

Perception des mères de l'état nutritionnel des enfants de 6 à 23 mois et pratiques alimentaires en zone rurale du Burkina Faso

Hermann Biéno LANOU^{1*}, Jérôme Winetourefa SOME¹,
Franck GARANET¹, Boubacar SAVADOGO¹, Seni KOUANDA¹

Titre courant : Perception des mères de l'état nutritionnel des enfants et pratiques alimentaires

Résumé

La perception maternelle de l'état nutritionnel de l'enfant est un facteur essentiel du succès des interventions nutritionnelles. Il est souvent difficile pour les mères de reconnaître l'état nutritionnel réel de leurs enfants en cas de malnutrition. L'étude visait à évaluer la perception des mères sur l'état nutritionnel de leurs enfants et à déterminer l'association de leur perception avec les pratiques alimentaires des enfants dans un contexte de carences nutritionnelles.

Nous avons effectué une analyse secondaire des données de l'enquête de base d'une intervention nutritionnelle, dont l'objectif était d'évaluer l'efficacité d'un ensemble de soins promotionnels dans la prévention de la malnutrition chez les enfants.

L'étude a porté sur 2 287 enfants âgés de 6 à 23 mois et leurs mères. L'analyse a montré un accord faible à léger entre la perception des mères du poids et de la taille de leurs enfants et leur état nutritionnel évalué par l'émaciation (z-score Poids/taille ; P/T) et le retard de croissance (z-score Taille/âge ; T/A) (coefficient kappa de Cohen : 0,130 et 0,061 respectivement). Pour les enfants émaciés, il y avait une association entre la sous-estimation de l'état nutritionnel de l'enfant et une faible fréquence des repas (ORa = 0,69 [0,53 ; 0,89]), d'une part et la non consommation de légumes et/ou de fruits (ORa = 0,64 ; [0,49 ; 0,85]).

Dans cette étude, les mères d'enfants de 6 à 23 mois avaient généralement une perception du bon état nutritionnel de leurs enfants. Cependant, cette perception était en faible concordance avec l'état nutritionnel réel des enfants. La perception erronée des mères de l'état nutritionnel de leurs enfants était associée à des pratiques alimentaires inappropriées.

Mots-clés : Perception maternelle, état nutritionnel, pratiques alimentaires, Burkina Faso.

Abstract

¹ : Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique (CNRST), 03 B.P.7192 Ouagadougou, Burkina-Faso,

***Auteur correspondant** : Hermann Biéno LANOU, Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique (CNRST), E-mail: hlanou@irss.bf
Tel : 00226 66557580

Maternal perception of the nutritional status of the child is a critical factor of the success of nutritional interventions. It is often difficult for mothers to recognize the actual nutritional status of their children in case of malnutrition. The study aimed at evaluating the mothers' perception of the nutritional status of their children and determining the association of their perception with the feeding practices of children in a context of nutritional deficiencies. We conducted a secondary analysis of data from the baseline survey of a nutrition intervention program, which objective was to assess the effectiveness of a promotional care package in preventing malnutrition in children. This study included 2287 children 6-23 months and their mothers.

The analysis showed a poor to slight agreement between mothers' perception of children's weight and length, and their nutritional status assessed by wasting (WHZ z-score) and stunting (LAZ z-score) status (Cohen's kappa: 0.130 and 0.061 respectively). For wasted children, there was an association between underestimation of the child's nutritional status and the minimum meal frequency (ORa = 0.69 [0.53; 0.89]), and 'zero vegetable or fruit consumption' (ORa = 0.64; [0.49; 0.85]). In this study, mothers of children 6-23 months generally had a perception of good nutritional status of their children. However, the perception was in weak in agreement with the actual nutritional status of their children. Mothers' misperception of children nutritional status was associated with inappropriate feeding practices.

Key words : Mothers' perception, nutritional status, feeding practices, Burkina Faso

Introduction

On estime que 149 millions d'enfants de moins de 5 ans souffraient d'un retard de croissance et 45 millions d'émaciation dans le monde en 2021 (1) et environ 45 % des décès d'enfants de moins de 5 ans étaient liés à la dénutrition (2). Les cinq premières années de la vie d'un enfant constituent une période importante pour sa croissance et son développement, et l'évolution de l'état nutritionnel au cours de ces années déterminent son développement et sa santé à l'âge adulte (3). Les enfants ont un processus de croissance accéléré jusqu'à l'âge de 5 ans, ce qui rend cette période vulnérable à l'apparition de problèmes nutritionnels. Ainsi, l'évaluation et le suivi de la croissance et du développement de l'enfant devraient être au centre de l'attention des services de santé primaires et des programmes de prise en charge de la malnutrition.

Les pratiques d'alimentation de complément sont un déterminant important de l'état nutritionnel des jeunes enfants ; inappropriées, elles entraînent des conséquences néfastes telles qu'un retard de croissance, un retard du développement moteur et mental, des carences en micronutriments et macronutriments ou une émaciation (4). Outre le risque accru de maladies non transmissibles chez les adultes, la malnutrition au cours des premières années de la vie entraîne à son tour de nombreux effets graves à court terme, notamment une augmentation de la morbidité et de la mortalité infantiles (5).

