



Cibles et indicateurs prioritaires de l'état nutritionnel et de la couverture des interventions pour les enfants et des adolescents (âgés de 5 à 19 ans)



Résumé analytique

La série du Lancet de 2021 sur la nutrition des adolescents recommandait des actions afin de « renforcer et étendre les systèmes de collecte de données pour inclure des indicateurs et des déterminants standardisés de l'état nutritionnel des adolescents et de la couverture des interventions parmi les adolescents filles et garçons. » Actuellement, le manque de systèmes de surveillance standardisés de la nutrition chez les enfants et les adolescents âgés de 5 à 19 ans limite notre compréhension des problématiques nutritionnelles et leur résolution. Cela explique aussi pourquoi il existe si peu de cibles nutritionnelles pour cette tranche d'âge et cela perpétue le manque de priorité donnée à la collecte de données systématiques.

Dans ce rapport nous allons :

- Résumer les cibles internationales actuelles pertinentes à la nutrition des enfants et des adolescents âgés de 5 à 19 ans
- Présenter les résultats d'une vaste enquête des parties prenantes destinée à identifier quels indicateurs devraient avoir la priorité pour être inclus dans les systèmes de données nationaux pour les enfants et les adolescents âgés de 5 à 19 ans
- Faire des recommandations concernant les cibles mondiales et nationales pour les enfants et les adolescents âgés de 5 à 19 ans en fonction des cibles et indicateurs prioritaires existants dans l'enquête des parties prenantes

Cibles internationales pertinentes

- **Objectifs de développement durable (ODD) :** Ils mentionnent la prise en compte des besoins nutritionnels des filles adolescentes, mais le seul indicateur concerne la prévalence de l'anémie chez les femmes et les filles âgées de 15 à 49 ans.
- **Cibles de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) :** Elles incluent une cible de 50 % de réduction de l'anémie chez les femmes et les filles âgées de 15 à 49 ans.
- **Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents :** Ce document mentionne la prévalence de l'anémie chez les grandes adolescentes, et la prévalence du manque d'activité physique parmi les adolescents d'âge scolaire entre 11 et 17 ans.
- **Plan d'action mondial de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (NCD-GAP) :** Ce plan vise à obtenir une réduction relative de 10 % dans la prévalence de l'inactivité physique (définie comme moins de 60 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse par jour) et à stopper l'augmentation de l'obésité chez les adolescents.
- **Ligne directrice de l'OMS pour la mise en œuvre d'actions efficaces destinées à améliorer la nutrition des adolescents :** Un grand nombre de recommandations manquent de cibles spécifiques. On y mentionne les cibles suivantes : une réduction de l'apport en sucres libres chez les adultes et les enfants, avec une cible recommandée de <10 % de l'énergie totale dans les groupes de population, ainsi qu'une réduction de l'apport en sodium et en potassium sur la base d'ajustements de la ligne directrice adulte.
- **Lignes directrices de l'OMS sur les soins anténatals et postnatals :** Bien que ces recommandations soient pertinentes aux adolescentes enceintes et après l'accouchement, il n'existe aucune cible ou aucun indicateur axé sur leurs besoins.
- **Orientation de programmation du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) pour la nutrition dans la phase intermédiaire de l'enfance et à l'adolescence :** Elle inclut une cible de 90 doses de micronutriments multiples en poudre au point d'utilisation pendant une période de six mois chez les enfants de 5 à 12 ans, dans des environnements où la prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de cinq ans est de 20 % ou plus.
- **Initiative Écoles amies de la nutrition (IEAN) :** Les écoles ont pour mission de développer une politique écrite en faveur de la nutrition au sein d'un cadre de recommandations, mais aucun indicateur ou cible n'est spécifié.
- **Engagements du sommet sur la nutrition pour la croissance (N4G) (2021) :** Cinquante-six engagements pris par 45 pays/organisations uniques ont été pris relativement aux enfants d'âge scolaire, aux adolescents et/ou aux femmes et aux jeunes filles âgées de 15 à 49 ans, mais un grand nombre manquent de spécificité ou ne sont pas mesurables.

Indicateurs prioritaires fondés sur les résultats de l'enquête des parties prenantes

On a demandé aux répondants de donner une note à une liste préliminaire de 38 indicateurs potentiels en fonction de leur importance en santé publique, de la commodité de recueillir des données brutes et de leur disponibilité actuelle dans des enquêtes nationales. Les indicateurs ont reçu des scores allant de 1 (très faible) à 5 (très élevé) pour chaque catégorie. Ces scores ont ensuite été ajoutés pour atteindre une note totale sur 15. Cette enquête a été réalisée par 66 répondants en juin 2022.

Les indicateurs suivants ont été classés comme étant de grande importance en santé publique pour les enfants et les adolescents âgés de 5 à 19 ans, et devraient faire l'objet d'une inclusion dans les systèmes de collecte de données nationales : **la prévalence de l'anémie ; la maigreur et la consommation élevée de sel ; le pourcentage d'enfants et d'adolescentes en bas âge avec une première grossesse et faisant état d'une qualité de vie médiocre, le pourcentage affecté par l'anxiété et la dépression, et le pourcentage recevant une supplémentation en fer et acide folique ; et le pourcentage d'écoles fournissant des repas et proposant une supplémentation hebdomadaire en fer et acide folique (WIFAS) aux adolescentes.**

- Les mesures suivantes, même si elles sont importantes en santé publique, ont été jugées comme irréalisables et des études risquent de s'avérer nécessaires pour explorer des méthodes innovantes plus simples, moins coûteuses, et/ou des mesures indirectes plus exactes : la prévalence de l'anémie, la maigreur (basée sur l'indice de masse corporelle (IMC)), l'anxiété et la dépression.
- Un grand nombre d'indicateurs de couverture des interventions ont été considérés comme étant importants, concrets et actuellement disponibles. Les nutritionnistes mondiaux et nationaux ont besoin de travailler plus étroitement avec les secteurs de l'éducation et de la santé afin de mieux utiliser les données existantes sur les programmes de nutrition des écoles et sur les grossesses chez les adolescentes.
- La prévalence des retards de croissance et les taux bruts d'inscription scolaire ne devraient plus être une priorité dans les plans de collecte de données nationales, surtout lorsqu'ils remplacent d'autres indicateurs importants.

Recommandations pour les cibles mondiales et nationales

Les cibles recommandées suivantes ont été compilées ou adaptées à partir de cibles et recommandations mondiales existantes et devraient être plus largement préconisées :

- **Anémie** : Étendre la cible actuelle (50 % de réduction chez les 15-49 ans) aux préadolescents (âgés de 10 à 14 ans) et aux garçons.
- **Surpoids** : Étendre la cible actuelle (pas d'augmentation du pourcentage d'enfants en surpoids) aux adolescents.
- **Activité physique** : Obtenir une réduction relative de 10 % dans la prévalence de l'inactivité physique (définie comme moins de 60 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse par jour).
- **Maigreur** : S'aligner sur la cible de la petite enfance (6 à 59 mois) et par conséquent avoir une cible pour réduire la maigreur et maintenir cette réduction chez les enfants et les adolescents âgés de 5 à 19 ans [valeur z de l'indice IMC-pour-âge de <-2 ou une circonférence du milieu du bras supérieur médian (périmètre brachial) équivalent à une émaciation modérée ; les limites suggérées pour l'émaciation sévère sont un périmètre brachial < 129 mm chez les enfants âgés de 5 à 9 ans ; et un périmètre brachial de <160 mm chez les enfants âgés de 10 à 14 ans] à moins de 5 %.

