

Connaissances, Attitudes et Pratiques en matière d'hygiène alimentaire chez les personnes chargées de l'encadrement des préscolarisés dans la ville de Parakou (Bénin)

Afissétou Lauriane Dangniré SALIFOU BIO¹,
Issiako BIO NIGAN²

Résumé

Les maladies d'origine alimentaire et les toxi-infections alimentaires surviennent de façon saisonnière dans Parakou, ville cosmopolite du Nord Bénin. Les enfants de moins de cinq ans en paient le plus lourd tribut du fait de leur vulnérabilité et de leur dépendance. L'objectif de cette étude transversale comparative est d'évaluer les niveaux de Connaissances, d'Attitudes, et de Pratiques en matière d'hygiène alimentaire chez les personnes chargées de l'encadrement des préscolarisés dans la ville de Parakou. A cet effet, 326 personnes dont 129 enseignants et 197 parents d'élèves retenues selon la méthode non probabiliste et des techniques exhaustive et accidentel ont répondu à un questionnaire. Il ressort que plus de 50% des personnes interrogées ont une bonne Connaissance, Attitude, et Pratique en matière d'hygiène alimentaire. Les enseignants ont un niveau de Connaissances et de Pratiques plus élevés et un niveau d'Attitude plus bas que les parents. Ces résultats suggèrent la nécessité de renforcer les capacités d'encadrement de ces personnes responsables de l'hygiène alimentaire des préscolarisés.

Mot clés : connaissances, attitudes, pratiques, hygiène alimentaire, préscolarisés.

Knowledge, attitudes, practice of those responsible for condom supervision in the city of Parakou (Benin)

Abstract

The illnesses of food origin and the food toxic infections occur in a seasonal way in Parakou city which is a cosmopolitan city of North Benin. The children of less than five years pay for the heaviest tribute of it because of their vulnerability. The objective of this comparative transverse survey is to value the levels of knowledge, attitudes, and practices concerning food hygiene about people charged of the framing of the preschooling in Parakou city. To this effect 326 people (129 teachers and 197 parents of pupils) restraints according to the non-probabilistic method and techniques

exhaustive and accidental answered to a questionnaire. It comes out again that more than 50% of people interrogated have a good knowledge, Attitudes, and Convenient concerning food hygiene. The teachers have a level of Knowledge and Convenient that the parents of which the level of attitude is superior to the one of the teachers. These results suggest the necessity to reinforce the responsible capacities of framing to these people of the food hygiene of the preschooling.

Keyword : knowledge, attitude, convenient, food hygiene, preschooling.

Introduction

L'hygiène alimentaire désigne l'ensemble des conditions et des mesures nécessaires pour maîtriser les dangers biologiques, chimiques et physiques, et garantir la sécurité alimentaire et la salubrité des aliments à toutes les étapes de la chaîne alimentaire (Petrucci, Renucci, Laborde, & Aillaud, 2009, p. 5) S'intéressant aux pratiques de mauvaise hygiène alimentaire (Aoued, Benlarabi, & Soulaymani-Bencheikh, 2010) ont conclu que celles-ci sont sources à court ou à long termes de maladies d'origine alimentaire (MOA), qui sont des infections en général de nature infectieuse ou toxique provoquées par des agents qui pénètrent dans l'organisme par le biais des aliments ingérés. Elles sont aussi à l'origine des toxi-infections alimentaires (TIA) qui désignent également les maladies infectieuses mais accidentelles, contractées suite à l'ingestion de nourriture ou de boisson contaminée par des agents pathogènes qu'il s'agisse de bactéries, de virus, de parasites ou de prions (Petrucci, Renucci, Laborde, & Aillaud, 2009, p. 13). Chaque jour, des millions de personnes sont malades et des milliers meurent de maladies d'origine alimentaire qui auraient pu être évitées (OMS, Prévention des maladies d'origine alimentaire: Cinq clefs pour des aliments plus sûrs., 2006) Près d'un tiers des habitants des pays développés contractent une affection d'origine alimentaire et la proportion est sans aucun doute plus élevée encore dans les pays en développement (OMS, 2002). Parakou est l'une des plus grandes villes du Bénin, qui abrite plusieurs groupes linguistiques et constitue, surtout un important carrefour des grands axes routiers. Elle est la ville du nord qui regroupe le plus grand nombre d'école maternelle et aussi des enfants en âge pré-scolarisable. Les nourrissons et jeunes enfants constituent la couche vulnérable de la population car ils ont un système immunitaire qui n'est pas encore pleinement développé et leur flore intestinale n'assure pas une protection aussi efficace que chez l'adulte. Les nourrissons et les enfants sont de ce fait plus exposés aux maladies d'origine

alimentaire. Par ailleurs, ils consomment davantage de nourriture que les adultes en comparaison de leur poids et sont donc plus exposés aux toxines et aux contaminations alimentaires (OMS, 2006). Dans les pays les moins avancés, on enregistre annuellement 2,2 millions de décès dus aux MOA, principalement chez les enfants (OMS, 2002). Dans les pays en développement hormis la Chine, environ 1,8 million d'enfants sont morts de maladies diarrhéiques en 1998 à la suite de contamination par un agent microbiologique, transmis le plus souvent par les aliments ou par l'eau (OMS, 2002). Pour les trois premiers trimestres de 2009, plus de 85 000 cas de choléra et 2500 décès ont été signalés en Afrique de l'Ouest, soit l'une des pires épidémies de choléra dans l'histoire de la région (UNICEF, 2009).

