



RETSSA

REVUE ESPACE, TERRITOIRES, SOCIÉTÉS ET SANTÉ

ISSN-L : 2617-3085

ISSN-Impr.: 2664-2344

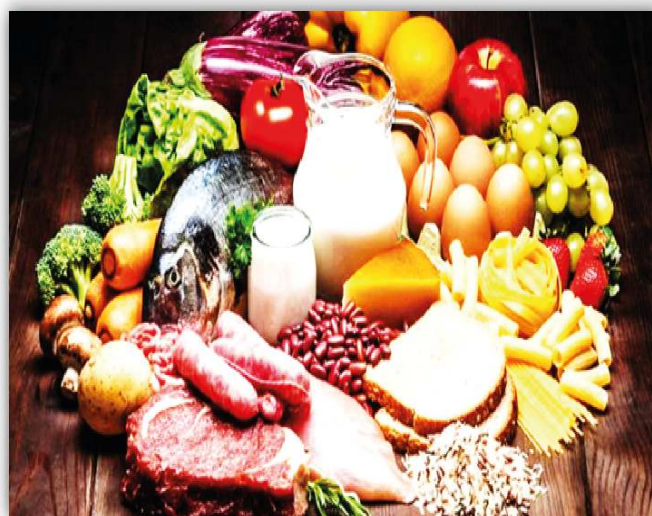
Vol. 3 N°5 Juin 2020

DOSSIER THEMATIQUE

SYSTEME ALIMENTAIRE URBAIN ET SANTE EN AFRIQUE

TOME II :

CONSOMMATION ALIMENTAIRE ET VULNERABILITE SANITAIRE



SOUS LA COORDINATION DE

Pr Dominique MEVA'A ABOMO (HDR), Pr Parisse AKOUANGO, Dr Parfait MATOUTY



www.retssa-ci.com



REVUE ESPACE TERRITOIRES SOCIÉTÉS ET SANTÉ
Revue électronique thématique et pluridisciplinaire
Du Groupe de Recherche Espace, Territoires, Sociétés et Santé
De l'Institut de Géographie Tropicale

Professeur ANOH Kouassi Paul : **Directeur de la publication**

Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan

08 BP 3776 Abidjan 08

République de Côte d'Ivoire

Téléphone: (225) 08 03 90 40

(225) 02 67 76 90

Courriel: anohpaul@yahoo.fr

Site Internet: www.retssa-ci.com



La Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé (RETSSA) est une revue semestrielle, pluridisciplinaire et thématique. Chacun de ses numéros présente un dossier thématique, tout en ouvrant ses portes à des textes hors dossier, au travers de la rubrique « Varia » dans laquelle peuvent être publiés des articles se rapportant aux différentes rubriques de la revue.

RETSSA est éditée et diffusée en ligne par le **Groupe de Recherche Espace, Territoires, Sociétés, Santé (GRETSSA)** de l'Institut de Géographie Tropicale de l'Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan (Côte d'Ivoire).

Elle est dotée d'un comité scientifique national et international.

La Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé est en accès libre et gratuit pour les auteurs et les lecteurs, en texte intégral en ligne sur le site www.retssa-ci.com.

Les opinions émises dans les articles n'engagent que leurs auteurs. La revue se réserve le droit d'y opérer des modifications, pour des raisons éditoriales.

REVUE ESPACE TERRITOIRES SOCIÉTÉS ET SANTÉ

Directeur de la publication

Professeur ANOH Kouassi Paul

Comité de Rédaction

- Prof. OSSEY Yapo Bernard, Université Nangui Abrogoua, Abidjan (Côte d'Ivoire)
- Dr. YMBA Maïmouna, Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan
- Dr. TUO Péga, Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan
- Dr. EBA Arsène, Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan

Comité scientifique et de lecture du RETSSA

- ANOH Kouassi Paul, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- KOFFIE-BIKPO Céline Yolande, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- KOLI BI Zuéli, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- OUATTARA Soualiho, Maître de Conférences Agrégé Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- OSSEY Yapo Bernard, Professeur Titulaire, Université Nangui Abrogoua, Abidjan
- ALLA Della André, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- YAO Gnambeli Roch, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- OLADOKOUN Wonou David, Professeur Titulaire, Université de Lomé, Togo
- KUDZO Sokemawu, Professeur Titulaire, Université de Lomé, Togo
- VIMENYO Messan, Maître de Conférences, Université de Lomé, Togo
- Patrick POTTIER, Maître de Conférences, Université de Nantes, France
- KOFFI Brou Emile, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara, Bouaké
- DIBI Kangah Pauline, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- KONAN Kouadio Eugène, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- KABLAN N'Guessan Hassy Joseph, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- KASSI-DJODJO Irène, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- KOFFI-DIDIA Adjoba Marthe, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- YAPI-DIAHOU Alphonse, Professeur Titulaire, Université Paris 8, France
- KOUADIO Anne Marilyse, Maître de Conférences, École Normale Supérieure (ENS), Abidjan
- MONDE Sylvain, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan
- COURTIN Fabrice, Chargé de recherche, Institut Pierre Richet, Bouaké, Côte d'Ivoire

SOMMAIRE

DOSSIER THÉMATIQUE : « Système alimentaire urbain et santé en Afrique »

Tome 2: Consommation alimentaire et vulnérabilité sanitaire

Pr Dominique MEVA'A ABOMO, Pr Parisse AKOUANGO et Dr Parfait MATOUTY

Editorial : Système alimentaire urbain et santé en Afrique. (Consommation alimentaire et vulnérabilité sanitaire)-----2-11

1^{ère} Partie : Mode de consommation alimentaire et santé en milieu urbain 12

1- KPOTCHOU Koffi

Consommation de soja et sante en milieux urbains au Togo ----- 13-24

2- KOUAME Yao Alexis, KONAN Aya Suzanne, KOUASSI Konan et KOFFI Guy Roger Yoboué

Alimentation de rue et risques sanitaires à Daloa (Côte d'Ivoire) ----- 25-40

3- AHLOU Marcelle Gisèle Monwou et MONGBO Roch Lambert

Risques sanitaires liés au recours à la restauration hors domicile : perceptions et pratiques des acteurs sociaux à Cotonou----- 41-60

4- ATCHIRIMI Tossou

La consommation du vin par les jeunes ouvriers de la ville de Lomé (Togo) : entre nouvelle identité et risques sanitaires ----- 61-71

2^{ème} Partie : Dynamiques socio-épidémiologiques liés à l'alimentation urbaine 72

5- BASKA TOUSSIA Daniel Valérie et GONGA François

Profilage des maladies alimentaires à Maroua : cas de l'aire de sante de Dougoy à Maroua 3eme (extrême nord du Cameroun)----- 73-84

6- NGENI PANGETNA Hortense, AMA MOOR Vicky Jocelyne, ATEBA Simon Noel, MBACHAM Wilfred et KOKI NDOMBO Paul

Syndrome de renutrition inappropriée au cours de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère chez l'enfant : aspects biologiques ----- 85-94

7- NKUMBESONE MAKOLEY Essone

Mango fruit consumption and children's health vulnerability within the north western fringe of the Douala metropolis----- 95-108

8- LAOUALI Abdoukadi, ABDOU Harouna, MAMAN SANOUSSI Mohamed et ALZOUMA MAYAKI Zoubeirou

Profil de parents d'enfants atteints de la malnutrition aigüe sévère dans la région de Niamey au Niger ----- 109-123

3ème Partie : Perceptions, représentation et considérations, mythe et croyance urbaine ----- 124

9- KOUAME Teya, NANGA-Adjaffi Angeline et AKE Mondé Absalome

Imaginaires sociaux associés à la consommation de l'huile de palme dans la santé humaine en Côte d'Ivoire----- 125-142

10- BAKARY Koné

Sécurité alimentaire et santé urbaine en Afrique subsaharienne : influence du mode d'alimentation sur la prévalence du diabète sucré à Abidjan (Côte d'Ivoire) ----- 143-155

4ème Partie : VARIA -----156

11- DJINATOU Ndobadé Yolande

Les moyens utilisés dans la communication pour la promotion de la santé maternelle et infantile dans la région du nord-Cameroun (1960-2019)----- 157-172

12- KANATI Lardja, TCHAGBELE Abasse et GAFO Séibatou

Les facteurs associés à la sexualité précoce chez les adolescentes du premier cycle du secondaire dans la ville de Sokodé au Togo----- 173-190

13- KOFFI Mariette Ahou Celica

Influence du climat scolaire sur le bien-être et le rendement scolaire des élèves des établissements secondaires publics d'Abidjan (Côte d'Ivoire)----- 191-205



DOSSIER THEMATIQUE

SYSTEME ALIMENTAIRE URBAIN ET SANTE EN AFRIQUE

Sous la Coordination de : Pr Dominique MEVA'A ABOMO (HDR)
Pr Parisse AKOUANGO
Dr Parfait MATOUTY



TOME 2

CONSOMMATION ALIMENTAIRE ET VULNERABILITE SANITAIRE



SYSTÈME ALIMENTAIRE URBAIN ET SANTÉ EN AFRIQUE *URBAN FOOD SYSTEM AND HEALTH IN AFRICA*

Éditorial Tome 2: CONSOMMATION ALIMENTAIRE ET VULNERABILITE SANITAIRES

FOOD CONSUMPTION AND VULNERABILITY HEALTH

¹MEVA'A ABOMO Dominique, ²AKOUANGO Parisse et ³MATOUTY Parfait

¹ Maître de Conférences en Géographie, Société Savante Cheikh Anta Diop (SS-CAD), FLSH-Université de Douala (Cameroun),
mevaa_abomo@ss-cad.org

² Professeur Titulaire, École Nationale Supérieure d'Agronomie et de Foresterie, Université Marien N'Gouabi (Congo-Brazzaville),
parakouango@yahoo.fr

³ École Nationale Supérieure d'Agronomie et de Foresterie, Université Marien N'Gouabi (Congo-Brazzaville),
parfait.matouty@gmail.com

MEVA'A ABOMO Dominique, AKOUANGO Parisse et MATOUTY Parfait. Système alimentaire urbain et santé en Afrique. Tome 2 (Consommation alimentaire et vulnérabilité sanitaires). *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 3 (5), 2-11. [En ligne] 2020, mis en ligne le 30 Juin 2020, consulté le 2020-07-05 08:34:46, URL: <https://www.retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=114>

Un système alimentaire est, d'après J. L. Rastoin et G. Gherzi (2010) cité par V. Larouche (2018, p.10), un réseau interdépendant d'acteurs localisés dans un endroit précis (état, région, pluriétatique) qui participent au flux de biens et services visant la satisfaction des besoins alimentaires d'un ou plusieurs consommateurs, ou groupes de consommateurs localement ou à l'extérieur de la région donnée. Il est composé de plusieurs sous-systèmes parmi lesquels la consommation qui dépend d'ensemble de facteurs dont l'offre alimentaire. L'insuffisance quantitative de cette offre est à l'origine de la

famine ainsi que d'un profil de répercussions socio-sanitaires. Dans l'ensemble, plus de 800 millions de personnes souffrent de la faim dans le monde (FAO, 2019, p.14). L'insuffisance qualitative est vectrice d'un ensemble de pathologies d'origine alimentaire.