- **Politiques nutritionnelles à l'école** : Garantir que toutes les écoles de tous les pays possèdent une politique écrite promouvant une nutrition saine qui répond à tous les éléments du cadre IEAN. Les cibles secondaires connexes devraient inclure
 - la couverture des programmes de supplémentation WIFAS pour les écoles devrait atteindre au moins 80 % des écoles (primaires et secondaires) dans les contextes lourdement touchés (prévalence d'anémie >20 %).
 - Le pourcentage d'adolescentes âgées de 10 à 19 ans recevant une supplémentation WIFAS devrait se situer >60 % dans les contextes lourdement touchés (cela permettra d'atteindre les adolescentes vulnérables qui ne vont pas à l'école).
- **Repas scolaires** : Garantir une couverture adéquate (> 80 % des écoles primaires) et la qualité des programmes nutritionnels à l'école (un minimum de 30 % des besoins quotidiens en énergie, protéines, matières grasses, glucides, fer, vitamine A et zinc, avec des limitations imposées sur la proportion de sucre, de sodium et de matières grasses saturées) dans les pays connaissant des déficits nutritionnels significatifs (c.-à-d. prévalence d'anémie >20 %).
 - Des cibles de couverture et des normes minimums devront également être envisagées pour les écoles secondaires.
- **Apport en sucre** : Réduire l'apport en sucres libres à moins de 10 % de l'apport énergétique total, ou réduire l'apport en sucre par tête à moins de 10 kg/personne/an (ou environ moins de 50 g par jour pour un adolescent). Sachant que la mesure du pourcentage de l'apport énergétique total risque d'être irréalisable dans les enquêtes nationales, le calcul des grammes par jour pourra s'avérer plus réaliste.
- **Apport en sodium** : Étant donné que l'évaluation de l'apport en sodium dans des enquêtes ordinaires s'avère complexe d'un point de vue logistique, nous suggérons une cible pour réduire ou maintenir l'apport moyen en sel chez les enfants et les adolescents à moins de 5 g/jour.

Selon les résultats de notre enquête, il sera également nécessaire d'avoir des cibles fondées sur des données probantes pour les indicateurs décrivant un jeune âge lors de la première grossesse et pour la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent (y compris la qualité de vie, l'anxiété et la dépression). Les cibles suivantes pourront s'avérer appropriées :

- **Taux de fécondité** : Réduire le taux de fécondité des adolescentes (c.-à-d. le pourcentage de filles âgées de 10 à 19 ans qui ont un bébé) à <5 %. Ou bien, une cible pourrait viser à réduire ou maintenir le taux de naissances chez les adolescentes (naissances pour 1000 filles âgées de 15 à 19 ans) à moins de dix naissances pour 1000.
- **Santé mentale** : Réduire le pourcentage d'enfants et d'adolescents touchés par la dépression ou l'anxiété. Pour le calcul d'un chiffre, il faudra avoir recours à des outils standardisés et à des données de référence.
- **Qualité de vie** : Réduire le pourcentage d'enfants et d'adolescents faisant état d'une qualité de vie médiocre. Même si des outils standardisés existent (par ex. l'échelle d'évaluation de la qualité de vie perçue), on devra les valider pour les adolescents dans tous les contextes, et on devra établir des chiffres mondiaux/régionaux de référence pour informer la mise en place de cibles.

Liste des abréviations

AMS	Assemblée mondiale de la santé
BAZ	Score z de l'indice IMC-pour-âge
FAF	Fer et acide folique
GAMA	Action mondiale pour évaluer la santé de l'adolescent
IEAN	Initiative Écoles amies de la nutrition
IMC	Indice de masse corporelle
MNT	Maladie non transmissible
N4G	Nutrition pour la croissance
NCD-GAP	Plan d'action mondial pour la prévention et le contrôle des MNT
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
WIFAS	Supplémentation hebdomadaire en fer et acide folique
WIFAS	Weekly Iron and Folic Acid Supplementation

Auteurs : Natasha Lelijveld et Stephanie V. Wrottesley

Remerciements : Nous remercions Deepika Sharma (UNICEF) Philip James (ENN) pour leur relecture et leurs commentaires judicieux. Nous avons été en mesure d'entreprendre ce travail grâce au généreux soutien de l'UNICEF et du ministère des Affaires étrangères irlandais. Les idées, les opinions et les commentaires inclus engagent uniquement la responsabilité des auteurs de ce document et ne représentent ni ne reflètent forcément les politiques des bailleurs de fonds.

Conception et production : Marten Sealby

Citation recommandée : Nathash Lelijveld et Stephanie V. Wrottesley (2023). Cibles et indicateurs prioritaires du statut nutritionnel et de la couverture des interventions pour les enfants et des adolescents (âgés de 5 à 19 ans). Emergency Nutrition Network (ENN), Kidlington, Oxford, Royaume-Uni. Mars 2023

Photo de couverture : Deux sœurs en train d'étudier à Dhaka. Crédit : ©WFP/Sayed Asif Mahmud

Introduction

La série du Lancet de 2021 sur la nutrition des adolescents recommandait des actions afin de « renforcer et étendre les systèmes de collecte de données pour inclure des indicateurs et des déterminants standardisés de l'état nutritionnel des adolescents, et de la couverture des interventions parmi les adolescents filles et garçons [1]. » Actuellement, le manque de systèmes de surveillance standardisés pour les enfants et les adolescents âgés de 5 à 19 ans limite notre compréhension des problématiques de nutrition et leur résolution. Cela explique également pourquoi un si petit nombre de cibles nutritionnelles existent pour cette tranche d'âge ce qui perpétue le manque de priorité donné à la collecte de données systématiques [2]. Sachant que les obstacles comme les régimes alimentaires de mauvaise qualité, le réchauffement climatique, et les conflits empêchent la nutrition mondiale de progresser, il est plus urgent que jamais de s'employer à résoudre les besoins des enfants et des adolescents de 5 à 19 ans.

En 2018, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ainsi que d'autres partenaires clés reconnaissent le besoin plus général de mesures standardisées et réalisables concernant la santé des adolescents. Le groupe consultatif de l'action mondiale pour l'évaluation de la santé des adolescents (GAMA) a été créé pour améliorer l'évaluation de la santé des adolescents, avec un accent sur la hiérarchisation et l'harmonisation des indicateurs. À l'occasion d'un récent processus de consultation des parties prenantes, le groupe a recommandé 52 indicateurs prioritaires pour la santé des adolescents [3], notamment plusieurs indicateurs liés à la nutrition : surpoids/obésité, maigreur, score d'insécurité alimentaire et prévalence de l'anémie. Alors qu'elle est extrêmement appréciable, la nutrition ne représente qu'une petite partie de l'agenda de l'initiative et mérite des recherches plus approfondies. Par ailleurs, étant donné que les indicateurs de nutrition visent à refléter les degrés divers de risque fonctionnel ou de santé au sein des populations, il est important de prendre en compte l'applicabilité des théories qui sous-tendent les indicateurs comme « la maigreur » chez les enfants de plus de cinq ans et chez les adolescents, tout comme les valeurs limites et les références les plus appropriées pour cette tranche d'âge [2].

Le présent rapport examine les cibles internationales actuelles liées à la nutrition des enfants et des adolescents âgés de 5 à 19 ans. Il suggère l'établissement d'indicateurs prioritaires pour les enquêtes ordinaires en fonction de la mobilisation des parties prenantes et suggère des cibles supplémentaires afin d'évaluer les progrès sur le plan national et mondial.

Analyse des cibles mondiales liées à la nutrition de l'enfant et de l'adolescent

Objectifs de développement durable (ODD)

Alors que la nutrition joue un rôle dans les 17 ODD, qu'elle contribue aux progrès réalisés dans la santé, l'éducation, l'emploi, l'autonomisation des femmes et la réduction de la pauvreté et des inégalités, elle est spécifiquement abordée à l'ODD 2 : « éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir une agriculture durable. » Les adolescentes sont mentionnées dans la cible 2.2 qui vise à mettre fin à toutes les formes de malnutrition d'ici 2030 y compris en réalisant d'ici 2025 les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs au retard de croissance et à l'émaciation parmi les enfants de moins de cinq ans, et en répondant aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées. Toutefois, il n'existe pas d'indicateurs spécifiques aux adolescents pour cette cible, et seules les adolescentes plus âgées (de 15 à 19 ans) sont incluses dans l'indicateur 2.2.3 : prévalence de l'anémie chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, selon l'état de grossesse (pourcentage).