Au Bénin, nombre d'enfants de moins de cinq ans continuent de souffrir de maladies diarrhéiques, de malnutrition etc... principales causes de décès. Selon l'enquête démographique de santé (EDS) (2006) sur 1000 enfants qui naissent, 125 n'ont pas la chance d'atteindre cinq ans, 67 ne fêtent pas leur premier anniversaire et 32 meurent avant l'âge d'un mois. Plusieurs études ont été réalisées, dont une analyse approfondie des conditions sanitaires et du déclin de la mortalité infantile et juvénile, une analyse globale de la vulnérabilité, de la sécurité alimentaire et de la nutrition (AGVSAN). Celles-ci ont montré sur le plan national que 37% des enfants de moins de 5 ans souffrent de retard de croissance et que les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de 5 à 24 mois restent à parfaire. De plus, ces données révèlent que dans tous les départements sauf le littoral, plus de 30% des enfants de 6 à 59 mois souffrent de malnutrition chronique. (UNICEF, 2009, p. 1).

L'enseignement maternel est la porte d'entrée et le dernier né du système éducatif béninois qui compte aussi les enseignements primaire, secondaire et supérieur. Dans le milieu tropical favorable à l'éclosion de microbes, on ne note pas à l'image de la médecine scolaire une structure chargée de veiller à l'hygiène alimentaire des élèves béninois particulièrement des préscolaires encore non autonomes. Les Centres d'Eveil et de Stimulation de l'Enfant (CESE) qui sont la formule béninoise de l'enseignement maternel sont installés sur toute l'étendue du territoire et fréquentés par 76.579 enfants de 2 à 5 ans (direction de l'éducation maternelle du Benin, 2013). Ils sont 5.009 enfants qui fréquentent les 66 écoles maternelles de Parakou qui comptait 254 254 habitants en 2013, (INSAE, RGPH4, 2013), ville

située au nord du pays et souvent exposée aux intoxications alimentaires et aux maladies diarrhéiques. Parakou est une ville cosmopolite qui regorge diverses ethnies ayant chacune un mode de vie, qui ne reflète pas une bonne hygiène alimentaire. De plus, Parakou est une ville carrefour et est le chef-lieu du département du Borgou et, en cette qualité, abrite des directions départementales et beaucoup d'agences régionales dont un centre de promotion sociale de l'enfant qui pilote en son sein un programme relatif l'éducation des personnes chargées de l'encadrement des enfants de moins de 5 ans. Les préscolarisés béninois sont encadrés par deux catégories de personnes: les animateurs de CESE sortis des écoles normales après deux ans de formation et les éducateurs spécialisés qui sont recrutés localement, sans aucune exigence académique et formés sur le tas. Ces derniers participent sous la supervision des animateurs à l'administration des petits soins aux enfants (alimentation, hygiène, surveillance, toilette, etc.). En l'absence d'une structure nationale qui, à l'image de la médecine scolaire, aurait à charge l'hygiène alimentaire des préscolaires, il revient aujourd'hui aux animateurs de CESE, aux éducateurs spécialisés d'une part, et aux parents d'élèves d'autre part, d'assurer une bonne hygiène alimentaire à ces êtres fragiles et non encore autonomes. Il est en effet important pour la santé des préscolarisés de savoir si les personnes chargées de leur hygiène alimentaire ont de bonnes connaissances, attitudes et pratiques sur le sujet. Il est alors question d'analyser les connaissances, les attitudes et les pratiques d'hygiène alimentaire de ces deux catégories d'acteurs comme déterminants de la persistance des maladies d'origine alimentaire chez les enfants préscolarisés.

1. Matériels et méthode

Il s'agit d'une étude transversale et comparative, réalisée sous forme d'enquête par questionnaire, auprès des animateurs et parents d'élèves dans la ville de Parakou. La recherche a permis la collecte des données relatives aux connaissances, attitudes et pratiques des enseignants et parents d'élèves sur l'hygiène alimentaire des préscolarisés. L'échantillonnage non probabiliste de type raisonné a permis de recueillir les données dans la ville de Parakou. La collecte des données empiriques s'est faite sur la base d'une approche quantitative. Cependant, le recours à la technique du questionnaire suivie de l'observation directe dans les écoles et dans les ménages ont permis la collecte des discours émiques pendant trois mois. Au

total, trois cent vingt-six sujets dont cent vingt-neuf animateurs et cent quatre-vingt-dix-sept parents d'élèves ont été retenus selon la méthode non probabiliste et avec comme technique de choix exhaustive pour les premiers et la technique accidentelle pour les seconds. La population d'enquête est composée des deux groupes d'acteurs: les animateurs des écoles maternelles publiques et privées de la ville de Parakou et les parents des élèves préscolarisés. Les questionnaires ont été dépouillés puis codé. Les réponses aux questions ont été notées 1 ou 2 selon qu'elles sont justes ou fausses. Pour les variables, Connaissances, Attitudes et Pratiques, un bon niveau est établi pour le sujet enquêté lorsque sur la base des 80%, il obtient un point qui équivaut à un bon niveau. Le test de X² et le V de Cramer ont permis d'établir respectivement les relations existant entre les variables puis le degré de liaison entre ces variables. Le niveau de signification a été situé à $P < 0,05$.