Ces répercussions de la consommation alimentaire sont inégalement observées à travers le monde. L'Afrique est le continent où les populations (20 %) sont le plus victime de la faim (FAO, 2019, p.14) et où la charge épidémiologique des maladies d'origine alimentaire est la plus inquiétante. Cette réalité est le fondement de ce second champ thématique du Dossier thématique « Système alimentaire urbain et santé en Afrique » de la « Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé / RETSSA ». Les réflexions de ce champ thématique sont restituées dans ce second Tome (2) du Dossier qui interroge spécifiquement la relation de causalité (ou de cause à effet) entre la consommation et la vulnérabilité sanitaire d'origine alimentaire en milieu urbain africain. En guise de rappel, le premier champ thématique qui est à la base du Tome 1 du présent Dossier Thématique décrypte les défis des systèmes alimentaires urbains en rapport avec les enjeux sécuritaires de santé publique.

L'objectif ici est de reconstituer cette relation de causalité afin de comprendre, d'expliquer et de préconiser la réduction durable de cette forme de vulnérabilité qui reste peu étudiée. Ce second Tome concourt donc une fois de plus à la matérialisation de la volonté de la RETSSA à contribuer par la recherche scientifique, comme il a été souligné au Tome 1, à l'amélioration des cadres programmatiques et au renforcement des capacités de gouvernance des systèmes alimentaires urbains en Afrique ; l'enjeu étant toujours la promotion des systèmes alimentaires urbains durables pour un développement durable des villes africaines.

D'une manière générale, les réflexions de ce second champ thématique du présent Dossier Thématique enrichissent quatre domaines de connaissances et savoirs scientifiques en toute complémentarité. Trois domaines sont spécifiques au décryptage de la relation de causalité entre la consommation alimentaire et la vulnérabilité sanitaire en milieu urbain africain, objet du présent champ thématique. Le dernier domaine décrypte quelques dynamiques sociétales en lien avec la vulnérabilité sociale.

1. Dynamique de consommation alimentaire et santé en milieu urbain

La consommation alimentaire renvoie, dans le cadre de ce Dossier Thématique, à l'utilisation finale des denrées alimentaires à des fins de nutrition ; l'effet de manger les produits alimentaires afin de satisfaire un ensemble de besoins nutritionnels concourant au bien-être physique et sanitaire de l'individu. Cette satisfaction est donc au cœur de toute forme de consommation qui, malheureusement, n'est pas atteinte en Afrique au regard de l'inadéquation entre les quantités de nourriture disponibles et les besoins alimentaires des populations.

En principe, le continent noir compte 31 pays sur les 41¹ qui dépendent de l'aide alimentaire de

manière permanente dans le monde, soit 75,60 % desdits pays et plus de la moitié des pays du continent (57,40 %). Une augmentation brutale du nombre desdits pays a été enregistrée dans la dernière décennie dans cette partie du globe. D'après la FAO et le SIMAR (2019), un nouveau pays bascule dans cette situation chaque année depuis 2009, soit 10 pays en 10 ans. Ce bilan non exhaustif et en perpétuelle évolution fait de l'Afrique une composante prédominante de ce qui peut être qualifié de « Tiers-monde alimentaire » et qui est constitué de l'ensemble des quarante-un pays ayant besoin de l'aide alimentaire en continu dans le monde².

Des variations des faciès de la faim et des maladies d'origine alimentaire sont également observées entre les pays et entre les espaces urbains et ruraux. Les villes africaines présentent les faciès de plus en plus inquiétants à cause de plusieurs facteurs parmi lesquels la surdensification spectaculaire de leurs armatures sociodémographiques (D. Meva'a Abomo et Z. Fogwé, 2019, p. 18). La sécurité alimentaire se trouve soumise à l'épreuve de cette croissance de la population accentuant de plus en plus l'inadéquation entre l'offre et la demande urbaine en Afrique. La nourriture est insuffisante pour tous en induisant une espèce de conflictogénèse alimentaire. Les principales victimes sont les plus vulnérables, et particulièrement, les personnes en situation d'asile de pauvreté au sens de D. Meva'a Abomo, J.R. Abessolo Nguema, et al. (2013, p. 27). Un recourt préférentiel à certaines denrées plus riches ou nutritives, facilement accessibles sur les plans géographiques et financiers, culturellement intégrées, et à forte densité volumique, est stratégiquement adopté par plusieurs ménages aux effectifs pléthoriques.

Le soja est l'une de ces denrées stratégiques dont la consommation est en pleine croissance dans les villes du Togo, conformément aux observations de **KPOTCHOU Koffi**. L'étude révèle que les citoyens ont une affection en tant

¹<https://news.un.org/fr/story/2019/07/1046931>

²Le Tiers-monde alimentaire est composé des 41 pays ayant besoin d'une aide extérieure de manière permanente pour couvrir leurs besoins alimentaires. <https://news.un.org/fr/story/2019/07/1046931>.

culture locale produite à partir d'une technicité endogène rassurant sur sa qualité biologique contrairement aux produits importés produits à l'aide des additifs chimiques nocifs. Même les dérivés issus des transformations artisanale ou semi-industrielle sont *made in Togo*. Cette préférence est aussi liée aux apports nutritifs naturels considérables de cet aliment en protéines, glucides, lipides et vitamines...

La filière soja est très soutenue au Togo par les pouvoirs publics, les institutions financières et les médias (radios et télévisions), dans la mesure où cette denrée est la troisième la plus consommée (21,6 %) en milieu urbain, après le maïs (30,2 %) et le riz (27,8 %). Ce soutien de la filière a induit la progression significative de la production qui était de 24 572 tonnes en 2015, à plus de 44 745 tonnes en 2018. Elle a donc presque doublé en moins de cinq ans.

Les populations établissent un lien direct entre cette denrée et la santé. Près de la moitié (48,3 %) des citoyens estiment que le soja renforce le système immunitaire. Moins du quart (21,8 %) pense qu'il lutte contre les cancers. D'après d'autres perceptions, 17,2 % d'enquêtés estiment que la consommation du soja améliore la fertilité chez l'homme et la femme et 12,7 % pensent qu'elle apporte moins de mauvais cholestérol à l'organisme. Ce constat amené les auteurs à affirmer, à la suite de O. Estimé (2017, p. 25), que cet aliment pourrait contribuer à réduire le cas de malnutrition protéino-énergétique dans le pays. Et, le développement de sa filière est une option stratégique pour lutter durablement contre la pauvreté conformément au constat de D. Ramsay *et al.* (2019, p. 1), pour qui, « le Togo place son avenir sous le signe du soja ». Toute une économie informelle s'est ainsi consolidée autour du soja créant des milliers d'emplois au Togo. L'alimentation de rue est l'une de ces activités urbaines vectrices de la consommation de proximité du soja en générant d'importants revenus.

Cette activité est également en puissance dans la ville de Daloa qui est devenue une espèce

d'*eldorado* du secteur informel. Seulement, l'alimentation de rue véhicule un risque sanitaire de plus en plus inquiétant dans cette agglomération ivoirienne conformément aux observations de **KOUAME Yao Alexis, KONAN Aya Suzanne, KOUASSI Konan et KOFFI Guy Roger Yoboué**. Ces auteurs signalent que 39,5 % des acteurs de ce secteur occupant des milliers de travailleurs ont des bénéfices mensuels supérieurs au Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance (SMIC) qui est de 60 000 F CFA en Côte d'Ivoire.

Cette contribution significative à l'économie locale est malheureusement contrastée par l'endémicité de l'insécurité sanitaire des aliments consommés dans la rue. Le secteur se veut donc ambivalent au sens de R. Gerbouin *et al.* (1993) cité par l'ONG ASMADE (2008, p. 8), pour qui, l'alimentation de rue est un outil de développement de même qu'un problème à résoudre. L'étude dénote que les prestataires de la nourriture de rue souffrent d'un ensemble de pathologies transmissibles contactées et rediffusées dans l'exercice de leur activité socioprofessionnelle. Les consommateurs attestent les conditions insalubres de restauration ainsi que les multiples infections d'origine alimentaire contractée dans la rue.

Ce risque sanitaire lié à la consommation de rue n'est pas seulement observée en Côte d'Ivoire. Les travaux de **AHOLOU Marcelle Gisèle Monwou et MONGBO Roch Lambert** signalent qu'elle est aussi en puissance au Bénin, et particulièrement à Cotonou, où elle est progressivement passée de l'état d'habitude à un comportement culturel aux répercussions socio-sanitaires jusqu'ici non maîtrisées. Ce phénomène est une réponse à l'explosion démographique, le développement de l'industrie alimentaire, la montée du travail féminin et les contraintes de la vie professionnelle, la pénibilité à rentrer chez soi pendant la journée de travail... Au total, 76,42 % de ménages investigués font recours à la restauration hors domicile en dépit

des risques sanitaires associés à cette pratique. Les gargotes sont les lieux les plus fréquentés. Une prédominance des sollicitations des femmes (64,82 %) a été enregistrée par rapport aux hommes (49,05 %). Cependant, 59,57 % des usagers attestent que les mets qu'ils consomment à domicile sont relativement mieux et sanitairelement plus rassurant au regard des conditions peu hygiéniques de restauration en vigueur dans les gargotes. À ce sujet, L. S. M. I. Hoteyi et *al.*, 2014, p. 33) avaient déjà établi la contamination permanente des aliments consommés dans ces restaurants de rue de Cotonou, notamment les poissons, les viandes et les produits maraîchers. Il se dégage une espèce de banalisation du risque sanitaire d'origine alimentaire.

Cette banalisation a également été enregistrée auprès du secteur du vin dans la ville de Lomé au Togo où la consommation excessive du vin par les jeunes est devenue une menace socio-sanitaire et même économique. Tel est le rendu des travaux de **ATCHRIMI Tossou** qui reconstitue et explique les fondements de cette déviance juvénile en pleine croissance dans la capitale togolaise et dans tout le pays où la prévalence de sa consommation du vin au sein de la population nationale est de 53,7 %, sachant que les jeunes de 25-35 ans y représentent 87,1 % (OMS, 2010, p. 56). Les jeunes ouvriers se particularisent dans cette consommation excessive perçue comme un passage obligatoire, un rituel pour s'intégrer dans le modèle urbain, un mécanisme d'intégration, d'affirmation de soi et de construction d'une nouvelle identité justiciable de l'accession au statut d'adulte, au changement individuel et collectif.

Le choix de consommer du vin est donc un comportement individuel mais socialement déterminé, et construit autour d'un complexe urbain spécifique. Ces conduites sont une tentative paradoxale de reprendre le contrôle de leur existence, en dépit des risques sanitaires encourus, d'autant plus que les comportements tributaires de la consommation du vin sont pathologiques. Cette réalité a amené B. Roy, 2005, p. 101) à conclure que toute consommation

d'alcool, même irrégulière, est nocive pour la santé.

2. Dynamiques socio-épidémiologiques liés à l'alimentation urbaine

Les logiques et modes de consommation proprement dite des aliments déterminent l'émergence autant de la sous-alimentation et de la malnutrition, que des infections et contaminations des maladies d'origine alimentaire. D'une manière générale, 88,76 % de personnes ayant besoin d'une aide alimentaire sont atteintes de la malnutrition; soit 237 millions d'individus sur les 256,5 millions (environ 20 % de la population du continent) de personnes victimes de la faim (FAO, 2019, p. 14). La situation sanitaire liée à l'alimentation reste donc préoccupante malgré les multiples actions de lutte contre la malnutrition et la sous-alimentation initiées dans le continent.

