

PERCEPTION DE L'HYGIENE ALIMENTAIRE DOMESTIQUE PAR LES CONSULTANTES DES CENTRES DE SANTE DE LA VILLE DE BIZERTE

PERCEPTION OF DOMESTIC EATING HABITS BY BIZERTE HEALTH CENTERS FEMALE PATIENTS

R. HAMZA¹, I. SGHAIR¹, A. MECHRI², R. BÉJAOUÏ¹, A. FALFOUL²,
A. SLAMA², M. RAFRAFI², S. MCHIRGUI², S. BELHADJ², M. BOUBAKRI²

1- Service Régional d'Hygiène du Milieu de Bizerte
2- Groupement de Santé de Base de Bizerte

Correspondance :

Dr Ridha Hamza
Service Régional d'Hygiène du Milieu de Bizerte
Rue 1^{er} Mai – Bizerte 7000 – Tunisie

Résumé

Les maladies d'origine alimentaires (MOA) constituent, pour les communautés du monde entier, un véritable fléau. Certes la restauration collective constitue encore un grand pourvoyeur de ces affections, cependant une augmentation des cas familiaux est observée un peu partout dans le monde.

Dans la région de Bizerte (nord de la Tunisie), le milieu familial est largement incriminé dans la survenue de toxi-infections alimentaires collectives (TIAC). C'est pourquoi, il a été jugé nécessaire d'engager une réflexion en vue d'élaborer une stratégie régionale de prévention des MOA en milieu familial. On s'est proposé alors de commencer par une étude sur la perception de l'hygiène alimentaire domestique par les femmes.

Notre enquête a été réalisée de Décembre 2004 à Février 2005 auprès des femmes domiciliées à Bizerte et fréquentant les quatre principaux centres de santé de la ville de Bizerte. Au total, 400 femmes ont été interviewées moyennant un questionnaire saisi par des enquêteurs formés à cet effet.

Les résultats ont révélé une familiarisation avec les MOA par 45,5% des interviewées. En effet, 71,5% des femmes reconnaissent la principale cause des MOA (les microbes) et 89,5% d'entre elles évoquent la diarrhée comme principale MOA. L'été est reconnu comme une saison de recrudescence des MOA par 87,3% des interviewées. Le milieu familial n'a été reconnu comme pourvoyeur des MOA que par 16,5% des répondantes. Par ailleurs, il a été relevé une méconnaissance de certains produits alimentaires périssables, nécessitant une attention particulière lors de l'approvisionnement. L'usage de l'eau de javel à domicile, bien que de pratique courante, ne semble pas couvrir toutes ses indications d'utilisation. La désinfection des crudités n'est pratiquée que par 33,4% des interviewées, alors que la désinfection des œufs n'est citée que par 6,8% des femmes. 67,7% des interviewées reconnaissent ne maîtriser que partiellement les règles d'hygiène alimentaire et expriment un besoin d'information en la matière.

Les résultats de notre étude devraient servir pour la réflexion à propos de la stratégie de promotion de l'hygiène alimentaire domestique.

Mots clés : Maladies d'origine alimentaire, Hygiène alimentaire domestique, Education pour la santé

Summary

Foodborne diseases are a real scourge for the whole world communities. Institutional catering is the most important supplier of that kind of disease but nowadays an increase of family cases is shown.

In the region of Bizerte (north of Tunisia), the home environment is charged in the occurrence of food poisoning. In order to implement a regional food poisoning prevention strategy, we started a thought and began with making inquiries on eating habits among women. From December 2004 to February 2006, we conducted a survey and interrogated 400 women at 4 health centers in Bizerte city.

Results revealed that 45.5% of interviewed women were aware of foodborne diseases. 71.5% know the principal cause of foodborne disease (microbes), 89.5% admit diarrhoea as the main foodborne disease and 87.3% think that summer is the season when foodborne disease cases are increasing. The home environment is the origin of cases in 16.5% of interviewed women. This survey revealed that there is no knowledge about special care needed by perishable raw foodstuffs. The use of bleach at home did not cover all the instructions. Raw vegetables disinfection is not made by 33.4% of the interviewed women and eggs disinfection was quoted only by 6.8% of those women. 67.7% of women don't overcome food hygiene rules and need training on this subject.

