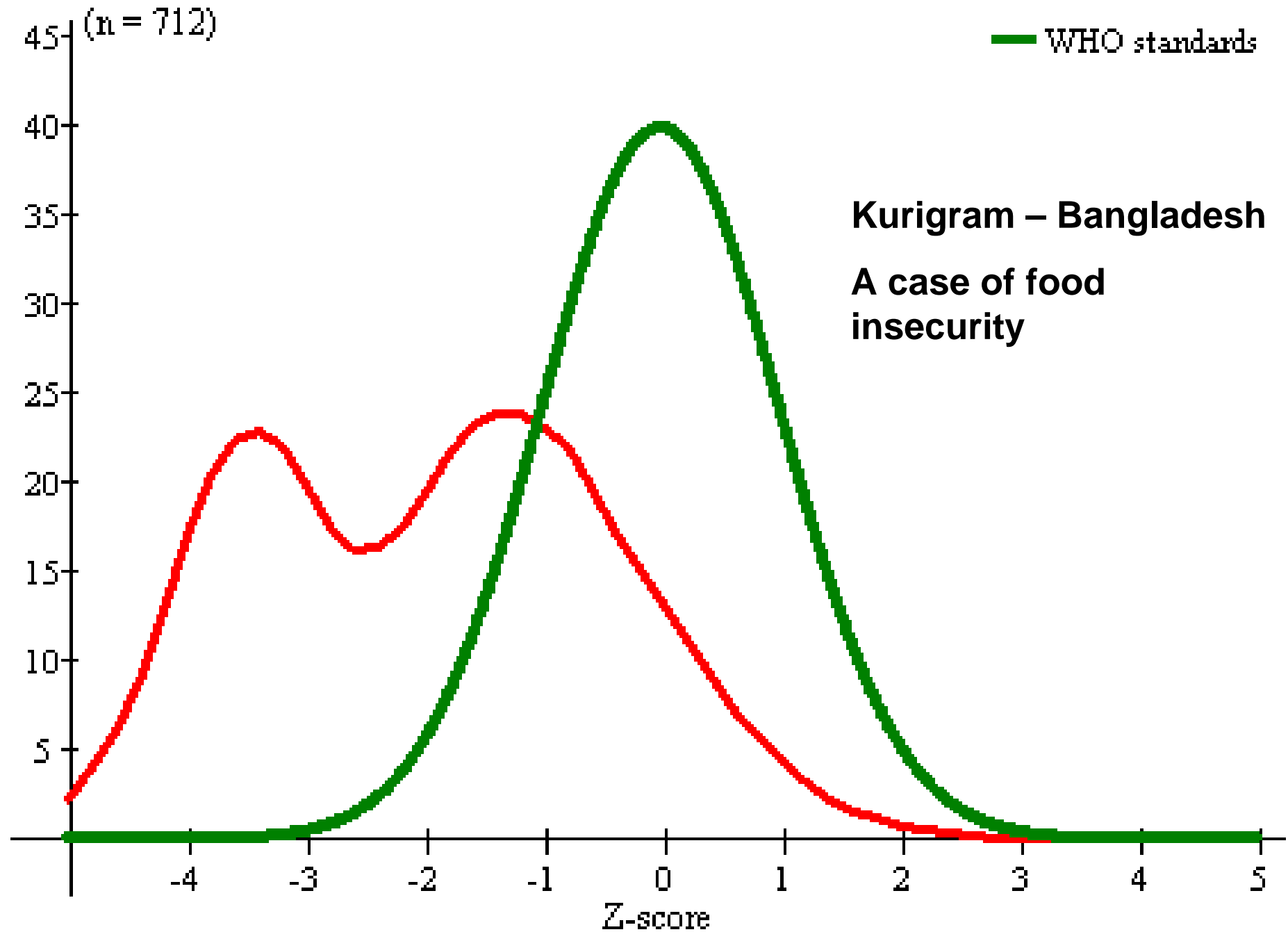
# Weight-for-length/height z-scores

% children  
(n = 712)

— WHO standards

**Kurigram – Bangladesh**

**A case of food  
insecurity**



		Wasting			Normal
		Global	moderate	Severe	
Age groups	6-11 months	31.5% (31)	11.2% (11)	20.4% (20)	68.4% (67)
	12-23 months	46.7% (86)	17.0% (32)	28.7% (54)	54.3% (102)
	24-35 months	49.1% (78)	15.7% (25)	33.3% (53)	50.9% (81)
	36-47 months	49.0% (74)	13.9% (21)	35.1% (53)	51.0% (77)
	48-59 months	55.8% (72)	14.0% (18)	41.9% (54)	44.2% (57)
6-59 months		47.0% (341)	14.8% (107)	32.3% (234)	53.0% (384)



# Our message

**Contrary to severe wasting that cannot be managed by the mother / family / community (needs for “medical” treatment), moderate malnutrition could be managed with local food cooked respecting local cultural habits.**



# Malnutrition : the figures

- Wasting → low weight for height (75'000'000 cases)