Un profil de cette situation sanitaire a spécifiquement été établi dans l'aire de santé de Dougoy dans la ville de Maroua à l'Extrême-Nord du Cameroun par **BASKA TOUSSIA Daniel Valérie et GONGA François**. Il en ressort qu'en 2019, sur 11 076 patients reçus en consultation au sein du centre de santé intégré (CSI) de Dougoy, environ 12,49 % souffraient de maladies liées à l'alimentation. Les sept principales maladies ont été recensées à savoir, la malnutrition, des diarrhées, de la fièvre typhoïde, du diabète sucré, l'hypertension artérielle, les allergies alimentaires et l'intoxication alimentaire.

Sur les 1 383 patients recensés, 54,44 % sont atteints de maladies diarrhéiques, 27,04 % de malnutrition, 12,29 % de la fièvre typhoïde, 4,12 % d'allergie alimentaire, 01,01 % d'hypertension artérielle, 0,79 % de diabète sucré et 0,28 % d'intoxication alimentaire. La malnutrition, les diarrhées, la fièvre typhoïde sont les trois principales maladies alimentaires sévissant de façon permanente au sein des populations de l'aire de santé de Dougoy. Ces pathologies affectent surtout les enfants de 0 à 10 ans, les

femmes et les personnes âgées dans toutes les catégories de la population du district de santé. Suivant le genre, 58 % de personnes de sexe féminin (femmes et enfants) souffraient de maladies liées à l'alimentation contre 42 % d'individus de sexe masculin. Suivant les tranches d'âge, les sujets de 0 à 10 ans sont la plus affectés (39 %), ensuite, les sujets de 11 à 20 ans (19 %), ceux de 21 à 30 ans (17 %) ... Les adultes à partir de 31 ans sont donc modérément affectés. Ces résultats confirment les observations de K. Roesel et D. Grace, 2016, p. 10) selon lesquelles, dans la plupart des pays en développement où les gastro-entérites sont l'une des cinq causes de maladies et de décès (à l'exemple du Cameroun), les aliments insalubres contribuent de manière importante à ce fardeau évitable.

Ce fardeau est évitable à partir d'une hygiène alimentaire adéquate et plusieurs autres mesures résilientes. Il en est le cas avec la renutrition appropriée dans la prise en charge des cas de carence alimentaire. Malheureusement, la forte prévalence du Syndrome de Renutrition Inappropriée (SRI) démontre à suffisance l'efficacité limitée de cette résilience en élevant la mortalité pendant les prises en charge. Tel est le principal des travaux de **NGEGNI PANGETNA Hortense, AMA MOOR Vicky Jocelyne, ATEBA Simon Noel, MBACHAM Wilfred et KOKI NDOMBO Paul** sur le SRI qui est, d'après A. C. Barras-Moret, E. Guex, P. Coti Bertrand (2011, p. 87), un ensemble de manifestations cliniques potentiellement grave survenant dans un contexte de défaillance multiviscérale (cardiaque, rénal, neurologique et respiratoire...) résultant des troubles hydro-électrolytiques et métaboliques à type d'hypophosphorémie, d'hypokaliémie et d'hypomagnésémie.

Cette étude de la prise en charge du SRI a été menée auprès de 42 enfants âgés de 6-59 mois en cours de traitement d'une malnutrition aiguë sévère (MAS) au Centre Mère et Enfants de la Fondation Chantal Biya (CME-FCB) de

Yaoundé au Cameroun. Cette prise en charge s'articule sur la régulation et le ré-équilibre des concentrations de Phosphore, de magnésium et de potassium. Au total, une hypophosphorémie a été observée dans 59,3 % des cas au second jour. Entre autre, 21,4 % et 3,12 % des cas étaient respectivement en situation d'hypokaliémie et d'hypomagnésémie. Juste deux associations ont été identifiées, soit l'hypophosphorémie + l'hypokaliémie chez 25 % (08/32) des cas, et l'hypophosphorémie + l'hypomagnésémie (01/32) dans 3,12 %.

Des accentuations de l'hypophosphorémie allant de 40,6 % à 59,37 % et de l'hypokaliémie allant de 14,3 % à 21,4 %, ont été enregistrées après deux jours d'hospitalisation, contrairement à la magnésémie. Ces résultats montrent que le phosphore et le potassium étaient les plus perturbés au début de la renutrition par rapport au magnésium. Les auteurs font état d'une baisse considérable de la moyenne à J2 dans le cas du phosphore allant de 40,8 à 38,2 mg/l et traduisant une perturbation importante du phosphore par rapport aux autres électrolytes au cours de la renutrition ; cette baisse est une valeur pathologique à type d'hypophosphorémie chez l'enfant. Un cas de décès a été signalé après 4 jours d'hospitalisation (à J5). Il présentait cliniquement une MAS avec œdèmes compliquée de sepsis à point d'appel cutané. Cette étude confirme ainsi la crise de prise en charge du SRI au Cameroun.

L'une des stratégies de résilience face à la malnutrition, en plus de la renutrition, est le ramassage anarchique et la consommation immédiate des mangues en longueur de journée par les enfants eux-mêmes. Cette pratique à risque observée dans la ville de Douala au Cameroun par **NKUMBESONE Makoley Essone** est un déterminant de la vulnérabilité sanitaire desdits enfants. D'après les observations de l'auteur, les mangues qui contiennent 12,6 % de sucre (Agbor Ebai et al., 2018, p. 52-57) attirent particulièrement les enfants, et sont consommées sous trois états : non

mûr, mûr et trop mûr ou pourris dans des conditions non-hygiéniques susceptibles d'engendrer des infections d'origine alimentaire. La diarrhée est la principale maladie enregistrée (90 %) après cette consommation. Plusieurs enfants ont également signalé le mal de ventre et les ballonnements après la consommation des mangues. L'absence de surveillance et de suivi des parents et de la municipalité et des services de santé publique, la non maturation des anticorps de ces derniers, le déficit d'éducation sanitaire juvénile, la pauvreté des parents... sont autant de variables qui expliquent la vulnérabilité sanitaire d'origine alimentaire. La prise en charge de ces gastro-entérites paupérise davantage leurs parents au profil atypique de pauvreté multidimensionnelle.

L'établissement de ce profil de parents d'enfants atteints de malnutrition a été l'objet d'étude de **LAOUALI Abdoukadi, ABDOU Harouna, MAMAN SANOSSI Mohamed, ALZOUA MAYAKI Zoubéirou** dans la région de Niamey au Niger. Cette étude a été menée auprès des parents des patients du Centre Hospitalier régional (CHR) Poudrière de Niamey. Elle s'est davantage intéressée à la reconstitution des caractéristiques socio-économiques des parents d'enfants atteints de malnutrition aiguë sévère. Parmi les 45 mères enquêtées, 84 % de mères ont moins de 33 ans parmi lesquelles 48 % sont âgées de moins de 26 ans et 36 % ont un âge compris entre 26 et 32 ans. Soixante pourcent (60%) de femmes ont au moins trois enfants et 40 % sont soit à leur premier enfant ou leur second. Quarante-vingt pourcent (80 %) n'ont jamais fréquenté une école moderne et plus de la moitié (53 %) de ces dernières sont allées à l'école coranique. Quarante-vingt-dix-huit pourcent (98 %) sont des femmes au foyer parmi lesquelles 69 % n'exercent aucune activité génératrice de revenu. Parmi celles qui en exercent, le petit commerce reste dominant (57 %) suivi de la couture (21 %), du maraîchage (14 %) et de la confection de nattes (7 %).

Par ailleurs, 91 % des chefs de ménages sont des hommes mariés dont 62 % sont monogames. Quarante-vingt-sept pourcent (87 %) des chefs de

ménages enquêtés sont des chômeurs sans activité économique stable. Ils se débrouillent dans le secteur informel, et majoritairement dans L'agriculture (42 %) et le petit commerce (30 %). Soixante-dix pourcent (70 %) des chefs de ménage enquêtés gagnent moins de trente mille 30 000 FCFA comme revenu mensuel. Soixante-sept pourcent (76 %) de chefs de ménages sont non scolarisés et 44 % sont à peine âgés de 35 ans. L'effectif moyen de l'échantillon est de neuf (9) personnes par ménage... L'étude a établi ainsi une relation de cause à effet entre, d'une part, la malnutrition et, d'autre part, le faible revenu des ménages, la surpopulation des ménages, la scolarisation des parents, le milieu de résidence et les conditions de vie conformément aux travaux de O. Aouehougon (2007, p. 65, 85 et 89) et de F. E. Matkos (2013, p. 78).

3. Perceptions, représentation et considérations, mythe et croyance urbaine

La vulnérabilité sanitaire associée à l'alimentation est déterminée par plusieurs facteurs parmi lesquels le corpus dynamique de perceptions, de représentations, de considérations et de croyances. Ces dispositifs imaginaires forment les régimes et modes alimentaires tout en impactant la qualité nutritionnelle. Cette réalité a été établie par constatée **KOUAME Teya, NANGA-Adjaffi et AKE Mondé Absalome** lors de l'étude des imaginaires sociaux relatifs à la consommation de l'huile de palme en rapport avec la santé humaine Département de Koun-fao, au Nord-Est de la Côte d'Ivoire.

Les investigations font état d'une faible connaissance populaire des valeurs nutritionnelles, cosmétiques et thérapeutiques de l'huile de palme. Ce produit alimentaire est incorporé dans les régimes alimentaires et reste très apprécié par plus de 98 % de sujets enquêtés. Il fait cependant l'objet de stigmatisation. Il est empiriquement considéré comme une cause de l'obésité du paludisme et du diabète.

Cette dernière pathologie à savoir, le diabète, est en pleine croissance dans les villes ivoiriennes, et même africaines, à cause de la consommation de plus en plus significative des aliments à forte teneur de sucre. Une augmentation particulièrement rapide de la prévalence de cette pathologie non infectieuse dans la ville d'Abidjan a amené **BAKARY Koné** à s'intéresser à l'étude de l'influence du mode alimentaire des abidjanais sur cette maladie chronique d'origine alimentaire.

L'auteur dresse un profil de mets préférés des populations urbaines et évalue les taux de sucre qu'ils contiennent. Il en ressort que le mode alimentaire prédominant à Abidjan privilégie le foutou (igname, banane plantain), le toh (maïs ou manioc), le riz, l'attiéké, le placali, l'attoukpou... qui ont une influence certaine pour l'apparition du diabète sucré. La proportion de glucide pour 100 grammes de ces aliments est forte et dépasse 50 %. Il s'agit par exemple de : attiéké (96,10%), attoukpou (95,68%), placali (95,90 %), cabatoh (59,99 %), igname (63,11 %), riz (57,55 %). L'étude arrive à la conclusion selon laquelle, le mode alimentaire des abidjanais apporte généralement plus de 180 grammes de glucide pour les trois repas journaliers. Or, la tolérance glucidique pour le diabétique, comme le précise l'auteur, ne dépasse pas 40 grammes par jour. Il se dégage un excédent de 140 grammes par jour. Le mode d'alimentation a effectivement une influence néfaste sur la prévalence du diabète sucré à Abidjan, et ce, conformément aux constats déjà fait par K. H. Yebouet et *al.* (2017, p. 11187) dans leur étude de l'attiéké, l'attoukpou et le placali, puis par T. Dally et *al.* (2010, p. 2085) dans leur recherche sur le cabatoh, le foutou igname et le riz cuit.

