

Center for Research on Women), avec des pourcentages allant de 27 à 65 %. Il n'existe que peu de données sur **l'insuffisance pondérale** chez les adolescents (cette insuffisance se manifeste, aussi bien chez les adolescents que chez les adultes, par un indice de masse corporelle trop faible). Selon le Centre international de recherches sur les femmes, un tel indice, lorsqu'il est trop faible, se situerait entre 3 à 53 pour cent. Parmi les 11 sites figurant dans l'étude, c'est en Inde, au Népal et au Bénin que les adolescents étaient les plus fortement touchés.

L'excès de poids ou l'obésité Peu de données sont disponibles sur l'excès de poids ou l'obésité affectant l'adolescent, mais on accorde de plus en plus d'intérêt à ces problèmes. L'OMS estime que, globalement, 60 pour cent des décès sont dus à des affections non transmissibles liées à des régimes alimentaires déséquilibrés et au manque d'exercice, avec 79 pour cent d'entre eux survenant dans les pays en développement. Ces anomalies touchant les habitudes alimentaires et l'activité physique, qui contribuent à l'augmentation de l'obésité chez les jeunes, constituent un phénomène qui va souvent de pair, dans les communautés, avec la malnutrition. Il semblerait aussi qu'un poids très faible à la naissance prédisposerait à l'obésité et serait associé, plus tard dans la vie, à des affections chroniques. Au Chili, 12 pour cent des enfants sont obèses; en Afrique du Sud, 17 pour cent des adolescentes souffrent d'obésité; et, en Chine, une étude a montré que, sur une période de dix ans (1982-1992), la fréquence de l'excès de poids et de l'obésité (indice de masse corporelle > 25) constatée chez les jeunes adultes est passée de 10 à 15 pour cent dans les zones urbaines, et de 6 à 8 pour cent dans les zones rurales.

La carence en fer est la carence en micronutriments rencontrée le plus fréquemment chez les adolescents. Cette carence et l'anémie qu'elle entraîne conduisent à un fonctionnement cognitif déficient, à de moins bons résultats scolaires et, très probablement, à des capacités de travail amoindries. Selon l'OMS, 27 pour cent des adolescents des pays en développement souffrent d'anémie. Les études du Centre international de recherches sur les femmes ont montré des taux élevés en Inde (55 pour cent), au Népal (42 pour cent), au Cameroun (32 pour cent), et au Guatemala (48 pour cent). Les adolescents et adolescentes risquent particulièrement de connaître des carences en fer et de souffrir de ce fait d'anémie, car ils sont en pleine croissance, période qui demande de plus fortes quantités de fer. A cela il faut ajouter que des maladies infectieuses comme la malaria, la schistosomiase et l'uncinariose, qui peuvent affecter aussi bien les garçons que les filles, contribuent à leur anémie, par l'absorption ou l'augmentation de la perte de fer. A la fin de leur poussée de croissance, les garçons regagnent rapidement un taux normal en fer, alors que les filles continuent à connaître une carence ou même la voient s'accroître, car la menstruation, les grossesses et l'allaitement augmentent leurs besoins en fer.

La carence en folate (acide folique) risque de causer des dommages irréversibles au fœtus, si elle n'est pas corrigée avant ou au cours de la période de conception. Au-delà du milieu du premier trimestre de grossesse, la supplémentation en acide folique ne pourra plus remédier aux malformations du tube neural, car celles-ci surviennent dans les premières semaines de la grossesse. Les grossesses non planifiées de nombreuses adolescentes soulignent le besoin d'une approche préventive sur cet aspect particulier de la nutrition.

Dans les milieux où sévit une **carence endémique en iode**, les filles sont beaucoup plus affectées que les garçons, bien que tous soient touchés. Détérioration neurale et mauvaises performances scolaires sont parmi les effets cognitifs adverses constatés. Une carence en iode conduit chez la femme enceinte à un plus grand risque d'avoir une fausse couche ou de mettre au monde un enfant souffrant de nombreux problèmes neurologiques et intellectuels.

