



Université Mohamed Khider de Biskra
Faculté des sciences exactes et science de la nature de la vie
Département des sciences de la nature et de la vie
Filière : Sciences Biologique

Référence / 2021

MÉMOIRE DE MASTER

Spécialité : Microbiologie Appliquée

Présenté et soutenu par :

Nadjah DACI et Ikram RAIS

Le: lundi 28 juin 2021

Connaissance et attitudes des vendeurs et des consommateurs des aliments de rue « centre-ville de Biskra »

Jury :

M. BENKADOUR Bachir	Grade: M.A.B	President
Mme. BOULMAIZ Sara	Grade: M.A.A	Rapporteur
Mme. MOHAMMEDI Kenza	Grade: M.C.B	Examineur

Année universitaire: 2020/2021

Remerciements

Au terme de ce modeste travail, c'est agréable d'exprimer nos reconnaissances et nos vifs remerciements et gratitude à Dieu qui nous a donné la capacité de pouvoir effectuer cette étude et à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à nous apportés collaborations.

Nous tenons à remercier particulièrement

Mme BOULMAIZ. Sara d'avoir accepté de diriger ce travail, de nous encadrer qu'elle trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

Nous tenons vivement à exprimer notre profonde reconnaissance et gratitude aux vendeurs et consommateurs qui nous ont aidés afin de réaliser ce travail

Et finalement nous voulons toucher par nos remerciements mesdames membres de jury d'avoir voulu accepté de juger ce travail.

Dédicace

Je dédie ce travail à

Mon père

*Tu es un pilier solide et incontournable pour ma personne et mon
Parcours, que Dieu te donne santé et longue vie.*

Ma mère

*Que ce travail soit pour toi le témoignage de mon infinie
reconnaissance pour ton aide précieuse et toutes ces années de
compréhension.*

À mes sœurs :

Nadjoï et Hanane Meriem.

À mes frères :

Seïf Eddine, Islam et Fehd.

À mes grands parents.

À mes chers oncles et mes chères tantes et leurs enfants.

À mes collègues

*À tous mes chers amis à leur amour, leur disponibilité et leur
soutien moral.*

DACI Nadjah

Dédicace

Je dédie ce travail à :

Mon cher père

Ma chère mère qui a toujours cru en moi

Mon mari : A. Hamza

Mes deux anges enfants : Qussay et Chifaa

Mes sœurs : Nadia, Fatima, Kaouthar, Malek, Imen et Nesrine

*Mes frères : Abdellah, Lotfi, Rahim, Karim, Abderrazak, Bessem et
Wassim*

Ma belle-mère et mon beau-père

Mes belles-sœurs et mes beaux-frères

Toute la famille RAIS

La famille AOUNALI

Mes amies, collègues et tous les gens qui m'aiment.

Table des matières

Remerciements	
Dédicace	
Table de matière	
List des tableaux	
List des figures	
Liste des abréviations	
Introduction General	1

Partie Bibliographique

Chapitre 1 : Les toxi-infections alimentaires

1.1.Généralités	4
1.2.Définition.....	4
1.2.1.L'infection alimentaire	4
1.2.2.L'intoxication alimentaire.....	4
1.2.3.Les toxi-infections alimentaires collectives (T.I.A.C).....	5
1.3.Epidémiologie ::	5

Chapitre 2: Les aliments de rue

2.1.Généralités.....	8
2.2.Définition	9
2.2.1Aliments de rue	9
2.3.Sécurité des aliments	9
2.4.Connaissances et attitudes en matière de sécurité alimentaire	9

Partie Expérimentale

Chapitre 3 : Matériels et méthodes

3.1.Enquête sur les attitudes et les connaissances des vendeurs et consommateurs des aliments de rue.....	13
3.1.1.Objectif	13
3.1.2.Matériels et méthodes	13
3.2.Questionnaires des attitudes et des connaissances des vendeurs et des consommateurs	14

Chapitre 4: Résultats et discussions

4.1.Analyses statistiques.....	17
4.2.Résultats et discussion	17
4.2.1.Caractéristiques démographiques des vendeurs des aliments de rue de Biskra.....	17
4.2.2Attitudes des consommateurs et des vendeurs de rue en matière de sécurité alimentaire à Biskra	19

Conclusion

Bibliographie

Annexes

Résumé

List des tableaux

Tableau 1: les 16 quartiers du centre ville de biskra.....	15
---	----

List des figures

Figure 1 : Principale interactions entre aliment, microorganisme, consommateur (Chadli, Kredouda ,2017).....	5
Figure 2 : Les caractéristiques démographiques des consommateurs des aliments de rue à Biskra.....	18
Figure 3 : Caractéristiques démographiques des vendeurs des aliments de rue à Biskra....	18
Figure 4 : Les résultats de l'enquête sur les attitudes de sécurité alimentaire des consommateurs.....	20
Figure 5 : les résultats de l'enquête sur les attitudes de sécurité alimentaire des vendeurs..	20
Figure 6 : Le niveau d'attitude des vendeurs.....	23
Figure 7 : Le niveau d'attitude des consommateurs.....	23
Figure 8 : les résultats de l'enquête sur les connaissances des vendeurs.....	24
Figure 9 : les résultats de l'enquête sur les connaissances des consommateurs.....	25
Figure 10 : niveau de connaissance des vendeurs.....	27
Figure 11 : niveau de connaissance des consommateurs.....	28

Liste des abréviations

DO : déclaration obligatoire

E. coli: *Escherichia coli*.

FAO: Food and Agriculture Organization of the United Nations.

MDO : Maladie infectieuse a déclaration obligatoire.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

TIA : Toxi-infection Alimentaire.

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences.

TIAC : Toxi-infection Alimentaire Collective.

Introduction

Générale

Les maladies d'origine alimentaire sont parmi les plus répandues dans le monde dont certaines peuvent provoquer des troubles cliniques très graves et peuvent même entraîner la mort des patients. Ces pathologies d'origine alimentaire sont causées dans la plupart des cas par la nutrition contaminée par des microorganismes pathogènes ou bien leurs toxines. Ces infections sont actuellement nommées les toxi-infections alimentaires qui peuvent deviennent collectives (TIAC) ainsi soumises à une déclaration obligatoire (DO) (Sakhri, Touati, 2020).

Aujourd'hui, des millions de personnes contractent des maladies d'origine alimentaire et des milliers de décès surviennent dans le monde. La large consommation d'aliments de rue dans le monde entier augmente l'importance des questions de sécurité et de santé. Les aliments de rue ne sont pas fiables, ils sont également porteurs de maladies d'origine alimentaire dans de nombreux pays. Les aliments de rue sont préférés par les habitants de nombreux pays en raison de leur variété, de leur faible coût et de leur disponibilité.

L'une des raisons de la propagation des maladies d'origine alimentaire est que les vendeurs d'aliments de rue ne disposent pas d'informations suffisantes sur la sécurité alimentaire. En outre, diverses recherches menées dans certains pays ont révélé des insuffisances concernant l'application de l'hygiène et de la salubrité, la préparation des aliments, les règles de sécurité alimentaire et les connaissances des vendeurs des aliments de rue. Le manque d'hygiène, la difficulté d'obtenir de l'eau potable, l'absence d'élimination des déchets et autres problèmes environnementaux similaires, ainsi que le fait que les aliments vendus dans la rue ne sont pas soumis à la législation, tous ces facteurs augmentent les risques en matière de sécurité alimentaire (Ceyhun Sezgin, A., Şanlıer, N, 2016).

L'objectif de ce travail est d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de sécurité alimentaire des vendeurs et des consommateurs des aliments de rue du centre-ville de Biskra. Des questionnaires écrits structurés ont été utilisés pour cette évaluation ; cela est fait par la sélection de 50 vendeurs et 100 consommateurs des aliments de rue dans la région de Biskra.

Partie

Bibliographique

Chapitre 1

Les toxi-infections

alimentaires

1.1. Généralités

Il existe plusieurs voies de contamination des aliments par les micro-organismes : les personnes, leurs vêtements, l'air, l'eau et les animaux. Ainsi deux types de contaminations importantes sont à distinguer : la contamination endogène et exogène. La contamination endogène des denrées alimentaires d'origine animale est causée par les germes commensaux du tube digestif des animaux. Quant à la contamination exogène, les agents microbiens sont apportés dans les denrées initialement saines, au cours des diverses manipulations (préparation des viandes, transport, stockage) (Yougbare, 2014).

Les accidents alimentaires peuvent ainsi être regroupés en infections, toxi-infections, intoxications et intoxications (Tayou ,2007).

1.2. Définition

1.2.1. L'infection alimentaire

Une infection alimentaire ou toxi- infection est une maladie causée par l'ingestion d'aliments ou boissons contaminées par certains agents infectieux ou leurs toxines. Cette contamination peut avoir eu lieu lors de diverses étapes : de la production jusqu'à la conservation de l'aliment (Birembaux ,2017). En cas d'infection, les micro-organismes vivants présents dans l'aliment provoquent des effets pathologiques variés par leur multiplication dans les entérocytes de l'intestin grêle et du colon. On parle de toxi-infection lorsque l'infection est suivie de la production des toxines protéiques ou glucido-lipido-protéiques. Les germes responsables des toxi-infections sont : *Salmonella spp*, *Clostridium perfringens*, *Shigellaspp*, *Vibrioparahaemolyticus*, *Bacillus cereus*, *Yersinia enterocolytica*, *Campylobacterspp*, *Listeria monocytogenes* (Tayou, 2007).

1.2.2. L'intoxication alimentaire

Les intoxications alimentaires résultent de l'ingestion d'aliments contaminés des germes qui prolifèrent dans l'aliment et/ ou dans le tube digestif du consommateur. Ces germes peuvent être pathogène ou reconnus normalement non pathogène (Chadli, Kredouda ,2017).

Par contre les intoxications alimentaires se produisent à la suite de l'ingestion des toxines préformées dans l'aliment (Chadli, Kredouda ,2017).

1.2.3. Les toxi-infections alimentaires collectives (T.I.A.C)

Une toxi-infection alimentaire collective (TIAC) est une maladie souvent infectieuse et accidentelle causé par l'ingestion d'aliments contaminés par certains agents infectieux ou par leur toxine. Une toxi-infection alimentaire collective (TIAC) est une maladie infectieuse à déclaration obligatoire (MDO) qui a lieu lorsqu'il existe au moins deux cas groupés, avec des manifestations similaires dues à une contamination par un micro-organisme (bactéries en général) ou une toxine. Les plus grandes toxi-infections alimentaires collectives sont des « crises alimentaire » (Chadli, Kredouda ,2017).