4. Dynamiques sociétales et vulnérabilité

En plus des contributions relatives au second champ thématique d'analyse du présent Dossier Thématique de la RETSSA, d'autres réflexions

s'inscrivant dans la rubrique Varia ont tout de même amélioré les connaissances sur les dynamiques sociétales en rapport avec la vulnérabilité. Il en est le cas avec l'étude de **DJINATOU Ndobadé Yolande** portant sur la communication pour la santé maternelle et infantile dans la région de l'extrême-Nord Cameroun entre 1960 et 2019. Cette recherche révèle que divers moyens sont utilisés en communication pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant dans l'espace d'investigation. D'une manière générale, 41 % de femmes sont informées en la matière à travers leurs entourages ou par le bouche-à-oreille, 27,3 % confirme avoir été informées par les médias, 22,7 % par les agents de santé et enfin seulement 9 % sont informées par l'école.

La prédominance du bouche-à-oreille met en exergue la nécessité du renforcement de la valorisation des moyens traditionnels de communication dans cette région peu scolarisée du Cameroun. L'enclavement et la faible couverture médiatique relativise l'effet des médias en dehors des grandes villes. Ces résultats invitent également à renforcer la communication sur la santé en milieu hospitalier et de formation tant académique que professionnelle. Somme toute, l'étude met en lumière un profond problème de communication pour la santé en général.

Une crise similaire dans le domaine de la communication sur la santé sexuelle constitue le principal facteur de la sexualité précoce chez les adolescentes au Togo. Ce constat émane de l'étude causale de **KANATI Lardja** menée auprès 107 élèves du premier cycle de l'enseignement secondaire dans la ville de Sokodé. Les investigations révèlent qu'en plus des facteurs physiologiques normaux, plusieurs quatre autres déterminants sociétaux en sont à l'origine. L'influence sexuellement déviante des médias a été évoquée par 72,9 % de répondantes. La quasi-absence d'une communication familiale sur la sexualité a été signalé par 62,6 % d'enquêtées. Ce sujet demeure donc tabou

malgré dans les ménages urbains. L'efficacité de l'éducation sexuelle promue par les structures de promotion de la santé de reproduction a également été remise en cause et jugée inadaptée par 47,08 % d'investiguées. L'incapacité des parents à satisfaire les besoins des adolescentes a enfin été évoquée par 46 % des enquêtées. Au total, la crise de communication sur la santé sexuelle transparait dans 3/4 des déterminants sociétaux. L'urgence est donc de repenser les stratégies de communication en la matière dans les établissements scolaires de Sokodé où le phénomène est en nette croissance.

Cette croissance impacte la sérénité scolaire et la santé des adolescentes. Elle bénéficie des faveurs d'une certaine ambiance de moins en moins estudiantine où les impulsions psycho-affectives pubertaires triomphent de la résonance psychocognitive. Le décryptage spécifique du climat scolaire et son influence sur le bien-être des adolescentes, ainsi que sur leur rendement scolaire a globalement été l'objet d'étude de **KOFFI Mariette Ahou Celica** auprès de 200 élèves des lycées Nangui Abrogoua d'Adjamé et Sainte Marie de Cocody.

D'une manière générale, le climat scolaire est construit, déconstruit et perpétuellement reconstruit par un ensemble d'indicateurs non figés tels que le sentiment éprouvé dans l'établissement à chaque instant, le sentiment éprouvé dans la classe, le niveau d'appréciation de l'état de propreté de l'établissement, la fréquence des difficultés rencontrées dans l'environnement de l'établissement, les actes de violences perpétrés par des élèves au sein ou aux alentours de l'établissement, le lien entre les actes de violence et le sentiment qu'éprouve l'élève au sein de l'établissement, le lien entre état de propreté et le sentiment éprouvé par les élèves au sein des établissements scolaires, la perception des pratiques pédagogiques en rapport avec le rendement scolaire... Le climat scolaire influence, en définitive, le bien-être des élèves et le rendement scolaire. Cette influence s'explique à travers certaines composantes dudit climat comme la sécurité, l'environnement physique, la rigueur dans l'observance de la

discipline de l'établissement, la gouvernance générale de l'établissement... L'alimentation scolaire est une composante de ce climat contribuant à consolidation de l'estime de l'établissement par l'élève, de la fierté à en être un élève, de la sécurité en milieu scolaire...

En corolaire, le présent Dossier Thématique, bien que perfectible, a le mérite d'avoir osé ré-horizonner le débat heuristique sur l'interaction Métropole-Alimentation-Santé et d'avoir tenté de niveler les insuffisances d'outils d'observation, de décryptage et d'analyse des systèmes alimentaires urbains à partir de la Théorie de la Métropolité alimentaire (voir Tome 1). Un autre mérite de ce Dossier Thématique est d'avoir froidement posé un diagnostic, celui d'un système alimentaire urbain malade ; d'avoir fait prendre conscience d'un défi d'éradication de l'insécurité alimentaire urbaine à relever et d'un devoir de transition vers les systèmes alimentaires urbains durables à accomplir, et ce, en faveur d'une meilleure santé dans les villes africaines. Il ne reste plus qu'à expérimenter les prescriptions politiquement opportunes, économiquement réalistes et réalisables, socialement attendues, culturellement intégrées et écologiquement durable.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABOR EBAI et *al.*, 2018, Sucrose processing in fruit, the case of mango. MSc Thesis, University of Calabar, Nigeria, Department of Food Sciences, p. 52-57.

AOUEHOUGON Ouépaké, 2007, *La malnutrition protéino-énergétique et ses facteurs de risque chez les enfants de moins de 5 ans dans le district sanitaire de Tougan*, Mémoire, Ecole Nationale de Santé Publique, Ouagadougou, Burkina Faso. [En ligne], consulté le 15 février 2019.

URL <https://www.memoireonline.com/08/09/25/51/La-malnutrition-proteino-energetique-et-ses->

[facteurs-de-risque-chez-les-enfants-de-moins-de-5-ans-da.html](#).

BARRAS-MORET Anne Catherine, GUERX Esther et BERTRAND Pauline Coti, 2011, « Le syndrome de renutrition inappropriée: la clé du traitement est la prévention », *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 25, p. 86-90.

DALLY Theodor, MEITE Alassane, KOUAME Koffi G, BOUAFOU Kouamé G. M et KATI-COULIBALI Séraphin, 2010, Efficacité nutritionnelle de trois mets Ivoiriens: cabatoh à la sauce dah au nord; foutou igname à la sauce gouagouassou au centre; riz cuit à la sauce graine à l'ouest. *Journal of Applied Biosciences* 33, p. 2084-2090.

ESTIME Osnel, 2017, *Caractérisation sensorielle et nutritionnelle de sept (7) variétés de soja edamame (Glycine max L.) cultivées à Lalouère (4^e section de Saint-Marc), et de leur potentiel pour l'amélioration de la santé nutritionnelle en Haïti*, mémoire d'ingénieur, sciences et technologies des aliments, Université d'Etat d'Haïti.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE (FAO), 2019, *L'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde*, Rapport final, 252p.
FAO, SIMAR (2019); *Représentation infographique* : https://www.lemonde.fr/afrique/article/2019/03/21/plus-de-la-moitie-des-pays-africains-ont-besoin-d-aide-alimentaire_5439269_3212.html

HOTEYI Sêmassa Mohamed Ismaël, GNIMADI Clément Codjo, ADJADJI Guy Vital, IGUE Attanda Mouïnou et MENSAH Guy Appollinaire, 2014, « Alimentation de rue des populations : une santé en péril à Cotonou au Sud-Bénin ? » *Bulletin de la Recherche Agronomique du Bénin (BRAB)*, Numéro

spécial agro-biodiversité et santé publique, INRAB, Cotonou, p. 21-34.

LAROCHE Véronique, 2018, *Les systèmes alimentaires durables et l'étude de cas de trois villes et de leurs initiatives*, Mémoire de Maîtrise en environnement, Université DE Sherbrooke, 123p.

MATKOS Franck.-Elvis, 2013, *La pauvreté des ménages et malnutrition des enfants de moins de cinq ans en République Centrafricaine*. Mémoire de Master. Institut de Formation et de recherche démographique, Yaoundé, Cameroun, 165 p. [En ligne], consulté le 30 avril 2019. URL : https://ireda.ceped.org/inventaire/ressources/matkoss_2010.pdf.

MEVA'A ABOMO Dominique et NJI FOGWE Zephania (Dir), 2018, « Editorial », dans : Dominique MEVA'A ABOMO et Zephania NJI FOGWE (Dir), *Collection DOUALA-FUTURIS*. Tome 1, Défis et enjeux de l'émergence urbaine entre Gouvernance, Aménagement et dynamiques socioéconomiques, Actes de la 1^{ère} Edition du Symposium International.

DOUALA-FUTURIS, Douala, Editions Cheikh Anta Diop, p. 15-22.

MEVA'A ABOMO Dominique, ABESSOLO NGUEMA Jean Roger, BEGOUENIE Bertrand, BA'ANA ETOUNDI Marie Louise, MANGA ENGAMA Edgard, FOTSO WOUGAING Jeannette, et NKOUANDOU NJIEMESSA Marcel, 2013, *Migrations internes au Cameroun : Contrainte ou moteur du développement urbain et sanitaire ?*, Rapport de Recherche ACPOBS / 2013 / PUB13, Observatoire Afrique, Caraïbes, Pacifique (ACP), les Migrations, OIM, UE, 92 p.

ONG ASMADE, 2008, *Léçon de management stratégique : amélioration du secteur de l'amélioration du secteur de l'alimentation de*

Éditorial : Tome 1: Système et sécurité alimentaire: défis et enjeux sanitaires
rue à Ouagadougou, Burkina Faso, ONG ASMADE, 75p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 2010, *Rapport final de l'enquête STEPS Togo*, Genève, OMS.

RAMSAY Deanna, KOVACEVIC Michelle et DE GARDELLE Cécile, 2019, « Le Togo place son avenir sous le signe du soja », in *Trade for development news*, du 29 mars 2019 [En ligne], URL : <https://trade4devnews.enhancedif.org/fr/impact-story/le-togo-place-son-avenir-sous-le-signe-du-soja>, consulté le 18 juin 2020.

RASTOIN Jean-Louis et GHERSI Gérard, 2010, *Le système alimentaire mondial : Concepts et méthodes, analyses et dynamiques ?*, Collection : Synthèses, Edition Quæ, 584p.

ROESEL Kristina et GRACE Delia, 2016, *Sécurité sanitaire des aliments et marchés informels : les produits d'origine animale en Afrique subsaharienne*, Livre numérique, Institut International de Recherche sur l'Élevage, Nairobi, Kenya, 198 p.

ROY Bernard, 2005, « Alcool en milieu autochtone et marqueurs identitaires meurtriers » *Drogues, santé et société*, 4, 1, p. 85-12.

YEBOUE K. H, AMOIKON K. E, KOUAME K. G. et KATI-COULIBALY S, 2017, « Valeur nutritive et propriétés organoleptiques de l'attiéké, de l'attoukpou et du placali, trois mets à base de manioc, couramment consommés en Côte d'Ivoire », *Journal of Applied Biosciences* 113, p. 11184-11191.