Les mères ont la responsabilité de l'alimentation des jeunes enfants et il a été démontré que leur perception de l'état nutritionnel de l'enfant influence les attitudes et les pratiques des mères liées à la nutrition de l'enfant (6–8). De plus, l'attitude des mères à l'égard des soins de santé et la manière dont elles utilisent les services et ressources de santé

disponibles en réponse aux maladies de leurs enfants sont un autre facteur susceptible d'affecter la santé et l'état nutritionnel de l'enfant. La perception maternelle de l'état nutritionnel de l'enfant est essentielle pour la prévention et le traitement des troubles nutritionnels. La reconnaissance de l'état nutritionnel altéré de son enfant représente la première étape dans la recherche d'attention et de soins de santé (9). Les mères peuvent stimuler ou restreindre l'alimentation de leurs enfants en fonction de leur perception de leur état nutritionnel (10). Par conséquent, la perception maternelle, lorsqu'elle est cohérente avec l'état nutritionnel des enfants, peut entraîner des changements alimentaires précoces (11). Plusieurs études et revues systématiques antérieures ont révélé une forte prévalence d'une perception maternelle inadéquate de l'état nutritionnel de l'enfant et ont révélé que les mères d'enfants en surpoids ont tendance à sous-estimer l'état nutritionnel de leur enfant et ne s'inquiètent donc pas des conséquences du surpoids infantile (8,12,13).

Cependant, peu d'études ont évalué la perception maternelle de l'état nutritionnel des jeunes enfants dans un contexte de dénutrition (aiguë ou chronique) et surtout le lien avec les pratiques alimentaires de ces enfants. Au Burkina Faso, les mères perçoivent rarement la maigreur d'un enfant comme un signe de morbidité. Lorsque les symptômes de malnutrition sont néanmoins perçus, ils ne sont qu'exceptionnellement associés à des carences nutritionnelles (14). La présente étude vise à évaluer la perception maternelle de l'état nutritionnel de leurs enfants et à déterminer la relation entre cette perception et les pratiques d'alimentation de complément des enfants.

Méthodes

Design de l'étude, période et contexte

Les données d'une enquête transversale dont l'objectif était d'évaluer l'efficacité d'une intervention combinant la distribution de poudres de micronutriments et des conseils nutritionnels individuels dans la prévention de la malnutrition des enfants de 6 à 23 mois, ont été utilisées pour cette analyse secondaire.

L'enquête a été réalisée en juillet 2014 dans le district sanitaire de Tougan, province du Sourou dans la région de la Boucle du Mouhoun, Burkina Faso. Le pays est classé 183ème sur 188 pays selon l'Indice de développement humain (IDH) 2015. Les données sanitaires ont montré que la malnutrition, l'anémie et les maladies diarrhéiques étaient très répandues chez les enfants ; 35 % des enfants souffraient d'un retard de croissance ; et 88 % étaient anémiques (15). La Boucle du Mouhoun est l'une des régions les plus pauvres du pays avec un taux d'alphabétisation de 32,2 % pour les individus de plus de 15 ans (16). Dans cette région, la plupart des habitants vivent dans des zones rurales et leurs principaux moyens de subsistance sont l'agriculture de subsistance avec la production de cultures comme le mil et le sorgho. La province du Sourou présente une forte densité en raison de l'important flux migratoire vers et depuis le pays voisin, le Mali.

Population d'étude

La population étudiée est composée de tous les enfants âgés de 6 à 23 mois et de leurs mères ou tutrices, résidant dans 62 villages de la province du Sourou. Tous les enfants et mères dont les données étaient incomplètes ont été exclus de cette analyse.

Collecte de données

Anthropométrie : Chaque enfant a été mesuré pour son poids, sa taille et son périmètre brachial (PB). La taille (couchée) a été mesurée à 1 mm près à l'aide d'un stadiomètre et le poids a été mesuré à 10 g près à l'aide d'une balance pèse-personne. Le PB a été mesuré au millimètre près à l'aide d'un ruban pour PB. Tous les paramètres anthropométriques ont été mesurés en double et la moyenne des 2 mesures a été utilisée pour l'analyse. En cas de grande différence entre les 2 mesures (> 200 g pour le poids ou >5 mm pour la taille et le PB), une troisième mesure était prise et les deux mesures les plus proches étaient utilisées pour calculer la moyenne.

Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) : Les informations sur l'ANJE ont été collectées grâce à un rappel qualitatif de 24 heures. Des indicateurs d'évaluation des pratiques d'ANJE (17) ont été construits après la collecte des données.

Perception de la mère sur le régime alimentaire et l'état nutritionnel de son enfant : Les données sur la perception de la mère sur l'état nutritionnel de son enfant étaient basées sur sa satisfaction (ou non) à l'égard du poids et de la taille de son enfant. En cas de non satisfaction, 2 choix de réponses leur étaient proposés selon leur perception : « trop gros » et « trop mince » par rapport au poids de leur enfant, et « trop grand » et « trop petit » par rapport à la taille de leur enfant.

Variables d'analyse

L'état nutritionnel de l'enfant a été évalué à l'aide de l'émaciation et du retard de croissance définis, respectivement, comme un z-score P/T et T/A inférieurs à - 2 écarts types (ET) de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS (18).

La perception de l'état nutritionnel de l'enfant par les mères/tutrices a été codifiée en trois valeurs selon le poids (1 = 'maigre' ; 2 = 'normal' ; 3 = 'trop gros') et selon la taille (1 = 'court' ; 2 = 'normal' ; 3 = 'trop grand'). La variable '*perception*' a ensuite été codée en « type de perception » et définie comme suit : 1 = sous-estimation ; 2 = perception correcte ; 3 = surestimation. La perception est 'correcte' lorsque l'état nutritionnel de l'enfant perçu par la mère/tutrice correspond à l'état nutritionnel réel déterminé par le z-score de l'enfant en fonction du type de malnutrition. La perception est 'sous-estimée' lorsque la catégorie de la perception maternelle était inférieure à celle de l'état nutritionnel réel, déterminé par le z-score ; est 'surestimée' lorsque la catégorie de

perception de la mère/des soignants était supérieure à celle de l'état nutritionnel réel déterminé par le z-score. Aux fins de l'analyse, la relation entre la perception des mères et les pratiques alimentaires, le type de variable de perception a d'abord été recodé comme suit : 0 = 'Pas de sous-estimation' ; 1 = 'sous-estimation' (cette catégorie inclut ceux qui ont une perception correcte et ceux qui ont sous-estimé l'état nutritionnel), et ensuite 0 = 'pas de surestimation' ; 1 = 'surestimation' (cette catégorie inclut ceux qui ont une perception correcte et ceux qui ont surestimé l'état nutritionnel).