Les agents infectieux les plus souvent en cause sont les bactéries (*Salmonella*, *Staphylococcuse*, *Clostridium*, *Camphylobacter*) et certains virus comme les rota virus (Chadli, Kredouda ,2017).

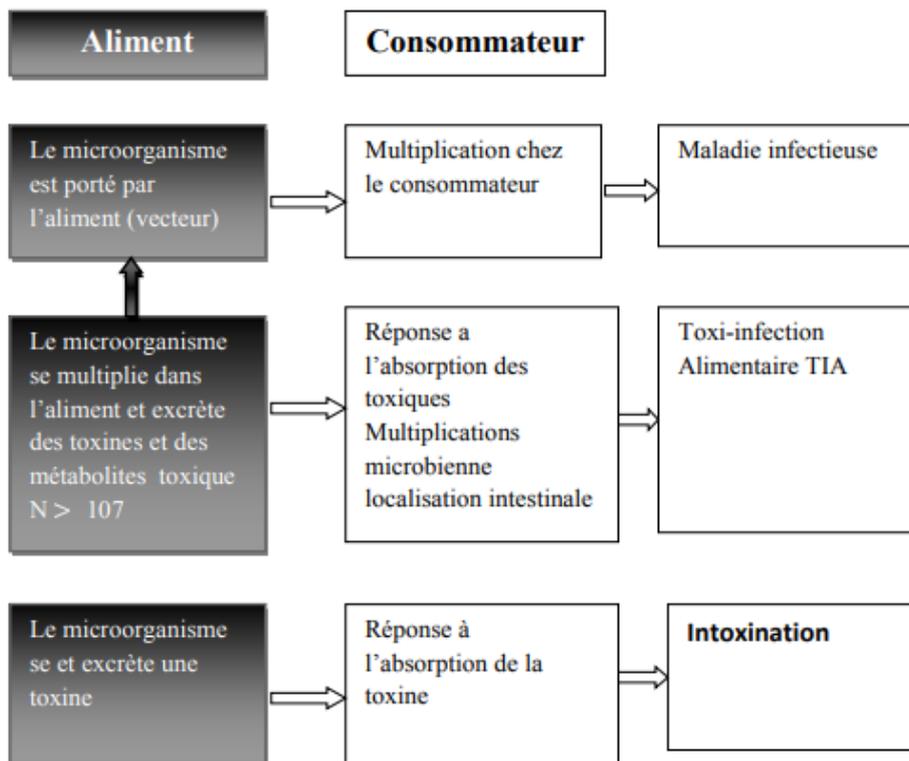


Figure 1 : Principale interactions entre aliment, microorganisme, consommateur

(Chadli, Kredouda ,2017).

1.3. Epidémiologie :

Les germes responsables des TIAC sont surtout représentés par les salmonelles, les plus fréquemment identifiés. Les staphylocoques et les clostridies viennent en second lieu, et en troisième lieu se voit l'*Escherichia coli*. Les aliments en cause sont : les aliments souillés, les œufs crus et ses dérivés (crèmes gâteaux), le lait cru et les autres produits laitiers, la viande crue ou pas suffisamment cuite comme la volaille, le bœuf, le porc, l'agneau, les légumes crus, les mollusques et crustacés, l'eau non traitée, et surtout les mains infectées avec des pus ou des mains sales des manipulateurs d'aliments. En fait, les aliments incriminés les plus fréquemment identifiés sont les œufs ou les produits à base d'œufs (Randrianaridaoro, 2012).

Chapitre 2

Les aliments de rue

2.1. Généralités

Les aliments prêts-à-manger vendus dans la rue jouent un rôle vital dans la satisfaction des besoins alimentaires de nombreux habitants des pays en développement, ils sont appréciés par les consommateurs pour leur caractère abordable, leur accessibilité, leur variété et leurs propriétés organoleptiques uniques (Adouane Aicha ,2019).

Les aliments sont essentiels pour la prospérité, la santé et le bien-être social des individus et des sociétés. Cependant, de tous les problèmes de santé publique, les intoxications d'origine alimentaire font partie des maladies qui affectent le plus grand nombre d'individus et causent le plus de décès. L'absence de surveillance officielle de la vente des aliments préparés sur la voie publique entraîne des problèmes mettant directement en jeu la santé des consommateurs. Les aliments impropres à la consommation contenant des bactéries, des virus, des parasites ou des substances chimiques nocives provoquent plus de 200 maladies, allant de la diarrhée au cancer (Fao ,1997).

Trois catégories principales d'aliments de rue ont été identifiées en Afrique: les plats cuisinés, les casse-croûte et les boissons. La plupart de ces aliments sont préparés à partir de produits locaux (céréales, tubercules, légumineuses, fruits et légumes, produits carnés) au moyen de technologies traditionnelles rarement améliorées. Quelques aliments moins traditionnels ou importés sont parfois utilisés, comme les pâtes alimentaires, les pommes de terre (frites), les sandwiches etc (Fao, 1997).

Mais avec le développement des échanges entre les pays, on assiste à la diffusion de certains plats dans toute la sous-région. Les casse-croûtes pour leur part, peuvent être les mêmes produits que ceux proposés pour le «petit-déjeuner», mais aussi des beignets, des arachides, nougats, pains, biscuits et pâtisseries plus ou moins à l'occidentale, et des produits laitiers (lait caillé). Les viandes et poissons grillés sont aussi couramment proposés et consommés. Dans la catégorie des boissons, l'eau (sachets plastiques, réfrigérée ou non) est une des principales boissons vendues (Fao, 1997).

2.2. Définition

2.2.1. Aliments de rue

Les aliments de rue se définissent comme étant des aliments prêts à être consommés, préparés et vendus par des vendeuses ou des colporteurs surtout dans les rues et les lieux publics. Ils permettent à la plupart de la population surtout les fonctionnaires, les élèves, les artisans, les étudiants etc. de s'alimenter aisément et facilement en dehors du foyer et relativement à faible coût. Mais malheureusement ces aliments subissent lors du processus de fabrication et de vente des opérations peu hygiéniques aboutissant pour la plupart à des contaminations microbiennes et/ou toxigènes (Baba-Moussa L *et al.*, 2006).

2.3. Sécurité des aliments

La sécurité des aliments de rue dépend de plusieurs facteurs tels que la qualité des différents matériels à utiliser et les bonnes pratiques de préparation. Dans la plupart des cas, cette sécurité n'est pas garantie et l'aliment de rue devient souvent sources d'épidémie et de maladies digestives telles que les gastroentérites et les diarrhées d'origines microbiennes (Fao ,1997).

Plusieurs travaux ont montré que les aliments de rue sont exposés à de graves conditions environnementales telles que la présence des insectes, des mouches et la pollution de l'air. Jusqu'aujourd'hui, la plupart des vendeurs de rue ignorent les bonnes pratiques d'hygiène alimentaire. Ils exposent les aliments dans de mauvaises conditions créant ainsi des contaminations croisées et des défaillances dans la conservation des aliments (Fao ,1997).

Henson et Traill ont défini la sécurité alimentaire comme l'inverse du risque alimentaire - la probabilité de ne pas souffrir d'un certain danger en consommant un aliment spécifique. La sécurité alimentaire est considérée comme un concept d'une importance capitale car elle joue une fonction essentielle de santé publique (TranNgoc, 2015).

2.4. Connaissances et attitudes en matière de sécurité alimentaire

L'attitude des consommateurs a également un impact important sur les questions de sécurité alimentaire, qui sont des thèmes d'intérêt pour les producteurs et les détaillants de produits alimentaires, les autorités publiques et les éducateurs de santé. Cet intérêt s'est traduit par des discussions sur la manière de définir la sécurité alimentaire et sur la façon dont les consommateurs perçoivent la sécurité alimentaire et choisissent les aliments. En général, on

suppose que la majorité des consommateurs ne comprennent probablement pas le rôle crucial des réglementations en matière de sécurité alimentaire. Afin d'offrir un soutien aux consommateurs, il est important d'examiner d'abord leurs attitudes envers la sécurité alimentaire. Les attitudes, qui sont des résumés d'évaluation relativement permanents et stables d'un élément, sont un concept psychologique important car il a été démontré qu'elles influencent et prédisent les comportements. La littérature indique que les attitudes des consommateurs à l'égard de la sécurité alimentaire en général diffèrent en fonction de facteurs démographiques et socio-économiques tels que le sexe, l'âge, le niveau d'éducation et le statut économique. La connaissance est définie comme "un processus complexe de mémorisation, de mise en relation ou de jugement d'une idée ou d'un phénomène abstrait (capacités cognitives)" (TranNgoc, 2015).

Les connaissances des vendeurs de nourriture de rue ont un impact crucial sur la sécurité alimentaire. À cela s'ajoute le fait que les vendeurs d'aliments de rue n'ont souvent pas de licence, ne sont pas formés à l'hygiène et à l'assainissement des aliments et travaillent dans des conditions d'insalubrité crues. Selon l'OMS, les vendeurs d'aliments dans la rue dans la plupart des pays en développement devraient être éduqués car ils ne sont actuellement pas suffisamment organisés et réactifs pour assumer la responsabilité de leur propre formation. Les vendeurs d'aliments devraient recevoir une formation adéquate sur le rôle de la nourriture dans la transmission des maladies, ainsi que sur les règles d'hygiène personnelle et les pratiques approuvées pour la manipulation des aliments vendus dans la rue (TranNgoc, 2015).

Partie

Expérimentale

Chapitre 3

Matériels et méthodes

3.1. Enquête sur les attitudes et les connaissances des vendeurs et consommateurs des aliments de rue

3.1.1. Objectif

Cette étude a examiné les connaissances et les attitudes en matière de sécurité alimentaire des vendeurs et des consommateurs d'aliments de rue au centre ville de Biskra. La nourriture, les pratiques de manipulation et d'hygiène des vendeurs ont également été évaluées. Les études ont été réalisées en Mars 2021, elle a été menée dans 16 quartiers populaires. Les procédures suivies pour effectuer chaque étude est décrite ci-dessous en détail.

3.1.2. Matériels et méthodes

Notre travail pratique a été réalisé au niveau de 16 quartiers de centre-ville de Biskra qui sont cités au-dessous dans le tableau 1 où nous avons recueilli un ensemble de données statistiques sur les connaissances et les attitudes des vendeurs et des consommateurs des aliments de rue à fin d'évaluer la sensibilisation des vendeurs de rue et des consommateurs en matière de sécurité sanitaire des aliments et les attitudes en matière de salubrité des aliments.