Première Partie

MODE DE CONSOMMATION ALIMENTAIRE ET SANTE EN MILIEU URBAIN

RISQUES SANITAIRES LIÉS AU RECOURS À LA RESTAURATION HORS DOMICILE : PERCEPTIONS ET PRATIQUES DES ACTEURS SOCIAUX À COTONOU

HEALTH RISKS RELATED TO THE USE OF OUT-OF HOME CATERING: PERCEPTIONS AND PRACTICES OF SOCIAL ACTORS IN COTONOU

¹ AHOLOU Marcelle Gisèle Monwou et ²MONGBO Roch Lambert

¹ Doctorante à l'Université d'Abomey-Calavi (UAC), École Doctorale Pluridisciplinaire, Laboratoire d'Analyse des Dynamiques Sociales et des Etudes du Développement (LADYD), Abomey-Calavi, Bénin, ahomar2000@yahoo.fr

² Professeur titulaire d'Agronomie et de Socio-anthropologie, Université d'Abomey-Calavi (UAC), École Doctorale Pluridisciplinaire, Laboratoire d'Analyse des Dynamiques Sociales et des Etudes du Développement (LADYD), Abomey-Calavi, Bénin, rochl_mongbo@yahoo.fr Cotonou

AHOLOU Marcelle Gisèle Monwou et MONGBO Roch Lambert. Risques sanitaires liés au recours à la restauration hors domicile : perceptions et pratiques des acteurs sociaux à Cotonou. *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 3 (5), 41-60. [En ligne] 2020, mis en le 30 Juin 2020, consulté le 2020-07-05 12:12:19, URL: <https://www.retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=104>

RESUME

L'explosion démographique, la forte urbanisation, le développement de l'industrie alimentaire, la montée du travail féminin et les contraintes de la vie professionnelle ont engendré des répercussions sur les pratiques alimentaires chez les populations urbaines en Afrique. Dans la commune de Cotonou, le recours à la restauration hors domicile est progressivement passé de l'état d'habitude à un comportement culturel, qui n'est pas sans

incidence sur la santé des populations. Le présent article a pour objectif d'appréhender les pratiques et les perceptions relatives aux risques sanitaires liés à la restauration hors domicile chez les acteurs sociaux à Cotonou. Il est basé sur une démarche empirique et s'inscrit dans le cadre de notre recherche en thèse en socio-anthropologie de l'alimentation. Les données ont été collectées au moyen de trois outils : la grille d'observation, le questionnaire et le guide d'entretien. La taille de l'échantillon s'élève à 396 ménages, 47 consommateurs et dix vendeuses (eurs) dans les gargotes, et 13 acteurs institutionnels. Les résultats indiquent qu'au moins 76,42 % de ménages ont recours à la restauration hors domicile. Face à la certitude du risque sanitaire potentiel encouru par les consommateurs, et dont ils en font souvent l'expérience, la responsabilisation des différents acteurs (producteurs, vendeurs et consommateurs) par les pouvoirs publics est nécessaire et s'impose comme le remède le plus certain pour protéger les populations.

Mots clés : Cotonou, perceptions, pratiques alimentaires, risque sanitaire, gargotes

ABSTRACT

The population explosion, the strong urbanization, the development of the food industry, the rise of female work, the constraints of the professional life have generated repercussions on the food practices at the urban populations in Africa. In the commune of Cotonou, the use of out-of-home catering has gradually gone from being a habit to a cultural behavior, which is not without consequences for the health of populations. The purpose of this article is to understand the practices and perceptions relating to out-of-home catering among social actors in Cotonou. It is based on an empirical approach and is part of our thesis research in socio-anthropology of food. The data were collected using three tools: the observation grid, the questionnaire and the interview guide. The sample size stands at 396 households, 47 users and ten sellers in the taverns, and 13 institutional players. Faced with the certainty of the potential health risk run by consumers, and which they often experience, the empowerment of the various actors (producers, sellers and consumers) by the public authorities is necessary and is essential as the most effective remedy certain to protect populations.

Keywords: Cotonou, perceptions, eating practices, health risk, taverns

INTRODUCTION

Les populations urbaines africaines sont sujettes à de profondes transformations ces dernières décennies. Plusieurs facteurs expliquent cet état de choses : l'urbanisation sans cesse croissante, la modification de la structure familiale, la montée du travail féminin. Tout ceci a conduit au développement des industries agro-alimentaires, à la croissance de la restauration hors domicile. Cette situation n'est pas sans répercussions sur la santé alimentaire et nutritionnelle des

populations. D'après C. Fischler (2001, p. 199), la médecine affirme de plus en plus vigoureusement le souci que lui causent les « maladies de civilisation » liées à l'alimentation, -depuis- les années soixante-dix et surtout quatre-vingt. Etant donné que prévenir vaut mieux que guérir en matière de santé, une maîtrise de la situation devient indispensable.

En effet, malgré l'apparence qu'elle présente, la ville de Cotonou n'échappe pas à cette situation. Capitale économique et administrative du Bénin, elle devient le plus grand pôle d'attraction des populations. Par ailleurs, tout en étant la plus grande, elle possède une organisation spatiale que les autres villes du pays semblent imiter, et qui impose à une grande partie de ses habitants, des voyages quotidiens ou hebdomadaires entre leur lieu de résidence et leur lieu de travail. Dans un tel contexte, les populations adoptent des régimes alimentaires associant aux repas domestiques, une alimentation hors domicile issue de gargotes ou de restaurants, de natures et qualités diverses, développant ainsi des pratiques alimentaires hybrides, complexes et dynamiques. La consommation d'un repas à l'extérieur de la maison devient un phénomène urbain, avec 20 % des repas pris hors domicile pour Cotonou, 18 % pour les autres zones urbaines et seulement 14 % pour les zones rurales (PAM, 2014, p. 32). Ainsi, la situation alimentaire à Cotonou demeure un souci constant et un défi pour les gouvernants. Le fort taux de recours à la restauration hors domicile n'est pas sans répercussions sur la santé des populations. Un parcours de quelques travaux antérieurs sur le sujet renvoie à deux recherches. La première est un article en biochimie de Moussa et *al.* (2006) et portant sur les possibilités de contamination des aliments de rues à Cotonou. Les auteurs ont procédé à des analyses au laboratoire, d'échantillons de mets prélevés chez les

vendeurs de rues, immédiatement après la cuisson, lorsqu'ils ont des ustensiles bien rangés et plus ou moins propres. Les résultats auxquels a abouti cette recherche, après les investigations sur les lieux de vente, ont révélé la présence d'un risque perpétuel de contamination des mets selon les types de distributeurs (L. Baba- Moussa et *al.*, 2006, p. 2). Aussi, la totalité des plats incriminés ont-ils des charges microbiennes en flore aérobie mésophile, indicateurs de pollution fécale, de staphylocoques et quelques levures et moisissures. A l'instar de cette première recherche, la deuxième fait objet d'une analyse au laboratoire, d'échantillons de mets prélevés chez les vendeurs de rues. Il relève de L. S.M.I.Hoteyi et *al.* (2014) et est titré : « Alimentation de rue des populations : une santé en péril à Cotonou au Sud-Bénin ? ». Les résultats ont notifié une contamination des aliments, notamment les poissons, les viandes et les produits maraîchers (L. S.M.I.Hoteyi et *al.*, 2014, p. 33).

Dans le contexte présenté par les résultats issus de ces travaux, la présente contribution a pour objectif principal d'appréhender les risques sanitaires liés à la restauration hors domicile chez les acteurs sociaux à Cotonou, face aux pratiques et perceptions relatives au phénomène. Elle se situe dans une perspective socio-anthropologique. Basée sur une démarche empirique, elle s'inscrit dans le cadre de notre recherche en thèse. Dans le triangle culinaire développé par C. Lévi-Strauss (1965, p. 19) et repris par T. Fournier¹ (2009, diapositive 18), les pratiques alimentaires renvoient à la rencontre de trois réalités ou situations que sont l'acteur social (le mangeur ou les mangeurs) que l'on peut décrire par diverses catégories classiques en sociologie (âge, sexe, catégorie

socioprofessionnelle, niveau d'étude) ; la situation ou le contexte social identifié (type de partage : festif ou ordinaire, à domicile ou hors domicile, public ou privé, etc.) ; et l'aliment particulier sur lequel s'agrègent des représentations à l'intérieur d'un univers socioculturel donné. Sous ce registre, le présent article s'appuie sur une démarche descriptive et compréhensive des pratiques alimentaires et des perceptions liées à la restauration hors domicile chez les acteurs sociaux, de même que les risques sanitaires qui en découlent. Trois modèles théoriques sont mis à contribution dans le cadre conceptuel de la recherche. Le premier est celui de l'imaginaire symbolique développé par C. Fischler (2001, p. 27-34). Il rend compte des représentations liées à l'alimentation chez tout groupe social, avec une pensée classificatoire partant du comestible au non comestible dans toutes les cultures humaines. Le second, développé par J.-P. Poulain in A. Basdevant et *al.* (2001, p. 98), expose les trois ambivalences de l'alimentation : plaisir-déplaisir, santé-maladie, vie-mort. Quant au troisième modèle, il rend compte de trois logiques à la base de l'expérience alimentaire du mangeur moderne. Il s'agit de l'approche trilogique de la socialisation- externalisation - subjectivation, et relève de M. de Labarre (2001, p. 4).

1. METHODOLOGIE

1.1. Présentation de la zone d'étude

La présente recherche a été effectuée dans la Commune de Cotonou, la seule du département du Littoral, en République du Bénin. Elle est située sur le cordon littoral qui s'étend entre le lac Nokoué et l'Océan Atlantique. Elle est limitée au nord par la commune de Sô-Ava et le lac Nokoué, au sud

¹ T. Fournier exposant l'approche interactionniste de l'alimentation développée par Jean-Pierre Corbeau et qu'il présente dans le document intitulé Fournier Tristan, Approche socio-anthropologique de l'alimentation, Sous la direction scientifique de JP

Poulain, CERTOP TAS, Université de Toulouse 2, Mercredi 11 février 2009, 31 diapositives.

de structures nationales ou internationales intervenant dans le domaine.

1.2.1. Ménages

L'échantillon constitué des ménages, est représentatif au niveau communal, et basé sur un échantillonnage par grappes stratifiées à deux degrés. Les 13 arrondissements que compte la commune de Cotonou ont été considérés comme des grappes. Au premier niveau ou degré, les différents quartiers ont été listés suivant les différents arrondissements de la ville. Deux quartiers par arrondissement sont échantillonnés par la technique de sélection des nombres aléatoires de distribution normale avec le tableur Excel. Au second degré, un total de 15 ménages au moins par quartier est tiré. Le point de départ a été repéré à partir du carrefour central du quartier. Cinq carrefours ont été choisis au hasard par quartier. Pour chaque carrefour, une rue qui lui est connectée a été sélectionnée par hasard. Ensuite, toutes les maisons sont assignées à des numéros. Enfin, trois maisons par rue ont été choisies. La taille finale de l'échantillon pour les ménages, s'élève à 396.

1.2.2. Gargotes

La pertinence de leur contribution se justifie par le souci de triangulation des données, en vue de mieux appréhender les pratiques et les perceptions des divers acteurs sociaux sur ces lieux les plus fréquentés. Le critère de sélection des gargotes de l'échantillon a été leur implantation dans les quartiers où a eu lieu la collecte des données auprès des ménages. Etant donné la sensibilité du sujet et la réticence des usagers de ces lieux à se prêter à nos entretiens, la technique d'échantillonnage accidentel a été utilisée. Le seuil de saturation a permis de fixer la taille de l'échantillon à 47 consommateurs et 10 vendeurs et vendeuses.