Cibles de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS)

The development of the SDGs considered the targets laid out in the comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition endorsed by the WHA in 2012 [4]. The WHA nutrition targets (2012–2025) are referenced in SDG 2, and similarly include older adolescent girls within the target to achieve a 50% reduction of anaemia in women and girls aged 15–49 years.

Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents

La stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (2016-2030) [5] propose une feuille de route pour mettre fin aux décès évitables des mères, des nourrissons et des enfants d'ici 2030 et améliorer la santé et le bien-être globaux. En s'alignant sur le programme des ODD, il fournit des orientations concernant les approches multisectorielles pour accélérer les progrès. Cette stratégie comprend un cadre de surveillance avec un total de 60 indicateurs (dont 16 clés), un grand nombre étant basés sur ceux spécifiés dans les ODD (par ex. la prévalence de l'anémie chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, par état de grossesse). Un indicateur supplémentaire ayant trait à la nutrition est inclus pour les adolescents : la prévalence de l'inactivité physique parmi les adolescents d'âge scolaire de 11 à 17 ans. Toutefois, bien que l'alignement sur les ODD devrait signifier une cohérence avec les ODD et les cibles de l'ASM pertinents, cela n'est pas spécifié. Et on ne sait pas non plus quelles sont les cibles pour les indicateurs supplémentaires.

Plan d'action mondial de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (NCD-GAP)

Le plan NCD-GAP de l'OMS 2013-2020 [6] complète un plan d'action précédent 2008-2013 avec l'objectif de réduire le fardeau évitable de la morbidité, de la mortalité et du handicap dus aux maladies non transmissibles (MNT). Le NCD-GAP a été depuis prolongé jusqu'en 2030 pour s'aligner sur les ODD et il comprend neuf cibles mondiales volontaires. Même si les cibles ne sont spécifiques à l'âge, dans certains cas, elles incluent un ou plusieurs indicateurs pour les adolescents. Par exemple, la cible 3, d'obtenir une réduction relative de 10 % dans la prévalence de l'inactivité physique spécifie l'indicateur suivant : « prévalence de l'inactivité physique (moins de 60 minutes par jour d'activité d'intensité modérée à vigoureuse) chez les adolescents ». De la même manière, la cible 7, de stopper l'augmentation du diabète et de l'obésité, incorpore un indicateur spécifique aux adolescents. « la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescents (selon la référence de croissance de l'OMS pour les enfants et les adolescents d'âge scolaire) ».

Ligne directrice de l'OMS pour la mise en œuvre d'actions efficaces destinées à améliorer la nutrition des adolescents

La ligne directrice de l'OMS pour la mise en œuvre d'actions efficaces destinées à améliorer la nutrition des adolescents [7] a été publiée en 2018 pour aider les pays à sélectionner et mettre en œuvre des actions pour réaliser les cibles mondiales de nutrition, avec un accent sur le besoin de coordination efficace de tous les secteurs et parties prenantes. Elle consolide les recommandations de l'OMS fondées sur des données pour tenter de résoudre toutes les formes de malnutrition chez les adolescents, garantissant ainsi une vie saine et le bien-être dans ce groupe. Bien que les recommandations aient des incidences soit sur l'intégralité ou un sous-groupe de la population des adolescents, un grand nombre d'entre elles ne ciblent pas spécifiquement les adolescents. Par exemple, les recommandations de l'OMS pour la supplémentation en fer/fer et acide folique destinée à réduire l'anémie dans divers groupes de population (15-49 ans, femmes et filles en âge de procréer, femmes enceintes et après l'accouchement, et enfants d'âge scolaire) en fonction de la prévalence de l'anémie sont citées, mais aucune cible n'est spécifiée. Les recommandations qui précisent des cibles sont notamment :

- La recommandation de promouvoir une alimentation saine chez les adolescents spécifie « une réduction de l'apport en sucres libres chez les adultes et les adolescents », avec une cible recommandée de <10 % d'énergie totale dans les groupes de population.

- Les recommandations pour l'apport en sodium et en potassium suggèrent d'ajuster la ligne directrice pour les adultes à un niveau équivalent pour les enfants.

Lignes directrices de l'OMS sur les soins anténatals et postnatals

Les lignes directrices de l'OMS sur les soins anténatals (2016) [8] et postnatals (2022) [9] visent à améliorer la qualité des soins essentiels, de routine, anténatals et postnatals à travers des approches centrées sur la personne afin d'améliorer la santé et le bien-être des mères et des nouveau-nés. Ces lignes directrices s'appliquent à toutes les femmes et adolescentes enceintes ou après l'accouchement qui reçoivent des services anténatals et postnatals dans n'importe quel environnement de soins ou de proximité ainsi qu'à leur enfant à naître ou nouveau-né. Les deux lignes directrices fournissent des recommandations, notamment en matière de nutrition (éducation à la nutrition et aux micronutriments et supplémentation en micronutriments) et interventions d'activité physique. Comme pour la ligne directrice de l'OMS pour la mise en œuvre d'actions efficaces destinées à améliorer la nutrition des adolescents (voir ci-dessus), aucune cible ni aucun indicateur ne cible spécifiquement les besoins des adolescentes enceintes et après l'accouchement.

Orientation de programmation de l'UNICEF pour la nutrition dans la phase intermédiaire de l'enfance et à l'adolescence

L'orientation de programmation de l'UNICEF pour la nutrition dans la phase intermédiaire de l'enfance et à l'adolescente [10] fournit des orientations opérationnelles pour la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes destinés à prévenir toutes les formes de malnutrition, conformément à la Stratégie de l'UNICEF pour la nutrition 2020-2030. Les priorités de la programmation comprennent (1) des aliments nutritifs et (2) des environnements alimentaires sains dans les écoles et alentour ; (3) une supplémentation en micronutriments et un traitement vermifuge ; (4) une éducation à la nutrition dans le programme scolaire ; et (5) des pratiques alimentaires saines. On propose des recommandations fondées sur des données pour les actions et les interventions visant à prévenir toutes les formes de malnutrition au cours de la phase intermédiaire de l'enfance et à l'adolescence, via une approche systémique de la nutrition qui couvre l'alimentation, l'éducation, la santé, la protection sociale, et les systèmes d'eau et d'assainissement. Cela inclut les repas scolaires, des programmes de fortification et de supplémentation en micronutriments, l'iodation du sel, le développement et l'application de politiques pour protéger les enfants et les adolescents des aliments malsains et du marketing des boissons, l'étiquetage alimentaire et des mesures réglementaires d'incitation/dissuasives, une éducation à la nutrition et des apprentissages fondés sur les compétences, et des stratégies de communication destinées à changer les comportements.

Le document d'orientation reconnaît le manque de cadres de surveillance complets et standardisés pour la nutrition dans la phase intermédiaire de l'enfance et à l'adolescence, ainsi que le besoin d'aider les gouvernements à développer des cadres de surveillance et à examiner les mécanismes pour suivre les progrès réalisés dans les domaines prioritaires. Les cibles et indicateurs mondiaux ne sont pas spécifiés pour la plupart, à l'exception d'une cible de 90 sachets/doses sur six mois au point d'utilisation pour les programmes de fortification multiple par micronutriments en poudre chez les enfants âgés de 5 à 12 ans dans les environnements où la prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de cinq ans est de 20 % ou plus. Un exemple de cadre de rapport et de surveillance national est également fourni, qui suggère un processus clé, des indicateurs d'impact et de résultat pour l'état nutritionnel et la couverture des interventions dans la tranche d'âge de 5 à 19 ans. Même si l'on a besoin de cibles mondiales pour ces indicateurs afin de mesurer les progrès sur le plan mondial, ce document encourage la contextualisation des cibles pour les systèmes de suivi nationaux (et sous-nationaux).

