

« MAQUIS BÉBÉS »

Fonctionnement

Un MBB doit-il accueillir tous les enfants ou seulement les enfants repérés comme malnutris ?

L'esprit du MBB est idéalement de pouvoir accueillir, tous les enfants de 6 mois à 2 ans ou 3 ans, y compris ceux qui ne présentent pas de signe de malnutrition. L'accueil de tous les enfants est en effet la condition qui permet aux MBB d'avoir un rôle délibérément préventif dans un quartier en difficulté socio-économique ou dans un village connu pour ses difficultés. Cet accueil, ouvert à tous, évite l'exclusion d'enfants qui pourraient devenir malnutris ou le redevenir et évite la stigmatisation des enfants dénutris et de leurs familles.

La contrainte principale à la capacité d'accueil du MBB est liée du budget qui lui est alloué. Une "population cible" peut alors définie au sein de la population concernée. A l'extrême, le MBB peut fonctionner comme un Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire (CRENA), réservés aux enfants malnutris.

La mise en route d'un MBB nécessite qu'un certain nombre d'activités soient organisées et définies.

- 1 Le contact avec les familles,
- 2 Le choix des enfants,
- 3 L'observation de l'état nutritionnel des enfants.
- 4 L'organisation du MBB et sa durée,
- 5 La fréquence des séances,
- 6 Le nombre de bouillies quotidiennes par enfant,
- 7 Le suivi nutritionnel des enfants

1° Le contact avec les familles

La mise en route d'un MBB commence par la rencontre des familles pour leur exposer l'objectif principal du MBB :

- Rendre les familles capables d'améliorer durablement la santé et l'état nutritionnel de leurs jeunes enfants, et leur expliquer les moyens proposés :
 - Donner tous les jours aux enfants au minimum une bouillie concentrée liquéfiée (BCL) en plus de l'allaitement maternel et de l'alimentation familiale.
 - Apprendre aux mamans à liquéfier les bouillies épaisses, quelle qu'elles soient, avec du malt ou avec une autre amylase locale sans ajouter d'eau.
 - Puis apprendre aux mamans à confectionner de la farine composée riche en lysine et matières grasses.
 - S'organiser pour poursuivre ces activités au-delà du temps bénéficiant d'aides financières.

Pour que le fonctionnement d'un MBB reste simple et centré sur l'éducation nutritionnelle, le nombre d'enfants par MBB ne dépassera pas, si possible, la trentaine d'enfants. Si ce nombre est dépassé, il y a lieu de réfléchir à la possibilité d'ouvrir d'autres MBB.

2° Le choix des enfants

Les responsables du MBB auront à identifier les enfants pouvant bénéficier du MBB, en fonction des "critères d'inclusion" qui auront été retenus.

Les enfants inclus peuvent être :

- Les enfants de 6 mois à 2 ans ⁿ¹
- Les enfants de 6 mois à 3 ans ⁿ¹
- Les enfants d'une autre tranche d'âge ⁿ¹
- Tous les enfants du quartier de la tranche d'âge choisie
- Les enfants repérés comme "population cible" ⁿ²
- Les enfants de familles socio-économiquement en difficultés ⁿ³
- Les enfants des familles demandeuses ⁿ⁴.
- Les enfants hospitalisés ⁿ⁵
- Les enfants d'une pouponnière ou orphelinat ⁿ⁵
- Autre ⁿ⁶

Les notes ci-dessous aident à la décision.

Note 1 : La tranche d'âge la plus à risque de malnutrition est celle des enfants de 12 à 23 mois. Il est nécessaire d'inclure les enfants dès 6 mois pour prévenir les malnutritions de la deuxième année. La tranche d'âge 6 mois à 2 ans est donc la durée minimum de prise en charge et la prise en charge de 6 mois à 3 ans (36 mois) est recommandée.

Selon les conditions propres à chaque MBB, la prise en charge peut être portée à 4 ans voire 5 ans.

Note 2 : La population cible est constituée des enfants les plus à risque de malnutrition ou déjà malnutris (MAM, voir MAS) repérés au sein du quartier. Pour un Programme de Santé Publique, cette population cible devrait être définie à partir d'un recensement méthodique et systématique de tous les enfants.