Des carences en **vitamine A, en zinc et en calcium** peuvent exister chez les adolescents. Les deux derniers micronutriments sont particulièrement importants pour achever une croissance optimale. L'absorption de calcium au cours de l'adolescence pourra aussi prévenir, pour plus tard dans la vie, l'ostéoporose (effritement des os). Une carence en vitamine A semble affecter négativement la croissance et peut-être la maturation sexuelle. La vitamine A est par ailleurs essentielle au fonctionnement correct du système immunitaire et à une bonne vision.

La grossesse chez les adolescentes entraîne des problèmes de santé qui ne sont pas sans liens avec les précédents. Elle engendre en effet souvent, pour les adolescentes elles-mêmes ou pour leurs bébés, des risques nutritionnels, obstétricaux ou périnataux. Un développement incomplet de la future mère augmente la probabilité d'un accouchement difficile. Il est clair aussi que l'organisme encore non mature de la toute jeune fille va d'abord puiser pour lui-même dans les réserves de nutriments disponibles, au détriment du bébé, qui présentera donc des carences importantes en micronutriments et connaîtra une insuffisance pondérale à sa naissance. La compétition entre sa grossesse et sa croissance ne fera qu'aggraver, pour l'adolescente, ses carences en micronutriments, tels que fer et calcium. Enfin, les enfants de très jeunes mères risquent plus souvent que les autres de souffrir d'un mode d'alimentation et d'apports nutritionnels inadéquats.

Investir pour une meilleure nutrition des adolescents ; ce qu'il en coûte de ne pas intervenir

On dispose de peu d'informations sur les retombées économiques des différents types d'investissements effectués au bénéfice du développement des jeunes. Toutefois, une analyse coûts - bénéfices sur la supplémentation en fer d'enfants d'écoles secondaires a montré un rapport bénéfiques sur coûts se situant entre 26 et 45, suivant les hypothèses. En revanche, nous savons bien ce qu'il en coûte de ne pas investir. Il est, par exemple, estimé que pour chaque kilogramme qu'un bébé américain pèse en moins à sa naissance, le salaire qu'il va gagner, une fois adulte et durant toute la durée de sa vie, diminue de 15 pour cent. Un bébé américain né avec une malformation du tube neural coûtera, au cours de sa vie, en moyenne plus de 500 000 dollars US en soins. Dans les groupes à forte probabilité d'apparition de goitres, on estime que les problèmes dus à une carence en iode abaissent le QI de 13 points. Une très petite taille chez des adultes entraîne une perte de productivité (par exemple, aux Philippines, on a constaté une perte de 1,38 pour cent des salaires dans l'agriculture pour une perte de taille de 1 pour cent). Il existe, enfin, une relation entre l'anémie chez les adultes et la diminution de leur productivité : elle va de 17 pour cent pour les personnes effectuant des travaux pénibles, à 5 pour cent pour ceux dont le travail est moins dur.

Comment traiter la malnutrition chez les adolescents ?

Si l'on n'est pas sans disposer de plusieurs solutions pour résoudre les problèmes nutritionnels des adolescents, on manque malheureusement d'expériences tirées de programmes réels, mis en place dans cette tranche de population. Une recherche opérationnelle s'avère donc nécessaire pour mieux comprendre comment intégrer efficacement le facteur nutrition dans des programmes destinés aux adolescents, qui les atteignent et qui leur conviennent.

On trouvera dans le tableau un large éventail d'interventions essentielles. Les facteurs de la malnutrition interagissent entre eux de façon complexe, ce qui signifie que les stratégies d'interventions doivent intégrer aussi bien l'alimentation et les régimes alimentaires eux-mêmes, que, pour ne nommer que quelques autres facteurs, le contrôle des maladies (incluant les maladies parasitaires), l'éducation, ainsi que l'amélioration des pratiques agricoles, des prises de décisions et du contrôle des ressources au niveau des personnes et des foyers. Suivant la nature du problème nutritionnel particulier à traiter et le type de programme utilisé pour intervenir, une ou plusieurs des interventions essentielles suggérées pourront être incluses dans un programme intégré destiné à l'amélioration de la santé des jeunes.