Initiative Écoles amies de la nutrition (IEAN)

L'IEAN a été créé en 2006 pour fournir un cadre garantissant des programmes intégrés basés dans les écoles qui tentent de résoudre le double fardeau de la nutrition par l'intermédiaire de 26 critères essentiels au sein de cinq composantes larges : (1) politiques nutritionnelles scolaires ; (2) sensibilisation et renforcement des capacités de la communauté scolaire ; (3) programmes scolaires avec promotion de la nutrition et de la santé ; (4) environnements scolaires favorables à une bonne nutrition ; et (5) services nutritionnels et de santé scolaires à l'écoute [11]. Au sein des critères essentiels pour la composante (1), les écoles ont pour mission de développer une politique écrite favorable à la nutrition qui reprend tous les aspects du cadre. S'assurer de la présence d'une telle politique dans toutes les écoles

de tous les pays représenterait une cible utile à l'appui de la nutrition et de la santé de la plupart des enfants et des adolescents qui vont à l'école dans le monde.

Engagements du sommet sur la croissance (N4G)

Le sommet sur la nutrition pour la croissance s'est déroulé à Tokyo en décembre 2021 sous la houlette du gouvernement japonais. Il s'agissait du troisième moment de contribution mondiale dans le cadre de « l'année d'action pour la nutrition », conçue pour améliorer les actions destinées à mettre fin à la malnutrition et à garantir que chaque personne dans le monde puisse atteindre son plein potentiel. Le sommet sur la nutrition pour la croissance est intervenu à un moment critique, à mi-parcours de la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition, avec seulement cinq années restantes pour réaliser les cibles de l'ASM et dix années pour réaliser les ODD. Grâce au sommet, 396 nouveaux engagements en matière de nutrition ont été pris par 181 parties prenantes issues de 78 pays. Parmi eux, 56 engagements de 45 pays/organisations uniques avaient trait aux enfants d'âge scolaire (entre 5 et 9 ans), aux adolescents (âgés de 10 à 19 ans) et/ou aux femmes/filles âgées de 15 à 49 ans. Un résumé des interventions en matière de nutrition (repas scolaires, nutrition générale, anémie, diversité alimentaire, surpoids/obésité, carences en micronutriments, retards de croissance, et/ou inclusion de la jeunesse) et des groupes cibles spécifiés dans les engagements est fourni au **Tableau 1**. La majorité (36 %) des engagements avaient trait aux enfants d'âge scolaire, suivis par une proportion similaire (32 %) liée aux enfants et aux adolescents (âgés de 5 à 19 ans). Un total de sept engagements avaient trait aux adolescentes, tandis que 11 ciblaient les adolescentes plus âgées dans la tranche d'âge 15-49 ans.

Certains des engagements sont très spécifiques et peuvent donc être surveillés, par exemple les réductions dans la prévalence de l'anémie, l'amélioration de la proportion de femmes et de filles avec un score de diversité alimentaire acceptable et la réduction de la prévalence de l'obésité. D'autres engagements seront plus difficiles à surveiller, comme l'amplification des interventions de micronutriments et l'assurance que les enfants et les adolescents ont l'occasion d'être des acteurs dans un monde en mouvement. Une liste complète des engagements pertinents avec un complément d'analyse se trouve [ici](#) en anglais. La plupart des engagements ont été enregistrés de manière volontaire dans le Rapport sur la nutrition mondiale, sur le [site web \(anglais\) du cadre de responsabilité en matière de nutrition](#), mais un grand nombre présentent un score SMART faible, ce qui signifie que leur caractère spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporellement défini est faible. Le Rapport sur la nutrition mondiale vise à aider les parties prenantes à améliorer la formulation de leurs engagements existants, pour perfectionner leur score SMART.

Tableau 1 : Résumé des groupes cibles et des interventions en matière de nutrition mentionnées dans les 56 engagements* effectués au cours du sommet N4G 2021

	Adolescentes (10–19 ans)	Enfants et adolescents (5–19 ans)	Enfants d'âge scolaire (5–9 ans)	Femmes et filles (15–49 ans)	Total
Repas scolaires	1	0	11	0	12 (21%)
Nutrition mentionnée au sens large	1	9	4	0	14 (25%)
Anémie	2	2		7	11 (20%)
Diversité alimentaire	0	1	2	2	5 (9%)
Surpoids / obésité	0	3	2	1	6 (11%)
Carences en micronutriments	3	0		1	4 (7%)
Retard de croissance	0	0	1	0	1 (2%)
Inclusion de la jeunesse	0	3	0	0	3 (5%)
TOTAL	7 (12%)	18 (32%)	20 (36%)	11 (20%)	56 (100%)

* Les engagements pertinents sont ceux qui ont trait aux enfants d'âge scolaire (5 et 9 ans), aux adolescents (âgés de 10 à 19 ans) et/ou aux femmes/filles âgées de 15 à 49 ans.

Priority indicators related to nutrition, health and intervention coverage for children and adolescents

Un indicateur est une variable mesurée pour surveiller et noter les progrès et/ou établir ce qui fonctionne ou non [12]. Nous avons mené une enquête rendue publique afin d'identifier les indicateurs prioritaires liés à la nutrition, à la santé et à la couverture des interventions pour les enfants et les adolescents âgés de 5 à 19 ans. On a fait circuler un lien vers l'enquête via e-mail aux membres du [réseau mondial de la nutrition des adolescents](#), qui ont été invités à participer à l'enquête et à la transmettre aux parties prenantes concernées. On a demandé aux répondants de donner une note à une liste préliminaire d'indicateurs en fonction de leur importance en matière de santé publique, de la commodité de recueillir des données brutes et de leur disponibilité actuelle dans des enquêtes nationales. Les indicateurs ont reçu des notes entre 1 (très basse) et 5 (très élevée) pour chaque catégorie, qu'on a ensuite résumées pour obtenir une note totale sur 15. La liste d'indicateurs a été compilée à partir de plusieurs sources, notamment la Banque mondiale, l'enquête Healthy Behaviours in School-aged Children (HBSC), les enquêtes démographiques et sanitaires, l'initiative de l'OMS des écoles attachées à la promotion de la santé, le portail de l'UNICEF sur la santé des adolescents et le score de qualité nutritionnelle des aliments « intake ». L'enquête a été complétée par 66 répondants en juin 2022. La liste préliminaire d'indicateurs et leurs scores sont résumés au [Tableau 2](#).

Tableau 2 : Liste préliminaire d'indicateurs notés par les parties prenantes selon leur importance en termes de santé publique, de commodité et de disponibilité actuelle

Q.	Indicateur	Données brutes requises	Importance en santé publique	Commodité de collecte des données	Disponibilité actuelle des données	Score total/15
Indicateurs et déterminants de l'état nutritionnel chez les 5–19 ans*						
1	Pourcentage d'enfants et d'adolescents de petite taille /avec un retard de croissance (taille pour l'âge)	Taille, âge	3,18	3,04	2,16	8,4
2	Pourcentage d'enfants et d'adolescents maigres (BAZ faible)	Taille, poids, âge	3,58	2,60	2,16	8,4
3	Pourcentage d'enfants et d'adolescents en surpoids (BAZ élevé)	Taille, poids, âge	3,10	2,85	1,85	7,8
4	Pourcentage d'enfants et d'adolescents émaciés (périmètre brachial faible pour l'âge (valeur limite à définir)	Périmètre brachial, âge	3,40	2,69	1,92	8,0
5	Incidence du faible poids de naissance parmi les adolescentes enceintes	Poids de naissance, âge de la mère	3,42	3,04	2,16	8,7
6	Gain de poids durant la grossesse pour les adolescentes	Poids au début de la grossesse et à la fin (points dans le temps à définir)	3,13	2,65	1,70	7,5
7	Prévalence de l'anémie	Taux d'hémoglobine mesurés par piqûre au bout du doigt	3,65	2,43	1,62	7,7

* Bien que nous présentions des indicateurs potentiels pour toute la période de l'adolescence, nous recommandons de ventiler l'évaluation en catégories d'âge standardisé : 5-9 ans, 10-14 ans et 15-19 ans.