Note 3 : L'intervention des services sociaux est alors nécessaire.

Note 4 : C'est la façon la plus simple mais qui risque de manquer l'objectif de prévention, les familles en difficultés n'étant pas les plus demandeuses.

Note n 5 : Dans une structure organisée tel qu'un hôpital ou une pouponnière, le choix des enfants qui bénéficieront du MBB sera établi avec les responsables de ces structures.

Note 6 : Le projet de MBB précisera sa façon de fonctionner, en particulier s'il s'insère dans d'autres contextes.

3 L'observation de l'état nutritionnel des enfants.

La mesure du Périmètre Brachial (PB) est un moyen simple d'évaluer l'état nutritionnel des enfants de 6 mois à 5 ans.

En début et en fin de MBB, la couleur et la valeur en mm du PB de chaque enfant seront inscrites sur un cahier. Ces mesures permettent de définir l'état nutritionnel en début d'activité et d'apprécier l'efficacité du MBB. Des mesures intermédiaires peuvent être faites. Le fait de suivre l'évolution du PB des enfants confirme que le MBB est conçu comme une activité de Santé Publique. Ces résultats peuvent être présentés, à leur demande, aux autorités administratives et médicales.

- Les enfants dont le PB est au-dessus de 125 mm (Zone verte) ne sont pas considérés comme malnutris.
- Les enfants dont le PB est entre 125 mm et 115 mm (Zone jaune) sont considérés comme modérément malnutris (MAM). Les animatrices du MBB conseilleront aux parents de les faire peser et examiner au Centre de Santé le plus proche pour déceler une éventuelle pathologie associée.
- Les enfants dont le PB est en dessous de 115 mm (Zone rouge) sont considérés comme sévèrement malnutris (MAS) ⁽¹⁾. Ces enfants devront être examinés par les Services de Santé. A condition qu'ils ne souffrent pas d'autre pathologie que leur MAS (MAS sans complications), ils pourront éventuellement rester au MBB.
- Les enfants malades et traités doivent être pris en charge par une structure médicale. Ils ne seront pas exclus du MBB. Leurs besoins nutritionnels sont augmentés par la maladie.

Un suivi nutritionnel plus précis fait appel à la mesure du Poids et de la Taille de chaque enfant, ce qui permet de le situer sur des tables de référence et de déterminer son état nutritionnel en termes de Z-Score (rapport P/T). Cette compétence est habituellement du ressort des agents de la Santé mais peut être acquise par les animatrices.

Au suivi nutritionnel peut être associé un suivi médical si un agent de santé accompagne le MBB : Vaccinations, déparasitage, traitement des carences vitaminiques (vitamine A), des anémies, prophylaxie du palu,....

4° L'organisation du MBB et sa durée

Le MBB évolue en plusieurs périodes. Il s'agit pour les responsables d'organiser la transition de la "distribution de bouillie" vers la préparation communautaire ou familiale de farine. Trois périodes se succèdent :

- La période de distribution quotidienne des bouillies préparées par les mamans avec de la farine et du malt achetés dans une UPA BAMiSA. Dès le début les mamans apprennent la Recette 1 + 2 + 3.
- La période d'apprentissage des mamans à préparer de la farine composée et du malt. Cette fabrication communautaire de farine composée + malt remplace progressivement la farine achetée. Au début, la farine composée est faite avec les matières premières fournis par un financement de "Paniers Bamisa" ⁽²⁾.
- Puis le fonctionnement autonome, hors financement extérieur, grâce aux mères qui voudront bien s'impliquer et transmettre ce qu'elles ont appris.

Le MBB sera mené selon les termes du "Projet", tel qu'il a été rédigé et financé. Le financement peut, par exemple, prévoir 4 semaines de distribution de bouillies et 2 mois de fabrication communautaire à partir de "Paniers".

Pour le démarrage d'un MBB, la farine peut être achetée à l'Unité de Production Artisanale BAMiSA (UPA) la plus proche.

1 La prise en charge des enfants MAS ne relève pas, en principe, des MBB. Les enfants MAS doivent être pris en charge dans des structures spécialisées. Cependant la pratique montre que parfois des enfants MAS, sans pathologie autre que sa malnutrition, sont intégrés à un MBB, à défaut de pouvoir être orientés vers un centre spécialisé. Ces enfants seront particulièrement surveillés.