Pour les pratiques alimentaires, les indicateurs ANJE suivants ont été pris en compte : poursuite de l'allaitement maternel à 12-23 mois, introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous, diversité alimentaire minimale, fréquence minimale des repas ; régime minimum acceptable, consommation d'œufs et/ou d'aliments à base de chair 6 à 23 mois, consommation nulle de légumes ou de fruits 6 à 23 mois. Plusieurs variables explicatives ont également été incluses dans l'analyse : l'âge et le sexe de l'enfant, l'âge de la mère/tutrice, le niveau d'éducation, la parité et le statut matrimonial.

Analyses statistiques

Les statistiques descriptives sont présentées sous forme de moyennes \pm ET pour les variables continues et sous forme de pourcentages pour les variables catégorielles.

La concordance entre la perception des mères/tutrices de l'état nutritionnel de l'enfant et l'état nutritionnel réel de l'enfant basé sur l'émaciation et le retard de croissance a été évaluée à l'aide de l'indice kappa de Landis & Koch (19) et les fréquences de perception erronée ont été rapportées. La relation entre la perception des mères/tutrices de l'état nutritionnel de l'enfant et les pratiques alimentaires a été analysée à l'aide d'une régression multivariée avec la perception maternelle comme variable dépendante et les pratiques alimentaires du jeune enfant et du nourrisson comme variables indépendantes. Les variables d'ajustement ont été sélectionnées sur la base de la littérature et comprenaient l'âge et le sexe de l'enfant, l'âge de la mère/tutrice, le niveau d'éducation, la parité et l'état civil. La signification statistique a été considérée comme $\alpha < 0,05$. Le logiciel Stata/MP 14.0 (20) a été utilisé pour effectuer les analyses.

Considérations éthiques

Le protocole de l'étude de base a reçu l'approbation du comité d'éthique pour la recherche en santé. Le consentement éclairé et écrit des patients a été requis avant le recueil des données. La confidentialité des informations recueillies a été assurée par la limitation de l'accès aux données aux seuls enquêteurs et aux investigateurs.

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

Au total, les données de 2 287 mères/tutrices et de leurs enfants âgés de 6 à 23 mois ont été incluses dans l'analyse. L'âge moyen de la mère/tutrice était de $28,1 \pm 6,9$ ans et l'âge moyen des enfants était de $15,1 \pm 5,0$ mois ; 16,8 % d'entre eux étaient émaciés et 19,9 % présentaient un retard de croissance. La plupart des mères/tutrices participantes étaient sans niveau d'instruction (77,6 %), mariées ou vivant en couple (98,3 %). La taille moyenne des ménages était de 7,9 personnes (tableau 1).

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants et état nutritionnel des enfants

Variabiles	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Groupe d'âge		
<i>6 - 11 mois</i>	670	29,3
<i>12 - 23 mois</i>	1617	70,7
Sexe de l'enfant		
<i>Masculin</i>	1139	49,8
<i>Féminin</i>	1148	50,2
État nutritionnel de l'enfant		
<i>Émaciation</i>	383	16,8
<i>Retard de croissance</i>	456	19,9
<i>Surpoids</i>	7	0,31
Instruction de la mère		
<i>Aucun</i>	1775	77,6
<i>Alphabétisée</i>	126	5,5
<i>Primaire</i>	310	13,6
<i>Secondaire</i>	27	3,1
<i>Supérieur</i>	4	0,2
Statut matrimonial		
<i>Célibataire</i>	34	1,5
<i>Monogame</i>	1583	69,2
<i>Polygame</i>	666	29,1
<i>Divorcée/veuve</i>	4	0,2
Lien de parenté avec l'enfant		
<i>Mères</i>	2272	99,3
<i>Autres*</i>	15	0,7

* Inclus : belles-mères, grand-mères et autres membres du ménage

Perception des mères de l'état nutritionnel de l'enfant

En ce qui concerne le poids, 72,3 % des mères avaient une perception correcte de l'état nutritionnel de leurs enfants, ce qui correspond à une faible concordance entre la perception des mères et l'état nutritionnel réel de leurs enfants ($\kappa = 0,1$; IC à 95 % [0,0856 - 0,1745], $p < 0,001$). Le pourcentage des mères ayant surestimé l'état nutritionnel de l'enfant était de 11,2% tandis que celle qui l'ont sous-estimé représentaient 16,5 % de l'échantillon (Figure 1).