Tableau 1: les 16 quartiers du centre-ville de Biskra

Nom du quartier	Numéro de quartier
Dhalaa	quartier 1
Hareteloued	quartier 2
L'arrêt de Sidiokba	quartier 3
Elboukheri	quartier 4
Zguegberramdhane	quartier 5
Trig-ezzeb	quartier 6
Zaatcha	quartier 7
Hai el moudjahidine	quartier 8
Marché couvert	quartier 9
L'haouza	quartier 10
HLM	quartier 11
Kahwetlikar	quartier 12
Hakim saadane	quartier 13
Ras el garya	quartier 14
700 logements	quartier 15
Djenane ben yaakoub	quartier 16

3.2. Questionnaire des attitudes et des connaissances des vendeurs et des consommateurs

Le questionnaire utilisé pour évaluer les connaissances en matière de sécurité sanitaire des aliments et les attitudes des consommateurs et des vendeurs d'aliments de rue a été extrait selon Samapundo, Climat, Xhaferi et Devlieghere (2015).

Ceux-ci sont présentés dans l'annexe afin d'appliquer ce questionnaire à Biskra, il a d'abord été traduit en arabe, pour s'assurer que tous les questions étaient claires et bien structurées. Les questionnaires sont été divisés en deux sections :

- Les caractéristiques démographiques des vendeurs et des consommateurs.
- Les connaissances et attitudes en matière de sécurité sanitaire des aliments.

De manière plus détaillée, la section démographique contenait des informations concernant le sexe, l'âge et le niveau d'éducation. La section sur les connaissances en matière de salubrité des aliments a été conçue pour évaluer la sensibilisation des vendeurs de rue et des consommateurs aux pathogènes alimentaires, hygiène alimentaire, groupes à haut risque et nettoyage approprié. Cette section contient 18 questions avec 3 réponses possibles « oui », « non » et « je ne sais pas ». Chaque réponse correcte était considérée comme un point (1), tandis qu'aucun point (0) n'était attribué pour les réponses incorrectes ou lorsque la personne interrogée indique qu'il ne connaît pas la réponse. Un maximum de 18 points pourrait être atteint dans cette section. Les scores compilés ont été convertis en leurs équivalents sur une base de 18=100. Un score <50 a été considéré comme illustrant un faible niveau de connaissances en matière de salubrité des aliments, 50 à 75 considéré comme indiquant une connaissance médiane (adéquate) en matière de sécurité sanitaire des aliments et >75 a été considéré comme indiquant une bonne connaissance de la sécurité alimentaire niveau. D'autre part, la section sur les attitudes en matière de salubrité des aliments a évalué ce que les consommateurs et les vendeurs de rue comprennent sécurité alimentaire via 16 questions. La méthode d'évaluation utilisée pour cette section était similaire à celui utilisé pour évaluer le niveau de connaissance de la sécurité alimentaire (Samapundo *et al* ; 2015).

Pour sélectionner les consommateurs on a identifié les personnes qui semblaient avoir 18 ans et plus et leur a demandé de participer volontairement à l'étude. Le but de l'étude a été pleinement expliqué à tous les participants.

Chapitre 3: Matériels et méthodes

Cet exercice a été répété jusqu'à 100 consommateurs avaient été interrogés dans chacun des 16 quartiers. Pour la sélection de vendeurs des aliments de rue, des rues très fréquentées dans chacun des 16 quartiers ont été sélectionnés pour l'enquête. Les vendeurs ont ensuite été approchés en cette commande et demandé de participer volontairement jusqu'à ce que 1-8 vendeurs aient été interrogés dans chacun des 16 quartiers. Le but de l'étude a été expliqué aux vendeurs des aliments de rue aussi.

Chapitre 4

Résultats et discussions

4.1. Analyses statistiques

L'analyse statistique des données recueillies dans le cadre de l'étude a été entièrement réalisée par SPSS statistique et Microsoft Excel. Les résultats d'âge et de score ont été divisés en différentes catégories. Pour l'analyse descriptive, seuils de 28, 38, 48,58 et 66 ans ont été utilisés. En ce qui concerne les scores, les seuils de <50, 50-75 et > 75 ont été utilisés.

L'analyse descriptive consistait à calculer des moyennes, écarts types, maximum et minimum pour l'âge, et scores en fonction de l'âge, l'éducation, le lieu et le sexe. Comparaison des scores en fonction de sexe, la tranche d'âge, et l'emplacement ont été effectués comme suit ; deux échantillons de T tests ont été utilisés pour comparer les ensembles de données de deux échantillons en termes de genre, et éducation. La comparaison de plus de deux groupes a été réalisée au moyen d'une ANOVA à effets fixes. Normalité des données et les résidus ont d'abord été testés au moyen de graphiques Q-Q ou de la Test de Kolmogorov-Smirnov. Par la suite, l'égalité des variances a été vérifiée au moyen du test de Levene modifié.

4.2. Résultats et discussion

4.2.1. Caractéristiques démographiques des vendeurs des aliments de rue de Biskra

Les caractéristiques démographiques des 100 consommateurs et 50 vendeurs qui ont volontairement participé à l'étude sont résumés dans les figures 2 et 3, respectivement. D'après la figure 2, un peu plus les consommateurs (55%) ont participé à l'enquête que les consommatrices (45%). L'âge des consommateurs qui ont participé à l'étude variait de 18 à 66 ans, l'âge moyen étant de 19.9 ($\pm 9,9$) ans. 80 % des consommateurs interrogés avaient entre 18 et 38 ans. On a également remarqué que presque la moitié (46 %) des consommateurs d'aliments de rue était âgée de 29 à 38 ans. En ce qui concerne le niveau d'éducation, 84% des consommateurs interrogés dans cette étude avaient fait des études secondaires ou universitaires.

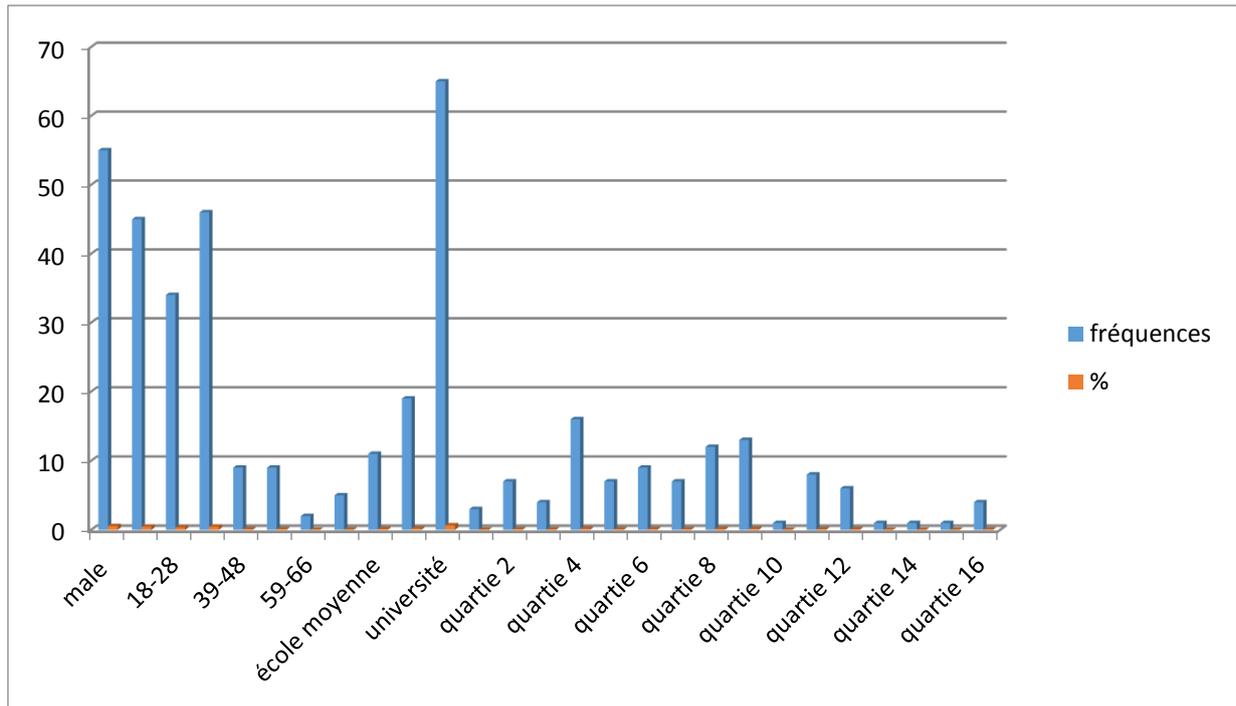


Figure 2 : Les caractéristiques démographiques des consommateurs des aliments de rue à Biskra.

En ce qui concerne les vendeurs de rue, presque la totalité (98 %) des vendeurs interrogés dans cette étude étaient des hommes (voir figure 3). L'âge moyen des vendeurs était de 22.6 (± 7.74) ans et l'âge variait de 18-58.

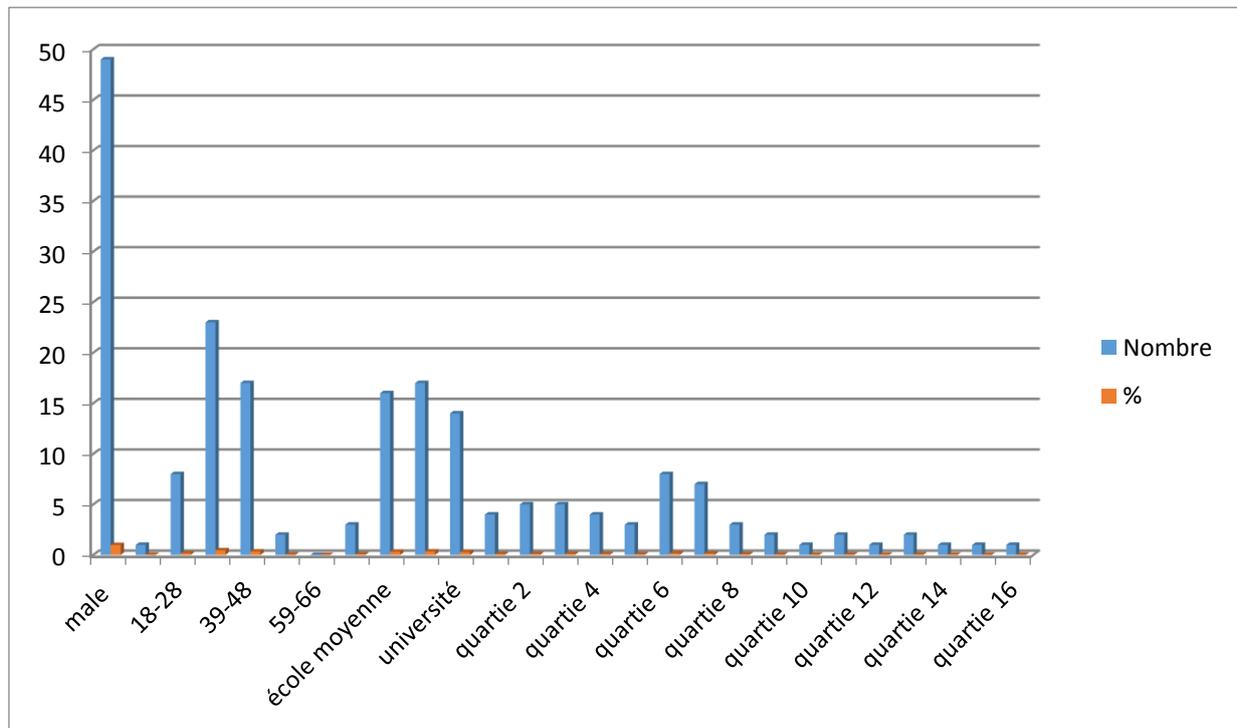


Figure 3 : Caractéristiques démographiques des vendeurs des aliments de rue à Biskra