À faire et à ne pas faire pour atteindre les adolescents et pour travailler avec eux

- **À FAIRE** : Impliquer les jeunes dès la conception des messages du programme et des stratégies d'intervention. Ils constituent, en effet, les meilleures sources d'informations sur ce qui marche bien dans les techniques de communications (comme "Non au régime; oui à la bonne cuisine!").
- **À FAIRE** : Segmenter la population cible des adolescents en tranches d'âges étroites (ce sont les parents des jeunes de 10 à 12 ans qui sont en général responsables de leur régime alimentaire et des décisions nutritionnelles à prendre; par contre, les adolescents de 15 à 18 ans risquent fort d'acheter leur nourriture et de préparer eux-mêmes leurs repas et ceux du foyer). La meilleure tactique pour atteindre les jeunes va donc dépendre de multiples facteurs propres à la population ciblée (selon, par exemple, qu'elle est scolarisée ou non, qu'on l'atteint sur ses lieux de travail, dans des centres de loisirs communautaires, à l'occasion d'inscriptions sur les listes de mariage, ou encore à travers des programmes de surveillance de la grossesse des adolescentes).
- **À FAIRE** : Mettre en place des programmes intégrés. Travailler de concert avec d'autres secteurs permettra, en effet, d'y introduire la dimension nutritionnelle; on optimisera de ce fait les bénéfices d'un investissement plus large dans le développement des jeunes. Ainsi, en apprenant aux garçons à cuisiner, ce qui va briser des barrières traditionnelles (car la cuisine est généralement un domaine réservé aux femmes), on les pousse à porter plus d'attention à la façon de se bien nourrir. De même, dans

le cadre de programmes sportifs pour les filles, on peut introduire des améliorations dans leur régime alimentaire.

- **À FAIRE** : Utiliser l'éducation en matière de nutrition et les stratégies de communications pour l'adoption de modes de vie plus sains comme moyens de faire passer aux adolescents des messages sur des sujets plus brûlants comme la sexualité humaine, les maladies sexuellement transmissibles et la toxicomanie.
- **À NE PAS FAIRE** : Oublier les garçons. Suivant les milieux concernés, ils peuvent connaître des niveaux de malnutrition semblables ou plus élevés que ceux des filles, au cours de l'adolescence. Sans oublier qu'en leur fournissant des informations exactes sur les régimes alimentaires et les besoins nutritionnels recommandés à ce stade de leur vie, on peut penser qu'il en résultera, plus tard, de meilleurs comportements sanitaires pour les femmes et les enfants de leur foyer.

Pour plus d'informations

Nutrition Thematic Group (TG) (Groupe thématique pour la nutrition) : Milla Mclachlan

Nutrition Advisory Services (Services de conseils nutritionnels) :
Veuillez envoyer vos messages électroniques à :
nutrition@worldbank.org

Children and Youth Thematic Group (Groupe thématique pour les enfants et les jeunes) : Viviana Mangiatterra

Références clés

Kurz K. et Johnson-Welch C. *The nutrition and lives of adolescents in developing countries : Findings from the nutrition of adolescent girls research program (Nutrition et vies des adolescents dans les pays en voie de développement : résultats d'un programme de recherche sur la nutrition des adolescentes)*. Washington : International Center for Research on Women (Centre international de recherches sur les femmes), (1994)

Kurz K., Peplinsky NL., et Johnson-Welch C. *Investing in the future: Six principles for promoting the nutritional status of adolescent girls in developing countries (Investir pour l'avenir : Six principes pour promouvoir une meilleure nutrition chez les adolescentes dans les pays en voie de développement)* Washington : International Center for Research on Women (Centre international de recherches sur les femmes), (1994).