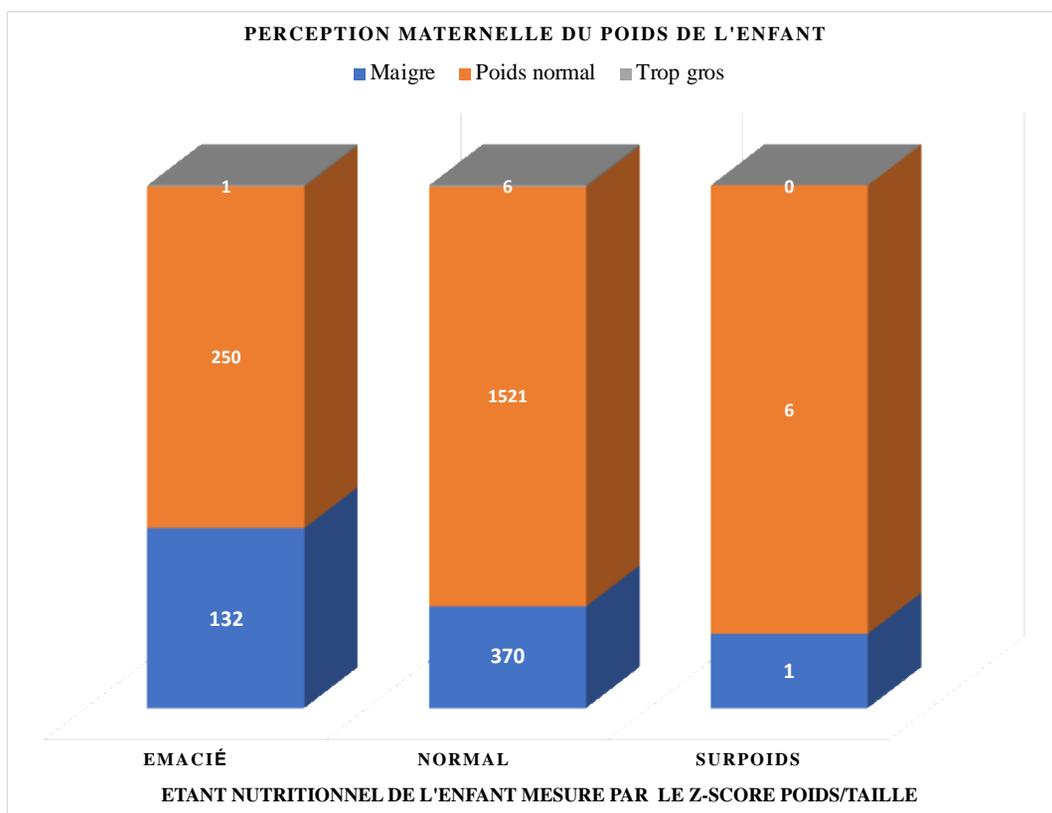


Figure 1 : Perception maternelle du poids en relation avec le statut pondéral de l'enfant

En ce qui concerne la taille, 78,4 % des mères avaient une perception correcte de l'état nutritionnel de leurs enfants, ce qui se traduit par un faible accord entre la perception des mères/tutrices et l'état nutritionnel réel de leurs enfants ($\kappa = 0,06$; 95). % IC [0,0260 – 0,0956], $p < 0,001$). En fait, 18,5 % des mères ont surestimé l'état nutritionnel de l'enfant tandis que 3,0 % l'ont sous-estimé. (Figure 2)

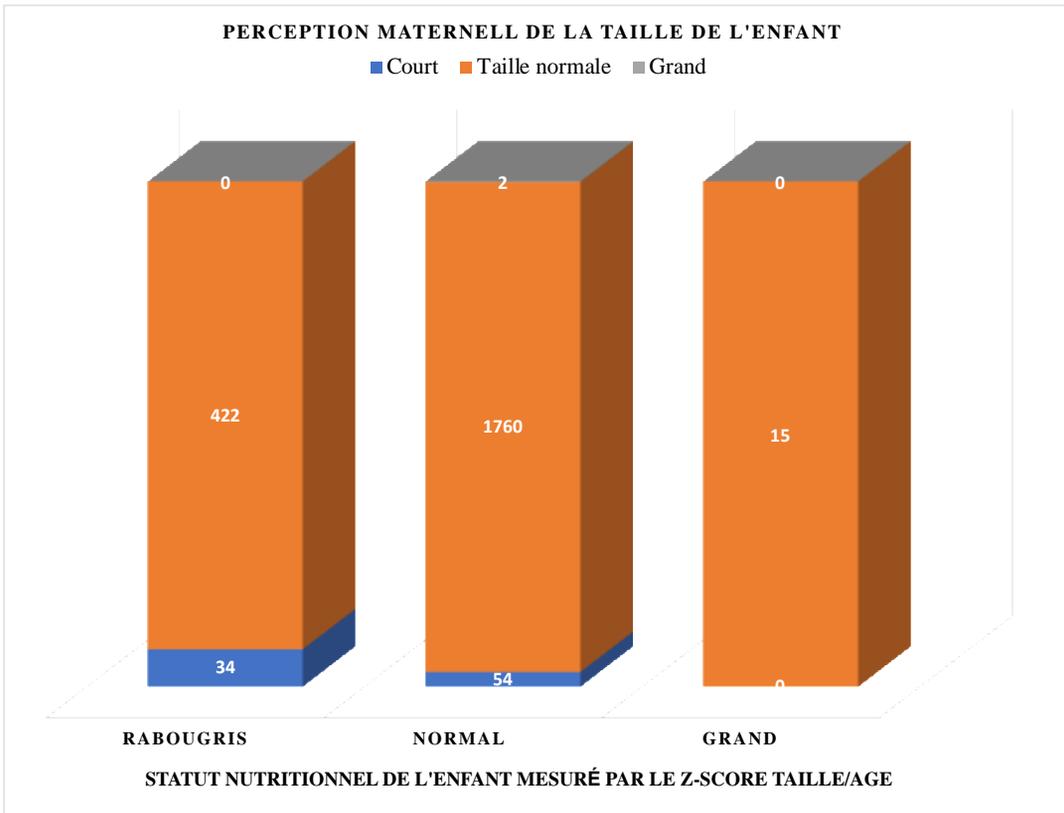


Figure 2 : Perception maternelle de la taille en relation avec la stature de l'enfant

L'analyse de la perception des mères de l'état nutritionnel des enfants a révélé une prévalence élevée de perception erronée de l'état nutritionnel chez les enfants émaciés (65,5 %) et obèses (100 %) par rapport à ceux ayant un état nutritionnel normal (19,8 %). De même, 92,5 % des mères ont surestimé l'état nutritionnel des enfants présentant un retard de croissance et 100 % ont sous-estimé l'état des enfants avec un z-score T/A \geq -2 (Tableau 2).