1.2.3. Acteurs institutionnels

En dehors des ménages et des gargotes, quelques acteurs clés ont été interviewés. Il s'agit de ceux intervenant dans des structures ou des organisations qui œuvrent dans le domaine de la santé, de l'alimentation et de la nutrition au sein de la commune de Cotonou. La technique de choix raisonné a guidé la sélection de ce groupe cible qui comprend des professionnels de santé, des assistants sociaux, des nutritionnistes et d'autres acteurs d'institution. Ils représentent globalement un groupe stratégique, dans la mesure où ils renvoient au discours nutritionnel officiel. Le critère d'inclusion a été que l'acteur interviewé ait exercé au préalable dans le domaine sanitaire, de l'alimentation ou de la nutrition, et maîtrisé les questions y afférentes, notamment celles liées à la présente problématique. Au total, 13 acteurs institutionnels ont été interviewés, soient trois nutritionnistes, deux médecins, deux infirmiers, une sage-femme, quatre assistantes sociales et un consultant en nutrition.

1.3. Collecte et analyse des données

L'étude des pratiques alimentaires, des perceptions et du risque sanitaire lié à la restauration hors domicile, fait appel à une démarche qualitative et quantitative : les techniques retenues dans le cadre de cette recherche sont inspirées des approches méthodologiques utilisées par J.-P. Poulain (2002, pp. 39-41) à propos de l'étude des pratiques alimentaires. L'auteur distingue quatre types de données. Les pratiques observées (comportements alimentaires réellement mis en œuvre par un mangeur ou un groupe de mangeurs donné), les pratiques objectivées (comportements réels mais observés de façon indirecte par les traces qu'ils laissent), les pratiques reconstruites (données obtenues en demandant à un acteur de se remémorer ses propres pratiques ; Ici la mise en œuvre peut se faire sur une échelle de

temps : journée alimentaire, vingt-quatre dernières heures, trois jours, une semaine...) et les pratiques déclarées (correspondent à ce que les sujets prétendent faire ou avoir fait quand ils répondent de façon spontanée à un questionnement). Dans la présente recherche, les données collectées auprès des ménages et des consommateurs dans les gargotes, notamment en ce qui concerne leurs habitudes alimentaires, s'appuient sur des pratiques reconstruites et des pratiques observées : il s'agit des pratiques reconstruites dans la mesure où les répondants ont été amenés à se remémorer les pratiques alimentaires des ménages qu'ils représentent. La collecte des données a connu deux phases : la pré-enquête et l'enquête proprement dite. La pré-enquête a

duré quinze jours. Elle a permis l'administration des outils de collecte en vue de les tester, la connaissance de la durée approximative du déroulement d'un entretien. Quant à l'enquête proprement dite, elle a duré deux mois (du 15 février au 22 avril 2017) et a permis la collecte des données auprès de 466 personnes, toutes cibles confondues. Les périodes de collecte ne sont pas distinctes selon les différentes cibles. Elles ont été essentiellement guidées par la disponibilité des enquêtés et les dates de rendez-vous accordées, notamment au sujet des ménages et des acteurs institutionnels. Le tableau n°1 qui suit, présente les techniques et outils de collecte de données selon les groupes cibles.

Tableau n°1 : Techniques et outils de collecte utilisés

Techniques de collecte	Outils de collecte	Groupes cibles	Effectif des enquêtés
Observation	Grille d'observation	Tous les groupes cibles et les milieux concernés	-
Entretien	Questionnaire	Ménages	396
Entretien semi-directif	-Guide d'entretien -Enregistrements sur supports magnétiques	Acteurs institutionnels	13
Entretien semi-directif	-Guide d'entretien -Photos	Consommateurs dans les gargotes	47
Entretien semi-directif	Guide d'entretien	Vendeuses et vendeurs dans les gargotes	10
Total			466

Source : Résultats d'enquête, Février-Avril 2017

A l'endroit des ménages (premier groupe cible), le questionnaire a été utilisé comme outil de collecte. Les interviews ont eu lieu en face à face. Pour le deuxième groupe cible qui comprend les consommateurs, les vendeuses et vendeurs dans les gargotes, les entretiens semi directifs individuels ont eu lieu avec un guide d'entretien ayant servi pour chaque catégorie (consommateurs et vendeurs). La technique d'entretien a servi également pour la collecte des données auprès des acteurs institutionnels (troisième groupe cible). Un guide d'entretien spécifique a été utilisé. Le questionnaire et les guides d'entretien ont porté sur les différents axes du sujet et suivant les catégories de cibles

: pratiques de la restauration hors domicile, risques sanitaires, perceptions.

Les observations ont également été faites de façon directe et guidée par une grille. Les enregistrements des discussions sur supports magnétiques et la prise de photos ont également servi comme des techniques d'appui à la collecte. Le croisement de toutes ces données de différentes natures constitue un avantage. Il est nécessaire et permet de saisir le sens des pratiques, leurs implications et les perceptions des acteurs sociaux. Par contre, l'une des limites de la recherche a été la non vérification de façon directe, de l'état nutritionnel ou sanitaire des usagers des

gargotes, à travers un examen médical. Les analyses effectuées à ce sujet se sont basées sur le discours des enquêtés et les statistiques obtenues à l'Hôpital de zone de Mènonatin à Cotonou.

La saisie des données collectées a été effectuée au moyen du logiciel Word 2007. Le logiciel et SPSS 17.00 et le tableur Excel 2010 ont été utilisés pour les analyses statistiques, notamment pour le croisement de certaines données avec des variables (âge, sexe, occupation professionnelle, etc.).

2. RESULTATS

2.1. Ampleur du recours à la restauration hors domicile dans la commune de Cotonou

L'analyse des données collectées auprès des ménages a permis de noter l'ampleur du recours à la restauration hors domicile à Cotonou.

2.1.1. Proportions de ménages concernés

Le tableau n°2 qui suit, présente en pourcentage, la répartition par sexe et par tranche d'âge du nombre de répondants ayant déclaré ou non qu'au moins un membre de leur ménage s'alimente à l'extérieur de la maison.

Tableau n°2 : Répartition selon le sexe et les tranches d'âge des répondants ayant affirmé ou non qu'au moins un membre du ménage s'alimente hors domicile

Sexe	Classes d'âge	Proportion de ceux qui mangent ou non au dehors		Total (%)
		Non (%)	Oui (%)	
Hommes	15-24 ans (N=9)	2,83	5,66	8,49
	25-34 ans (N=46)	11,32	32,08	43,40
	35-44 ans (N=34)	6,60	25,47	32,08
	45-55 ans (N=14)	2,83	10,38	13,21
	55-64 ans (N=1)	-	0,94	0,94
	65 ans et plus (N=2)	-	1,82	1,89
	Total (N=106)	23,58	76,42	100
Femmes	15-24 ans (N=22)	1,03	6,55	7,59
	25-34 ans (N=118)	7,24	33,45	40,69
	35-44 ans (N=82)	6,21	22,07	28,28
	45-55 ans (N=48)	3,10	13,45	16,55
	55-64 ans (N=11)	0,34	3,45	3,79
	65 ans et plus (N=9)	0,69	2,41	3,10
	Total (N=290)	18,62	81,38	100

Source : Résultats d'enquête, 2017

L'analyse des données du tableau n°2 montre que 76,42 % des répondants (au nom des ménages) de sexe masculin et 81,38 % de ceux de sexe féminin ont affirmé qu'au moins un membre de leur ménage s'alimente hors domicile. Il est également noté que ceux qui s'alimentent souvent hors du ménage sont plus nombreux dans les tranches d'âge de 25 à 34 ans et de 35 à 44 ans. Ce constat a été fait au niveau des deux sexes. Pour preuve, la

proportion cumulée entre 25 et 44 ans fait à elle seule, un total de 57,55 % chez les répondants de sexe masculin et 55,52 % chez ceux de sexe féminin.

2.1.2. Répartition selon les occupations professionnelles et les ethnies

Les résultats obtenus au sujet des occupations professionnelles indiquent que la plupart des répondants de sexe masculin ayant déclaré

qu'eux-mêmes ou au moins un membre de leur ménage s'alimente hors domicile, appartient à la catégorie des artisans (27,36 %), des fonctionnaires et des travailleurs du privé (16,04 %). Par contre, au niveau des répondants de sexe féminin, la plupart exercent comme activités principales, la transformation (28,96 %), le commerce (18,62 %) et l'artisanat (17,24 %). En somme, les catégories 'artisanat et petit services', 'fonctionnaires et travailleurs du privé', 'transformation et commerce' sont les plus touchées par le phénomène de la restauration hors domicile. A propos des ethnies de provenance, une répartition suivant le sexe et les ethnies a été faite. Il en ressort que toutes les ethnies sont concernées par le phénomène. Toutefois, les ménages où au moins un membre s'alimente à l'extérieur proviennent en majorité de l'ethnie « Fon et apparentés ». En effet, 39,62 % des répondants de sexe masculin et 41,38 % de ceux de sexe féminin, ayant déclaré qu'eux-mêmes ou au moins un membre de leur ménage a recours à l'alimentation hors domicile proviennent de l'ethnie Fon et apparentés

2.2. Pratiques liées à la restauration hors domicile dans la commune de Cotonou

2.2.1. Les différents lieux de restauration hors domicile

Divers lieux s'offrent aux acteurs sociaux dans leur recours à la restauration hors domicile. Il est donc important d'en faire une répartition afin de mieux cerner ceux les plus fréquentés et les pratiques y afférentes. L'analyse des données collectées révèle une disparité des proportions de fréquentation selon les différents lieux de prise de repas hors domicile. De façon générale, les lieux les plus fréquentés sont les gargotes, et ce, aussi bien par les hommes (49,05 %) que par les femmes (64,82 %). Un classement selon l'importance des proportions, se présente comme suit, quel que

soit le sexe des répondants au nom des ménages : gargotes- maquis- restaurant-cafétéria- marché. Les maquis (reconnus par 15,09 % de répondants masculins et 8,29 % de répondants féminins) et restaurants (reconnus par 6,61 % de répondants masculins et 6,89 % de répondants féminins) se retrouvent respectivement en deuxième et troisième position, mais sont peu fréquentés comparativement aux gargotes. Les marchés sont moins fréquentés pour la cause, comparativement aux autres lieux.

2.2.2. Fréquences journalières de prise de repas hors domicile par les membres des ménages concernés

Les données recueillies révèlent que les personnes qui s'alimentent hors de leur ménage, ne dépassent pas souvent une prise de repas par jour. Elles confirment également que ceux qui mangent souvent à l'extérieur appartiennent à la tranche d'âge allant de 25 à 44 ans. Leur proportion fait 75,47 % chez les répondants de sexe masculin et 68,96 % chez ceux de sexe féminin. En effet, ils s'alimentent hors du ménage souvent une fois par jour. Parmi eux, quelques rares personnes s'alimentent deux, trois ou quatre fois par jour hors domicile. Cette observation est faite aussi bien au niveau des répondants de sexe masculin qu'au niveau de ceux de sexe féminin. Suivant le sexe et les activités principales des répondants, il est noté qu'au moins un membre du ménage des répondants de sexe masculin appartenant à la catégorie des artisans, des fonctionnaires et travailleurs du privé, s'alimente souvent une fois par jour à l'extérieur de la maison. Il en est de même pour les répondants de sexe féminin, qui exercent comme activité principale la transformation, l'artisanat et le commerce. Aussi la fréquence qui domine est d'un repas en dehors du ménage par jour (34,91 % chez les répondants de sexe masculin et 61,72 % chez ceux de sexe

féminin). Il est néanmoins perçu une fréquence de deux repas hors du ménage par jour chez 14,13 % de personnes chez les répondants de sexe masculin et 10 % chez ceux de sexe féminin. Pour le cas de trois repas hors du ménage par jour, les fréquences sont de 5,66 % et 2,74 % respectivement chez les répondants de sexe masculin et de sexe féminin. En somme, l'alimentation hors domicile est vraiment un phénomène qui se vit par les acteurs sociaux à Cotonou. Le phénomène n'exclut aucune catégorie sociale. Hommes et femmes sont autant concernés, de même que toutes les ethnies, toutes les catégories socioprofessionnelles et tous les niveaux d'instruction, même si les degrés de fréquentation varient d'une catégorie sociale à une autre.