8	Prévalence de la carence en vitamine A	Taux sanguins de vitamine A, ou signes cliniques de carence	3,36	2,65	2,44	8,5
9	Prévalence de la carence en iode	Concentrations urinaires d'iode	3,41	2,40	2,00	7,8
10	Prévalence de troubles dus à la carence en iode	Hyperthyroïdie palpable	3,00	2,93	1,64	7,6
11	Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteignant une diversité/adéquation minimum en nutriments (méthode de classification à définir)	Enquête de rappel sur 24 heures ou fréquence des prises alimentaires	3,35	2,93	1,98	8,3
12	Pourcentage consommant au moins 80 % des exigences énergétiques quotidiennes	Enquête de rappel sur 24 heures ou fréquence des prises alimentaires	3,00	2,27	2,02	7,3
13	Pourcentage consommant au moins deux repas par jour	Enquête à une question	3,36	2,46	1,75	7,6
14	Pourcentage de foyers avec des enfants et des adolescents et des dépenses alimentaires <50 % des dépenses totales	Dépenses totales du foyer ; dépenses du foyer en alimentation	3,00	3,00	1,92	7,9
15	Pourcentage de calories quotidiennes consistant en sucre ajouté	Enquête de rappel sur 24 heures ou fréquence des prises alimentaires	3,33	3,00	1,94	8,3
16	Pourcentage d'enfants et d'adolescents consommant plus de 5 g de sel par jour	Enquête de rappel sur 24 heures ; collecte d'urine ponctuelle	3,46	3,10	1,83	8,4
17	Temps moyen de consommation par semaine de fruits/légumes/bonbons/boissons sucrées	Enquête de rappel sur 24 heures ou à une seule question chacune	3,18	2,67	2,07	7,9
Indicateurs de santé et de bien-être chez les 5 à 19 ans						
18	Âge moyen de première activité sexuelle	Âge ; Enquête à une question	3,23	3,15	1,88	8,3
19	Pourcentage de bas âge pour une première grossesse (âge à définir)	Âge ; Enquête à une question	3,55	3,00	2,46	9,0
20	Pourcentage de bas âge au mariage (âge à définir)	Âge ; Enquête à une question	3,14	3,44	2,50	9,1
21	Taux d'achèvement en école secondaire	Données des écoles	3,35	3,51	3,04	9,9
22	Taux d'inscriptions scolaires bruts	Données des écoles	3,12	3,45	3,11	9,7
23	Ratio d'inscription scolaire pour les filles	Taux d'inscription scolaire brute des filles et des garçons	3,38	2,54	3,16	9,1
24	Pourcentage d'enfants et d'adolescents faisant état d'une qualité de vie médiocre	Questionnaire standardisé	3,44	2,46	1,72	7,6
25	Pourcentage d'enfants et d'adolescents avec une perception faible de soutien social	Questionnaire standardisé	3,23	2,59	1,60	7,4

26	Pourcentage d'enfants et d'adolescents touchés par la dépression ou l'anxiété	Questionnaire standardisé	3,44	2,79	1,68	7,9
27	Pourcentage d'enfants et d'adolescents avec des taux d'activité physique insuffisants	Rappel sur 24 heures, observation ou calorimètre	3,34	2,72	1,89	8,0
28	Pourcentage d'enfants et d'adolescents qui pensent que leur corps est trop maigre/gros (c.-à-d. mauvaise image corporelle)	Enquête à une question	3,21	3,02	1,69	7,9
Indicateurs de couverture des interventions chez les 5 à 19 ans						
29	Pourcentage d'enfants et d'adolescents consommant du sel iodé	Enquête de rappel sur 24 heures ou fréquence des prises alimentaires	3,36	3,23	2,35	8,9
30	Pourcentage d'enfants et d'adolescents consommant des aliments fortifiés en fer	Enquête de rappel sur 24 heures ou fréquence des prises alimentaires	4,09	3,17	2,20	9,5
31	Pourcentage d'enfants et d'adolescents consommant des aliments fortifiés en vitamine A	Enquête de rappel sur 24 heures ou fréquence des prises alimentaires	3,91	3,91	2,27	10,1
32	Pourcentage d'enfants et d'adolescents recevant une supplémentation en fer/ acide folique	Enquête à une question	4,42	3,94	2,60	11,0
33	Pourcentage d'enfants et d'adolescents recevant un traitement vermifuge	Enquête à une question	4,14	3,90	3,00	11,0
34	Pourcentage d'écoles donnant une supplémentation WIFAS aux adolescentes	Données des écoles	4,15	3,77	2,46	10,4
35	Pourcentage d'écoles disposant d'un espace sécurisé et propre, pouvant être utilisé pour la récréation, le sport, l'éducation physique ou d'autres activités physiques	Données des écoles	3,81	3,69	2,22	9,7
36	Pourcentage d'écoles ayant des politiques nutritionnelles/de promotion de la santé écrites	Données des écoles	3,95	3,74	2,08	9,8
37	Pourcentage d'écoles rapportant que leur programme inclut la nutrition et d'autres aspects de la santé physique et du bien-être	Données des écoles	4,05	3,95	2,07	10,1
38	Pourcentage d'écoles fournissant une alimentation scolaire (contenu nutritionnel à définir)	Données des écoles	4,30	3,95	2,95	11,2

Les résultats sont présentés en tant que score moyen sur 5, sauf la dernière colonne qui fournit la somme des trois scores moyens. Abréviations : **BAZ** – score z de l'indice IMC-pour-âge

Les principaux indicateurs de notation de l'état nutritionnel, de la santé et du bien-être, et de la couverture des interventions, en fonction de l'importance en santé publique, de la commodité et de la disponibilité actuelle, sont présentés aux **Tableaux 3-5**. Parmi les indicateurs de la nutrition, la prévalence de l'anémie a eu le score le plus élevé pour l'importance en santé publique, suivie par la prévalence de la maigreur et la consommation élevée de sel. Toutefois, ni la maigreur ni l'anémie n'ont reçu de score élevé pour ce qui est de la commodité, bien que la maigreur soit arrivée dans les trois premiers pour ce qui est de la disponibilité actuelle des données. La consommation élevée de sel est arrivée dans les trois premiers pour ce qui est de l'importance et de la commodité. Chose intéressante, l'anémie a reçu un score relativement faible en comparaison pour ce qui est de la disponibilité actuelle des données, même si la prévalence de l'anémie est régulièrement enquêtée chez les femmes/filles âgées de 15 à 49 ans et que des données pour les adolescents sont disponibles dans les études (**Tableau 6** : résultats pour les indicateurs les plus faiblement disponibles actuellement) [13]. Ceci s'explique peut-être par le fait que les répondants ont estimé que les données sur la prévalence de l'anémie devraient être plus largement disponibles (pas seulement pour les femmes/filles de 15 à 19 ans) et pour les deux sexes, ou parce que les méthodes de mesures actuelles sont inexactes (c.-à-d. qu'elles n'utilisent généralement pas du sang de prélèvement veineux) et qu'elles ne différencient pas l'anémie par carence en fer d'autres formes d'anémie.

Parmi les indicateurs de santé et de bien-être liés à la nutrition, le pourcentage d'adolescents en bas âge à la première grossesse a été classé comme le plus élevé en termes d'importance de santé publique, suivi par la proportion d'enfants et d'adolescents avec une perception de mauvaise qualité de vie, et le pourcentage de ceux touchés par l'anxiété et la dépression. En comparaison, aucun de ces indicateurs n'a reçu des scores élevés en termes de commodité ou de disponibilité. Le pourcentage d'enfants et d'adolescents touchés par l'anxiété et la dépression a reçu un score comparativement faible pour ce qui est de la disponibilité actuelle.