4.2.2. Attitudes des consommateurs et des vendeurs de rue en matière de sécurité alimentaire à Biskra

La figure 4 résume les scores d'attitudes en matière de sécurité alimentaire des consommateurs de Biskra en fonction de leurs caractéristiques démographiques. Cet résultat est en accord avec une étude réalisée en Haïti (Samapundo *et al.*, 2015), où 74,2 % des consommateurs avaient une compréhension adéquate de la sécurité alimentaire. Cependant, un quart 25 % des consommateurs avaient de mauvaises attitudes en matière de salubrité des aliments ou une mauvaise compréhension de la sécurité alimentaire.

En ce qui concerne l'âge, les consommateurs les plus âgés (entre 29 et 58 ans) avaient des scores d'attitude en matière de sécurité alimentaire qui étaient significativement supérieurs à ceux des consommateurs plus jeune. Parmi eux, les consommateurs âgés de 59 à 66 ans avaient les meilleures attitudes (78 ± 12). En général, les jeunes consommateurs de Biskra ont un niveau d'instruction inférieur par rapport aux consommateurs plus âgés. Pourtant, ils avaient plus de chances de rencontrer les communications sur la sécurité alimentaire du gouvernement qui sont canalisés par les médias de masse et les écoles.

Les résultats montrent que les consommateurs qui ont fait des études supérieures ont de bonnes attitudes de sécurité alimentaire dont 50.77% ont un score > 75 et 44.61% d'entre eux ont un score 50-75, tandis que ceux qui ont un niveau moyen (école moyenne) ; 63.63 d'entre eux ont un score entre 50-75 alors que seulement 36.36% d'entre eux ont un score >75 . Et ceux qui ont un niveau primaire (école primaire) ont de mauvaises attitudes de la sécurité alimentaire dont 60% avaient un score $<50\%$.

Ce résultat contraste avec les constatations en Haïti de Samapundo *et al.* (2015) et d'autres études (Annor&Baiden, 2011 ; Rheinlander *et al.*, 2008) qui a indiqué qu'aucune différence significative ($p < 0,05$) se produisent entre les attitudes de sécurité alimentaire des consommateurs en fonction de leur niveau d'éducation. Selon l'OMS et l'Administration alimentaire Algérienne devraient redoubler d'efforts pour éduquer les consommateurs sur la sécurité alimentaire et par la suite inculquer des attitudes à l'égard des problèmes de sécurité sanitaire des aliments afin qu'ils puissent identifier positivement les stands de nourriture de rue de bonne qualité et ainsi réduire les maladies d'origine alimentaire liées à la consommation d'aliments de rue. L'emplacement (quartier) a également été déterminé avoir un effet sur les attitudes des consommateurs en matière de sécurité alimentaire. En particulier, les consommateurs du quartier 1, 10, 14, 15 (Dhalaa, l'Haouza, Ras el garia et 700 logements respectivement) avaient les scores d'attitude de sécurité alimentaire les plus élevés 100% de

score >75 (bon attitudes en matière de sécurité alimentaire), tandis qu'il s'agissait du quartier de Hakim Saadan et Kahouetlikar le score le plus bas est 40.

Les résultats de l'enquête sur les attitudes de sécurité alimentaire sont présentés dans la figure 4.

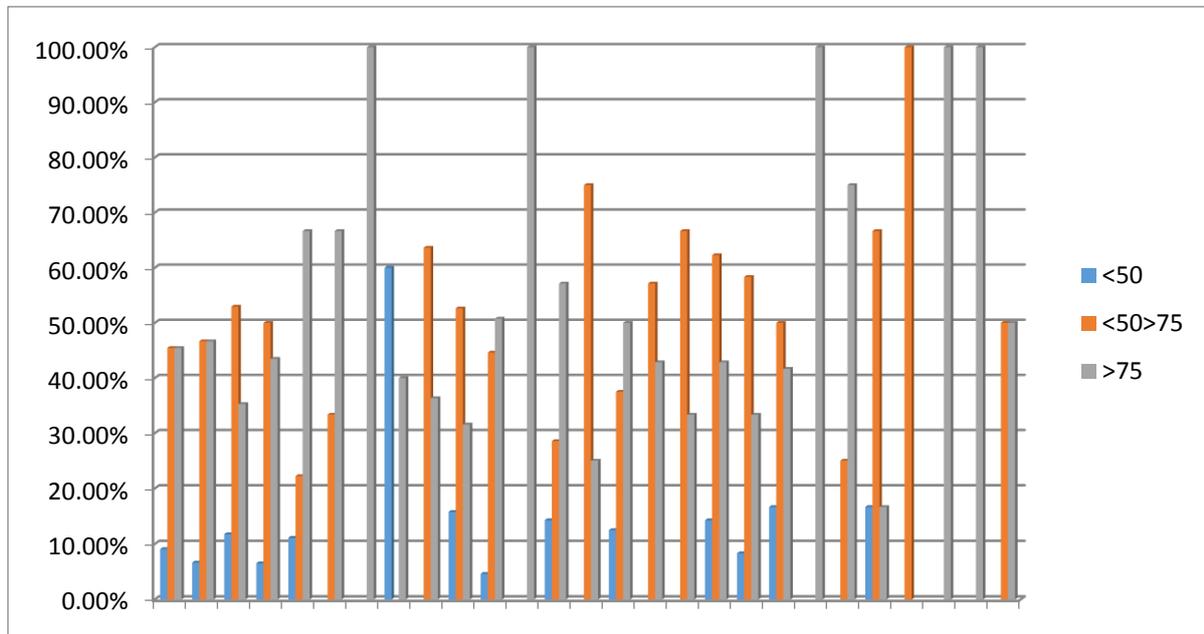


Figure 4 : Les résultats de l'enquête sur les attitudes de sécurité alimentaire des consommateurs.

Le score moyen des attitudes en matière de sécurité sanitaire des aliments des vendeurs (59.89) était moyen (indiquant de moyens niveaux de compréhension de la sécurité alimentaire). Les attitudes des vendeurs en matière de sécurité alimentaire ont été jugés significativement inférieurs que ceux des consommateurs (75). La moyenne de scores d'attitude en matière de sécurité alimentaire des vendeurs interrogés dans cette étude était beaucoup plus élevé que celui des vendeurs interrogés en Malaisie (moyenne score 18,5) (Toh&Birchenough, 2000) et proche à ceux de manipulateurs d'aliments en Turquie (score moyen 44,2) (Bas et al., 2006).Cependant, il était bien inférieur à ceux des vendeurs en Haïti (moyenne score 73) (Samapundoet al., 2015). Les vendeurs les plus éduqués ont des attitudes en matière de sécurité alimentaire plus élevé que ceux qui ont un niveau d'éducation plus faible dont 71.43 des universitaires ont un score entre 50-75% alors que 66.67% des vendeurs ont un niveau primaire ont un score <50. Il a également été rapporté que l'éducation joue un rôle clé dans l'amélioration des connaissances en matière de sécurité alimentaire des

manipulateurs d'aliments, et améliorant ainsi leurs attitudes envers la sécurité alimentaire et l'hygiène (FAO, 1995). En ce qui concerne l'emplacement, les constatations étaient similaires à ceux concernant les connaissances en matière de sécurité sanitaire des aliments.

Les vendeurs du quartier de 700 logement et Djnane ben Yaakoub avaient une significativement plus pauvre attitude de sécurité alimentaire 100% des vendeurs ont des score<50 par rapport à ceux des vendeurs interrogés dans les autres quartiers. Les attitudes les plus élevées en matière de sécurité alimentaire appartenaient aux vendeurs du quartier de Ras el garya, Haouza, Kahouetlikar et Hai el moudjahidine dont 100% des vendeurs ont des scores >75.