En effet, deux groupes d'acteurs notamment celui des parents d'élève et des enseignants. Une fiche questionnaire a été adressée à chacun d'eux en fonction du groupe d'appartenance. Les fiches questionnaires des enseignants leur ont été remises de façon individuelle dans les écoles et celle des parents leur a été remise pendant les heures de fermeture de classe où chaque parent vient raccompagner son enfant. Ainsi, il n'a pas été question de double identité des enquêtés lors de la collecte de données. Ainsi, les enseignants qui étaient à la fois parent, ont reçu la fiche questionnaire enseignant à cause d'abord de leur titre d'enseignant et aussi parce qu'ils sont encadreurs de classe. Les fiches questionnaires ont été remis aux enseignants ayant été répertoriés en fonction des écoles maternelles et du nombre de classe par école. Cela nous a permis d'adresser uniquement le questionnaire enseignant aux encadreurs de chaque classe et le questionnaire parent aux parents respectif des préscolarisés présents. Quant à l'échantillonnage, celui des enseignants a été un choix raisonné ce qui nous a permis d'administrer le questionnaire aux enseignants de chaque école et classe de la maternelle. Concernant celui des parents, un choix aléatoire a permis de retenir un certain nombre de parent. Le questionnaire a été administré aux deux groupes d'acteurs après que ceux-ci aient signé des lettres de consentement.

2. Résultats et analyse

Les 326 sujets enquêtés sont, des enseignants (129 animateurs et animatrices de CESE) et des parents d'élèves (197) des deux sexes dont (176 femmes et 150 hommes). Dans le premier groupe, (enseignants) on compte : 17 Agents Permanents de l'Etat (APE), 62 Agents Contractuels et 50 Agents Communautaires soit respectivement 13,2%, 48,1% et 38,7% des enseignants interrogés. Ils sont 86 à jouer le rôle d'agent social au sein de leurs établissements respectifs. L'échantillon des parents interrogés, est de 113 hommes et 84 femmes dont 143 déclarent être mariés soit 72,6% des parents interrogés, 19,8% des parents interrogés ne sont pas scolarisés contre 80,1% qui ont un niveau d'étude variant de l'enseignement primaire au supérieur. Ils exercent des professions libérales à 41,1% et à 58,9% dans le privé et à la fonction publique.

Tableau I : Niveau de connaissances, d'attitudes et de pratiques de l'hygiène alimentaire des sujets enquêtés (n = 326).

	Enseignants (n = 129)	Parents (n = 197)	p
Niveau de connaissances			
Bon	86,1%	76,6%	0,015
Faible	13,2%	23,4%	
Niveau d'attitudes			
Bon	50,4 %	77,7 %	0,000
Faible	49,6 %	22,3%	
Niveau de pratiques			
Bon	72,9%	58,9%	0,007
Faible	27,1%	41,1%	

Source : données de terrain, 2013

Le tableau I présente les résultats comparés des niveaux de connaissances, d'attitudes et de pratiques des deux groupes enquêtés. Les enseignants ont un niveau de connaissances et de pratiques de l'hygiène alimentaire plus élevés que les parents d'élèves. En revanche, ces derniers ont un meilleur niveau d'attitudes (77,7%) versus (50,4%). On observe en outre une différence entre les scores des deux groupes lorsqu'on compare leur niveau de connaissances ($p = 0,015$), leur niveau d'attitudes ($p = 0,000$) et leur niveau de pratiques ($p = 0,004$).

Tableau II : Relation entre niveau de connaissances et niveau d'attitudes vis-à-vis de l'hygiène alimentaire chez les sujets étudiés (n = 326)

Niveau de connaissances	Niveau d'attitudes		p	X ²	V de Cramer
	Bon	Mauvais			
Enseignants (n = 129)					
Bon	63	49	0,001	0,301	0,301
Mauvais	2	15			
Parents (n = 197)					
Bon	124	27	0,007	0,194	0,194
Mauvais	29	17			

Source : Données de terrain, 2013

Le tableau II présente les relations existant entre les niveaux de connaissances et d'attitudes chez les enquêtés. Il ressort que 63 enseignants sur les 129 investigués ont à la fois un bon niveau de connaissance et d'attitude vis-à-vis de l'hygiène alimentaire. Toujours, dans le groupe des enseignants, on constate que 15 ont à la fois un mauvais niveau attitude et un faible niveau de connaissances relative à l'hygiène alimentaire. Dans le groupe des parents d'élèves en revanche, 124 ont à la fois une bonne attitude et une bonne connaissance, contre 27 qui ont à la fois une mauvaise attitude et un faible niveau de connaissances. Les résultats montrent une association entre niveau de connaissances et niveau d'attitudes chez les enseignants ($p = 0,001$) chez les parents d'élèves ($p = 0,007$).