2.2.3. Motifs de recours à la restauration hors domicile selon les ménages

L'analyse des données relatives aux motifs de recours à cette pratique montre que la raison principale est le travail (59,34 %). D'autres motifs relativement moins importants comme la recherche du plaisir (10,86 %), la fatigue liée à une dure journée de travail (8,08 %), ont également été évoqués par les répondants. Les raisons liées à la vie professionnelle renvoient

à des contraintes, des réalités face auxquelles les acteurs sociaux ne sont pas toujours libres. La vie professionnelle structure donc aussi les habitudes alimentaires, notamment dans un milieu urbain comme Cotonou. Ceux ne fréquentant aucun lieu de restauration hors domicile ont évoqué comme principale raison de leur option, le risque de tomber malade (36 sur 79, soit 45,57 % de ceux ne fréquentant aucun lieu de restauration hors domicile). Ceci revient à reconnaître que certains sont bien conscients du risque encouru par la fréquentation de ces lieux.

2.2.4. Les gargotes : lieux de restauration hors domicile les plus fréquentés

Les résultats ont montré que parmi les différents lieux de restauration hors domicile à Cotonou, les gargotes sont les plus fréquentés. Pour en revenir aux gargotes, expression souvent accompagnée d'une connotation péjorative, le mot gargote (*de gargoter* : manger malproprement) désigne un restaurant à bon marché, où la cuisine et le service manquent de soin. A Cotonou, elles sont souvent installées dans les rues, les coins de rue, les abords des principales voies. C'est ce qu'illustre la photo n°1 ci-après :

Photo n°1 : Gargotes installées dans la zone de la Société béninoise de Manutention portuaire (SOBEMAP)



Source : Enquête de terrain, 2017

Cette photo a été prise dans la zone du Port autonome de Cotonou, particulièrement dans celle de la Société béninoise de manutention portuaire (SOBEMAP), sis au quartier

Guincome (5^{ème} arrondissement). Les gargotes ainsi illustrées se présentent à l'extérieur comme des cabanes, des appâtâmes plus ou moins mal entretenus, où s'alimentent à bon

marché, différentes catégories de personnes. Cet espace illustré par la photo n°1 abrite plusieurs gargotes. Les forces d'attraction et les dynamiques autour de ces lieux sont souvent remarquables. Les usagers, en de petits groupes ou seuls, s'y réfèrent, où ils s'alimentent à des prix relativement abordables. Les prises de repas se font aussi bien dans la convivialité que la solitude. Ce qui importe pour ces acteurs sociaux est d'abord de répondre au besoin physiologique que constitue la faim. Dans la présente recherche, les gargotes observées sont plus concentrées dans les zones résidentielles et commerciales. Par contre, il est noté beaucoup plus de restaurants, hôtels et maquis dans la zone de service. Selon C.K. Agli *et al.* (2004, p.4), ces sites d'alimentation à Cotonou sont plus remarquables dans trois types de zone, à savoir la zone de résidence (1er, 2e, 3e, 4e, 6e, 8e, 9e, 10e et 13e arrondissements), la zone commerciale (5e et 7e arrondissements) et la zone de services (11e et 12e arrondissements). Dans les gargotes, des inconnus se retrouvent à la même table. Pourrait-on parler de convivialité ou d'individualisme ? Il peut arriver que des amis s'y croisent ou qu'ils y aillent ensemble. Il arrive aussi que des consommateurs achètent et emportent les aliments à la maison ou au service, avec leurs propres assiettes ou avec des emballages jetables ('*take away*'). Dans ces lieux, il arrive souvent que des usagers de différentes catégories sociales se retrouvent autour d'une même table. Bien qu'il y ait une proximité physique, chacun est dans son assiette. Bien des fois, des conversations sur des faits d'actualité, ou ayant l'air d'un passe-temps peuvent naître. Ou bien encore, ce sont des conflits qui se provoquent des fois entre consommateurs. Les types de mets, varient suivant les gargotes. Des aires d'ignames

pillées, de *dèguè*, de riz, de bouillie, de '*atassi*', et d'autres mets sont observées à Cotonou. Les coûts varient d'une gargote à une autre (selon les zones d'implantation), d'un vendeur à un autre. Bref, il existe des prix pour toutes les bourses. Les règles d'hygiène ne sont pas respectées par tous les tenanciers des gargotes. Il est aussi noté que les consommateurs ne font pas tous attention à tout cela. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à fréquenter ces lieux. Aussi, les motifs de fréquentation des gargotes ne sont pas différents de ceux liés au recours à la restauration hors domicile en général. De l'analyse des données collectées auprès des usagers des gargotes, il est noté que 74,47 % de ce groupe cible ont recours à ces lieux pour des raisons de contraintes professionnelles. En effet, dans la commune de Cotonou, l'éloignement des zones d'habitat par rapport aux lieux du travail constitue l'une des causes déterminantes de la restauration hors domicile et par ricochet, l'une des raisons qui renforcent ce secteur d'activité. Selon les acteurs sociaux interviewés (grande majorité des usagers), la contrainte liée au temps au travail constitue un élément déterminant dans les prises des repas, de même que les lieux choisis pour se restaurer. Pour d'autres, le temps passé au travail est relativement très considérable et pesant : « Comme je suis conducteur de taxi- moto, je ne pourrai pas rentrer à la maison, manger avant de revenir à mon activité, je vais perdre du carburant et du temps² ». Par contre, le phénomène n'est pas spécifique à la commune de Cotonou (même s'il y est plus remarquable que dans les autres milieux urbains du pays). Il est également observé dans de nombreux pays africains. L'exemple de la ville de Bamako au Mali a été présenté par M. Ag. Bendeche *et al.*, (2000, p. 45), où les deux formes de prises alimentaires à et hors domicile ont été signalées chez la

² Propos d'un conducteur de taxi moto, recueillis lors des entretiens individuels avec les usagers des gargotes.

plupart des ménages interviewés. Aussi, E.C. Mitchikpè *et al.* (2003, p. 37), dans une étude, ont montré que plus de 70 % des ménages étaient concernés par la consommation hors domicile dans toutes les villes du Bénin. Les deux principales raisons soulignées par ces auteurs demeurent les exigences du service et l'éloignement des lieux de travail. Y. Berton Ofoueme (2007, p. 323), dans un article de la revue du CAMES³, a aussi montré que la restauration populaire, dans la conurbation Cotonou/Porto-Novo/Abomey-Calavi (trois villes du Bénin), comme dans la plupart des villes africaines, est marquée par un important dynamisme attribué à la conjugaison de divers facteurs d'ordre géographique, socio-économique et culturel : le même phénomène en France a pareillement été un objet de publication pour F. Régnier *et al.* (2006, p. 41), qui ont montré que le recours à la restauration hors foyer constitue un phénomène très urbain et essentiellement parisien, avec comme principales raisons, les contraintes du travail ou des études. Toutefois, il est à préciser que les différents aspects de sa manifestation varient d'un milieu à un autre, d'un pays à un autre. Mis à part le travail, d'autres motifs ont été signalés par les usagers interviewés, bien qu'à de faibles proportions. Il s'agit par exemple du coût des produits vivriers et du manque de moyens financiers pour s'en approvisionner (8,51 %), de la bonne qualité des repas vendus dans les gargotes (6,38 %), du plaisir que peut procurer une alimentation hors domicile (4,26 %), de la situation des hommes célibataires face aux besoins de s'alimenter (6,38 %).

2.2.5. Types de mets vendus dans les gargotes selon les produits de base utilisés

De façon synthétique, les différents mets qu'offrent les gargotes peuvent être également classés suivant les produits alimentaires de

base ayant servi à leur préparation. Les mets les plus fréquents sont ceux à base de riz, cités par tous les consommateurs interviewés (100 %), de maïs (80,85 %), d'igname (53,19%), de blé (21, 28 %), de manioc (14,89 %) et de haricot (8,51 %). Les coûts des plats sont variables : le prix moyen pour s'alimenter dans les différentes gargotes est de 400 francs CFA. Il varie en fonction des types de gargotes et selon leurs standings, mais également selon la nature des mets vendus. Au minimum, les acteurs sociaux peuvent s'alimenter avec 100 francs CFA, dans les gargotes qui se situent dans les arrondissements des zones périphériques de la ville de Cotonou. Selon les usagers interviewés, si le standing de la gargote est moyennement haut, alors il faut disposer d'au moins mille francs 1000 francs CFA au maximum pour un plat.

Les comportements des acteurs sociaux en lien avec la restauration hors domicile révèlent qu'elle constitue un phénomène social, face auquel aucune catégorie sociale ne saurait être indifférente. Dans le même temps, elle constitue un terrain que les autorités publiques pourraient exploiter en vue de garantir une sécurité alimentaire dans toutes ses composantes, aux populations.

2.3. Risques sanitaires liés au recours à la restauration hors domicile et perceptions des acteurs sociaux

Les gargotes étant les lieux de restauration hors domicile les plus fréquentés, les perceptions des acteurs sociaux ont porté particulièrement sur la qualité des mets qui y sont vendus, l'assainissement de ces lieux et les matériels utilisés (couverts, etc.).

2.3.1. La qualité des mets vendus dans les gargotes

³ Revue du CAMES-Nouvelle Série B, Vol. 009 N°2-2007 (2^{ème} semestre).

Comparativement aux repas pris à domicile, les appréciations des usagers interviewés (2^{ème} groupe cible) par rapport aux mets pris dans les gargotes ont été classées en trois catégories. En effet, pour 59,57 % des usagers interviewés, les mets qu'ils consomment à domicile sont relativement mieux, car ils ont plus ou moins la liberté de décider de ce qu'ils vont manger. Aussi, ont-ils le contrôle sur la qualité des ingrédients à utiliser, les lieux d'approvisionnement des matières premières. Le contrôle de la propreté des ustensiles et de toute la cuisine, du couvert et des aliments est de mise ou peut être effectif. Il est fréquent selon les consommateurs, de souffrir de troubles d'origine alimentaire (maux de ventre, diarrhée, etc.) à la suite d'une prise de repas dans les gargotes. Aussi, certaines vendeuses (désignées sous l'expression populaire de '*bonnes dames*' par les interviewés) manquent-elles d'hygiène, même sur les lieux de vente. Il y en a qui utilisent pour ingrédients, des produits alimentaires de mauvaise qualité, telles que des tomates, des carottes, des pommes de terre ou papayes pourries. D'autres font moudre les ingrédients dans « des moulins mal entretenus, installés à des endroits très insalubres ». Au-delà de ces comportements, d'aucuns font un surdosage de bouillons (cubes) dans les mets. Ces situations amènent les usagers (notamment 59,57 % de ceux interviewés) à percevoir les repas hors domicile comme des nourritures de mauvaise qualité ne pouvant égaler ceux pris à domicile du point de vue de la qualité nutritionnelle et des soins qui accompagnent leur préparation. Par contre, une partie de la cible interviewée ne se préoccupe pas assez de la qualité des mets (14,89 %). Selon ces derniers, « on ne regarde pas les risques alimentaires pour s'alimenter au dehors, c'est juste pour se satisfaire⁴ ». Ils ne s'en tiennent pour la plupart, qu'au plaisir que

cela leur procure. Néanmoins, il existe des gargotes qui assurent l'assainissement des lieux et l'hygiène autour des repas. Les aliments qui y sont vendus sont plus ou moins convenables, voire même plus acceptables que ceux de la maison. C'est ce qu'ont affirmé 38,30 % des interviewés. Ces derniers ont donné de bonnes appréciations sur les gargotes, de même que sur la qualité nutritionnelle des aliments qui s'y vendent. Selon eux, il existe des gargotes où les lieux sont bien assainis et où les vendeuses ont recours à des meules ou des moulinex pour écraser les condiments, plutôt qu'aux moulins mal entretenus. Chez ceux-ci, le risque alimentaire encouru est relativement faible. Mais il faut les identifier afin de pouvoir s'y référer au besoin.