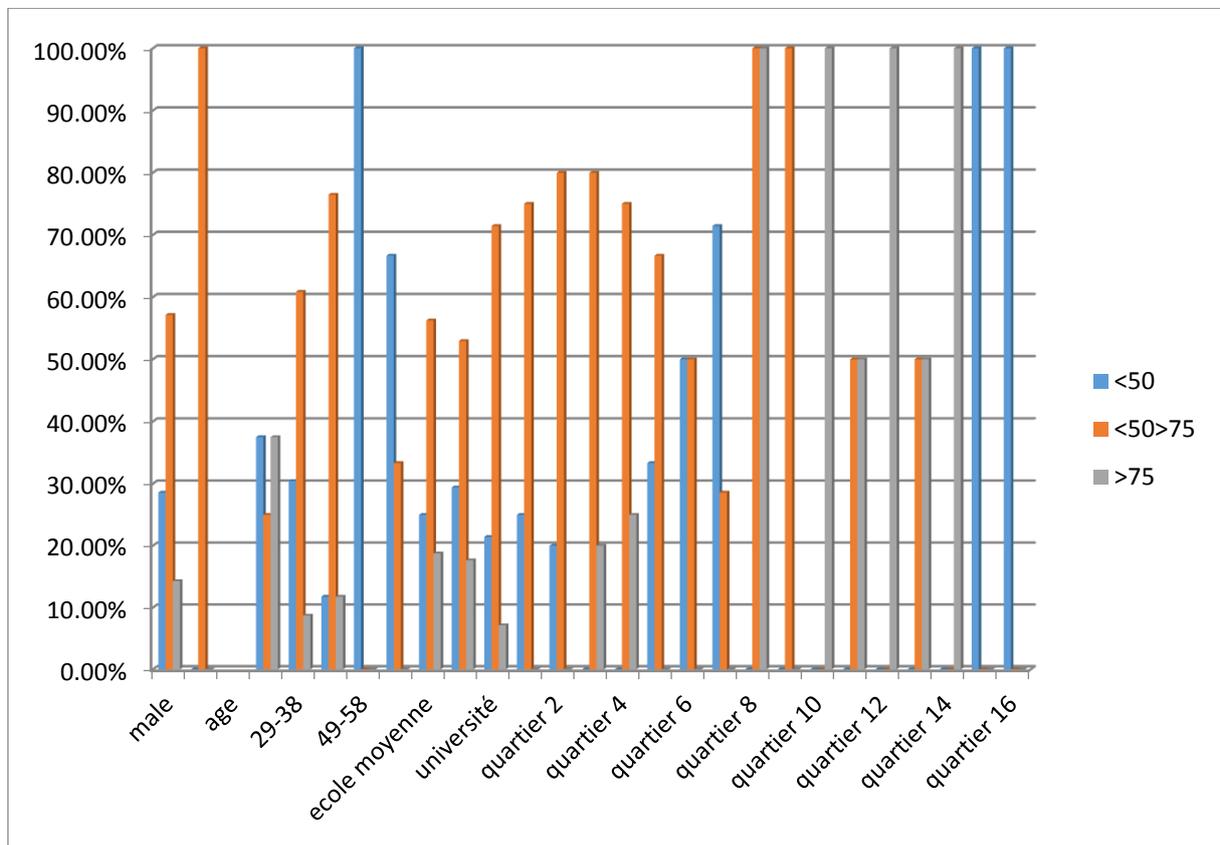


Figure 5 : les résultats de l'enquête sur les attitudes de sécurité alimentaire des vendeurs

Les réponses comptées des clients et des vendeurs au questionnaire sur les attitudes envers la sécurité sont présentés dans les figures 6 et 7, respectivement. Ces figures fournissent des informations plus détaillées sur les attitudes de la sécurité alimentaire des consommateurs et des vendeurs. Seulement 41% des clients savaient que le poulet est mieux décongelé dans un

bol d'eau froide. Alors que 73% des consommateurs étaient conscients que les aliments bien cuits sont exempts de contamination et seule 9% des consommateurs connaissent que la viande est idéalement stockée sur l'étagère du bas du réfrigérateur. De plus, 44 % (44/100) des consommateurs pensaient que les œufs doivent être lavés dès que possible après l'achat.

En ce qui concerne les vendeurs, les aspects suivants ont été de préoccuper .92% (46/50) savaient qu'il est nécessaire périodiquement de vérifier la température des réfrigérateurs et des congélateurs afin de réduire le risque de contamination des aliments. 94 % (47/50) des vendeurs savaient que l'état de santé des travailleurs devait être vérifié avant l'emploi. Alors que 64 % savaient que le risque de contamination peut être réduit en portant des casquettes et 62% en pensant que les œufs devraient être lavés dès que possible après l'achat. 84% des vendeurs savaient que les aliments crus et cuits doit être stocké séparément tandis que seulement 12% des vendeurs savaient que la viande crue est mieux stockée sur l'étagère inférieure du réfrigérateur, respectivement, pour réduire la contamination des aliments.

Contrairement à ces constatations, Donkor, Kayang, Quaye et Akyeh (2009) et Lues et al. (2006) ont rapporté que la majorité des vendeurs de rue au Ghana et en Afrique du Sud, respectivement, étaient conscients de l'importance de séparer les aliments cuits et crus afin de prévenir les maladies d'origine alimentaire. De plus, 96%, 74% et 84% des vendeurs savaient que les manipulateurs d'aliments avec des écorchures ou les coupures doivent porter des gants, le port de masques réduit le risque de contamination alimentaire, et que les torchons peuvent être une source de contamination, respectivement.

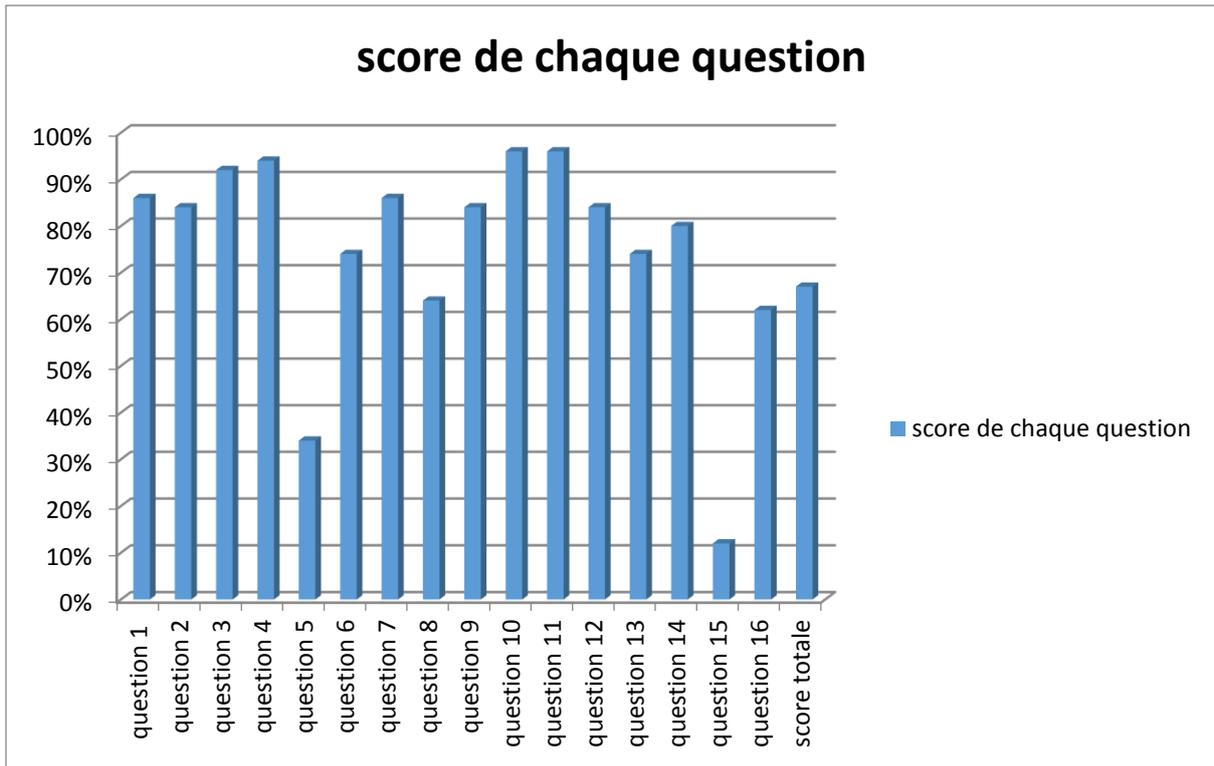


Figure 6 : Le niveau d'attitude des vendeurs.

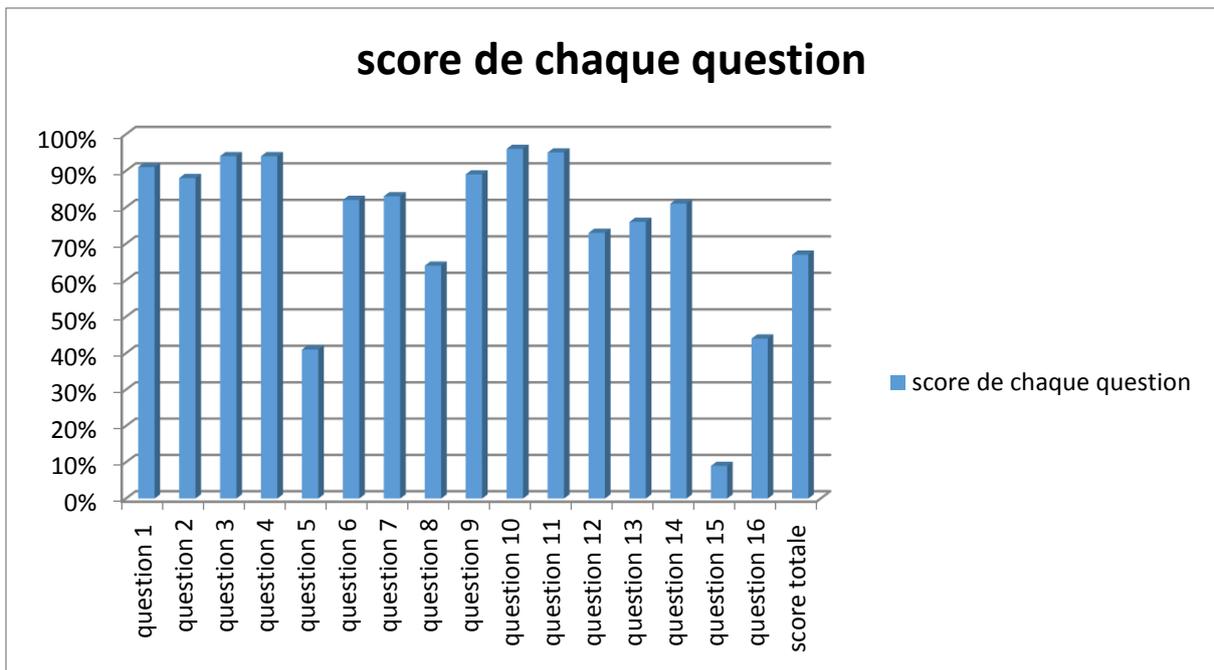


Figure 7 : Le niveau d'attitude des consommateurs.

La figure 8 résume les connaissances en matière de salubrité des aliments des vendeurs des aliments de rue en fonction de leurs caractéristiques démographiques. Le score des vendeurs 60% était significativement inférieur au score des attitudes 75. Les niveaux d'éducation des vendeurs à Biskra ont été déterminés avoir une influence significative sur leurs connaissances

en matière de sécurité alimentaire. 33% des vendeurs qui n'avaient été éduqués que pour le niveau de l'école primaire avaient un score <50 et 66% d'entre eux avaient un score entre 50-75 ce qui signifie qu'ils ont un niveau de connaissance de la sécurité alimentaire plus faible que ceux qui ont des niveaux d'éducation plus élevés dont 31.25% des consommateurs de niveau moyen avaient des scores <50 et 50.00% avaient des scores entre 50 et 75 et 18.75% avaient des scores >75 alors que pour ceux qui ont été éduqués jusqu'au niveau universitaire aucun vendeur n'avait un score <50. Résultats similaires ont également été trouvés dans plusieurs autres études, notamment en Malaisie (Rosnani et al, 2014 ; Toh et Birchenough, 2000) ; et l'Ouganda (Muyanja et al., 2011). Des niveaux d'éducation inférieurs ont été associés avec de mauvaises pratiques d'hygiène lors de la manipulation et du stockage des aliments ce qui peut augmenter le risque de contamination des aliments de rue (Kitagwa, Bekker&Onyango, 2006). De plus, des différences significatives s'est produite entre les niveaux de connaissance de la sécurité alimentaire des vendeurs en fonction de leurs emplacement, dont les vendeurs qui ont un meilleur niveau de connaissance de la sécurité alimentaire sont les vendeurs de quartier de l'Haouza, Kahouetlikar, Ras el garya qui sont à 100% avaient des scores >75 tandis que les quartiers de plus faible connaissance sont : les 700 logement et Djan ben Yaakoub dont 100% d'entre eux avait des scores <50 (niveau de connaissance inadéquat de la sécurité alimentaire).