Tableau 2. Prévalence de la perception incorrecte par les mères de l'état nutritionnel de l'enfant

	Perception correcte N (%)	Sous- estimation N (%)	Surestimation N (%)	Total
Poids (z-score P/T)				
Émaciation (<-2)	132 (34,5)	0	251 (65,5)	383
Normal (≥-2 et <2)	1521 (80,2)	370 (19,5)	6 (0,3)	1897
Surpoids (≥ 2)	0	7 (100)	0	7
Taille (z-score T/A)				
Retard de croissance (<-2)	34 (7,5)	0	422 (92,5)	456
Normal (≥-2 et <2)	1760 (96,9)	54 (3,0)	2 (0,1)	1816
Grand (≥ 2)	0	15 (100)	0	15

Association entre la perception des mères/tutrices de l'état nutritionnel des enfants et les pratiques alimentaires

Émaciation : Lorsque les cas de sous-estimation ont été comparés à l'échantillon restant (c'est-à-dire les mères qui n'ont pas mal perçu l'état nutritionnel de l'enfant et celles qui l'ont surestimé), l'analyse a montré une association entre la sous-estimation de l'état nutritionnel de l'enfant et la fréquence minimale des repas donnés à l'enfant (ORa= 0,69 ; IC 95 % [0,53 - 0,89] ; p=0,004) d'une part ; et l'absence de consommation de fruits et légumes (ORa=0,64 ; IC 95 % [0,49 - 0,85] ; p= 0,002) d'autre part. En fait, les mères/tutrices qui sous-estimaient le poids de leurs enfants étaient 31 % moins susceptibles de donner le nombre adéquat de repas à leurs enfants par jour, par rapport à celles qui ne le sous-estimaient pas. A l'inverse, ils étaient 36 % plus susceptibles de donner des fruits et légumes à leurs enfants. Cependant, lorsque les cas de surestimation ont été comparés à l'échantillon restant (c'est-à-dire les mères qui n'ont pas mal perçu l'état nutritionnel de l'enfant et celles qui l'ont sous-estimé), aucune association significative avec les indicateurs de pratiques de l'ANJE n'a été trouvée (Tableau 3).

Retard de croissance : la comparaison des mères/tutrices qui ont sous-estimé l'état nutritionnel (en termes de taille) et celles qui l'ont surestimé avec celles qui ne l'ont pas fait, n'a montré aucune association significative entre la perception des mères/tutrices et les indicateurs de pratique de l'ANJE. (Tableau 4)

Tableau 3. Relation entre la perception des mères du poids des enfants et les pratiques d'alimentation

Indicateur		Sous-estimation de l'état nutritionnel				Surestimation de l'état nutritionnel			
		OR brut (95%IC)	Valeur p	OR ajusté (95%IC)	Valeur p	OR brut (95%IC)	Valeur p	OR ajusté (95%IC)	Valeur p
Allaitement continu à 12-23 mois	Oui	1,04 (0,62 ; 1,69)	0,843	1,08 (0,64 ; 1,82)	0,768	1,47 (0,77 ; 2,84)	0,245	1,23 (0,60 ; 2,53)	0,580
	Non	1		1		1		1	
Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous	Oui	1,17 (0,41 ; 3,35)	0,769	1,01 (0,30 ; 3,37)	0,982	0,57 (0,22 ; 1,51)	0,258	0,65 (0,22 ; 1,97)	0,448
	Non	1		1		1		1	
Diversité alimentaire minimale 6–23 m	Oui	0,92 (0,62 ; 1,36)	0,674	0,81 (0,54 ; 1,22)	0,311	0,85 (0,51 ; 1,39)	0,516	1,02 (0,61 ; 1,71)	0,943
	Non	1		1		1		1	
Fréquence minimale des repas 6 à 23 m	Oui	0,70 (0,54 ; 0,90)	0,006	0,69 (0,53 ; 0,89)	0,004	0,79 (0,58 ; 1,07)	0,124	0,80 (0,59 ; 1,09)	0,158
	Non	1		1		1		1	
Régime alimentaire minimum acceptable 6–23 m	Oui	0,95 (0,64 ; 1,41)	0,796	0,85 (0,56 ; 1,28)	0,433	0,84 (0,51 ; 1,40)	0,507	1,01 (0,60 ; 1,72)	0,965
	Non	1		1		1		1	
Consommation d'œufs et/ou de chair 6–23 m	Oui	1,02 (0,79 ; 1,31)	0,120	0,91 (0,70 ; 1,19)	0,502	0,78 (0,57 ; 1,06)	0,109	0,89 (0,64 ; 1,23)	0,469
	Non	1		1		1		1	
Zéro consommation de légumes ou de fruits 6–23 m	Oui	0,81 (0,62 ; 1,03)	0,088	0,64 (0,49 ; 0,85)	0,002	0,83 (0,63 ; 1,09)	0,181	1,00 (0,73 ; 1,38)	0,971
	Non	1		1		1		1	

OR, Odds ratio ; IC, Intervalle de confiance.