Our study results should be use of a thought on domestic food hygiene improvement strategy.

Keywords: Foodborne diseases, Domestic eating habits, Health education

INTRODUCTION

Les maladies d'origine alimentaire (MOA) constituent pour les communautés du monde entier un véritable fléau. De telles affections peuvent survenir de manière sporadique et isolée. Elles revêtent parfois un caractère collectif et épidémique occasionnant de véritables toxi-infections alimentaires collectives (TIAC). En pratique, on s'intéresse plutôt aux cas groupés car il est difficile de rapporter un cas isolé de symptomatologie digestive à une origine alimentaire.

La restauration collective constitue encore un grand pourvoyeur des TIAC. Elle a été à l'origine de 53% des foyers de TIAC en France en 1994 et 61% des foyers en 2001 [1, 2]. Une tendance à l'augmentation des foyers familiaux est observée dans ce pays. Le même phénomène a été rapporté dans d'autres pays. Au Venezuela, le milieu familial constitue le lieu de prédilection de survenue des flambées MOA (70%). En Corée, le milieu familial a été à l'origine de 42,8% des flambées MOA entre 1971 et 1990 [3]. En Tunisie, 81,5% des foyers de TIAC déclarés en 1998 (31/35) ont concerné le milieu familial [4].

Dans la région de Bizerte, sur les 158 foyers de TIAC notifiés de 1994 à 2003, 77,2% ont concerné le milieu familial [5]. Toutefois, la stratégie tunisienne de promotion de l'hygiène alimentaire accorde encore une priorité considérable à la restauration collective et commerciale. Les ménages ne bénéficient pas encore de l'intérêt qu'on devrait leur accorder, pourtant, les repas sont habituellement pris en privé au sein de la cellule familiale (la restauration relève avant tout du domaine du particulier).

Tenant compte des données épidémiologiques relatives aux TIAC, rendues disponibles grâce à la mise en place d'une surveillance active de ces affections depuis 1994, une réflexion a été récemment engagée en vue d'esquisser les grandes lignes d'une stratégie régionale de prévention des MOA en milieu familial. Il est évident qu'une telle stratégie sera axée sur la promotion de l'hygiène alimentaire au sein des ménages moyennant des actions d'information, d'éducation et de communication.

Au début, il a été jugé utile de mener une enquête auprès des femmes en vue d'évaluer

leur niveau de prise de conscience des risques sanitaires liés à la prise d'aliments préparés et servis à domicile, d'appréhender leur perception de l'hygiène alimentaire (connaissances, attitudes et pratiques) et d'identifier leurs besoins éducationnels en matière d'hygiène alimentaire domestique. Les données recueillies à l'issue de cette enquête devraient nous permettre d'orienter et d'affiner la stratégie préconisée, actuellement en gestation.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons opté pour une étude descriptive transversale auprès d'un échantillon de femmes domiciliées à Bizerte, fréquentant les quatre principaux centres de santé de la ville assurant des consultations quotidiennes.

Ont été incluses les femmes bien portantes accompagnant leurs enfants en consultation infantile de première ligne et celles consultant en prénatal, postnatal ou pour planification des grossesses. On a été exclues les femmes consultant pour une affection aiguë ou chronique.

La taille de l'échantillon a été estimée à 384 femmes, en se fixant une précision de 5%, un risque d'erreur de première espèce de 5%, soit un niveau de confiance de 95% et une prévalence estimée de la variable dépendante de 50%. L'échantillon a été gonflé intentionnellement au départ pour pallier à d'éventuelles non réponses.

L'enquête s'est échelonnée sur trois mois, du début du mois de Décembre 2004 à la fin du mois de Février 2005. Une centaine de consultantes ont été interviewées par centre de santé à raison de 3 à 4 femmes par journée de consultation tirées au sort parmi les consultantes éligibles. Un questionnaire, rédigé en langue arabe littéraire, testé au préalable et posé en arabe dialectal au niveau des centres de santé, a servi de support de recueil de données. La passation du questionnaire a été assurée par des binômes d'enquêteurs. Chaque binôme est composé d'un médecin de santé publique (bonne connaissance des maladies d'origine alimentaire) et d'un hygiéniste (bonne connaissance de l'hygiène domestique).