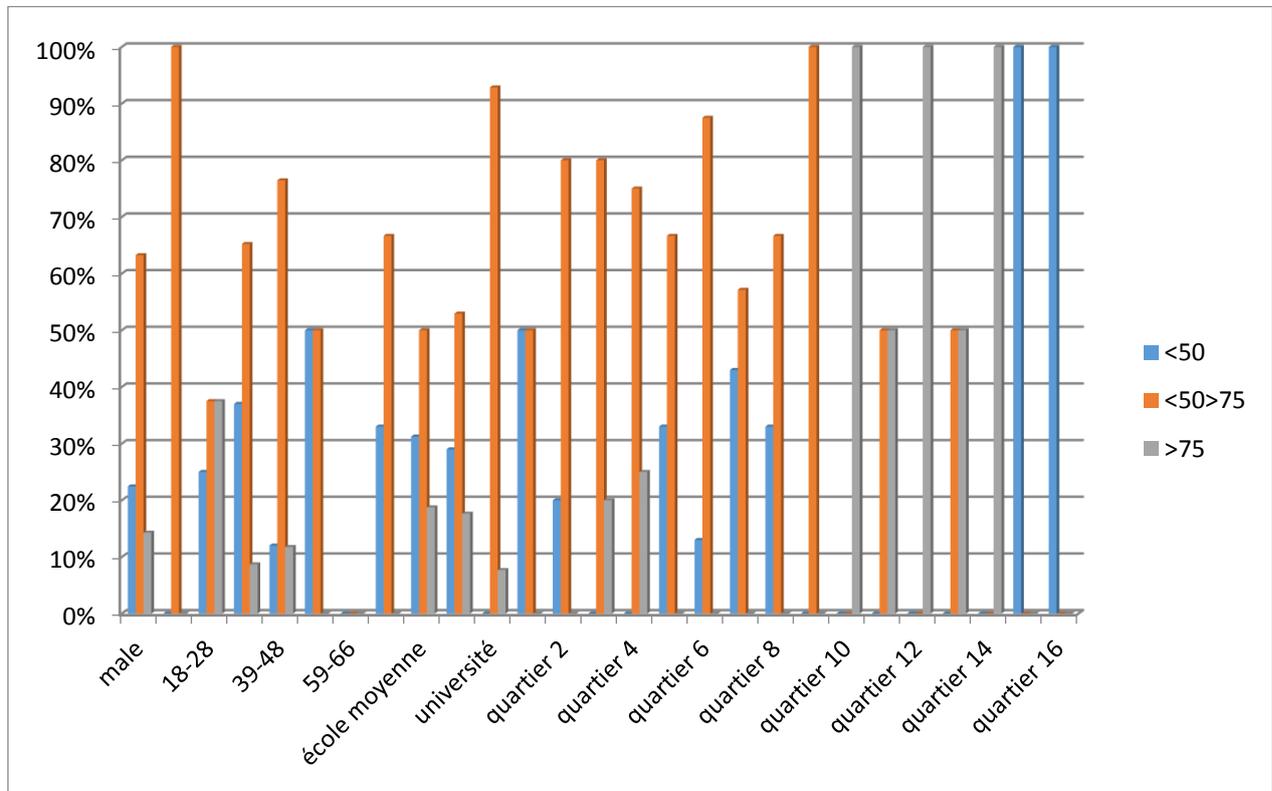


Figure 8 : les résultats de l'enquête sur les connaissances des vendeurs

Les résultats de l'enquête pour déterminer les connaissances en matière de sécurité alimentaire des consommateurs sont présentés dans la figure 9. Les consommateurs avaient un score moyen de connaissance de la salubrité des aliments de 59.05%, indiquant qu'ils avaient généralement une connaissance moyenne de la sécurité alimentaire. Cette étude indique que les femmes ont des niveaux plus élevés de connaissances en matière de sécurité sanitaire des aliments par rapport aux hommes, dont 11% d'entre elles ont des scores >75 alors que seulement 3.64 pour les hommes. Une augmentation des connaissances sur la sécurité alimentaire se produit avec l'âge où les consommateurs les plus âgées ont des meilleurs niveaux de connaissance (50%), et les consommateurs de plus faible niveau sont les consommateurs de tranche d'âge entre 39 et 48 ou presque la moitié. (44.44) ont des scores <50, ce qui concorde avec d'autres études qui ont indiqué qu'une augmentation des connaissances sur la sécurité alimentaire se produit avec l'âge et que les femmes ont des niveaux plus élevés de par rapport aux hommes. En ce qui concerne l'emplacement ; le

quartier qui a un bon niveau de connaissance c'est le quartier de Hakim saadane a 100 % des consommateurs qui ont un score >75.

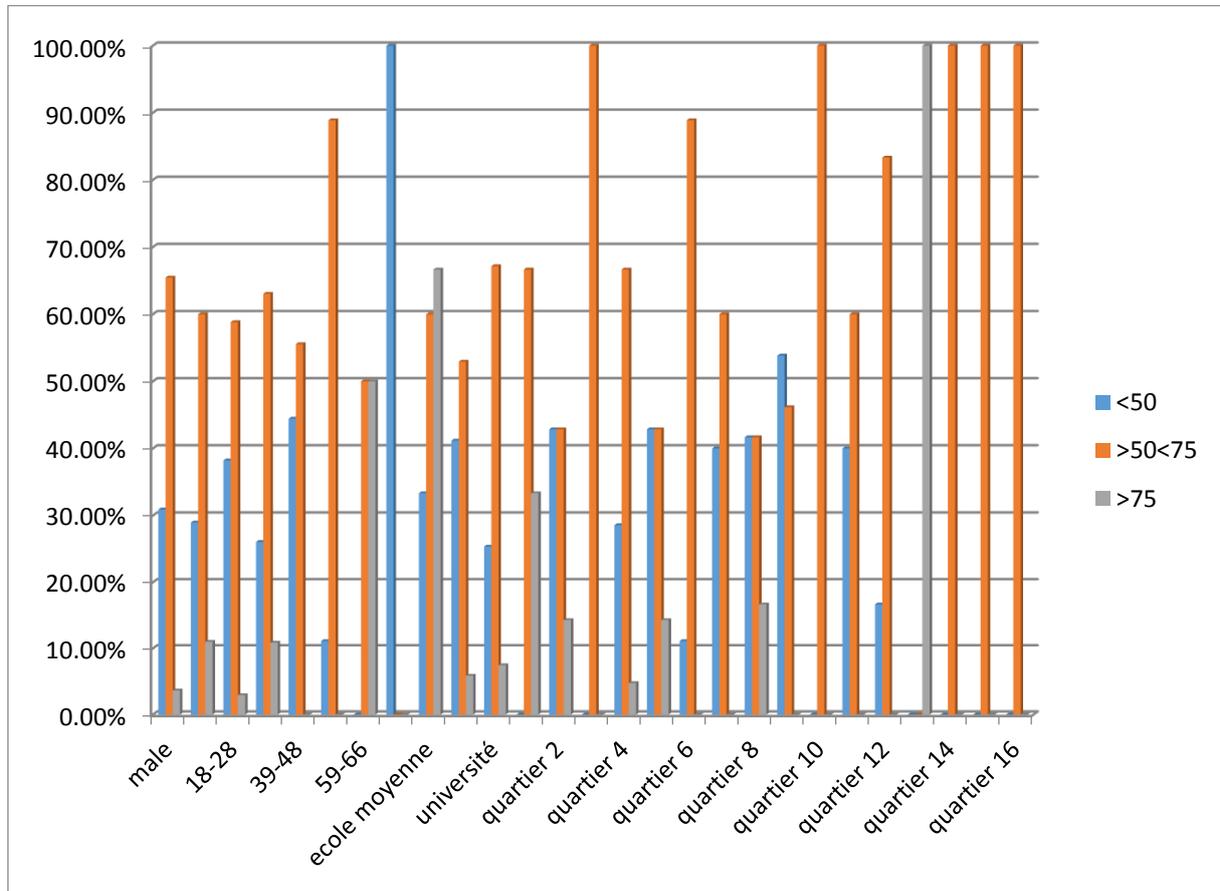


Figure 9 : les résultats de l'enquête sur les connaissances des consommateurs

Les réponses comptées des clients et des vendeurs au questionnaire sur les connaissances en matière de sécurité sont présentés dans les figures 10 et 11, respectivement. Ces figures donnent plus d'informations sur la connaissance de L'aspect de sécurité alimentaire des consommateurs et des vendeurs. Les résultats montrent que seulement 18%, 30% et 20% des vendeurs savaient que le virus de l'hépatite A, *Salmonella spp* et *Staphylococcus spp* sont des agents pathogènes responsables de maladies d'origine alimentaire, respectivement. 71% (71/100) des vendeurs ne savait pas ou ne croyait pas que l'avortement chez les femmes pourrait être induite par une maladie d'origine alimentaire. Presque la moitié des vendeurs (46 %, 46/100) ne savaient pas ne pense que la typhoïde pourrait être transmise par la nourriture. 50% des vendeurs ne croyaient à tort que le chauffage des aliments contribué à sa contamination. Les connaissances en sécurité alimentaire des vendeurs étaient les plus forts dans les domaines suivants. 90% et 86% vendeurs qui ont participé à l'étude savaient que se

laver les mains avant travail et l'utilisation de gants lors de la manipulation des aliments réduit le risque de contamination. Presque tous les consommateurs (96 %) savaient que le risque de contamination des aliments est réduit par un nettoyage approprié et désinfection. La grande majorité des vendeurs (90 %) savaient que des microbes se produisent sur la peau et dans le nez et la bouche des travailleurs en bonne santé, tandis que seule 54 % savaient qu'il est nécessaire de s'absenter du travail pendant une maladie infectieuse de la peau. La majorité des consommateurs étaient également conscients que les boîtes gonflées peuvent contenir des micro-organismes (74%) tandis que 50% des vendeurs savaient que la diarrhée sanglante peut être transmise par la nourriture.