Gillespie S. *Improving adolescent and maternal nutrition: An overview of benefits and options (Améliorer l'alimentation des adolescents et des mères : Une vue d'ensemble des bénéfiques et des choix)*. UNICEF Staff Working Papers Nutrition Series (Séries des documents de travail de l'UNICEF sur la nutrition) Numéro 97-002. New York : UNICEF (1997).

Delisle H., Chandra-Mouli MD. et de Benoist B. *Should adolescents be specifically targeted for nutrition in developing countries: To address which problems and how? (Faut-il cibler particulièrement les adolescents en matière de nutrition, dans les pays en voie de développement : Quels problèmes traiter, et comment ?)*

OMS : http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/Adolescent_nutrition_paper.pdf (affiché en 2000).

Il existe une version développée de la série "à un coup d'œil", comprenant liens électroniques aux ressources et renseignements supplémentaires, sur le site web de la Banque Mondiale Santé-Nutrition-Population : www.worldbank.org/hnp



La nutrition chez l'adolescent



à un coup d'œil

Faut-il s'attaquer aux problèmes de la malnutrition chez les adolescents ?

Les pays en voie de développement comptent actuellement 1,2 milliard d'adolescents de 10 à 19 ans, soit entre un cinquième et un quart de leur population. On a le plus souvent considéré que les adolescents constituent un groupe à très faible risque sur le plan de la santé, et on ne leur a donc prêté que peu d'attention et consacré peu de ressources en soins de santé. Par cette approche, cependant, on a ignoré le fait que de nombreux problèmes de santé survenant plus tard dans la vie pouvaient être atténués ou même évités, par des habitudes de vie saines prises pendant l'adolescence.

L'adolescence est un moment unique pour influencer le cours de la vie. Elle offre aux jeunes la possibilité d'acquérir des connaissances sur une nutrition optimale pendant le début de l'âge adulte, permettant d'éviter ou de retarder l'apparition, plus tard, de maladies dues à des pratiques nutritionnelles inadaptées. C'est aussi une période où l'on est réceptif aux idées nouvelles, et un temps où les choix de vie peuvent être déterminants pour le cours de l'existence entière d'un individu.

Des recherches menées dans des pays aussi différents que le Pérou et l'Inde ont montré que la population des adolescents peut être très sensible aux informations sur la santé publique, dans la mesure où elles touchent à leur bien-être. Des comportements nutritionnels susceptibles d'améliorer leur image et leurs résultats scolaires et sportifs sont très motivants pour des adolescents et des adolescentes. Des messages sur la façon de changer de comportements, une fois adoptés par des adolescents, seront porteurs d'améliorations dans le domaine de leur santé et de leur nutrition, à mesure qu'ils avanceront en âge. Un programme nutritionnel au cours du jeune âge est certes un objectif valable en soi, mais il reste que l'on ne dispose pas de réponse à la question de savoir dans quelle mesure le fait d'inclure des adolescents dans des programmes de nutrition et d'habitudes de vie saines va entraîner un impact positif sur les femmes enceintes, les bébés et les jeunes enfants dans les toutes premières années, si importantes, de la vie.

L'état de sous-nutrition chez les adolescents (et, partant, le fait de connaître une insuffisance pondérale ou d'avoir une taille trop faible, ce qui est fréquemment dû à une déficience énergétique chronique) passe souvent inaperçu par les jeunes gens eux-mêmes, ou par leur famille. Mais nous savons maintenant que cela entraîne plusieurs conséquences possibles, à savoir :

- affecter leur aptitude à apprendre et à travailler avec le maximum d'efficacité;
- augmenter les risques obstétricaux chez les adolescentes enceintes;
- mettre en péril le bon développement des enfants à naître.