S'agissant des indicateurs de couverture des interventions, ceux perçus comme d'une grande importance pour la santé publique étaient le pourcentage d'enfants et d'adolescents recevant une supplémentation WIFAS, le pourcentage d'écoles fournissant des repas scolaires (avec un contenu nutritionnel minimum restant à définir) et le pourcentage d'écoles fournissant une supplémentation WIFAS aux adolescentes. La couverture en suppléments de fer et acide folique et le pourcentage d'écoles fournissant des repas scolaires ont reçu les scores les plus élevés en termes de commodité et de disponibilité actuelle. D'une manière générale, les indicateurs de couverture des interventions ont reçu des scores relativement élevés dans les trois catégories. Certains indicateurs comme la prévalence du retard de croissance et le taux brut d'inscription scolaire ont reçu des scores élevés en termes de disponibilité, mais des scores relativement faibles en termes d'importance de santé publique.

Tableau 3 : Les indicateurs ayant reçu le score le plus élevé pour la nutrition, la santé et le bien-être, et la couverture des interventions en fonction de leur importance pour la santé publique

Importance pour la santé publique données	1	2	3
Indicateurs de nutrition	Prévalence de l'anémie (3,65)	Pourcentage d'enfants et d'adolescents maigres (BAZ faible) (3,58)	Pourcentage d'enfants et d'adolescents consommant plus de 5 g de sel par jour (3,46)
Indicateurs liés à la santé et au bien-être	Pourcentage de bas âge pour une première grossesse (âge à définir) (3,55)	Pourcentage d'enfants et d'adolescents faisant état d'une qualité de vie médiocre (3)	Pourcentage d'enfants et d'adolescents touchés par la dépression ou l'anxiété (2,46)
Indicateurs de couverture des interventions	Pourcentage d'enfants et d'adolescents recevant une supplémentation en fer/folate (4,42)	Pourcentage d'écoles fournissant une alimentation scolaire (contenu nutritionnel à définir) (4,3)	Pourcentage d'écoles donnant une supplémentation WIFAS aux adolescentes (4,15)

Les nombres entre parenthèses représentent le score moyen par indicateur (sur 5).

Abréviations : **BAZ** – score z de l'indice IMC-pour-âge

Tableau 4 : Les indicateurs ayant reçu le score le plus élevé pour la nutrition, la santé et le bien-être, et la couverture des interventions en fonction de la commodité de collecte des données

Commodité de collecte des données	1	2	3
Indicateurs de nutrition	Incidence du faible poids de naissance chez les adolescentes enceintes (3,3)	Pourcentage d'enfants et d'adolescents consommant plus de 5 g de sel par jour (3,1)	Pourcentage d'enfants et d'adolescents avec une petite taille/un retard de croissances (taille par rapport à l'âge) (3,04)
Indicateurs liés à la santé et au bien-être	Taux d'achèvement en école secondaire (3,51)	Taux d'inscriptions scolaires bruts (3,45)	Pourcentage de bas âge au mariage (âge à définir) (3,44)
Indicateurs de couverture des interventions	Pourcentage d'écoles fournissant une alimentation scolaire (contenu nutritionnel à définir) (3,95)	Pourcentage d'écoles rapportant que leur programme inclut la nutrition et d'autres aspects de la santé physique et du bien-être (3,95)	Pourcentage d'enfants et d'adolescents recevant une supplémentation en fer/folate (3,94)

Les nombres entre parenthèses représentent le score moyen par indicateur (sur 5).

Tableau 5 : Les indicateurs ayant reçu le score le plus élevé pour la nutrition, la santé et le bien-être, et la couverture des interventions en fonction de leur disponibilité actuelle

Données actuellement disponibles	1	2	3
Indicateurs de nutrition	Prévalence de la carence en vitamine A (2,44)	Pourcentage d'enfants et d'adolescents avec une petite taille/un retard de croissances (taille par rapport à l'âge) (2,16)	Pourcentage d'enfants et d'adolescents maigres (BAZ faible) (2,16)
Indicateurs liés à la santé et au bien-être	Ratio d'inscription scolaire pour les filles (3,16)	Taux bruts d'inscriptions scolaires (3,11)	Taux d'achèvement en école secondaire (3,04)
Indicateurs de couverture des interventions	Pourcentage d'enfants et d'adolescents recevant un traitement vermifuge (3,0)	Pourcentage d'écoles fournissant une alimentation scolaire (contenu nutritionnel à définir) (2,95)	Pourcentage d'enfants et d'adolescents recevant une supplémentation en fer/folate (2,6)

Les nombres entre parenthèses représentent le score moyen par indicateur (sur 5).

Abréviations : **BAZ** – score z de l'indice IMC-pour-âge

Tableau 6 : Les indicateurs ayant reçu le score le plus bas pour la nutrition, la santé et le bien-être, et la couverture des interventions en fonction de leur disponibilité actuelle

Disponibilité actuelle des données *LA PLUS FAIBLE*	1	2	3
Indicateurs de nutrition	Prévalence de l'anémie (1,62)	Prévalence d'un trouble causé par une carence en iode (1,64)	Gain de poids pendant la grossesse chez les adolescentes (1,7)
Indicateurs liés à la santé	Pourcentage d'enfants et d'adolescents avec une perception faible de soutien social (1,6)	Pourcentage d'enfants et d'adolescents touchés par la dépression ou l'anxiété (1,68)	Pourcentage d'enfants et d'adolescents qui pensent que leur corps est trop maigre/gros (1,69)
Indicateurs de couverture des interventions	Pourcentage d'écoles rapportant que leur programme inclut la nutrition et d'autres aspects de la santé physique et du bien-être (2,07)	Pourcentage d'écoles ayant des politiques nutritionnelles/de promotion de la santé écrites (2,08)	Pourcentage d'enfants et d'adolescents consommant des aliments fortifiés en fer (2,2)

Les nombres entre parenthèses représentent le score moyen par indicateur (sur 5).

Lorsqu'on leur a demandé de suggérer d'autres indicateurs clés liés à la nutrition ne figurant pas sur la liste préliminaire, les répondants à l'enquête ont fourni les suggestions suivantes :

- Le pourcentage d'enfants et d'adolescents ayant accès à de l'eau potable propre/à un autre type d'eau, à des installations sanitaires et à l'hygiène
- La prévalence des infections à la bactérie *helicobacter pylori* et la couverture des interventions pour les atténuer
- Le pourcentage d'enfants et d'adolescents ayant une anémie prouvée par prélèvement de sang veineux (plus exact que la méthode d'enquête actuelle : sang capillaire)
- La proportion d'écoles dotées de clubs de nutrition établis
- La prévalence de l'abus d'alcool et de drogues

- Le pourcentage d'adolescents qui estiment avoir un certain contrôle sur les décisions qui affectent leur vie (lié au niveau de "mobilisation de la jeunesse")
- La présence à l'école, et pas seulement l'inscription
- Le score de faim/d'insécurité alimentaire
- Le niveau d'éducation des parents
- Les indicateurs de sécurité alimentaire
- Les indicateurs des ressorts motivants les choix alimentaires, par ex. le coût de la nourriture, les perceptions, la disponibilité, la commodité et les connaissances dans le domaine alimentaire
- Le pourcentage d'adolescents inscrits à un système de distribution alimentaire générale/la proportion de personnes inscrites à des systèmes de distribution alimentaire qui sont des adolescents
- La prévalence des difficultés d'apprentissage parmi les enfants et les adolescents

D'autres considérations suggérées par les répondants incluaient le besoin d'obtenir des données sur les groupes d'adolescents vulnérables, comme ceux qui ne vont pas à l'école et ceux qui sont en milieu carcéral. Il a également été remarqué que même si tous les indicateurs peuvent être considérés comme importants, il est nécessaire de renforcer les données de base peu abondantes liant les indicateurs aux résultats fonctionnels. Un grand nombre d'indicateurs sur la liste, hormis les indicateurs biochimiques, sont des mesures indirectes de l'état nutritionnel, et leurs implications fonctionnelles restent à être déterminées. Les répondants ont également fait remarquer que les indicateurs biochimiques, comme ceux qui évaluent l'état de micronutriments, sont actuellement trop coûteux à mettre en œuvre et que leur utilisation est irréalisable dans de nombreux contextes. Même dans le cadre d'études de recherche de petite échelle, il est difficile d'obtenir des prélèvements sanguins, et de trouver un laboratoire où les prélèvements sanguins peuvent être testés de manière fiable et exacte dans de nombreux pays. Il n'est par conséquent pas réalisable d'incorporer ces évaluations dans les enquêtes et les systèmes de surveillance nationaux. .