Pour des considérations éthiques, les interviewées étaient informées au préalable de l'objet de l'enquête et rassurées quant à

l'anonymat des données recueillies et à leur utilisation à des fins ne compromettant pas l'intérêt des répondantes.

Le logiciel Epi. Info version 6.04 a été utilisé pour la saisie et l'analyse des données, avec recours au test χ^2 dans le volet analytique de l'enquête. La différence était considérée comme significative pour une valeur de $p < 0,05$.

RESULTATS

Caractéristiques des femmes enquêtées (n=400)

L'âge moyen des femmes interviewées est de 37,1 ans avec des extrêmes de 20 et 63 ans. Ces femmes sont majoritairement d'un niveau d'instruction primaire ou secondaire (Figure 1).

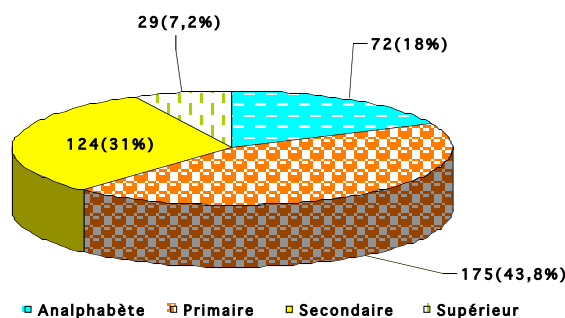


Figure 1 : Distribution des interviewées selon le niveau d'instruction (n=400)

Le nombre moyen d'enfants vivants par ménage est de 2,7 enfants avec des extrêmes de 0 et 7 enfants, alors que la taille moyenne des ménages est de 4,9 personnes avec des extrêmes de 2 et 9 personnes.

Perception des maladies d'origine alimentaire

Près de la moitié des femmes interviewées (45,5%) déclarent être familiarisées avec les maladies d'origine alimentaire (antécédents personnels, familiaux ou dans l'entourage), alors que 37% d'entre elles affirment avoir pris connaissance antérieurement de la survenue de toxi-infections alimentaires collectives. Près de 3/4 des interviewées (71,5%) citent les microbes comme principale cause des MOA. La plupart des femmes (89,5%) évoquent la diarrhée comme principale MOA prévalente dans notre pays. Concernant les catégories

d'âge les plus vulnérables, l'enfant est cité par 89% des répondantes, alors que les personnes âgées ne sont mentionnées que par 22,5% des interviewées. L'été est reconnu comme la saison de recrudescence des TIAC par 87,3% des interviewées. Le milieu familial n'a été reconnu comme pourvoyeur de MOA que par 16,5% des répondantes.

Certains types d'aliments sont plus incriminés que d'autres par les interviewées dans la survenue d'une TIAC (Tableau I).

L'utilisation de matières premières de qualité douteuse, l'utilisation d'ustensiles mal nettoyés, la mauvaise conservation des denrées périssables, l'exposition des aliments

aux insectes et rongeurs et la désinfection inadéquate des crudités constituent les facteurs favorisant des MOA les plus cités par les interviewées (Tableau II).

Concernant les facteurs influençant la perception des MOA par les femmes, il a été relevé essentiellement une association de la méconnaissance des caractéristiques des MOA et de leur épidémiologie avec un niveau d'instruction faible. Par ailleurs, les répondantes familiarisées avec les MOA (ayant vécu des épisodes de MOA) semblent être mieux informées que les autres (Tableau III).

Tableau I : Types d'aliments les plus incriminés dans la survenue de TIAC selon les interviewées (n = 400)

Types d'aliments	Nombre de répondantes	%
Lait et produits laitiers	219	54,8
Plats cuisinés à base de poisson ou de fruits de mer	186	46,5
Produits de pâtisserie	114	28,5
Plats cuisinés à base d'œufs et d'ovoproduits	96	24
Plats cuisinés à base de viande et dérivés	65	16,3
Aliments consommés crus	63	15,8
Crème glacée	39	9,8
Autres plats cuisinés	38	9,5
Autres aliments	47	11,8
Pas de réponse	12	3

Tableau II : Facteurs favorisant des MOA selon les interviewées (n = 400)