Des enfants dont les mères sont de trop petite taille ou sont trop maigres risquent d'être atteints eux-mêmes d'insuffisance pondérale (poids trop faible par rapport à leur âge) et de souffrir d'un retard de croissance. De plus, ce dernier, lorsqu'il advient pendant l'enfance et l'adolescence, ne peut qu'augmenter les risques obstétricaux et gynécologiques tout au long de la vie d'une femme.

Pour des adolescents séropositifs, la sous-nutrition accroît la vitesse à laquelle ils vont développer le sida, augmente le risque de voir les jeunes femmes infectées transmettre le virus à leurs bébés, et appauvrit encore plus la qualité de vie de ceux qui sont déjà atteints du sida.

On ne sait que bien peu de choses sur le statut nutritionnel des adolescents, car les informations disponibles sont, le plus souvent, relatives aux jeunes enfants et aux femmes enceintes. Ce manque de données, le faible intérêt porté par les dirigeants aux problèmes nutritionnels des adolescents, le peu d'expériences provenant de la réalisation de programmes, et la pénurie des ressources : ce sont là autant de paramètres qui ont ralenti les progrès des nations sur les plans de la santé, du développement et de l'économie.

Quels sont les principaux problèmes nutritionnels chez les adolescents ?

Dans le cycle de la vie, l'adolescence est la seconde plus importante étape de la croissance physique, après la première année. C'est pendant cette période que vingt-cinq pour cent des personnes atteignent leur taille d'adulte. Pour beaucoup d'adolescents, une nourriture inadéquate, tant en qualité qu'en quantité, constitue la source majeure des problèmes nutritionnels. Ceux-ci peuvent résulter de diverses circonstances : difficultés pour le foyer de se procurer de la nourriture, répartition de cette dernière inadaptée aux besoins nutritionnels des adolescents, précarité des ressources du foyer, ou encore méconnaissance des règles de la nutrition. Une carence en micronutriments et un déficit énergétique chronique conduisent à une insuffisance pondérale (Indice de masse corporelle, IMC, faible¹) et à des retards de croissance. Elle résulte le plus souvent d'un régime alimentaire pauvre. Un état de sous-nutrition peut également être favorisé par une trop grande activité physique (comme un volume de travail excessif ou des déplacements à pied sur de longues distances) et par des maladies infectieuses.

Un retard de croissance (conduisant à une petite taille) aussi bien chez les adolescents que les adolescentes ressortait dans 9 des 11 études réalisées dans les années 90 par le Centre international de recherches sur les femmes (International

1. L'Indice de masse corporelle (IMC) caractérise le déficit pondéral, chez les adolescents et les adultes; il est calculé en divisant le poids de la personne par le carré de sa taille en mètre, soit (kg/m²)

LA NUTRITION CHEZ L'ADOLESCENT À UN CLIN D'ŒIL

Le tableau ci-dessous présente un résumé de ce que sont, en matière de nutrition des adolescents, les interventions essentielles, les bénéficiaires auxquels elles s'adressent et des indicateurs permettant de suivre les progrès réalisés.