Résumé et recommandations faisant suite à l'enquête sur les indicateurs prioritaires

- Les indicateurs suivants ont été classés comme étant de grande importance pour la santé publique chez les enfants et les adolescents âgés de 5 à 19 ans, et devraient faire l'objet d'une inclusion dans les enquêtes nationales et d'une simplification pour d'autres études de recherche : la prévalence de l'anémie ; la maigreur et la consommation élevée de sel ; le pourcentage d'enfants et d'adolescentes en bas âge pour une première grossesse et faisant état d'une qualité de vie médiocre, le pourcentage touché par l'anxiété et la dépression, et le pourcentage recevant une supplémentation en fer et en acide folique ; et la proportion d'écoles fournissant des repas et proposant une supplémentation WIFAS aux adolescentes.
- Les mesures suivantes, même si elles sont importantes pour la santé publique, ont été jugées irréalisables et des études risquent de s'avérer nécessaires pour explorer des méthodes innovantes plus simples, moins coûteuses, et/ou des mesures indirectes plus exactes : la prévalence de l'anémie, la maigreur (basée sur l'indice de masse corporelle (IMC)), l'anxiété et la dépression.
- Les études sur l'utilisation du périmètre brachial pour évaluer la maigreur chez les enfants et les adolescents de 5 à 19 ans, et le développement et la validation de questionnaires de santé mentale simples pour cette tranche d'âge pourraient contribuer à tenter de répondre à certains de ces problèmes. Bien que la valeur limite du périmètre brachial pour les enfants et les adolescents de 5 à 19 ans reste à être déterminée et validée, les valeurs limites suivantes ont été suggérées pour l'évaluation de l'émaciation sévère : Périmètre brachial <129 mm chez les enfants de 5 à 9 ans ; et périmètre brachial de <160 mm chez les enfants de 10 à 14 ans [14].
- Un grand nombre d'indicateurs de couverture des interventions ont été considérés comme étant importants, concrets et actuellement disponibles. Les nutritionnistes mondiaux et nationaux ont besoin de travailler plus étroitement avec les secteurs de l'éducation et de la santé afin de mieux utiliser les données existantes sur les programmes de nutrition des écoles et sur les grossesses chez les adolescentes.
- La prévalence des retards de croissance et les taux bruts d'inscription scolaire ne devraient plus être une priorité dans les plans de collecte de données nationales, surtout lorsqu'ils remplacent d'autres indicateurs jugés comme étant plus importants pour la santé publique.

Suggestion de cibles mondiales et nationales à l'appui de la nutrition, de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents âgés de 5 à 19 ans

Des cibles fondées sur des données probantes ambitieuses, mais réalistes sont nécessaires pour promouvoir, étayer et surveiller les progrès. Comme nous l'avons mentionné plus haut, même si les adolescentes plus âgées sont incluses dans les cibles pour la réduction de l'anémie, une plus grande variété de cibles spécifiques aux adolescents sont nécessaires pour garantir qu'on améliore l'état nutritionnel et la couverture des interventions chez les enfants et les adolescents. Les cibles recommandées suivantes ont été compilées ou adaptées de cibles et recommandations mondiales existantes et devraient être plus largement préconisées :

- **Anémie** : Étendre la cible actuelle (50 % de réduction chez les femmes/filles âgées de 15 à 49 ans) aux préadolescents (âgés de 10 à 14 ans) et aux garçons.
- **Surpoids** : Étendre la cible actuelle (pas d'augmentation du surpoids pendant l'enfance) aux adolescents.
- **Activité physique** : Obtenir une réduction relative de 10 % dans la prévalence de l'inactivité physique (définie comme moins de 60 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse par jour).
- **Maigreur** : S'aligner sur la cible de la petite enfance (6 à 59 mois) et par conséquent avoir une cible pour réduire la maigreur et maintenir cette réduction chez les enfants et les adolescents âgés de 5 à 19 ans [valeur Z de l'indice IMC-pour-âge de <-2 ou une circonférence du milieu du bras supérieur médian (périmètre brachial) équivalent à une émaciation modérée ; les valeurs limites suggérées pour l'émaciation sévère sont un périmètre brachial < 129 mm chez les enfants âgés de 5 à 9 ans ; et un périmètre brachial de < 160 mm chez les enfants âgés de 10 à 14 ans] à moins de 5 %.
- **Politiques nutritionnelles à l'école** : Garantir que toutes les écoles de tous les pays possèdent une politique écrite promouvant une nutrition saine qui répond à tous les éléments du cadre IEAN. Cette politique devra garantir la disponibilité de supplémentation en fer et en acide folique pour les enfants d'âge scolaire et les adolescentes dans les contextes pertinents, avec des sous-cibles spécifiques comme :
 - La couverture des programmes de supplémentation WIFAS devrait atteindre au moins 80 % des écoles (primaires et secondaires) dans les contextes à fardeau élevé (prévalence de l'anémie >20 %).
 - Le pourcentage d'adolescentes âgées de 10 à 19 ans recevant une supplémentation WIFAS devrait être >60 % dans les contextes à fardeau élevé (cela permettra d'atteindre les adolescents qui ne sont pas à l'école).
- **Repas scolaires** : Garantir une couverture adéquate et la qualité des programmes d'alimentation scolaire dans les pays présentant des carences nutritionnelles importantes (c.-à-d. avec une prévalence de l'anémie >20 %).
 - Dans une analyse de l'échelle des besoins pour les programmes d'alimentation scolaire, Drake et al. suggèrent le chiffre de 80 % comme cible prudente pour la couverture des programmes d'alimentation scolaire, ce qui devrait garantir que l'on atteigne tous les enfants dans le besoin [15].
 - Des cibles de couverture et des normes minimums devront également être envisagées pour les écoles secondaires.
 - Même si les lignes directrices et normes en matière de nutrition doivent être spécifiques au contexte (en tenant compte des questions et des priorités de santé et de nutrition de la population cible, la composition alimentaire, et la production agricole locale [16]), l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) recommande qu'elles fournissent un minimum de 30 % des besoins quotidiens totaux en énergie, protéines, matières grasses, glucides, fer, vitamine A et zinc, avec des limitations fixées sur la proportion de sucre, de sodium et de matières grasses saturées.
- **Apport en sucre** : Réduire l'apport en sucres libres à moins de 10 % de l'apport énergétique total, comme stipulé dans les actions efficaces de l'OMS pour améliorer la nutrition des adolescents [7] ; ou réduire l'apport en sucre par tête à moins de 10 kg/personne/an (ou environ moins de 50 g par jour pour un adolescent). Sachant que le calcul

de la proportion de sucres libres dans l'apport énergétique total risque de s'avérer irréalisable dans les enquêtes nationales, nous recommandons une cible pratique de réduction de l'apport en sucre moyen chez les enfants et les adolescents à moins de 50 g par jour.