Tableau 4, Relation entre la perception des mères de la taille des enfants et les pratiques d'alimentation

Indicateur		Sous-estimation de l'état nutritionnel				Surestimation de l'état nutritionnel			
		OR brut (95%IC)	Valeur p	OR brut (95%IC)	Valeur p	OR brut (95%IC)	Valeur p	OR ajusté (95%IC)	Valeur p
Allaitement continu à 12-23 mois	Oui	4,81 (0,65 ; 35,90)	0,125	2,91 (0,36 ; 24,0)	0,319	0,83 (0,55 ; 1,27)	0,389	1,01 (0,63 ; 1,62)	0,954
	Non	1		1		1		1	
Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous	Oui	3,65 (0,57 ; 23,28)	0,170	4,18 (0,42 ; 41,19)	0,220	0,84 (0,28 ; 2,50)	0,750	0,75 (0,22 ; 2,54)	0,638
	Non	1		1		1		1	
Diversité alimentaire minimale 6–23 m	Oui	0,76 (0,31 ; 1,88)	0,551	0,87 (0,34 ; 2,20)	0,764	0,91 (0,61 ; 1,34)	0,618	0,77 (0,51 ; 1,16)	0,206
	Non	1		1		1		1	
Fréquence minimale des repas 6 à 23 m	Oui	0,72 (0,42 ; 1,25)	0,244	0,72 (0,42 ; 1,25)	0,248	0,96 (0,75 ; 1,23)	0,753	0,91 (0,71 ; 1,18)	0,482
	Non	1		1		1		1	
Régime alimentaire minimum acceptable 6–23 m	Oui	0,78 (0,32 ; 1,94)	0,600	0,90 (0,36 ; 2,29)	0,832	0,95 (0,64 ; 1,41)	0,809	0,80 (0,53 ; 1,21)	0,293
	Non	1		1		1		1	
Consommation d'œufs et/ou de chair 6–23 m	Oui	0,80 (0,45 ; 1,40)	0,436	0,85 (0,47 ; 1,53)	0,588	0,90 (0,71 ; 1,16)	0,423	0,78 (0,60 ; 1,01)	0,062
	Non	1		1		1		1	
Zéro consommation de légumes ou de fruits 6–23 m	Oui	0,71 (0,42 ; 1,19)	0,194	0,70 (0,39 ; 1,22)	0,209	1,01 (0,81 ; 1,28)	0,899	0,78 (0,60 ; 1,02)	0,068
	Non	1		1		1		1	

OR, Odds ratio ; IC, Intervalle de confiance.

Discussion

Les résultats de cette étude montrent que la majorité des mères percevaient que l'état nutritionnel de leurs enfants, estimé en fonction du poids et de la taille, était un bon/approprié. Par rapport à l'état nutritionnel réel des enfants, évalué par le z-score P/T et et T/A, plus de 2/3 des mères/tutrices avaient une perception correcte, même si la concordance était légère selon le coefficient kappa de Cohen.

Très peu d'études ont exploré la relation entre l'état nutritionnel perçu et celui réel, évalué par l'émaciation (z-score P/T) ou le retard de croissance (z-score T/A). La plupart des études réalisées en Europe ou en Amérique latine se sont focalisées sur le surpoids et l'obésité et ont été majoritairement menées auprès d'enfants âgés de 2 ans et plus (13,21,22). L'analyse des données de l'Initiative de l'OMS pour la surveillance de l'obésité infantile en Europe a montré que les parents d'écoliers (âgés de 6 à 9 ans) étaient plus susceptibles de sous-estimer le poids de leurs enfants lorsqu'ils étaient en surpoids (82,3 %) ou obèses (93,8 %) (21).

Les résultats de notre étude concordent avec ceux rapportés dans une étude menée auprès de mères d'enfants de moins de 3 ans dans une municipalité de Sao Polo au Brésil, qui a noté que plus des 2/3 des mères (69,6%) décrivaient leurs enfants comme étant de poids normal (23). Dans cette étude, 44,7% des mères avaient une perception inadéquate de l'état nutritionnel de l'enfant. Parmi eux, 34,2 % ont sous-estimé l'état nutritionnel de l'enfant. En revanche, 58,8 % des mères d'enfants présentant une insuffisance pondérale ont surestimé l'état nutritionnel de l'enfant (58,8 %). Une autre étude menée aux États-Unis sur des enfants plus jeunes (2 à 12 mois), visait à évaluer si les parents de nourrissons atteignant l'âge de 2, 4, 6, 9 et 12 mois étaient capables de percevoir avec précision le statut pondéral de leurs enfants (24). À tout moment, les nourrissons de poids normal étaient reconnus comme tels par leurs parents dans 89 à 95 % des cas. Aussi, la plupart des parents estimaient que leur nourrisson avait un poids approprié, quel que soit son poids réel. Parmi les enfants qui avaient un poids normal à 12 mois, 9 % étaient perçus comme ayant un poids insuffisant par leurs parents. Au cours des 6 premiers mois, les parents de nourrissons en surpoids ont développé une perception de plus en plus précise de l'état pondéral de leur enfant, 26 % des parents évaluant correctement leur nourrisson en surpoids comme étant en surpoids (24).

La perception erronée du poids corporel était liée à l'âge, au sexe et au poids réel des enfants. Les parents d'enfants plus jeunes, de garçons ou d'enfants en surpoids ou obèses étaient significativement plus susceptibles de sous-estimer le poids de l'enfant (25). Les raisons de la perception erronée de l'état nutritionnel des enfants par leurs parents ne sont pas encore entièrement élucidées. Cependant, il a été émis l'hypothèse qu'une perception inadéquate de la mère pourrait résulter de sa profonde préoccupation pour l'état nutritionnel de l'enfant, ce qui amènerait les mères à croire que leur enfant

souffre d'insuffisance pondérale ou d'embonpoint. La présente étude n'avait pas pour but d'explorer les facteurs associés à une perception erronée et n'est pas en mesure de confirmer cette hypothèse.