Facteurs	Nombre de répondantes	%
Utilisation de matières premières de qualité douteuse	244	61
Utilisation d'ustensiles mal nettoyés	194	48,5
Mauvaise conservation des aliments périssables	140	35
Exposition des aliments aux insectes et rongeurs	127	31,8
Désinfection inadéquate des crudités	125	31,3
Atteinte de la ménagère d'affections transmissibles ou non respect des règles d'hygiène personnelle	56	14
Cuisson et chauffage des aliments de manière inadéquate	54	13,5
Délai important entre la préparation et la consommation	25	6,3
Utilisation des restes	25	6,3
Manipulation concomitante de produits crus et de produits cuits	7	1,8

Tableau III : Facteurs influençant la perception des MOA (n = 400)

Variables dépendantes	Variables indépendantes		
	Niveau d'instruction faible (analphabète ou primaire)	Profession (femme au foyer)	Non familiarisation avec les MOA (non vécu dans les antécédents d'épisodes de MOA)
Méconnaissance des microbes comme contaminants des aliments	p = 0,0008	p = 0,001	p = 0,008
Méconnaissance de la MOA* la plus épandue (diarrhée)	p = 0,006	NS	p = 0,045
Méconnaissance de la sensibilité particulière des enfants aux MOA*	p = 0,01	p = 0,01	p = 0,01
Méconnaissance de la sensibilité particulière des personnes âgées aux MOA*	NS	NS	p = 0,029
Méconnaissance de la saison de recrudescence des MOA*	p = 0,001	p = 0,003	p = 0,000001
Méconnaissance des aliments les plus incriminés dans la survenue de TIAC**			
Lait et produits laitiers	NS	p = 0,004	NS
Produits pâtisseries	NS	NS	p = 0,0003
Plats cuisinés à base de viande et dérivés	NS	NS	NS
Plats cuisinés à base d'œufs et d'ovoproduits	NS	p = 0,005	p = 0,0007
Plats cuisinés à base de poisson ou de fruits de mer	NS	p = 0,0001	p < 10 ⁻⁸
Aliments consommés crus	NS	NS	NS
Crème glacée	NS	p = 0,004	NS
Méconnaissance des possibilités de prévention des MOA*	NS	p = 0,005	NS

Perception de l'hygiène alimentaire domestique

Il a été relevé essentiellement une méconnaissance de certaines matières premières périssables nécessitant une attention particulière lors de l'approvisionnement. C'est ainsi que les produits pâtisseries n'ont été cités que par 16% des répondantes, alors que les œufs et la crème glacée n'ont été mentionnés respectivement que par 6,5% et 4,8% d'entre elles (Tableau IV).

La plupart des ménages disposent de réfrigérateur (97%). Quand au rythme des opérations de nettoyage du réfrigérateur, il s'avère très disparate (Figure 2).

L'usage d'eau de javel à domicile, de pratique courante comme en témoigne la quantité moyenne consommée par semaine dépassant le litre par 70,8% des manages, ne semble pas couvrir toutes les indications

d'utilisation. La désinfection des crudités n'est pratiquée que dans 33,4% des ménages, alors que la désinfection des œufs n'est assurée que dans 6,8% des ménages (Tableau V).

Le lavage des mains lors de la manipulation de denrées alimentaires ne semble pas couvrir de manière uniforme toutes les circonstances nécessitant une telle pratique (Tableau VI).

Très peu de femmes ont participé auparavant à des séances d'éducation pour la santé en matière d'hygiène alimentaire (3,2%). Près de la moitié d'entre elles (48%) déclarent avoir suivi antérieurement des émissions radio ou télévisées portant sur l'hygiène alimentaire.

Deux tiers environ des interviewées (67,7%) reconnaissent ne maîtriser que partiellement les règles d'hygiène alimentaire et expriment, en conséquence, un besoin d'information en la matière (Figure 3), alors que 81,2% des répondantes présumant que les femmes en général ne maîtrisent que partiellement l'hygiène alimentaire (Figure 4).

Les suggestions des interviewées en vue de promouvoir l'hygiène alimentaire domestique sont récapitulées dans le tableau VII.