Tableau III : Relation entre niveau d'attitudes et niveau de pratiques de l'hygiène alimentaire des sujets étudiés (n = 326)

Niveau de pratiques	Niveau d'attitudes		p	X ²	V de Cramer
	Bonne	Mauvaise			
Enseignants (n = 129)					
Bonne	54	11	0,007	0,231	0,231
Mauvaise	40	24			
Parents (n = 197)					
Bonne	99	54	0,002	0,221	0,221
Mauvaise	17	27			

Source : Données de terrain, 2013

Le tableau III présente chez les enquêtés les relations existant entre les niveaux d'attitudes et les niveaux de pratiques. Les résultats montrent une association entre le niveau de pratiques et le niveau d'attitudes dans le groupe des enseignants ($p = 0,007$), et celui des parents ($p = 0,002$). On constate que 54 enseignants ont à la fois une bonne pratique et une bonne attitude mais, 24 enseignants ont à la fois une mauvaise pratique et une mauvaise attitude. En ce qui concerne les parents, 99 ont à la fois une bonne attitude et une bonne pratique et 27 ont à la fois une mauvaise attitude et une mauvaise pratique.

Tableau V: Relation entre niveau de connaissances et niveau de pratiques de l'hygiène alimentaire des sujets étudiés ($n = 326$)

	Niveau de pratiques		p	X ²	V de Cramer
Niveau de connaissances	Bon	Mauvais			
Enseignants (n = 129)					
Bon	84	28	0,135	0,123	0,123
Mauvais	10	7			
Parents (n = 197)					
Bon	96	55	0,012	0,173	0,173
Mauvais	20	26			

Source : Données de terrain, 2013

Le tableau V résume la nature des relations existant entre les niveaux de connaissances et de pratiques de l'hygiène alimentaire chez les enquêtés. Ces résultats montrent une association entre le niveau de connaissances et le niveau de pratiques dans le groupe des parents ($p = 0,012$), ce qui n'est pas le cas chez les enseignants ($p = 0,135$).

3. Discussion

3.1. Comparaison des niveaux de connaissances, attitudes et pratiques des enseignants à ceux des parents d'élèves sur l'hygiène alimentaire.

En rapport avec les connaissances relatives à l'hygiène alimentaire, les résultats de l'enquête montrent que plus des trois quarts des personnes interrogées aussi bien au sein des enseignants (86,1%) que des parents (76,6%) ont de bonnes connaissances

sur le sujet. On note en outre une différence significative entre le niveau de connaissances des enseignants et celui des parents d'élèves ($p = 0,015$). Pour la dimension relative à la définition de l'hygiène alimentaire, 69% des 129 enseignants ont réalisé un bon score contre 54,8% des parents avec une différence significative entre les deux groupes ($p = 0,009$).

Concernant la deuxième et la troisième dimension de la variable connaissance explorant respectivement les normes à connaître pour une bonne hygiène alimentaire et les conséquences d'une mauvaise hygiène alimentaire, on constate que la différence observée entre le niveau de connaissances des enseignants et celui des parents d'élèves n'est pas significative ($p > 0,05$). La différence de niveau de connaissances observée entre les deux groupes n'est pas surprenante dans la mesure où les enseignants reçoivent des informations sur l'hygiène lors de leur formation initiale alors que les parents n'en bénéficient pas. Le contenu de cette formation donnée dans les Ecoles Normales des Instituteurs (ENI) est axé sur le développement de la petite enfance. Au nombre des matières enseignées figure le développement du bien-être physique : l'hygiène alimentaire, corporelle, vestimentaire et bien d'autres sont aussi abordées. En outre, les directeur (trices) des écoles s'emploient à accompagner leurs adjoints, principalement les agents de nutrition, sur les notions d'hygiène alimentaire, afin qu'ils puissent mieux encadrer les enfants du préscolaire pour leur bien-être. Ces actions informelles sont renforcées lors des séances d'Unités Pédagogiques (UP) qui constituent des occasions pendant lesquelles les enseignants de plusieurs écoles échangent sur un thème donné.

L'autre argument qui soutient nos résultats est la différence de niveau d'instruction des deux groupes. Contrairement aux enseignants, qui sont tous titulaires au moins du Brevet d'Etudes du premier cycle (BEPC), 19,8% des parents n'ont pas été scolarisés dans leur majorité. Ainsi, alors que le questionnaire a été auto administré par les premiers et les parents instruits qui ont pu cocher eux-mêmes les réponses correspondantes à leur pensée, des difficultés de traduction et de compréhension ont pu modifier les réponses des parents non scolarisés.

Ces résultats corroborent avec ceux publiés par Médecin d'Afrique Noir (Hodonou*, Adjahoto, Kodo, Akpadza, Baeta, 1999). Bien préciser la source dans une enquête réalisée sur les connaissances, attitudes et pratiques des enseignants

mariés de la commune de Lomé en matière de contraception. Dans cette étude, 99,1% des enseignants ont un bon niveau de connaissance. Le niveau de connaissances des enseignants est confirmé par les données du tableau IV qui expose la comparaison des réponses des enseignants à celles des parents, relatives aux connaissances sur l'hygiène alimentaire. On note, en effet, une différence significative entre le niveau de connaissances des enseignants (86,1%) et celui des parents d'élèves (76,6%) sur l'hygiène alimentaire.