Pratiquement la majorité des consommateurs ne savaient pas ou ne croyaient pas que hépatite A (81%) et *Staphylocoquespp* (74%) étaient des agents pathogènes d'origine alimentaire, *Salmonella.spp*. Seule 35% des consommateurs était au courant que la typhoïde peut être transmise par la nourriture. 61% des consommateurs savait que le SIDA pouvait être transmis par la nourriture. Presque la moitié des consommateurs savaient que l'avortement peut être provoqué par la nourriture et que manger et boire au travail augmente le risque de contamination des aliments 53% et 58%, respectivement. 68% des consommateurs savaient que les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées couraient le même risque de contracter des maladies d'origine alimentaire. 52% des consommateurs ne savaient pas ou pensaient à tort que le réchauffage des aliments contribue à leur contamination. Les connaissances en sécurité alimentaire des consommateurs étaient la plus forte dans les domaines suivants. 92% des consommateurs savaient que se laver les mains avant le travail réduisait le risque de contamination. Comme observé pour les vendeurs, presque la moitié (56%) des consommateurs savaient qu'ils ne devraient pas travailler quand ils ont une maladie infectieuse de la peau. Ces résultats soulignent que la formation des consommateurs des aliments de rue devrait être prioritaire dans les efforts des gouvernements Algérien pour améliorer la sécurité des aliments de rue.

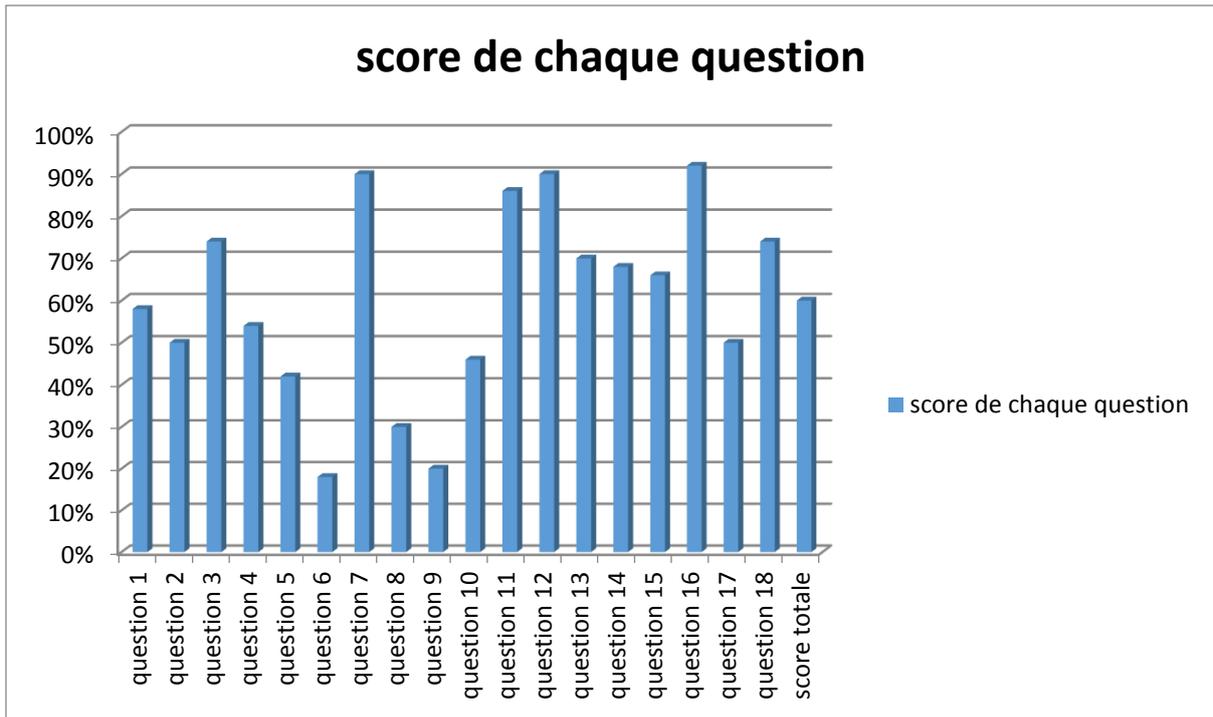


Figure 10 : niveau de connaissance des vendeurs

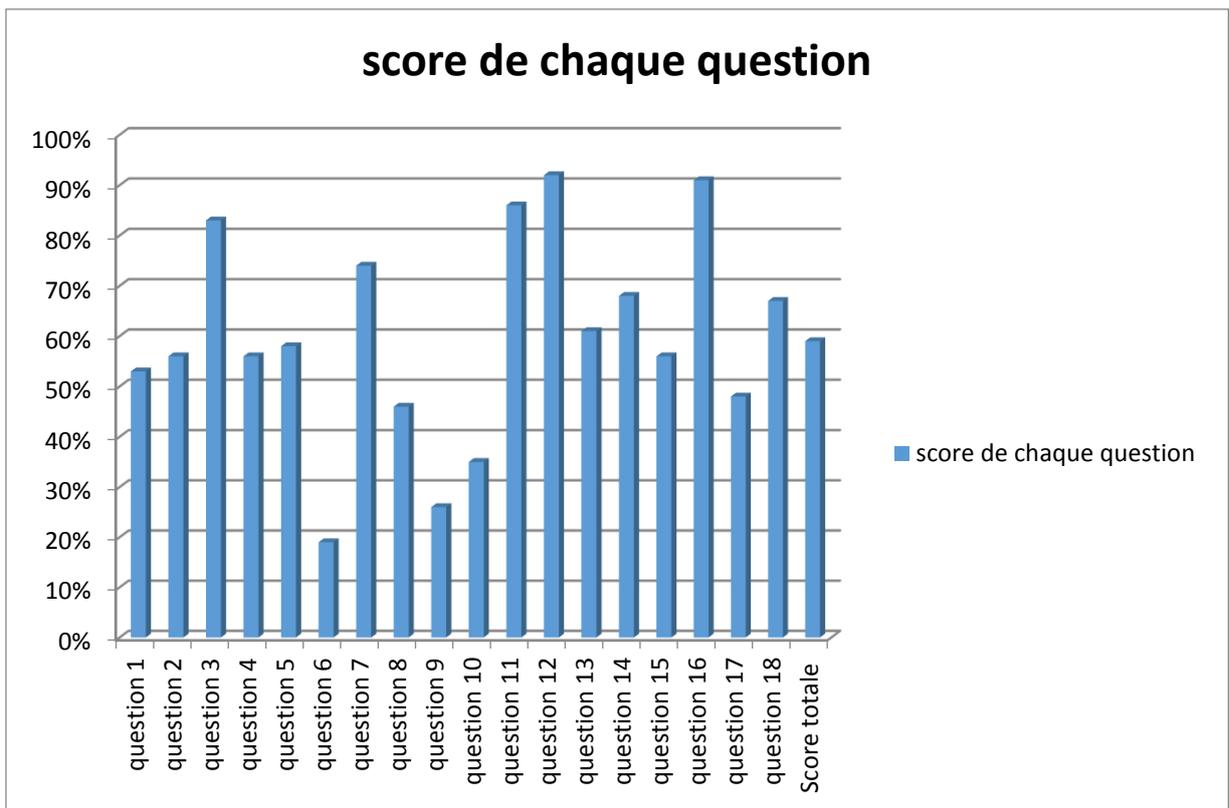


Figure 11 : niveau de connaissance des consommateurs.

Conclusion

La plupart des aliments de rue sont préparés et distribués dans des magasins temporaires dépourvus des installations et infrastructures primaires nécessaires pour garantir une préparation sécurisée des aliments, et ce qui augmente ce risque c'est que la plupart des manipulateurs des aliments et les travailleurs ne sont pas initiés et manquent de connaissances sur les pratiques de manipulation, l'assainissement et l'hygiène afin que les aliments puissent facilement être contaminés (Lammari. Y, 2019).

Cette étude avait pour objectif principal de déterminer les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de sécurité alimentaire des consommateurs et des vendeurs des aliments de rue au centre ville de Biskra. À notre connaissance, il s'agit de la première contribution à l'étude et l'évaluation de ces aspects importants de la sécurité alimentaire de rue en Algérie.

Les consommateurs et les vendeurs ne savaient pas que l'hépatite A, *Salmonella spp* et *Staphylococcus spp* étaient des pathogènes responsables des maladies d'origine alimentaire. Ils avaient également des difficultés d'identifier les groupes à risque de maladies d'origine alimentaire et la plupart d'entre eux ne connaissaient pas l'importance de réchauffer les aliments pour lutter contre les maladies d'origine alimentaire. Dans la partie observationnelle de l'étude, on a constaté que la majorité servait les aliments à mains nues et ne se lavait pas les mains après avoir manipulé de l'argent.

Les caractéristiques démographiques des vendeurs révèlent 98% de vendeurs et 2% de vendeuses. L'âge des vendeurs se varie entre 18 et 58 ans, avec une prédominance des 29-38 ans, alors que pour les consommateurs; les consommatrices sont de 45% et les consommateurs de 55% et leursse varient entre 18 et 66 ans, en ce qui concerne le niveau d'éducation 84% des consommateurs avaient fait des études secondaires ou universitaires par contre la plus part des vendeurs avaient fait des études moyennes et secondaires. Par conséquent les consommateurs interrogés aient une connaissance et attitudes de sécurité alimentaire adéquate et les vendeurs de rue comprenaient mal de la sécurité alimentaire par rapport aux consommateurs, ce qui contribue à leurs faibles niveaux de connaissances, attitudes et pratiques non hygiéniques.

La majorité des vendeurs n'ont reçu aucune formation en matière de sécurité alimentaire. Il y a donc un besoin urgent d'organiser une formation en matière d'hygiène et de sécurité alimentaire, d'après ces résultats de l'étude et il est nécessaire de mener d'autres études sur le secteur de la restauration de rue.

En raison des limites de la recherche mentionnée ci-dessus, il faut être prudent en généralisant les résultats de l'étude et il est nécessaire d'effectuer plus d'études sur l'alimentation de rue et peut-être serait-il également intéressant d'étendre cette étude vers d'autres villes et villages de Biskra.