Interventions clés		Bénéficiaires/Groupes ciblés		Indicateurs
Prévention et diminution de la malnutrition, en général				
Favoriser une croissance continue et optimale, et éviter les insuffisances pondérales manifestées par un (indice de masse corporelle trop faible)	Fournir une éducation ² nutritionnelle orientée vers les compétences à développer pour obtenir une ration suffisante en énergie et protéines	Adolescents et adolescentes risquant de souffrir de retard de croissance ou d'insuffisance pondérale	% d'adolescents se situant en-dessous du niveau anthropométrique taille-fonction de l'âge ³	
	Réduire les dépenses excessives en énergie (par exemple, par l'amélioration des méthodes de préparation des aliments chez soi, ou la diminution du volume de travail provoqué par les tâches ménagères)		% d'adolescents se situant au-dessous du niveau anthropométrique IMC-fonction de l'âge ⁴	
	Contrôler les maladies infectieuses (par exemple, les maladies sexuellement transmissibles, la malaria, la tuberculose)			
	Prendre des mesures en matière de micronutriments (voir ci-dessous)			
	Fournir une supplémentation ciblée pour les adolescents à risques (par exemple, lors de catastrophes naturelles ou dues à l'homme; ou encore dans les communautés où l'approvisionnement alimentaire est irrégulier)			
	Assurer une surveillance prénatale complète pour les adolescentes enceintes, en y incluant des conseils sur les soins préventifs et les pratiques nutritionnelles personnelles	Adolescentes enceintes	Taux d'incidence et tendances en matière d'insuffisance pondérale à la naissance	Prise de poids au cours de la grossesse, si possible
	Fournir une supplémentation ciblée pour les jeunes filles à risques pendant la grossesse et l'allaitement			
Combattre l'excès de poids ou l'obésité	Fournir une éducation nutritionnelle orientée vers les compétences à développer pour obtenir une ration optimale énergétique et protéinée (pour maintenir ou réduire le poids d'une façon saine) Faciliter un environnement ou fournir des occasions favorables à une activité physique (par exemple, des programmes d'éducation physique à l'école; une architecture urbaine qui encourage une utilisation mixte des terrains; des espaces et des locaux de sports et loisirs)	Adolescents et adolescentes sujets à l'obésité (Insuffisance pondérale à la naissance); enfants avec retard de croissance, à la fois en taille et en poids, soit en bas âge, soit au cours de l'enfance; adolescents vivant dans des milieux favorisant l'obésité)	% d'adolescents se situant au-dessus du niveau anthropométrique IMC-fonction de l'âge ⁵	

Interventions clés		Bénéficiaires/Groupes ciblés		Indicateurs	
Prévention des carences en micronutriments et traitement de leurs effets					
Tous types de carences		Fournir une éducation nutritionnelle orientée sur une alimentation diversifiée et riche en micronutriments; offrir des conseils sur l'utilisation d'aliments enrichis et de suppléments		Tous les adolescents accessibles par le biais des écoles ou d'autres programmes pour les jeunes	
Taux de fer et de vitamine A dans le sang, ou signes cliniques de carences				Taux d'iode dans les urines	
Résultats de l'historique de la variété et de la nature des prises d'aliments, par rappels quotidiens, ou enquêtes sur la fréquence des prises d'aliments					
Prévention et traitement des carences en vitamine A		Comme ci-dessus, plus addition de vitamine A dans les aliments les plus fréquemment consommés		Tous les adolescents	
Supplémentation en vitamine A des populations souffrant de carences (10 000 UI par jour ou 25 000 UI par semaine pendant 4 à 8 semaines pour les adolescentes enceintes)					
Prévention et traitement des problèmes liés aux carences en iode		Addition généralisée d'iode dans le sel, et éducation des consommateurs		Tous les adolescents (les filles sont proportionnellement plus touchées que les garçons)	
Supplémentation sur de courtes périodes (huile enrichie en iode; eau enrichie en iode), là où le sel enrichi en iode n'est pas disponible dans les zones à carence en iode				Proportion de la population ciblée montrant un niveau d'iode dans les urines <100mg/l OU Proportion des enfants scolarisés qui présentent une hypothyroïdie de la thyroïde détectable à la palpation.	
Prévention et traitement des carences des aliments enrichis en fer en fer et de l'anémie :		Enrichissement en fer et en folate des principaux aliments		Tous les adolescents	
La stratégie consistera en un ensemble de mesures intégrées, en fonction des causes particulières des carences en fer et de l'anémie, et variant selon les endroits concernés		Supplémentation en fer et en acide folique (journalière pour les adolescentes enceintes, tout au long de leur grossesse; hebdomadaire pour les autres)		Adolescents en milieu surveillés comme les écoles et les lieux de travail	
Traitement anti-parasitaire régulier dans les zones à haut risque (les filles sont plus exposées que les garçons)				Prévalence de l'anémie dans la population ciblée	
Contrôle et traitement de la malaria				% de la population ciblée recevant une supplémentation en fer et en folate	
				% de la population ciblée recevant un traitement anti-parasitaire	
				% de la population à risque disposant d'une moustiquaire traitée aux insecticides ou d'équipements similaires	
				Pourcentage de la population à risque sujette à une malaria sans complications et recevant un traitement correct, conforme aux normes du pays, dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes	
				Pourcentage d'adolescentes enceintes qui ont suivi une chimioprophylaxie ou un traitement médicamenteux intermittent conforme aux recommandations du pays	
		Dans les zones à forte transmission de la malaria (comme en Afrique subsaharienne), adolescentes enceintes			