Complicated severe wasting : 3'000'000 cases

Simple severe wasting : 12'000'000 cases

Moderate wasting : 60'000'000 cases

- Stunting → low height for age (195'000'000 cases)

Pays	Année	MASc traités	MASc récupérés	MASs traités	MASs récupérés	MAM traités	MAM Récupérés
Haïti	2005	304	89.1%				
	2006	241	89.6%				
	2007	311	89.3%				
	2008	372	85.5%	245	67.2%		
	2009	390	88.0%	642	78.6%	731	75.2%
Bangladesh	2006						
	2007	325	45.8%	n.a.	n.a.		<70%
	2008	277	59.4%	n.a.	n.a.		<70%
	2009	396	67.2%	n.a.	n.a.		<70%
	2010		77.8%				
Sénégal	2006						
	2007	108	85.2%	n.a.	n.a.		<70%
	2008	113	77.0%	n.a.	n.a.		<70%
	2009	84	67.0%	155	72.0%	340	70.2%
Mauritanie	2006	236	54.7%	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	2007	251	65.7%	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	2008	265	74.7%	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	2009	257	73.8%	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	2010			En cours	En cours	En cours	En cours
Guinée	2006	499	<70.0%	n.a.	n.a.		
	2007	311	<70.0%	n.a.	n.a.		
	2008	414	66.2%	1'953	82.3%	9'316	92.4%
	2009			2'259	85.7%	9'371	95.6%
Burkina	2006						
	2007						
	2008	208	78.4%	1'112	83.7%	6'435	95.5%
	2009	244	77.5%	1'518	88.6%	6'674	93.5%
	2010	100	78.0%	1'601	85.7%	6'574	80.0%
Bénin	2006	360	>85.0%	n.a.	n.a.	>300	>90.0%
	2007	360	>85.0%	n.a.	n.a.	334	92.6%
	2008	200	>85.0%	n.a.	n.a.	>300	>90.0%
	2009	180	>85.0%	n.a.	n.a.	>300	>90.0%

**L'AVIS DES EXPERTS** Vendredi 24 septembre 2010

## Le marché mondial des enfants affamés

› Jean-Pierre Papart

**L'arrivée de l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi pour les cas de malnutrition extrêmes a été un grand progrès. Hélas, le secteur agroalimentaire, en quête de nouveaux débouchés, cherche à imposer son produit pour les cas moins graves. Par Jean-Pierre Papart et Michel Roulet**

### VOS COMMENTAIRES

- › Lire tous les commentaires (0)
- › Ajouter un commentaire

L'allaitement maternel exclusif, pendant les six premiers mois de vie, continue de gagner du terrain dans les pays en développement. Après plus de 30 ans de lutte menée par les professionnels de santé et la société civile, ce succès reste fragile. L'industrie alimentaire, qui a beaucoup plus de peine à promouvoir les laits artificiels pour les nourrissons, cherche

aujourd'hui de nouveaux débouchés.

## Das Geschäft mit dem Hunger

*Industrielle therapeutische Fertignahrung kann bei schwerer Unterernährung nützlich sein, bei extensivem Einsatz aber zum Problem werden: Familien in Entwicklungsländern werden entmündigt. Von Jean-Pierre Papart und Michel Roulet*

Wer Westafrika besucht, sieht nur noch sehr selten Babys, die mit der Flasche gefüttert werden, anders als vor 20 Jahren. Es erstaunt, dass dieser Erfolg nicht gebührend gefeiert wird, denkt man an die Katastrophe, die seinerzeit mit der Vermarktung von Trockenmilch für Babys angerichtet wurde. Da diese Produkte teuer waren, verdünnten die Mütter sie mit zu viel Wasser (und oft nicht einmal mit Trinkwasser), was zu akuter Unterernährung führte. Im Gegensatz dazu stellt Muttermilch eine Nahrungsquelle dar, die nicht verunreinigt werden kann, und das Stillen stärkt die schützende Mutter-Kind-Beziehung. Kann eine Mutter stillen, ist Muttermilch bis zum Alter von zwei Jahren das Beste. Bis zum sechsten Monat ist exklusives Stillen die beste Wahl, und auch ab dem sechsten Monat kann Muttermilch die essenziellen Bedürfnisse noch decken, mit Ausnahme von Eisen und Zink. Die Versorgung mit diesen Spurenelementen kann aber mit lokal erhältlicher Nahrung sichergestellt werden (Getreidebrei, Milch, Obst, Gemüse, Fisch).