Références

Bibliographiques

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Adouane. A, 2019. Étude bactériologique de la viande grillée vendue dans les rues publiques de la ville de Biskra.université de Biskra.
2. Alimentation de rue e Alimentos que se venden en la via públic. FAO food and nutrition papers, n.63. Report of FAO technical meeting on street foods. Calcutta, India (pp. 6-9). November 1995.
3. Annor, G., et Baiden, E. A. (2011). Evaluation of food hygiene knowledge attitudes and practices of food handlers in food businesses in Accra, Ghana. Food and Nutrition Sciences, 2, 830-836
4. Baba-Moussa L., Bokossa Y. I, Baba-Moussa F., Ahissou H., Adeoti Z., Yehouenou B., Mamadou A., Toukourou F. et Sanni A., 2006.Etude des possibilités de contaminations des aliments des rues au BENIN : cas de la ville Cotonou. Série A, 8(2) : 149-156.
5. Bas, M., Ersun, A. S. A., et Divan, G. (2006). The evaluation of food hygiene knowledge, attitudes, and practices of food handlers in food businesses in Turkey. Food Control, 17, 317-322.
6. Birembaux .J, 2017. Prévention des infections alimentaires chez les populations à risques. Université de Lille 2.
7. Ceyhun Sezgin, A., & Şanlıer, N., 2016. Street food consumption in terms of the food safety and health. Journal of Human Sciences, 13(3): 4072-4083.
8. Chadli. S et Kredouda.M ,2017. Etude descriptive et épidémiologique des intoxications alimentaires Dans la Wilaya de Mostaganem. Université de Mostaganem.
9. Donkor, E. S., Kayang, B. B., Quaye, J., et Akyeh, M. L. (2009). Application of the WHO keys of safer food to improve food handling practices of food vendors in a poor resource community in Ghana. International Journal Environment Research and Public Health, 6, 2833-2842.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

10. Kitagwa, W. G. I., Bekker, J. L., et Onyango, R. O. (2006). The influence of knowledge, attitudes and practices of food handlers on food Kiosk hygiene e Eldoret, Kenya. *Environment and Health International*, 8, 19-29.
11. Lamhari Yasmine, 2019, Etude globale de la qualité microbiologique de poulet rôti dans différents pays, université de Biskra
12. Lues, J. F. R., Mpeli, R. R., Venter, P., et Theron, M. M. (2006). Assessing food safety and associated food handling practices in street food vending. *International Journal of Environmental Health Research*, 6, 319-328.
13. Muyanja, C., Nayiga, L., Namugumya, B., et Nasinyama, G. (2011). Practices, knowledge and risk factors of street food vendors in Uganda. *Food Control*, 22, 1551-1558
14. Programme FAO «Approvisionnement et distribution alimentaires des villes» DT/25-97F– 1997.
15. Randrianaridaoro N.H.J, 2012. La surveillance de la toxi - infection alimentaire collective à ANDRAMASINA : réalités et défis .Universite d'ANTANANARIVO.
16. Rheinlander, T., Olsen, M., Bakang, J. A., Takyi, F., Konradsen, H., et Samuelsen, L. (2008). Keeping up appearances: perceptions of street food safety in urban Kumasi, Ghana. *Journal of Urban Health*, 85, 952-964.
17. Rosnani, A. H., Son, R., Mohhidin, O., Toh, P. S., et Chai, L. C. (2014). Assessment of knowledge, attitude and practices concerning food safety among restaurant workers in Putrajaya, Malaysia. *Food Science and Quality Management*, 32, 20-27.
18. Sakhri. Z et Touati. H ,2020. Evaluation de l'activité antimicrobienne et antibiofilm des Alicaments utilisés par la population locale de la région de Biskra. Universite de Biskra.
19. Samapundo, S., Climat, R., Xhaferi, R., et Devlieghere, F. (2015). Food safety knowledge, attitudes and practices of street food vendors and consumers in Port-au-Prince, Haiti. *Food Control*, 50, 457-466

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

20. Tayou. F, 2007. Etude de l'hygiène dans la restauration collective commerciale moderne à Dakar. Université cheikh anta diop de Dakar.
21. Toh, P. S., et Birchenough, A. (2000). Food safety knowledge and attitudes: culture and environment impact on hawkers in Malaysia. Knowledge and attitudes are key attributes of concern in hawker food handling practices and outbreaks of food poisoning and their prevention. *Food Control*, 11, 447-452.
22. Tran Ngoc C.T, 2015. Food safety behavior, attitudes and practices of street food vendors and consumers in Vietnam. Ghent University.
23. Yougbare.B, 2014. Appréciation des risques de contamination microbienne de la viande de petits ruminants dans les abattoirs et dibiteries de Dakar, SENEGAL. Ecole inter-états des sciences et de médecine vétérinaire de dakar (eismv).

Annexes

ANNEXE

Questionnaire sur les connaissances en matière de sécurité alimentaire

Sexe : Homme / Femme

Age :

Éducation : -École primaire -Moyenne secondaire -Enseignement supérieur

Attitudes	Oui	Non	Je ne sais pas
Consommateurs/vendeurs			
1. La propreté et l'hygiène des mains préviennent les maladies d'origine alimentaire			
2. Les aliments crus et cuits doivent être stockés séparément pour réduire le risque de contamination alimentaire			
3. Il est nécessaire de vérifier la température du réfrigérateur et congélateur pour réduire le risque de contamination alimentaire			
4. Le statut de santé des travailleurs doivent être évalué avant emploi			
5. La meilleure façon de décongeler un poulet c'est dans un bol d'eau froide			
6. Porter un masque est une pratique importante pour réduire le risque de contamination alimentaire			
7. Porter des gants est une pratique importante pour réduire le risque de contamination alimentaire			
8. Porter une casquette est une pratique importante pour réduire le risque de contamination alimentaire			
9. Les serviettes peuvent être une source de contamination			
10. Les couteaux et les planches à découpées doivent être désinfectées correctement pour prévenir le risque de contamination alimentaire			
11. Les employeurs qui sont en contact avec les aliments et qui ont des coupures sur leurs mains ne devraient pas toucher les aliments sans gants			
12. Les aliments bien cuits sont exempts de contamination			
13. Est-ce que les produits de nettoyage peuvent être stockés avec des jarres fermes contenant des produits alimentaires			
14. Les aliments décongelés peuvent être recongelés			
15. L'endroit idéal pour stocker la viande crue dans le réfrigérateur sur l'étagère inférieure			
16. Les œufs doivent être lavés après achat dès que possible			

Connaissances	Oui	Non	Je ne sais pas
Consommateurs /vendeurs			
1. L'avortement peut être provoqué par une intoxication alimentaire			
2. La diarrhée hémorragique peut être transmise par des aliments			
3. Les boîtes gonflées peuvent contenir des microorganismes			
4. Durant une infection de peau, est-il nécessaire de quitter le travail			
5. Boire et manger au travail augmente le risque de contamination alimentaire			
6. Le virus de l'hépatite A est parmi les pathogènes alimentaires			
7. Les microbes sont sur la peau, le nez et la bouche des personnes saines			
8. La salmonella est parmi les pathogènes alimentaires			
9. Le staphylococcus aureus est parmi les pathogènes alimentaires			
10. La fièvre typhoïde peut être transmise par les aliments			
11. Utiliser les gants réduit le risque de contamination des aliments			
12. Se laver les mains avant de travailler réduit le risque de contamination des aliments			
13. Le SIDA peut être transmis par les aliments			
14. Les enfants, les adultes sains, les femmes enceintes et les personnes âgées sont égaux à la contamination alimentaire.			
15. L'aliment préparé en avance réduit le risque de contamination alimentaire			
16. Un nettoyage approprié et une stérilisation des ustensiles augmentent le risque de contamination des aliments			
17. Réchauffer les aliments cuits contribue à la contamination alimentaire			
18. Laver les ustensiles avec du détergent les laisse sans contamination			

Résumé

Les aliments de rue sont des alternatives aux aliments faits maison et sont plus abordables que les aliments fournis par les restaurants. Notre objectif était d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques de sécurité alimentaire des vendeurs de rue et des consommateurs du centre-ville de Biskra. En tant que recherche descriptive, cette étude vise à fournir des informations sur la consommation d'aliments de rue avec les spécifications générales de ces aliments, les raisons pour lesquelles ils sont préférés et les conditions générales telles que l'hygiène, la qualité et la sécurité.

Les résultats ont montré que les consommateurs interrogés avaient des connaissances et des attitudes adéquates en matière de sécurité alimentaire et que les vendeurs de rue avaient une mauvaise compréhension de la sécurité alimentaire par rapport aux consommateurs, ce qui a contribué à leurs faibles niveaux de connaissances, d'attitudes et de pratiques non hygiéniques. La majorité des vendeurs n'ont reçu aucune formation en salubrité des aliments. Il est donc urgent d'organiser des formations en hygiène et sécurité alimentaire.

Mots clés : Alimentation de rue, sécurité alimentaire, vendeurs, santé, consommateurs.

Abstract

Street food is an alternative to home-made food and is more affordable than food provided by restaurants. Our aim was to assess the knowledge, attitudes and food safety practices of street food vendors and consumers in downtown Biskra. As a descriptive research, this study aims to provide information on the consumption of street foods with general specifications of these foods, the reasons why they are preferred, and general conditions such as hygiene, quality and safety. The results showed that the consumers surveyed had adequate food safety knowledge and attitudes and the street vendors had a poor understanding of food safety compared to the consumers, which contributed to their low levels of knowledge, attitudes and unhygienic practices. The majority of vendors have not received any training in food safety. There is therefore an urgent need to organize training in food hygiene and safety.

Keywords: Street food, food safety, vendors, health, consumers.

ملخص

يعتبر طعام الشارع بديلاً عن الطعام المصنوع في المنزل وهو أرخص من الأطعمة التي تقدمها المطاعم. كان هدفنا تقييم المعرفة والمواقف وممارسات سلامة الغذاء لبائعي الأغذية المتجولين والمستهلكين في وسط مدينة بسكرة. كبحث وصفي، تهدف هذه الدراسة إلى توفير معلومات عن استهلاك أغذية الشوارع مع المواصفات العامة لهذه الأطعمة، وأسباب تفضيلها، والشروط العامة مثل النظافة والجودة والسلامة.

أظهرت النتائج أن المستهلكين الذين شملهم الاستطلاع لديهم معرفة وسلوكيات كافية عن سلامة الغذاء وأن الباعة الجائلين لديهم فهم ضعيف لسلامة الغذاء مقارنة بالمستهلكين، مما ساهم في انخفاض مستويات المعرفة والمواقف والممارسات غير الصحية. غالبية البائعين لم يتلقوا أي تدريب في مجال سلامة الأغذية. لذلك هناك حاجة ملحة لتنظيم التدريب على صحة الأغذية وسلامتها.

الكلمات المفتاحية: طعام الشارع، سلامة الغذاء، الباعة، الصحة، المستهلكون.