- **Apport en sodium** : On recommande une réduction de l'apport en sodium chez les enfants et les adolescents. Le niveau maximum recommandé d'apport de 2 g de sel par jour chez les adultes devra être ajusté en fonction des besoins énergétiques des enfants relativement à ceux des adultes [7]. Étant donné que l'évaluation de l'apport en sodium est compliquée du point de vue logistique dans les enquêtes de routine, nous suggérons une cible destinée à réduire ou maintenir l'apport en sel moyen chez les enfants et les adolescents à moins de 5 g par jour.

Selon les résultats de notre enquête, des cibles fondées sur des données probantes pour les indicateurs décrivant un bas âge lors de la première grossesse, et pour la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent (y compris la qualité de vie, l'anxiété et la dépression) seront également nécessaires. Les cibles suivantes pourront s'avérer appropriées :

- **Taux de fécondité** : Réduire le taux de fécondité des adolescentes (c.-à-d. le pourcentage de filles âgées de 10 à 19 ans ayant un bébé) à <5 % (le taux mondial de fécondité des adolescentes se situe actuellement à environ 15 % ; certains pays ont d'ores et déjà mis en place des cibles, comme les États-Unis [17]). Autrement, une cible pourrait viser à réduire ou maintenir le taux de naissance chez les adolescentes (naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans) à moins de 10 naissances pour 1 000 [18].
- **Santé mentale** : Réduire le pourcentage d'enfants et d'adolescents touchés par la dépression ou l'anxiété. Pour pouvoir quantifier un chiffre, il faudra avoir recours à des outils standardisés et à des données de référence.
- **Qualité de vie** : Réduire le pourcentage d'enfants et d'adolescents faisant état d'une qualité de vie médiocre. Même si des outils standards existent (par ex. l'échelle d'évaluation de la qualité de vie perçue), on devra les valider pour les adolescents dans tous les contextes, et on devra établir des chiffres mondiaux/régionaux de référence pour informer la mise en place de cibles.

Étapes suivantes

Bien que le manque d'indicateurs et de cibles pour la nutrition des enfants et des adolescents âgés de 5 à 19 ans reste une lacune critique, plusieurs initiatives sont en cours pour y remédier. L'action GAMA de l'OMS s'attache à améliorer les indicateurs pour évaluer la santé de l'adolescent. Les actions jusqu'ici ont inclus une cartographie des initiatives d'évaluation, notamment des indicateurs de santé des adolescents ; la sélection de domaines prioritaires pour l'évaluation de la santé de l'adolescent ; la cartographie de plus de 400 indicateurs de santé utilisés par les initiatives d'évaluation actuelles et la sélection de 36 indicateurs clés recommandés ; l'identification d'une liste des lacunes en matière d'évaluation de la santé de l'adolescent. On prévoit de développer les orientations GAMA pour mesurer les indicateurs prioritaires à utiliser par les parties prenantes et les pays pertinents. La nutrition est incluse comme petite composante des activités de GAMA. Un nouveau groupe consultatif d'experts de l'OMS (2022) a également été mis en place pour faire progresser l'évaluation du bien-être des adolescents, la santé et la nutrition étant l'un des domaines explorés. Ce groupe va collaborer avec le groupe de travail sur la responsabilité du Partenariat pour la santé de la mère, du nourrisson et de l'enfant, le groupe de travail sur l'initiative de bien-être des adolescents, et le groupe consultatif GAMA.

L'UNICEF aura également un rôle critique à jouer dans cette discussion, et a mis au point un nouveau [portail de données sur les adolescents](#) (2022) où figurent une sélection d'indicateurs clés sur la santé et la nutrition, l'éducation et l'apprentissage, la protection, et la transition vers le monde du travail. L'UNICEF a également créé un groupe technique consultatif afin de créer un cadre de surveillance de la nutrition des enfants et des adolescents d'âge scolaire : le groupe de mesures de la nutrition chez les enfants et les adolescents d'âge scolaire. En même temps, Nutrition International s'efforce d'améliorer l'évaluation de l'éducation à la nutrition et les initiatives de changement de comportements dans les écoles, en commençant par une enquête des parties prenantes.

D'autres initiatives dignes d'être notées incluent le [Research Consortium for School Health and Nutrition](#), hébergé par la London School of Hygiene and Tropical Medicine, qui organise une pratique collective sur « l'évaluation de la nutrition ». Cette dernière possède plusieurs sous-rubriques pertinentes au développement d'indicateur, notamment « l'évaluation de l'état et de la fonction nutritionnels ». Les approches participatives qui incluent les voix des adolescents dans la création d'indicateurs de nutrition prioritaires sont également en train d'être développées et sont d'importance vitale.

À l'avenir, on aura besoin d'une meilleure collaboration entre les initiatives existantes qui devront davantage privilégier la nutrition. La cartographie des indicateurs prioritaires contribuera aux diverses initiatives de suivi, comme celle du groupe de mesures de la nutrition chez les enfants et les adolescents d'âge scolaire de l'UNICEF. On devrait fixer des cibles intermédiaires pour la nutrition des enfants et des adolescents, en plus des efforts qui sont déployés pour remédier aux lacunes de données probantes identifiées dans le présent rapport. .

Bibliographie

- 1 Hargreaves, D, et al (2021). Strategies and interventions for healthy adolescent growth, nutrition, and development. *The Lancet*. **399**(10320): 198-210.
- 2 Lelijveld, N, et al (2022). Towards standardised and valid anthropometric indicators of nutritional status in middle childhood and adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*. **6**(10): 738-746.
- 3 Marsh, AD, et al (2022). Priority indicators for adolescent health measurement—recommendations from the Global Action for Measurement of Adolescent Health (GAMA) Advisory Group. *Journal of Adolescent Health*. **71**(4): 455-465.
- 4 Organisation mondiale de la Santé (2014). Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. Genève.
- 5 Kuruvilla, S, et al (2016). The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030): A roadmap based on evidence and country experience. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. **94**(5): 398-400.
- 6 Organisation mondiale de la Santé (2013). Plan d'action mondial pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles 2013-2020. Genève.
- 7 Organisation mondiale de la Santé (2018). Guideline : Implementing effective actions for improving adolescent nutrition. Genève.
- 8 Organisation mondiale de la Santé (2016). Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève.
- 9 Organisation mondiale de la Santé (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Genève.
- 10 UNICEF (2021). Guide de programmation : La nutrition dans la phase intermédiaire de l'enfance et à l'adolescence. New York.
- 11 Organisation mondiale de la Santé (2021). Nutrition action in schools: A review of evidence related to the Nutrition-Friendly Schools Initiative. Genève.
- 12 Murray, CJ (2007). Towards good practice for health statistics: Lessons from the Millennium Development Goal health indicators. *The Lancet*. **369**(9564): 862-873.
- 13 Wrottesley, SV, et al (2023). Nutritional status of school-age children and adolescents in low-and middle-income countries across seven global regions: A synthesis of scoping reviews. *Public Health Nutrition*. **26**(1): 63-95.
- 14 Organisation mondiale de la Santé (2009). Guidelines for an integrated approach to nutritional care of HIV-infected children (6 months–14 years). Genève.
- 15 Drake, LJ, et al (2020). Establishing global school feeding program targets: How many poor children globally should be prioritized, and what would be the cost of implementation? *Frontiers in Public Health*. **8**(530176).
- 16 FAO (2019). Nutrition guidelines and standards for school meals: A report from 33 low- and middle-income countries. Rome.
- 17 Azar, B (2012). Adolescent pregnancy prevention highlights from a citywide effort. *American Journal of Public Health*. **102**(10): 1837-1841.
- 18 Organisation mondiale de la Santé (2022). Principaux repères : Grossesse chez les adolescentes. Genève. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy><https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=Globally%2C%20ABR%20has%20decreased%20from,per%201000%20women%20in%202021>



ENN

2nd Floor, Marlborough House,
69 High Street, Kidlington, Oxfordshire, OX5 2DN, UK

office@enonline.net www.enonline.net +44 (0)1865 372340