En dépit de tous ces facteurs, on note que l'ensemble des personnes interrogées (enseignants 86,1% et parents 76,6%) ont un bon niveau des connaissances. Cela peut être le résultat des actions éducatives de plusieurs Organisations Non Gouvernementales (ONG) comme HELVETAS et de certaines institutions internationales comme UNICEF, intervenues à la suite des cas répétées d'intoxication alimentaire et de maladies dues à une mauvaise hygiène alimentaire pour sensibiliser les populations et les familiariser avec les bonnes pratiques. Ces institutions, à la suite de nombreux cas d'intoxication alimentaire et de maladies dues à une mauvaise hygiène alimentaire sont intervenues en sensibilisant les populations sur les notions de l'hygiène alimentaire. Ces institutions se sont beaucoup plus intéressées aux enseignants du préscolaire et aux parents ayant des enfants âgés de moins de cinq ans.

En relation avec les attitudes des sujets vis-à-vis de l'hygiène alimentaire, les résultats de l'enquête montrent que plus de trois quarts des personnes interrogées aussi bien au sein des enseignants (50,4%) que des parents d'élèves (77,7%) ont de bonnes attitudes. Néanmoins, on observe une différence significative entre le niveau d'attitude des parents et celui des enseignants ($p = 0,000$). De l'analyse, il ressort également que 70,1% des parents d'élèves contre 15,5% des enseignants ont une bonne attitude pour la dimension relative aux normes de l'hygiène alimentaire. Cela est dû aux items concernant les lieux de cuisine, les ustensiles et les eaux qui doivent être désinfectées. La majorité des écoles ne possède pas de cantines scolaires à plus forte raison un lieu pour la cuisine. Par contre chez les parents d'élèves, la majorité désinfecte leurs ustensiles, l'eau et lieux de cuisine. Pour la deuxième dimension relative aux conditions, la différence observée entre le niveau d'attitudes des enseignants et celui des parents d'élèves n'est pas significative ($p > 0,05$). Il en est de même pour les items concernant la consommation de la salade,

des légumes, de la viande, hormis celui concernant la consommation des fruits et les facteurs déterminant leur choix lors de l'achat des denrées. Pour ces deux derniers items, le niveau des enseignants est meilleur que celui des parents d'élèves. Contrairement à la connaissance qui est l'ensemble des informations acquises par des personnes sur un sujet donné, l'attitude est ce que la personne perçoit d'un problème, ce qu'elle dit de ses intentions, des difficultés à l'appréhender, de ses obstacles à modifier les pratiques (Handicap International, 2009). Les enseignants, partagent avec les parents d'élèves le même milieu et le même mode de vie. Par ailleurs, on ne pourrait s'attendre à une différence significative au sein d'une population qui partage les mêmes modes de vie. Mais, on peut s'attendre à une différence significative ($p < 0,05$) en ce qui concerne les précautions prises avant la consommation des fruits et aussi les facteurs déterminant leur choix lors de l'achat des denrées. Cette analyse est confirmée par les données du tableau VI qui exposent la comparaison des réponses des parents d'élèves à celles des enseignants sur l'hygiène alimentaire. Les résultats des travaux de (Bio Nigan, Falola, Gouthon, & Arè mou, 2013) réalisés sur les connaissances, attitudes et pratiques d'hydratation en milieu scolaire ne sont pas conformes à nos résultats. La différence obtenue entre les élèves sportifs et non sportifs n'est pas significative. Les attitudes sont comme des valeurs, elles se vivent à travers les modèles que reflète l'entourage, les attitudes ne sont pas mesurables. Au cours de la formation des enseignants, aucune vérification n'a été faite afin d'évaluer leur changement d'attitude. Cela laisse à supposer que les programmes d'enseignement de l'ENI ne permettent pas une sensibilisation suffisante sur les attitudes des enseignants vis-à-vis de l'hygiène alimentaire.

Concernant les pratiques sur l'hygiène alimentaire, 72,9% des enseignants ont un meilleur niveau de pratique contre 58,9% des parents qui ont également un bon niveau ($p = 0,007$). Les résultats ont montré une différence significative entre la proportion des enseignants ayant une bonne pratique et celle des parents ayant aussi une bonne pratique ($p < 0,05$). Pour la première dimension comportements, 36,4% des enseignants ont une bonne pratique contre 12,2% des parents d'élèves. Quant à la deuxième dimension respect des normes de l'hygiène alimentaire, 66,7% des enseignants ont une bonne pratique contre 54,8% des parents d'élèves. La différence observée entre le niveau de pratique des enseignants et celui des parents d'élèves est significative ($p < 0,05$). Pour tous les items de la variable pratique, la

différence entre le niveau des deux groupes est significative, hormis les items relatifs aux condiments de mauvaise qualité triés et jetés avant la cuisson des repas et à l'eau consommée. La différence n'est donc pas significative pour ces items ($p > 0,05$).

