



© WFP/Joel Ekström

Rapportage de l'état nutritionnel des adolescents

Comment la mise à jour de l'enquête démographique et de santé favorise les politiques et la programmation

La nutrition des adolescents est sous-représentée dans les systèmes nationaux de collecte des données.¹ De ce fait, notre capacité à élaborer des politiques et des programmes à l'écoute des adolescents et à suivre les progrès reste limitée.^{1,2} La mise à jour la plus récente du programme de l'enquête démographique et de santé (DHS-8) recense les indicateurs de l'état nutritionnel spécifiques aux adolescents. Les présentes informations techniques expliquent LES RAISONS pour lesquelles ces changements étaient nécessaires et LA MANIÈRE dont elle aidera les pays à mieux répondre aux besoins de cette catégorie démographique.

Pourquoi la nutrition des adolescents est-elle importante ?

Dans le monde, plus d'une personne sur six est un adolescent (âgé de 10 à 19 ans).³ Pendant l'adolescence, la nutrition a un impact sur la croissance, la santé et les apprentissages, pour les générations actuelles et futures.⁴ À ce niveau, les améliorations apportées peuvent contribuer à construire des sociétés saines et prospères et aider les pays à atteindre les objectifs du Programme de développement durable à l'horizon 2030.^{3,5}

Pourquoi manque-t-on de données sur la nutrition des adolescents ?

En dépit de leur importance, les adolescents sont sous-représentés dans les systèmes nationaux de collecte des données. De nombreux indicateurs nutritionnels et de santé se concentrent sur les femmes en âge de procréer, dont l'âge se situe entre 15 et 49 ans. Ainsi, seules les données concernant les adolescentes plus âgées (entre 15 et 19 ans) appartenant à ce groupe de femmes font l'objet d'un rapportage régulier dans les enquêtes représentatives au niveau national.

L'anthropométrie, notamment la mesure du poids et de la taille, forme la clé de voûte du suivi nutritionnel chez les enfants de moins de 5 ans et les adultes.⁶ En ce qui concerne les adolescents, le manque d'harmonisation des indicateurs anthropométriques a entraîné leur exclusion des systèmes de collecte des données.⁶

Comment le programme de l'enquête démographique et de santé (programme DHS) rapportait-il les données nutritionnelles concernant les adolescents avant la mise à jour ?

Le programme DHS utilise des enquêtes auprès des ménages représentatives à l'échelle nationale pour collecter des informations nutritionnelles sur les enfants de moins de 5 ans, les femmes âgées de 15 à 49 ans et, dans certains cas, les hommes âgés de 15 à 49 ans. Pour les adolescents âgés de 15 à 19 ans, les mesures anthropométriques (poids et taille) sont collectées et utilisées pour le calcul des indicateurs nutritionnels de ce groupe de population, y compris la proportion de personnes de petite taille, maigres et en surpoids.

Récemment encore, les rapports de pays présentaient essentiellement les indicateurs anthropométriques selon les définitions applicables aux adultes : une taille inférieure à 1,45 m pour la petite taille, un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 kg/m² pour la maigreur (maigreur légère et modérée/sévère) et un IMC supérieur à 25 kg/m² pour le surpoids et l'obésité.

Pourquoi un changement était-il nécessaire ?

Utiliser des définitions applicables aux adultes pour classer l'état nutritionnel des adolescents ne tient pas compte des différences entre les genres ni de celles observées à mesure que les adolescents grandissent. Ces aspects sont pourtant essentiels du fait des grandes variations de croissance et de maturation qui existent entre les filles et les garçons plus jeunes et plus âgés au cours de cette période.

- **Petite taille (retard de croissance) :** Chez les adultes, une taille inférieure à 1,45 m définit la notion de petite taille, associée à une augmentation des risques obstétricaux.⁷ Environ un cinquième de la taille adulte est atteint pendant l'adolescence.⁴ Par conséquent, ce seuil absolu n'est pas applicable aux personnes âgées de moins de 20 ans.
- **Maigreur et surpoids :** L'utilisation d'un IMC conçu pour les adultes entraîne généralement une surestimation importante du pourcentage d'adolescents classés comme « maigres » et sous-estime légèrement le pourcentage de ceux étant « en surpoids » (**Figures 1 et 2**). Cela a un impact sur la capacité des pays à évaluer avec précision le nombre d'adolescents touchés par la malnutrition, à définir des cibles pertinentes et à suivre les progrès réalisés.^{1,2}

Figure 1 : Comparaison des estimations de la prévalence de la maigreur en fonction du score z de l'IMC-pour-âge et des seuils de l'IMC chez l'adulte