Objectifs

Interventions clés

Bénéficiaires/Groupes ciblés

Indicateurs

S'attaquer aux causes sous-jacentes de la malnutrition

Retarder ou éviter les grossesses des adolescentes, pour réduire leurs pertes nutritionnelles	Repousser l'âge du mariage; retarder la première grossesse, y compris en offrant des services de planning familial, des informations et des services sanitaires sur la reproduction	Adolescentes	Âge du mariage Statistiques sur les services sanitaires offerts aux jeunes, sur la reproduction
Accès des adolescents à leur nourriture et contrôle qu'ils peuvent exercer sur leur alimentation	Améliorer le niveau d'éducation des adolescents Apprendre aux parents à connaître les besoins nutritionnels des adolescents Améliorer les perspectives d'obtenir un salaire plus élevé (alphabétisation des adultes; qualification par la formation; apports ou microcrédits destinés au développement de petites entreprises) Augmenter la sécurité des moyens d'existence des foyers (par exemple, réforme des politiques alimentaires; création de revenus en dehors de la ferme; filets de sécurité comme des redistributions de revenus ciblées)	Tous les adolescents	Augmenter le taux d'achèvement des études secondaires % de la population ciblée consommant moins de 80% des besoins énergétiques quotidiens OU moins de deux repas par jour % des foyers ayant un budget consacré à la nourriture supérieur à 50% des dépenses totales du foyer
Hygiène et conditions sanitaires	Infrastructures et fournitures scolaires (par exemple, puits; installations sanitaires; savon)	Adolescents scolarisés	% d'écoles disposant d'installations sanitaires en état de fonctionnement Nombre de filles scolarisées en augmentation de façon générale
Égalité des sexes	Améliorer l'accès à de l'eau de qualité suffisante et à des installations sanitaires dans les foyers Environnement et politiques prenant en compte les différences entre les sexes (par exemple, sécurité et besoin d'intimité assurés pour les filles; horaires souples pour les filles; programmes pour encourager la fréquentation scolaire des adolescentes chargées d'enfants; augmentation de la proportion de femmes enseignantes) Stimuler la confiance en soi chez les filles (par exemple, par des programmes sportifs; des projets de services communautaires; des programmes d'aide avec un mentor, pour aider les filles à élargir leurs attentes pour le futur)	Tous les adolescents Adolescentes	% de foyers ayant accès à l'eau potable; ou disposant de toilettes Taux de scolarisation des filles dans des établissements secondaires (ou taux général de scolarisation des filles) Premiers rapports sexuels plus tardifs Âge de la première grossesse plus tardif

2. L'éducation nutritionnelle orientée vers les compétences à développer fait appel à des techniques comme : des conseils adaptés à l'âge dans les choix alimentaires et dans l'adoption d'un style de vie sain; comment faire les meilleurs achats alimentaires; règles d'hygiène à respecter pour manipuler les aliments et pour les préparer.
3. % < 5ème centile taille-fonction de l'âge NCHS (National Center for Health Statistics)/OMS (Kurz, Peplinsky et Johnson-Welch, 1994)
4. % < 5ème centile IMC-fonction de l'âge NCHS/OMS (Kurz, Peplinsky et Johnson-Welch, 1994)
5. % > 95ème centile IMC-fonction de l'âge - NCHS/OMS (Kurz, Peplinsky et Johnson-Welch, 1994)