En général, cette significativité entre la proportion des enseignants et celle des parents sur les pratiques d'hygiène alimentaire est due d'abord à la différence de niveau d'instruction des deux groupes. Les pratiques sont des actes réels accomplis par la personne en situation, dans son contexte (Handicap International, 2009). Les enseignants, étant tous intellectuels et ayant reçu des formations strictes dans ce domaine, mettent en pratique les notions apprises puisqu'ils sont chargés de l'encadrement et du bien-être des enfants. Contrairement aux parents qui n'ont pas un même niveau d'instruction du fait qu'ils ne soient pas tous instruits. Cependant, les parents non instruits n'ont pas la notion d'hygiène de même que quelques-uns des parents instruits. Comparativement à cette donnée, Steffan & Ligibel (2007) ont révélé dans leur étude sur les enquêtes CAP en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans la commune de Vohitrandrianaur que la conception locale de l'hygiène s'assimile à la notion de saleté, à la saleté visuelle et à la saleté olfactive. Dans cette commune, tous les habitants se lavent les mains sans savon avant de manger mais rares sont ceux qui se lavent les mains après être allés aux toilettes. Ce comportement est similaire à celui de quelques parents d'élèves, qui ne se lavent pas les mains avant de nourrir leurs enfants. Ce qui explique leurs faibles niveaux de pratique de l'hygiène alimentaire.

3.2. Relation entre connaissances, attitudes et pratiques de l'hygiène alimentaire des enseignants et parents d'élèves.

3.2.1. Corrélation entre connaissances et attitudes

Nos résultats montrent de façon générale, qu'il existe une corrélation entre le niveau d'attitude et le niveau de connaissances chez les enseignants ($p = 0,001$) et chez les parents d'élèves ($p = 0,007$) deux groupes enquêtés. Cela peut s'expliquer par le fait que les connaissances sont le socle des attitudes. Les connaissances sont ce que savent les individus, elles sont liées à leur culture et permettent d'organiser les attitudes (Handicap International, 2009). Les attitudes sont selon Marguerite et Duteau (Marguerite & Duteau Eliçois, 2012, p. 16), les perceptions des individus,

les difficultés à comprendre un phénomène. Ce sont les tendances, les dispositions (Médecins du Monde, 2011). Cette liaison entre connaissances et attitudes est d'ailleurs confirmée par l'étude réalisée par Guye, Bernard, Sonko, Dreneau, Fontanier, Labeille, (Guye O., et al., 2010) qui montre une corrélation entre connaissances et attitudes. Cela signifie que le niveau d'attitudes des sujets dépend en partie de leur niveau de connaissances.

3.2.2. Corrélation entre pratiques et attitudes

Il existe une corrélation entre le niveau de pratiques et le niveau d'attitudes chez les enseignants ($p = 0,007$) et chez les parents d'élèves ($p = 0,002$). L'étude réalisée par Yaoh-shiang, Der-Min, Hsiang-Ru, Zheng-ping, & Nain-feng, sur l'influence des connaissances et des attitudes sur l'action de fumer, nous révèle une corrélation positive entre attitudes et pratiques. Les attitudes dépendent des croyances, de l'environnement, du statut social, et du niveau de vie (Yaoh-shiang, Der-Min, Hsiang-Ru, Zheng-ping, & Nain-feng, 2010). Il existe un lien entre connaissances, attitudes et pratiques. Ainsi, l'étude sur les connaissances, attitudes, et pratiques des enfants de 12 ans sur la santé dentaire de Smyth, Caamano, Fernández-Riveiro. (Smyth, Caamano, & Fernández-Riveiro, 2007) révèlent qu'il existe une corrélation entre les connaissances, les attitudes et les pratiques. Toutefois, cette corrélation dans le cadre de leur étude paraît faible. Ainsi, les attitudes ne sont pas nécessairement corrélées aux pratiques. Ces résultats ne sont pas en accord avec les nôtres pour lesquels les attitudes et pratiques sont corrélées car l'environnement socioculturel, la classe sociale, le niveau de vie, la motivation, les moyens financiers déterminent les attitudes et les pratiques (Smyth, Caamano, & Fernández-Riveiro, 2007).

3.2.3. Corrélation entre connaissances et pratiques

En général, il n'existe pas chez les enseignants une corrélation entre le niveau de connaissances et le niveau de pratiques ($p = 0,135$). Les 60% et plus des enseignants qui ont une bonne connaissance, n'ont pas tous à la fois une bonne connaissance et une bonne pratique. L'étude réalisée par Mirmiran sur le comportement et la connaissance des adolescents à Teheran en diététique, révèle que la plupart des adolescents de Teheran ont un comportement diététique qui ne s'accorde pas avec leurs connaissances alimentaires (Mirmiran P., 2007). Robe N., dans son étude sur