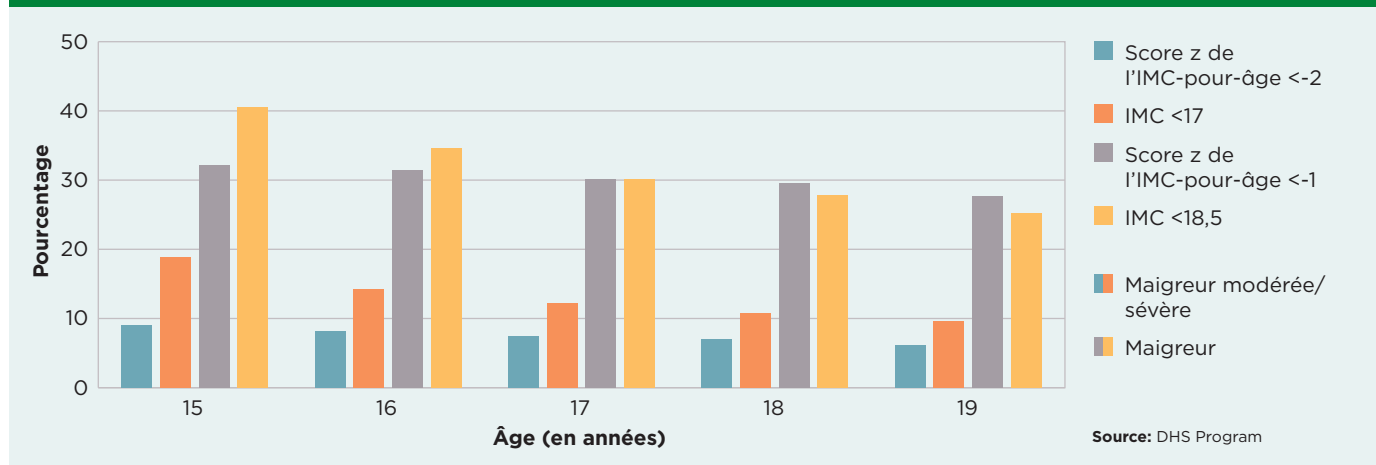
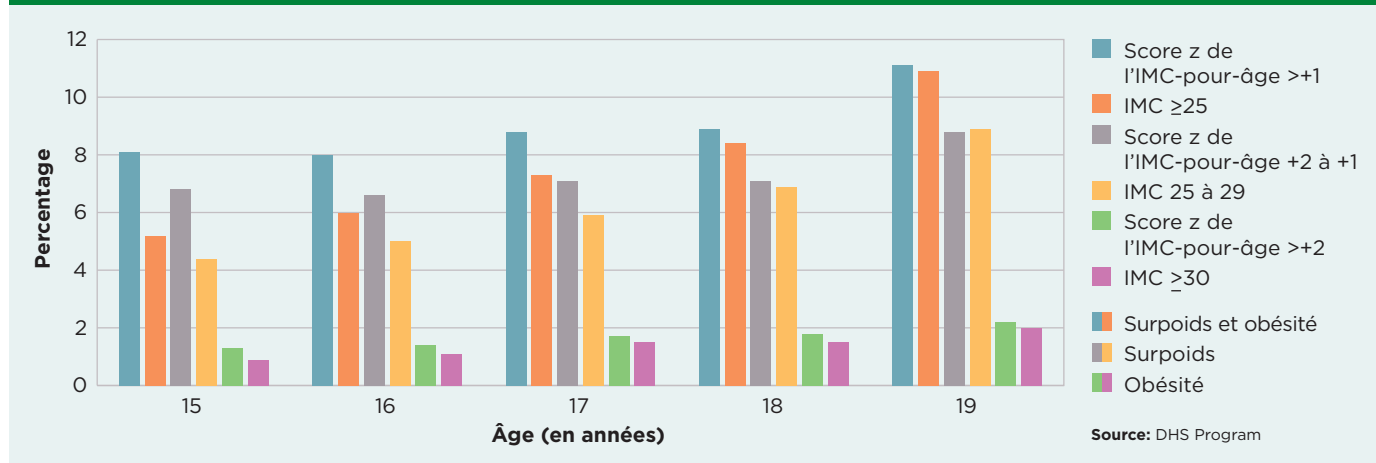


Figure 2 : Comparaison des estimations de la prévalence du surpoids et de l'obésité en fonction du score z de l'IMC-pour-âge et des seuils de l'IMC chez l'adulte



Qu'est-ce qui a changé ?

La mise à jour la plus récente (DHS-8) intègre l'utilisation de valeurs taille-pour-âge et IMC-pour-âge spécifiques à l'âge et au genre pour définir la petite taille, la maigreur et le surpoids chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans (**Encadré 1**). Cela permet aux rapports de pays de mieux refléter les niveaux de malnutrition à l'échelle nationale, ce qui permet de prendre les mesures qui s'imposent.