Concernant les facteurs influençant la perception de l'hygiène alimentaire domestique par les femmes, il a été noté une association entre la perception erronée de la qualité des matières premières et l'absence de profession (femme au foyer) d'une part, et le

non suivi antérieur d'émissions radiophoniques ou télévisées portant sur l'hygiène alimentaire d'autre part. De même, une association entre la méconnaissance de certaines indications d'utilisation de l'eau de javel à domicile et le non suivi antérieur d'émissions radiophoniques ou télévisées portant sur l'hygiène alimentaire domestique (Tableau VIII).

Tableau IV : Matières premières nécessitant une attention particulière lors de l'approvisionnement (Vérification de la qualité et de la fraîcheur) selon les interviewées (n = 400)

Matières premières	Nombre de répondantes	%
Poissons et fruits de mer	276	69
Fruits	220	55
Lait et dérivés	216	54
Légumes	174	43,5
Viandes rouges et dérivées	164	41
Produits emballés (conditionnés)	145	36,3
Volailles	136	34
Conserves alimentaires	93	23,3
Produits pâtisseries	64	16
Œufs	26	6,5
Crème glacée	19	4,8
Pain	12	3
Pas de réponse	7	1,8

Tableau V : Types d'usage de l'eau de javel à domicile selon les déclarations des interviewées (n=398) *

Usages	Nombre de répondantes	%
Désinfection des ustensiles	347	87,1
Désinfection des surfaces de travail, des équipements et des locaux	337	84,7
Désinfection des crudités	133	33,4
Désinfection des légumes destinés à la cuisson	100	25,1
Désinfection des poubelles après usage	64	16
Désinfection des fruits	33	8,3
Désinfection des œufs	27	06,8
Autres usages	124	31,2
Pas de réponse	3	0,7

* Deux femmes, allergiques à l'eau de Javel, n'utilisaient pas ce produit.

Tableau VI : Circonstances de lavage des mains lors de la manipulation des denrées alimentaires aux yeux des interviewées (n=400)

Circonstances	Nombre de répondantes	%
Avant la préparation de chaque repas	330	82,5
Après être allé aux toilettes	249	62,2
Dès que les mains sont sales	229	57,2
Avant et après la prise d'un repas	228	57,0
Après avoir touché à son corps, à du matériel sale ou des surfaces sales	197	49,2
A la fin de la préparation de chaque repas	167	41,7
Après s'être mouché ou à l'issue d'éternuements	79	19,7
Autres circonstances	15	3,8

Tableau VII : Suggestions des interviewées en vue de promouvoir l'hygiène alimentaire domestique (n=400)

Suggestions	Nombre de répondantes	%
Animation d'émissions radio ou télévisées portant sur l'hygiène alimentaire	304	76
Animation de séances d'éducation pour la santé en matière d'hygiène alimentaire au profit des consultantes des centres de santé	128	32
Conception et diffusion de supports éducatifs portant sur l'hygiène alimentaire domestique (brochures, dépliants, affiches)	27	6,8
Publication d'articles de presse portant sur l'hygiène alimentaire domestique	4	1%
Autres suggestions	25	6,3
Pas de suggestions	33	8,3

Figure 2 : Rythme des opérations de nettoyage du réfrigérateur (n=388)

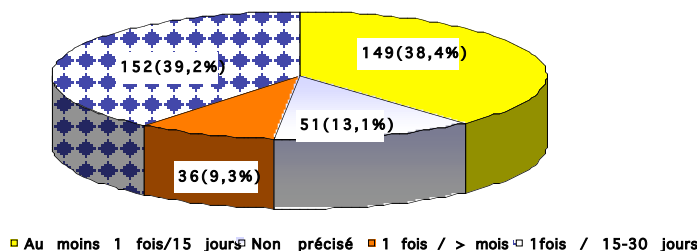


Figure 3 : Perception du niveau de maîtrise personnelle des règles d'hygiène alimentaire domestique (n=400)