les connaissances, attitudes et pratiques en eau, hygiène et assainissement dans les villages touchés par le choléra sur la rive droite de l'Oubangui, démontre que la population a une bonne connaissance de l'importance du lavage des mains avec du savon mais ne la met pas en pratique (Robe N., 2011). Il en conclut que la connaissance ne s'accorde pas toujours avec la pratique. Selon le modèle de changement de comportement en escalier développé par Rogers en 1968 (Laflamme L., 1980), la connaissance est la première étape de prise de conscience. Elle a pour but de réduire l'ignorance et les incertitudes de l'individu par rapport à son mauvais comportement. Cette étape franchie, il faudrait le convaincre du lien direct qui existe entre son comportement actuel et le risque qu'il court. C'est l'étape des attitudes favorables. Ce n'est qu'après ce préalable que le sujet peut se résoudre à mettre en application les informations reçues (décision). Il cherche dès lors des soutiens et conseils pour la mise en application de nouveaux comportements. A présent, tout est prêt pour passer à la mise en pratique (adoption). C'est l'étape comportementale de l'application des informations, des conseils et soutiens. Seulement, il est difficile d'adopter ce nouveau comportement comme une nouvelle habitude quelles que soient les difficultés auxquelles on doit faire face (confirmation).

Les connaissances sont la base des pratiques, organisent les pratiques. Contrairement aux enseignants, il ressort chez les parents d'élèves une corrélation entre le niveau de connaissances et le niveau de pratiques. Cela s'explique par le fait que la mauvaise connaissance des parents relative à l'hygiène alimentaire impacte leurs pratiques de l'hygiène alimentaire. Cela n'est pas similaire aux résultats trouvés par Bio Nigan I., et al, dans une enquête portant sur les pratiques hydriques des jeunes Handballeurs au Bénin. Dans cette étude, les jeunes handballeurs malgré leurs mauvaises connaissances des pratiques hydriques adoptent de bonnes pratiques hydriques (Bio Nigan, Falola, Gouthon, & Arémou, 2013).

Enfin d'étude, on constate que la plupart des enseignants ont un meilleur niveau de connaissances et de pratiques que les parents d'élèves. Les parents ont par contre un meilleur niveau d'attitudes que les enseignants. Nous pouvons conclure qu'une bonne connaissance de l'hygiène alimentaire assure une bonne pratique relative à l'hygiène alimentaire. L'hypothèse est donc confirmée. Notre enquête était

constituée d'un questionnaire adressé aux enseignants et aux parents d'élèves, basée sur la confiance des réponses fournies aux questions. Cela constitue des insuffisances de l'étude. Il faudrait accompagner cette enquête d'une étude observationnelle afin de pouvoir mettre en relation leurs réponses avec celles obtenues lors de l'observation. Malgré ces insuffisances, c'est le premier travail réalisé dans ce milieu pour avoir des évidences sur le niveau de connaissances, attitudes et pratiques en matière d'hygiène alimentaire des enseignants et parents d'élèves du préscolaire dans la ville de Parakou.

Conclusion

La présente étude a utilisé une enquête de type CAP pour évaluer les niveaux de connaissances, d'attitudes et de pratiques en matière d'hygiène alimentaire des personnes chargées de leur encadrement à savoir les enseignants à l'école et les parents à la maison. Les résultats indiquent que les enseignants et parents d'élèves avaient de bonnes connaissances de l'hygiène alimentaire à 86,1% versus 76,6%, de bonnes attitudes vis-à-vis de l'hygiène alimentaire à 50,4% versus 77,7% et de bonnes pratiques d'hygiène alimentaire à 72,8% versus 58,9. On note en outre une différence significative entre les enseignants et les parents d'élèves en ce qui concerne le niveau de connaissances ($p = 0,015$) et de pratiques ($p = 0,007$). Le niveau élevé de connaissances, d'attitudes et de pratiques (CAP) de l'hygiène alimentaire enregistré tant chez les enseignants que chez les parents d'élèves (50 à 86% selon le groupe) doit cependant être relativisé à cause des limites de la technique d'enquête utilisée : Le questionnaire. Les sujets interrogés n'indiquent pas toujours ce qu'ils pensent. Les enquêtés n'ayant pas rempli le questionnaire séance tenante, dans la plupart des cas, il est aussi possible qu'ils se soient fait aider par d'autres personnes ou qu'ils aient consultés des documents pour répondre aux questions.

Toutes ces limites n'autorisent pas une généralisation des résultats obtenus sans des dispositions préalables et l'organisation d'une enquête touchant un plus grand nombre d'enseignants et de parents d'élèves. Dans l'attente de cette enquête et pour améliorer l'hygiène alimentaire des enfants préscolarisés dans la ville de Parakou, il urge que les autorités de l'éducation initient et intensifient l'éducation et la formation des vendeuses de nourriture aux abords des écoles. Ceci pourrait donc

être l'un des moyens les plus efficaces, par rapport à son coût, pour réduire l'incidence des maladies d'origine alimentaire. Il est cependant nécessaire que le matériel de formation élaboré à leur intention soit adapté à leurs besoins et à leurs situations. Cette formation des vendeuses de nourritures aux abords des écoles reviendrait donc à chaque service d'hygiène en partenariat avec le chef de chaque circonscription.