Encadré 1 : Indicateurs anthropométriques compris dans la mise à jour DHS-8 pour les adolescentes (âgées de 15 à 19 ans)

Petite taille	Score z de la taille-pour-âge < -2
Maigreur (total)	Score z de l'IMC-pour-âge < -1
Maigreur légère	Score z de l'IMC-pour-âge < -1 à -2
Maigreur modérée et sévère	Score z de l'IMC-pour-âge < -2
Surpoids et obésité	Score z de l'IMC-pour-âge > +1
Surpoids	Score z de l'IMC-pour-âge +1 à +2
Obésité	Score z de l'IMC-pour-âge > +2

Quelles sont les conséquences pour l'interprétation des tendances ?

Les estimations de la prévalence relatives à l'état nutritionnel des adolescents fondées sur les définitions de l'IMC conçu pour les adultes ne peuvent être comparées à celles fondées sur la valeur IMC-pour-âge. Pour pouvoir suivre correctement l'évolution de la prévalence au fil du temps, il convient d'utiliser les nouveaux indicateurs spécifiques aux adolescents pour recalculer les estimations des enquêtes précédentes qui appliquaient à la population adolescente les définitions associées à l'IMC chez l'adulte.

Quelles sont les conséquences pour les politiques et les programmes ?

De nombreux programmes et politiques se concentrent sur les femmes en âge de procréer, dont l'âge se situe entre 15 et 49 ans. Par conséquent, ils devront intégrer les nouveaux indicateurs de l'état nutritionnel des adolescents à leurs cibles, à leurs systèmes de suivi et d'évaluation et à leur rapportage.

Où trouver davantage d'informations ?

- Vous trouverez plus d'informations sur les indicateurs nutritionnels DHS-8 (y compris sur l'anthropométrie se rapportant aux adolescents) dans le [cours d'apprentissage en ligne consacré aux indicateurs nutritionnels de l'enquête démographique et de santé](#).
- Découvrez comment les gouvernements peuvent « [investir dans le présent et l'avenir](#) » en s'engageant en faveur de la santé et de la nutrition des adolescents.

- Lisez les propositions d'actions pour [la création d'indicateurs anthropométriques standardisés et valides de l'état nutritionnel, pour la moyenne enfance et l'adolescence](#).
- Découvrez pourquoi il est essentiel de définir des [cibles prioritaires, ainsi que des indicateurs de l'état nutritionnel et du taux de couverture des services proposés aux enfants et aux adolescents \(âgés de 5 à 19 ans\)](#).
- Examinez les indicateurs clés de la santé et de la nutrition, de l'égalité des genres et de l'autonomisation des adolescents dans 75 pays, dans leur contexte financier et politique respectif, à l'aide de [l'indice de santé et de nutrition des adolescents mis au point par Save the Children](#).
- Rejoignez le [Global Adolescent Nutrition Network \(GANN\)](#), un réseau de chercheurs, d'universitaires, de responsables de programmes, de représentants de gouvernements et d'agences des Nations Unies et de donateurs.

Remerciements

Les présentes informations techniques ont été rédigées par Stephanie V. Wrottesley (ENN). L'auteure remercie Rukundo Benedict (programme DHS) et Philip James (ENN) pour leurs orientations conceptuelles et leur travail de révision. Ces travaux n'auraient pas vu le jour sans le soutien généreux du ministère irlandais des Affaires étrangères.

References

1. Lelijveld N, Wrottesley SV. Priority targets and indicators of nutritional status and intervention coverage for children and adolescents (aged 5–19 years). Oxford, UK, 2023. <https://www.enonline.net/priority-targets-indicators-nutritional-status-intervention-coverage-children-adolescents>
2. Hargreaves D, Mates E, Menon P, et al. Strategies and interventions for healthy adolescent growth, nutrition, and development. *The Lancet* 2022; 399(10320): 198-210. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01593-2
3. Save the Children UK. Investing in the now and the future II: The adolescent health and nutrition index, 2023. <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/investing-in-the-now-and-the-future-ii-the-adolescent-health-nutrition-index/>
4. Norris SA, Frongillo EA, Black MM, et al. Nutrition in adolescent growth and development. *The Lancet* 2022; 399(10320): 172-84. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01590-7
5. Save the Children International. Investing in the now and the future, 2021. <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/investing-now-and-future/>
6. Lelijveld N, Benedict RK, Wrottesley SV, et al. Towards standardised and valid anthropometric indicators of nutritional status in middle childhood and adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health* 2022; 6(10): 738-46. doi: 10.1016/S2352-4642(22)00196-1
7. Pan American Health Organization (PAHO). Underweight, short stature and overweight in adolescents and young women in Latin America and the Caribbean. Washington, 2011. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53923>