2 Les paniers BAMISA prolongent le financement de l'achat de farine par achetant des ingrédients permettant la préparation de farines composées au MBB puis à domicile.

Si le MBB réussit à fonctionner au-delà de la période financée, il y aura lieu d'admettre de nouveaux enfants, les plus âgés ayant acquis une plus grande autonomie alimentaire. Il y aura lieu aussi de former les nouvelles familles intégrant le MBB.

5° La fréquence et organisation des séances.

Il s'agit d'obtenir une prise de poids rapide des enfants et de convaincre, de ce fait, les familles du bien-fondé de leur participation au MBB.

- L'idéal est de donner tous les jours une ou plusieurs bouillies (BCL) en plus de l'alimentation familiale ⁽³⁾.
- Préférer la consommation de la bouillie sur place pour éviter que les mamans ne l'emportent à la maison (et que la bouillie soit consommée par d'autres !).
- Prévoir un fonctionnement 6 jours par semaine, et, si les conditions alimentaires des enfants sont très précaires, 7 jours sur 7 (camps de réfugiés).

Lorsque la distribution quotidienne ne peut pas être assurée ou que plusieurs bouillies par jours sont nécessaires ou que les mères ne peuvent être disponibles tous les jours, de la farine composée et du malt pour la bouillie pourront être donnés aux familles leur permettant de préparer des bouillies concentrées liquéfiées à domicile jusqu'à la séance suivante. Cette alternative à la consommation de bouillie au MBB, n'est possible qu'après que les mères aient bien été formées à la préparation de la bouillie concentrée liquéfiée, selon la Recette 1 + 2 + 3.

Bien faire comprendre, alors, que la bouillie doit être réservée à l'enfant et pas partagée avec d'autres membres de la famille !

Les bouillies (BCL) sont donnés après une tété, de façon à ne pas substituer une tété par une bouillie et à ne pas freiner la lactation.

Lorsque les messages d'Education Nutritionnelle seront bien passés, il sera alors possible d'espacer les séances.

6° Le nombre de bouillies quotidiennes par enfant

Dans le cadre du MBB, le nombre de bouillies concentrées liquéfiées Bamisa donné à chaque enfant est fonction de son état nutritionnel et de son état général. Il est proposé de donner :

- **Une bouillie par jour**, à titre préventif, aux enfants de plus de 6 mois ne présentant pas de signe de malnutrition.
- **Deux bouillies par jour** aux enfants diagnostiqués MAM et aux enfants malades.
- **Trois aux enfants MAS** ne pouvant être pris en charge ailleurs ⁽⁴⁾.

3 Dès que la maman aura compris l'intérêt et les moyens de liquéfier les bouillies épaisses, il faut l'encourager à abandonner les bouillies traditionnelles utilisées pour l'alimentation familiale et à donner des BCL.

4 Les enfants MAS doivent être référés vers une structure spécialisée s'il en existe à proximité.

7° Le suivi nutritionnel des enfants

Le suivi de chaque enfant sera inscrit sur une fiche ou un cahier.

Il est proposé au responsable du MBB de remplir les tableaux suivants, un au début du MBB, un autre à la fin.

Exemple de fiches récapitulatives de suivi :
D'autres modèles de fiches de suivi peuvent être utilisés.

MAQUIS BÉBÉS de

Tableau n°1 Enfants à l'entrée dans le MBB. Date :

Tranche d'Age	ENFANTS entrants dans le MBB			Enfants MAM parmi ces enfants				Enfants MAS parmi cs enfants			
			TOTAL ENFANTS du MBB			Total MAM	% MAM			Total MAS	% MAS
	F	G		F	G			F	G		
6-11 mois											
12-23 mois											
24-36 mois											
Totaux											

Tableau n°2 Enfants à la fin du MBB. Date :

Tranche d'Age	ENFANTS entrants dans le MBB			Enfants MAM parmi ces enfants				Enfants MAS parmi cs enfants			
			TOTAL ENFANTS du MBB			Total MAM	% MAM			Total MAS	% MAS
	F	G		F	G			F	G		
6-11 mois											
12-23 mois											
24-36 mois											
Totaux											