Nun werden aber die über sechs Monate alten Babys eine immer wichtigere Zielgruppe der Nahrungsmittelindustrie – hier kommt die gebrauchsfertige therapeutische Instantnahrung ins Spiel. Derzeit gibt es erst wenige solcher industriell hergestellter Nährstoffpasten, doch ist zu befürchten, dass bald weitere auf den Markt kommen werden und vermehrt eingesetzt werden. Diese Fertignahrung wurde ursprünglich hergestellt, um schwere akute Unterernährung zu behandeln. Dies war ein grosser Fortschritt, denn so wurde eine ambulante Behandlung ermöglicht, wogegen die Kinder sonst im Durchschnitt drei bis vier Wochen im Spital verbringen müssen. Ein weiterer Vorteil ist der, dass man sich nun um Kinder kümmern kann, die sonst keine Pflege erhalten würden, weil ihre Familien zu arm sind oder weil Spitäler zu weit entfernt

Fertignahrung ohne therapeutischen Anspruch verabreicht wird, indem die Nährstoffpaste nicht mehr nur bei schwerer Unterernährung angewandt wird. Da ist eine Marktlücke geschaffen worden: «Personalisierte Ernährung» für Kleinkinder, heisst das Motto. Es wird mit Produkten geworben, die das Kind angeblich nicht nur ernähren, sondern die auch gesundheitsfördernd sein sollen. Tatsächlich aber werden durch solchen Einsatz von industriellen Fertigprodukten Familien ihrer Fähigkeit beraubt, Kinder nach traditioneller Esskultur und mit lokalen Ressourcen zu ernähren.

Das Problem: Die Industrie will die Instantpasten nicht nur bei schwerer, sondern auch bei moderater Unterernährung einsetzen – und eine neue Definition von moderater Unterernährung bewirkt eine Mengenausweitung. Beispiel dafür geben zwei Expertenkonferenzen der Weltgesundheitsorganisation. Bei der ersten im Herbst 2008 wurde eine neue, für Kritiker zu vage Definition von moderater Unterernährung eingebracht – wodurch der Markt für Fertignahrung von 60 auf 200 Millionen Kinder anwuchs. Zudem versuchten einige Experten, die gebrauchsfertige Nahrung – bzw. das Produkt «Plumpy'nut» der Firma Nutriset – als Mittel auch gegen moderate Unterernährung zu empfehlen. Über diesen Punkt war die Konferenz zwar nicht einig, man stimmte aber überein, dass moderat unterernährte Kinder eine Nahrungsergänzung benötigten. Dies ist zwar an sich nicht falsch, kann aber falsch ausgelegt werden.

Spätestens bei der Folgekonferenz im Februar 2010 waren die Kritiker nicht mehr gern gesehen. Umso bedeutender war es, dass das Kinderhilfswerks Terre des hommes – Kinderhilfe (Tdh) die Resultate der Behandlung von moderat mangelernährten Kindern in Guinea bekanntgeben konnte. Diese Kinder werden wöchentlich untersucht,

So können einfache und preiswerte Rezepte Kinderleben retten. Mütter lernen, lokale Produkte zu nutzen, statt abhängig zu werden von importierter Instantnahrung. Die Mütter nehmen mindestens einmal pro Woche an Kochkursen für Babybrei teil. Diese Brei, die zusätzlich zur Muttermilch verabreicht werden, bestehen aus Mehl, Öl, Zucker und anderen Zutaten. Sodann werden Nahrungsportionen an die Mütter verteilt. Diese «Trockennahrung», aufgelöst und in Wasser gekocht, enthält eine Mischung aus Mehl, Zucker und Fett, Zutaten, die mit den Ernährungsgewohnheiten der Familien in Einklang sind. Die Erfolgsrate des Ansatzes beeindruckt: 95 Prozent der behandelten Kinder erreichen ihr Normalgewicht. Damit konnten Behauptungen der Nahrungsmittelindustrie widerlegt werden, wonach es im Kampf gegen Mangel- und Unterernährung ohne Fertignahrung unmöglich sei, eine Erfolgsrate von mehr als 70 Prozent zu erreichen.

Zur ethischen Herausforderung, die der Hunger in der Welt darstellt, kommt immer mehr ein kommerzieller Wettstreit. Seitdem die Weltbank mitgeteilt hat, dass 11,8 Milliarden Dollar pro Jahr gegen Mangel- und Unterernährung investiert werden sollen (im Vergleich zu den 350 Millionen, die 2004 bis 2007 jährlich investiert wurden), ist der Appetit der Nahrungsmittelindustrie gestiegen. Wie dargelegt, ist gebrauchsfertige therapeutische Nahrung ein Fortschritt. Wird aus der guten Idee jedoch ein Allheilmittel für alle ernährungsbedingten Probleme gemacht, kommt es zu einer Entmündigung von Familien und Gemeinschaften in Entwicklungsländern: Ihnen wird die Abgabe wichtiger Verantwortung für die Ernährung ihrer Kinder regelrecht aufgenötigt.





Terre des hommes

child relief - [www.tdh.ch](http://www.tdh.ch)



# Thank you and stay with us



Terre des hommes

50 ans  
d'histoire  
pour  
l'enfance

aide à l'enfance - [www.tdh.ch](http://www.tdh.ch)

**LA FAIM DES ENFANTS  
EST INACCEPTABLE.  
AIDEZ-NOUS A LA COMBATTRE!**