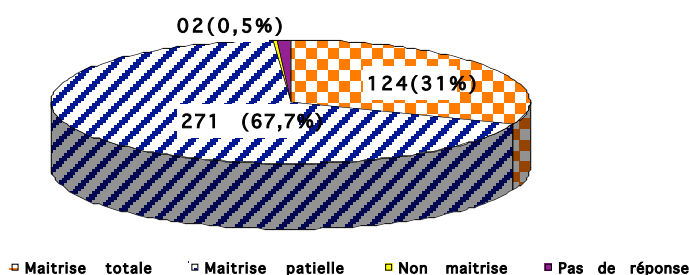
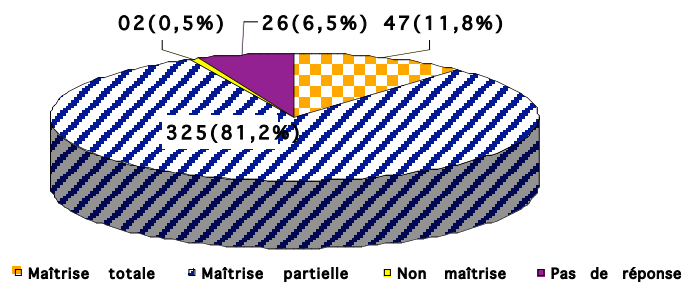


Tableau VIII : Facteurs influençant la perception de l'hygiène alimentaire domestique

Variables dépendantes	Variables indépendantes		
	Niveau d'instruction faible (analphabète ou primaire)	Profession (femme au foyer)	Non suivi antérieur d'une émission radio ou de télévision portant sur l'hygiène alimentaire domestique
Perception erronée de la qualité des matières premières (n = 400)			
Légumes	NS	p = 0,05	p = 0,004
Fruits	NS	NS	p = 0,01
Viandes rouges et dérivées	NS	NS	p = 0,00005
Volailles	NS	NS	p = 0,04
Poissons – Fruits de mer	NS	p = 0,01	NS
Conserves	NS	NS	p = 0,000003
Denrées emballées (conditionnées)	NS	p = 0,04	p = 0,00002
Produits de pâtisserie	p = 0,01	NS	p = 0,0003
Crème glacée	NS	NS	NS
Œufs	p = 0,03	p = 0,009	NS
Pain	NS	NS	NS
Lait et dérivés	NS	p = 0,001	p = 0,0000001
Méconnaissance des indications d'utilisation de l'eau de javel à domicile (n = 398)			
Désinfection des crudités	NS	NS	p = 0,00003
Désinfection des légumes destinés à la cuisson	NS	NS	p = 0,03
Désinfection des fruits	NS	NS	NS
Désinfection des œufs	NS	NS	NS
Désinfection des ustensiles	NS	NS	NS
Désinfection du matériel et des surfaces	p = 0,003	NS	p = 0,0007
Désinfection de la poubelle	NS	NS	p = 0,04
Perception de la maîtrise personnelle de l'hygiène alimentaire domestique (n = 400)			
Perception de la maîtrise par le reste des femmes de l'hygiène alimentaire domestique (n = 400)	NS	NS	p = 0,01
Perception de la maîtrise par le reste des femmes de l'hygiène alimentaire domestique (n = 400)	NS	NS	p = 0,001

Figure 4 : Perception du niveau de maîtrise des femmes en général des règles d'hygiène alimentaire domestique (n=400)

DISCUSSION

Bien que le rôle prépondérant du milieu familial dans la genèse de MOA soit admis par les professionnels de la santé, ce rôle ne semble pas encore être reconnu à sa juste dimension par les ménages.

Il va de soi qu'une prise de conscience par les femmes de la place de l'espace familial comme grand pourvoyeur des MOA est de nature à permettre de déblayer le terrain pour une action de promotion de l'hygiène alimentaire domestique garante, dans le futur, de la réduction de la morbidité liée aux MOA contractées à domicile. D'ailleurs, notre enquête permet de souligner le niveau de maîtrise modeste des règles d'hygiène alimentaire domestique par les femmes, dans la mesure où elle a révélé une sous-estimation de la responsabilité de certains aliments dans la survenue de MOA (aliments consommés crus, crèmes glacées,...) et de la place de certains facteurs dans la genèse de MOA (utilisation des restes, désinfection inadéquate des crudités). Par ailleurs, notre enquête a montré une méconnaissance de certaines matières premières nécessitant une attention particulière lors de l'approvisionnement (produits pâtisseries, crème glacée, œufs,...), de certaines indications d'utilisation de l'eau de Javel à domicile (désinfection des crudités, des œufs,...) et de certaines circonstances de recours au lavage des mains lors de manipulation de denrées alimentaires. Un tel constat n'est cependant pas propre à notre contexte. Le même phénomène a été rapporté par Marrakchi et al [6] à l'issue d'une enquête sur la perception de l'hygiène domestique par les Françaises menée en Novembre 2000 auprès de 500 femmes. Néanmoins, plus des 2/3 des femmes interviewées reconnaissent ne maîtriser que partiellement les règles d'hygiène alimentaire domestique et plus des 4/5 d'entre elles considèrent que les femmes en général ne maîtrisent que partiellement ces règles. Ainsi, le besoin en information, éducation et communication en matière d'hygiène alimentaire est non seulement pressenti tenant compte de la perception des femmes de l'hygiène alimentaire domestique, mais également ressenti et exprimé par ces femmes, ce qui rassure quant à l'adhésion des ménages à une éventuelle