L'un des objectifs de cette étude était d'analyser l'association entre la perception des mères sur l'état nutritionnel de leurs enfants et les pratiques d'ANJE. Les mères qui sous-estimaient le poids de leurs enfants avaient également tendance à les nourrir moins fréquemment avec des aliments solides, mais à leur donner plus de fruits et de légumes. Des associations entre la perception qu'ont les mères du poids de leurs enfants et les habitudes alimentaires de ceux-ci ont été rapportées dans plusieurs études menées dans le contexte de l'obésité. Une étude menée dans l'État du Missouri aux États-Unis auprès d'enfants d'âge préscolaire a noté une tendance des mères, sous-estimant le poids de leurs enfants, à les pousser à manger (26). Une autre étude menée en Chine auprès d'enfants d'âge préscolaire a également montré une association entre les perceptions parentales du poids de l'enfant et les pratiques alimentaires en fonction du statut pondéral de l'enfant (25). Dans tous les groupes de statut pondéral des enfants, les parents qui souhaitaient que leurs enfants soient plus grands ont signalé des niveaux plus élevés de pression alimentaire.

Comme le montrent d'autres études, les pratiques alimentaires des mères ont été associées à divers types de perceptions parentales erronées du statut pondéral des enfants dans le sens où les parents qui perçoivent leurs enfants comme étant en surpoids/obèses sont plus susceptibles de surveiller et de restreindre l'apport alimentaire de leurs enfants (27,28), tandis que les parents qui perçoivent leurs enfants comme ayant un poids insuffisant sont plus susceptibles de faire pression sur leurs enfants pour qu'ils mangent davantage (29,30). Si les parents perçoivent mal le poids de leur enfant, ils sont moins susceptibles d'encourager des comportements sains au sein de la famille (31). La relation inverse observée dans notre étude, qui associe la sous-estimation du poids de leurs enfants à des pratiques alimentaires sous-optimales, peut refléter un manque de connaissance des signes de malnutrition et des pratiques alimentaires appropriées à adopter, ou un niveau faible socio-économique des ménages dans notre contexte. Le retard de croissance chez l'enfant est souvent bien décrit dans les sociétés africaines traditionnelles, cependant il est rarement lié à un trouble alimentaire (14,32).

Le lien causal entre perception de la mère et pratiques alimentaires est souvent considéré comme allant du parent à l'enfant, les pratiques alimentaires parentales affectant le statut pondéral de l'enfant (30,33). Cependant, les caractéristiques des enfants ou la perception que les parents ont de ces caractéristiques, influencent la façon dont les parents nourrissent leur enfant dans le but de maximiser sa santé et son bien-être.

La présente étude présente certaines limites. Premièrement, la perception des mères quant à l'état nutritionnel de leur enfant découlait de leur satisfaction ou de leur

insatisfaction à l'égard du poids ou de la taille actuelle de l'enfant et de leurs souhaits au cas où elles n'étaient pas satisfaites. La plupart des études ont utilisé des pictogrammes représentant différents poids et tailles ou les mères choisissant l'image qui correspond le mieux à leurs enfants, ou encore une classification selon le poids ou l'indice de masse corporelle. Cela pourrait introduire un biais dans l'expression de la perception des mères. Cependant, le désir en termes de poids ou de taille a été utilisé dans quelques contextes, mais en association avec des variables reflétant la perception directe de l'état nutritionnel. Deuxièmement, nous avons utilisé une conception transversale pour étudier la relation entre la perception maternelle de l'état nutritionnel des enfants et les pratiques alimentaires des enfants ; il n'est donc pas possible d'établir une relation de cause à effet. Troisièmement, la relation entre que la perception de l'état nutritionnel de l'enfant par la mère et la recherche des soins appropriés n'a pu être analysée. Cela aurait permis de déterminer le comportement en termes de recherche de soins chez les mères en fonction de l'interprétation qu'elles ont de l'état nutritionnel de leur enfant, découvrant ainsi un debout de lien causal dans notre contexte.

Conclusion

Une association entre la perception erronée des mères de l'état nutritionnel de leurs enfants et des pratiques alimentaires sous-optimales a été observée. L'inadéquation entre la perception des mères sur l'état nutritionnel des enfants dans un contexte encore marqué par une forte prévalence de carences nutritionnelles contraste avec les tendances de pression ou de restriction alimentaire observées dans les pays à forte prévalence d'obésité. Ces perceptions parentales sous-optimales de l'état nutritionnel des enfants peuvent influencer négativement leur apport alimentaire et motiver des pratiques alimentaires indésirables. Des études longitudinales sont nécessaires pour mieux évaluer l'effet potentiel des perceptions parentales du poids et de la taille de l'enfant sur les pratiques alimentaires et la recherche de soins de santé ou nutritionnels.