Les maladies d'origine alimentaires sont transmises, dans une proportion élevée, au foyer de sorte que l'éducation des personnes qui sont chargées de la préparation des repas de la famille est particulièrement importante. Il est primordial d'éduquer le grand public. Le message à faire passer est que les maladies d'origine alimentaire pèsent lourdement tant sur la santé que sur l'économie. Malgré le manque de données sur l'importance exacte du problème au Bénin, il va falloir insister sur les répercussions néfastes que ces maladies peuvent avoir sur la santé. Les communications qui s'inspirent de cette finalité doivent être bien formulées et confiées à des spécialistes de la question. Elles doivent être concises, concrètes et présentées de façon attrayante pour les participants. Les établissements maternels de la ville de Parakou doivent désormais rendre plus visibles les actions du comité sanitaire de l'école en pensant d'abord à la formation en hygiène alimentaire des membres du comité. Dans les programmes de formation en matière d'hygiène alimentaire, priorité doit être donnée à la formation des membres du comité qui devront ensuite apprendre selon le cas aux femmes qui s'occupent des cantines soit aux vendeuses à manipuler les aliments en toute sécurité et faire en sorte que l'hygiène soit bien respectée. Aussi le comité doit-il faciliter l'apprentissage des principes de base de l'hygiène alimentaire et de la manipulation correcte des aliments aux femmes à divers niveaux. Celles-ci doivent recevoir une formation en matière d'hygiène alimentaire et subir des contrôles périodiques de connaissances sur la question. Des cours de recyclage sont nécessaires de temps à autre pendant toute l'année scolaire. Il va falloir particulièrement attirer l'attention sur la nécessité de signaler sans retard tout cas de maladie d'origine alimentaire au comité sanitaire.

Bibliographie

AOUED Leila, et al., 2010 « Maladies d'origine alimentaire : définitions, terminologie, classifications », *Toxicologie Maroc*, 6 : 3 – 6

BIO NIGAN Issiako et al., 2013 « Current knowledge, attitudes et pratiques regarding hydration of student handball players in the south-eastern region (Oueme-plateau) of the republic of Benin » *Hearald journal of education and general studies*, 2 (2), 072-076.

GUYE Olivier et al., 2010 *Etude sanitaire sur les cancers autour du site nucléaire du Tricastin* (Rapport Final). Lyon : Observatoire Régional de la Santé (ORS) Rhône-Alpes, 82p.

Handicap International, 2009, *Connaissances, attitudes et pratiques dans l'éducation au risque : mettre en œuvre les études CAP*. Lyon : Handicap International-Pôle Publications Professionnelles, 83p.

HODONOU K.A.S. et al., 1999 « Connaissances, Attitudes et Pratiques des enseignants mariés de la commune de Lomé (Togo) en matière de contraception », *Médecine d'Afrique Noire*, 49 (8/9), pp : 410-415.

LAFLAMME Lucien, 1980, *le rôle de la liberté dans la psychothérapie de Carl R. Rogers*, (Mémoire) université du Québec à Trois-Rivières, 134p.

MARGUERITE Camp & DUTEAU ELIÇOIS Jean, 2012 *Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques des professeurs du cycle fondamental I de la goâvienne quant à la gestion des risques et des désastres naturel* (Rapport final). Bruxelles : UE :European Commission Humanitarian Aid and Civil Protection DG (ECHO), 66p.

Médecins du monde, 2011 *Collecte de données : Les enquêtes CAP*. 41p.

MIRMIRAN Parvin 2007 « Le comportement diététique des adolescents de Tehranian ne s'accorde pas avec leur connaissance alimentaire », *Santé publique Nutr.*,10(9), 897-901.

OMS, 2002, *Stratégie mondiale de l'OMS pour la salubrité des aliments : une alimentation à moindre risque pour une meilleure santé*. Genève : OMS, 30p.

OMS, 2006, *Prévention des maladies d'origine alimentaire : Cinq clefs pour des aliments plus sûrs*. Note d'information INFOSAN n° V. Genève : OMS, 4p.

PETRUCCI Frédéric et al., 2009« *Livret d'Hygiène Restauration Collective* », Collectivité Territoriale de Corse., 28p.

ROBE Nicholas, 2011, *Connaissances, Attitudes et Pratiques en Eau, Hygiène et Assainissement dans les villages touchés par le choléra sur la rive droite de l'Oubangui (Commune de Mongoumba) Lobaye* (Rapport d'évaluation). République Centrafricaine : ATED, 15p.

Smyth Ernesto et al., 2007« La connaissance, attitudes et pratique en matière orales de santé dans 12-year-old les écoliers », *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 12(8), 614-620.

STEFFAN Alexander, & LIGIBEL jennifer, 2007*Etude des connaissances, attitudes et pratiques (CAP) en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans la commune de Vohitrandriana*. Madagascar, Solidarité entraide madagascar, 9p.

UNICEF 2009*Savon, toilettes et robinets : Les bases fondamentales pour des enfants en bonne santé*. New York : UNICEF, 24p.

YAOH-SHIANG, lin et al., 2010« Influence of knowledge and attitudes on smoking habits among young military conscripts », *Taiwan*, 73 (8), 411- 418.