action future de promotion de l'hygiène alimentaire.

Les médias devront occuper dorénavant une place de choix parmi les structures impliquées dans l'information sur les risques liés à la préparation et à la prise de repas à domicile et sur les moyens de les prévenir. En effet, d'une part, il a été retrouvé une association entre la méconnaissance de certaines règles d'hygiène alimentaire domestique et le non suivi antérieur d'émissions radio ou télévisées portant sur l'hygiène alimentaire, et d'autre part une demande accrue d'implication des médias dans l'animation d'émissions portant sur l'hygiène alimentaire. Certes, l'hygiène alimentaire en général est de plus en plus évoquée par les médias, mais l'hygiène alimentaire domestique l'est moins et c'est surtout lors d'épidémies communautaires que l'hygiène alimentaire est médiatisée et non en continu.

On pourrait également faire appel à d'autres structures habituellement impliquées dans des actions d'éducation pour la santé (centres de santé de base, associations et organisations, etc.), moyennant une formation préalable des éducateurs et une mise à leur disposition de supports éducatifs actualisés et adaptés. L'identification des thèmes prioritaires et du public cible sera faite tenant compte des résultats de notre enquête.

CONCLUSION

L'assurance de la sécurité alimentaire domestique constitue un passage obligé dans la lutte et la prévention des MOA. Une maîtrise des règles d'hygiène alimentaire s'impose donc au niveau des ménages moyennant des actions d'information, d'éducation et de communication. Ce n'est qu'à ce prix que l'on pourrait espérer une réduction significative de la morbidité liée aux maladies d'origine alimentaire contractées à domicile.

Notre enquête a le mérite de nous éclairer sur le niveau de maîtrise des règles d'hygiène alimentaire domestique qui s'est révélé assez modeste, ce qui expliquerait la recrudescence actuelle des MOA. Ce constat devrait nous inciter davantage à accorder un rang de priorité élevé aux ménages dans le programme régional de lutte et de prévention des MOA.

Les informations recueillies à l'issue de cette enquête devraient servir pour la réflexion que nous avons engagé pour l'élaboration d'une stratégie régionale de promotion de l'hygiène alimentaire domestique.

REFERENCES

- 1- HAEGHEBAERT S, LE QUERREC F, BOUVET P, GALLAY A, ESPIE E, VAILLANT V. Les toxi-infections alimentaires collectives en France en 2001. BEH 2002 ; 50 : 249-53.
- 2- PIERRE V, TCHAKAMIAN S, LE QUERREC F. Les Toxi-Infections Alimentaires Collectives en 1994. BEH 1996 ; 21 : 93-5.
- 3- TODD E.C. Epidemiology of foodborne diseases: a worldwide review. World Health Stat Q 1997 ; 50 (1-2) : 30-50.
- 4- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, DSSB (Tunisie). Bulletin épidémiologique 1998 (4).
- 5- HAMZA R, SGHAIR I, KAMMOUN H et al. Epidémiologie des Toxi-Infections Alimentaires Collectives (TIAC) dans la région de Bizerte (Tunisie) : bilan de dix ans de surveillance active des TIAC (1994-2003). Microb Hyg Alim 2005 ; 17 (48) : 23-32.
- 6- MARRAKCHI C, STAHL JP, BERTHELOT P et al. La perception de l'hygiène alimentaire domestique par les Françaises. Méd Mal Infect 2002 ; 32 (1) : 41-8.