Références bibliographiques

1. **UNICEF/WHO/World Bank**. Levels and trends in child malnutrition. 2021.
2. **WHO**. Malnutrition [Internet]. 2021 [cité 14 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
3. **Black RE, Victora CGC, Walker SSP, Bhutta ZA, Christian P, De Onis M, et al**. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*. juin 2013;382(9890):427-51.
4. **WHO**. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding [Internet]. 2003 [cité 25 juill 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42590/9241562218.pdf>

5. **Nasreddine L, Zeidan MN, Naja F, Hwalla N.** Complementary feeding in the MENA region: Practices and challenges. Vol. 22, Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*; 2012. p. 793-8.
6. **Aparício G, Cunha M, Duarte J, Pereira A, Bonito J, Albuquerque C.** Nutritional status in preschool children: Current trends of mother's body perception and concerns. *Atencion Primaria*. 2013;45(SUPPL. 2):194-200.
7. **Binkin N, Spinelli A, Baglio G, Lamberti A.** What is common becomes normal: The effect of obesity prevalence on maternal perception. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. mai 2013;23(5):410-6.
8. **Webber L, Cooke L, Hill C, Wardle J.** Child adiposity and maternal feeding practices: A longitudinal analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1 déc 2010;92(6):1423-8.
9. **Francescato C, Santos NS, Coutinho VF, Costa RF.** Mothers' perceptions about the nutritional status of their overweight children: A systematic review. Vol. 90, *Jornal de Pediatria. Elsevier Editora Ltda*; 2014. p. 332-43.
10. **Webber L, Hill C, Cooke L, Carnell S, Wardle J.** Associations between child weight and maternal feeding styles are mediated by maternal perceptions and concerns. *European Journal of Clinical Nutrition*. mars 2010;64(3):259-65.
11. **Arpini L da SB, Queiroz DMF, Correa MM, Salaroli LB, Molina MDCB.** Relação entre a percepção materna do peso corporal do filho e as práticas alimentares infantis. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2014;16:140-53.
12. **Hochdorn A, Faleiros VP, Camargo B V, Bousfield AB, Wachelke JF, Quintão IP, et al.** Obese children are thin in parents' eyes: A psychologically, socially, or culturally driven bias? *Journal of health psychology*. 9 janv 2018;23(1):114-26.
13. **Rietmeijer-Mentink M, Paulis WD, van Middelkoop M, Bindels PJE, van der Wouden JC.** Difference between parental perception and actual weight status of children: A systematic review. *Maternal and Child Nutrition*. janv 2013;9(1):3-22.
14. **Roger-Petitjean M.** Représentations populaires de la malnutrition au Burkina Faso. *Sciences sociales et santé*. 1996;14(1):17-38.
15. **INSD, ICF International.** Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) 2012, rapport préliminaire. 2012;39.
16. **INSD.** Annuaire statistique 2015. Ministère de la santé. 2016;350.
17. **WHO and UNICEF.** Indicators for assessing infant and young child feeding practices. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). 2021;WHA55 A55/:19.
18. **WHO Multicentre Growth Reference Study Group.** WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta paediatrica* (Oslo, Norway : 1992) Supplement. avr 2006;450:76-85.
19. **Landis JR, Koch GG.** The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. mars 1977;33(1):159-74.

20. **College Station TSL, StataCorp. 2013.** Stata Statistical Software. 2013.
21. **Ramos Salas X, Buoncristiano M, Williams J, Kebbe M, Spinelli A, Nardone P, et al.** Parental Perceptions of Children's Weight Status in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI 2015/2017. *Obesity Facts*. 2021;14(6):658-74.
22. **Blanchet R, Kengneson CC, Bodnaruc AM, Gunter A, Giroux I.** Factors Influencing Parents' and Children's Misperception of Children's Weight Status: a Systematic Review of Current Research. *Current obesity reports*. 1 déc 2019;8(4):373-412.
23. **Duarte LS, Fujimori E, Toriyama ÁTM, Palombo CNT, Miranda PPL, Borges ALV, et al.** Percepção materna del estado nutricional de sus hijos menores de tres años. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2016;50(5):771-8.
24. **Brown CL, Skinner AC, Yin HS, Rothman RL, Sanders LM, Delamater AM, et al.** Parental Perceptions of Weight During the First Year of Life. *Academic pediatrics*. 2016/03/19 éd. août 2016;16(6):558-64.
25. **Xiang C, Zhang Y, Yong C, Xi Y, Huo J, Zou H, et al.** Association between Parents' Perceptions of Preschool Children's Weight, Feeding Practices and Children's Dietary Patterns: A Cross-Sectional Study in China. *Nutrients*. oct 2021;13(11).
26. **Tabak RG, Schwarz CD, Haire-Joshu DL.** Associations between feeding practices and maternal and child weight among mothers who do and do not correctly identify their child's weight status. *Obesity science & practice*. 23 janv 2017;3(1):51-8.
27. **Galler JR, Ramsey FC, Harrison RH, Brooks R, Weiskopf-Bock S.** Infant feeding practices in Barbados predict later growth. *Journal of Nutrition*. 1998;128(8):1328-35.
28. **Freitas FR, Moraes DEB, Warkentin S, Mais LA, Ivers JF, Taddei JAAC.** Maternal restrictive feeding practices for child weight control and associated characteristics. *Jornal de pediatria*. 2019;95(2):201-8.
29. **Loth KA, Mohamed N, Trofholz A, Tate A, Berge JM.** Associations between parental perception of- and concern about-child weight and use of specific food-related parenting practices. *Appetite*. mai 2021;160:105068.
30. **Francis LA, Hofer SM, Birch LL.** Predictors of maternal child-feeding style: maternal and child characteristics. *Appetite*. déc 2001;37(3):231-43.
31. **Lundahl A, Kidwell KM, Nelson TD.** Parental underestimates of child weight: a meta-analysis. *Pediatrics*. mars 2014;133(3):e689-703.
32. **Bernard O, Pagezy H, Bley D.** Perception de la malnutrition chez l' enfant préscolaire dans la vallée du Ntem (Sud-Cameroun). In: Bahuchet S., Bley D., Pagezy H. VLN, éditeur. *L'homme et la Forêt tropicale*. Editions d. 2000. p. pp.629-638.
33. **Clark HR, Goyder E, Bissell P, Blank L, Peters J.** How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *J Public Health (Oxf)*. juin 2007;29(2):132-41.