2.3.2. L'assainissement des gargotes

En ce qui concerne les perceptions des consommateurs quant à la salubrité des lieux où ils s'alimentent, les données recueillies auprès des usagers ont permis de classer en gargotes en trois catégories : celles qui sont bien assainies, peu assainies et pas du tout assainies. Pour la première catégorie (regroupant 23,40 % des consommateurs), ils affirment fréquenter des gargotes qui sont propres et où les vendeuses (vendeurs) prennent des mesures idoines pour garantir la sécurité sanitaire des aliments. Elles ont été appréciées ainsi à travers les mesures prises, et qui sont entre autres : les vendeuses (eurs) évitent le contact des nourritures avec les mouches en utilisant du pétrole ou de la fumée qui les repousse ; elles gardent propres les assiettes, les cuillères et les fourchettes, bref, tout le matériel utilisé ; les lieux sont bien balayés avant le démarrage des activités ou l'arrivée des mets ; elles évitent de jeter des eaux usées qui renvoient des odeurs à proximité des gargotes ; les tables sont bien

⁴ Propos recueillis lors des entretiens auprès des consommateurs interviewés dans les gargotes.

gardées propres, de même que les matériels servant pour le couvert. Les cuillères et fourchettes sont plongées dans de l'eau bouillante avant et après chaque utilisation ; Les poissons ou viandes (frits ou fumés) sont mis en mini coffres. Quant à la seconde catégorie, elle est relative aux gargotes moins propres et dont les vendeuses (vendeurs) ne s'imposent pas assez de rigueur en ce qui concerne les règles d'hygiène. Elles ont été soulignées par 48,94 % des consommateurs interviewés. Selon ces derniers, les matériels de couvert ne sont pas régulièrement lavés et passés à l'eau bouillante, les mouches sont présentes et se posent sur les couverts. Par endroits, il y a des plafonds qui commencent par se dégrader et renvoient de temps en temps de la poudre du bois dans les nourritures. De la sorte, la sécurité sanitaire des aliments n'y est pas souvent de mise. En ce qui concerne le troisième type de gargotes décrites par 38,30 % des consommateurs, il y est noté non seulement la présence de mouches, mais aussi des ordures à proximité de leurs lieux d'implantation. Les cuillères sont lavées, mais pas passées à l'eau bouillante. Les vendeuses (eurs) manquent ostensiblement de rigueur par rapport à l'hygiène devant entourer les matériels (couverts) pour le service des repas. Les consommateurs ont relevé une certaine négligence chez ces vendeuses. Les couverts

ne sont pas toujours bien gérés, le rinçage après la vaisselle ne se fait pas toujours bien, du fait qu'il faut vite satisfaire les files d'attente. Aussi, est-il observé que les vendeuses gardent bien des fois, de l'eau déjà usée pour rincer les assiettes et les cuillères. En somme, les perceptions des gargotes varient d'un consommateur à un autre. Toutefois, la majorité s'accorde sur le fait que la sécurité sanitaire des aliments n'est pas garantie à ces lieux, et que les usagers encourent potentiellement un risque de maladies. Même s'il demeure vrai que l'alimentation hors domicile représente une réponse utile face aux contraintes liées à la vie professionnelle et au besoin de s'alimenter à moindre coût à Cotonou, les consommateurs sont plus nombreux à souligner le manque d'hygiène et d'assainissement dont ces lieux sont souvent objet, de même que la mauvaise qualité des mets qui y sont souvent vendus.

2.3.3. Quelques affections d'origine alimentaire à Cotonou : cas reçus à l'hôpital de zone de Mènontin de 2012 à 2016

2.3.3.1. Types d'affections

Les types d'affections d'origine alimentaire observées dans les données statistiques mises à notre disposition à l'hôpital de zone de Mènontin, sont présentés à travers le tableau 3 ci-après :

Tableau n°3 : Nombre moyen annuel de personnes ayant souffert des affections d'origine alimentaire

Types d'affections	Moyenne par année	Ecart-type
Diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infectieuse	365,4	105,04
Gastro-entérites et colites non infectieuse	205,6	48,20
Intoxication bactérienne d'origine alimentaire	187,8	145,47
Infection intestinale bactérienne	172,2	172,32
Parasitose intestinale	150,6	90,71
Fièvres typhoïdes et paratyphoïde	11,8	18,09

Source : OPO 2010, calculs des auteurs

La lecture du tableau n°3 révèle que les affections les plus récurrentes sont la diarrhée et la gastro-entérite d'origine présumée infectieuse. En moyenne 365 personnes souffrant de ces affections sont reçues par an à l'hôpital de Mènontin. Après celles-ci, suivent

par ordre d'importance les gastro-entérites et colites non infectieuses, les intoxications bactériennes d'origine alimentaire, les infections intestinales bactériennes, les parasitoses intestinales, et les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes.

2.3.3.2. Affections en fonction des tranches d'âge

Le tableau n°4 qui suit, présente le nombre moyen de personnes ayant souffert de ces

affections d'origine alimentaire par tranche d'âge.

Tableau n°4 : Nombre moyen de personnes ayant souffert des affections selon l'âge

Types d'affections		Diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infectieuse	Intoxication bactérienne d'origine alimentaire	Gastro-entérites et colites non infectieuses	Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes	Infection intestinale bactérienne	Parasitose intestinale
Moins d'1 mois	Moyenne	22	19,6	11	0	24,2	4
	Ecart-type	8,09	15,19	3,54	0	29,52	3,81
1-11 mois	Moyenne	81,4	31,6	16,6	0	31,4	3,2
	Ecart-type	37,36	27,66	10,14	0	34,46	1,92
1-4 ans	Moyenne	105	36,2	25	0,6	38	14,6
	Ecart-type	38,41	26,91	8,80	0,89	34,30	9,24
5-14 ans	Moyenne	28	19,2	16,8	1,4	16,6	34
	Ecart-type	11,05	15,87	6,65	1,95	16,10	21,54
15 ans et plus	Moyenne	129	81,2	136,2	9,8	62	94,8
	Ecart-type	19,91	64,41	30,04	15,69	59,83	55,47

Source : Résultats d'enquête, 2017

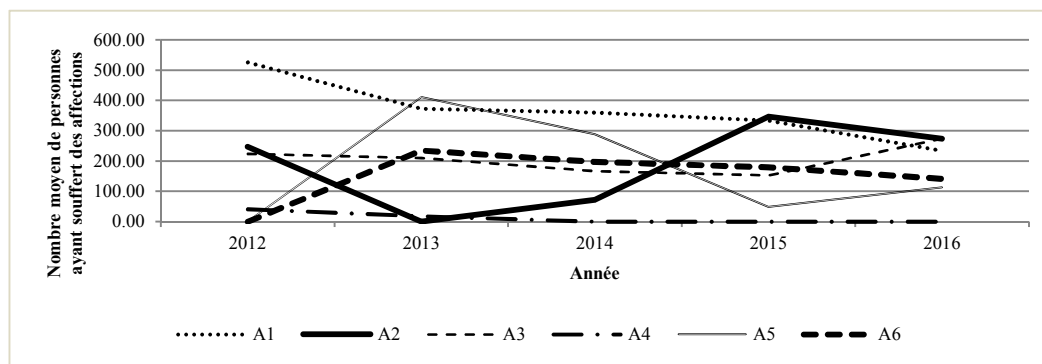
L'analyse de ce tableau par classe d'âge, laisse figurer deux situations : la première se rapporte aux affections de "la diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infectieuse", maladies plus récurrentes, hormis chez les enfants de moins d'un mois. La seconde situation est relative à la catégorie des individus âgés de 15 ans et plus, qui sont les personnes les plus sujettes de manière très remarquable à toutes les affections. Dans cet ordre d'idées, les analyses révèlent que plus l'âge accroît, plus les individus sont exposés à ces affections. Ceci revient à affirmer que plus l'âge augmente,

plus les acteurs sociaux perdent le contrôle sur leur alimentation. Ils sont beaucoup plus ouverts à la restauration hors domicile et se trouvent ainsi beaucoup plus exposés aux différentes maladies liées à l'alimentation.

2.2.3.3. Evolution des affections dans le temps

La figure n°1 qui suit, présente le nombre d'individus ayant souffert de ces affections par an. Elle permet de noter l'évolution des proportions de 2012 à 2016.

Figure n°1 : Evolution du nombre moyen de personnes ayant souffert des affections de 2012 à 2016



Source : Résultats d'enquête, 2017

L'analyse de ces données année par année, de 2012 à 2016, signale que le nombre d'individus ayant souffert de diarrhée et de gastro-entérite d'origine présumée infectieuse, diminue dans le temps. Il en est de même pour la parasitose intestinale. Par contre, au sujet des intoxications bactériennes d'origine alimentaire, le nombre de personnes affectées a connu un pic remarquable en 2015. Le nombre de personnes souffrant de gastro-entérite et colite non infectieuse, a connu aussi une baisse légère de 2013 à 2015 et ensuite une augmentation considérable en 2016, comme l'indique la figure n°1.

3. DISCUSSION

L'objectif général de cette recherche était d'appréhender les risques sanitaires liés à la restauration hors domicile chez les acteurs sociaux à Cotonou, face aux pratiques et perceptions relatives au phénomène. Au regard des résultats obtenus, il ressort que la restauration hors domicile est pratiquée par les acteurs sociaux issus de toutes les classes d'âge, de toutes les catégories professionnelles et de toutes les ethnies. Même pour des nourrissons, certaines mères ont l'habitude d'acheter de la bouillie de maïs auprès des vendeuses pour les alimenter au petit déjeuner. Cependant, le besoin est plus accru chez les plus actifs (ceux âgés de 25 à 44 ans). Aussi, certaines catégories professionnelles y sont plus portées que d'autres. C'est également le cas au sujet des origines ethniques, avec une proportion plus élevée chez les Fon et leurs apparentés. Ces derniers résultats corroborent avec ceux d'autres travaux antérieurs, notamment ceux effectués par C.K. Agli *et al.* (2004, p. 46) et portant sur le diagnostic socio-économique du secteur de l'alimentation de

rue à Cotonou. Dans les recherches menées, les auteurs ont découvert que les ethnies Fon/Goun et apparentés étaient les plus représentées dans la proportion des acteurs sociaux ayant recours à l'alimentation de rue. Au regard du taux de fréquentation des gargotes à Cotonou et des perceptions des acteurs sociaux eux-mêmes sur ces lieux et sur les mets vendus, il urge de s'interroger sur le risque objectif encouru par les populations. En effet, les peurs et les risques demeurent inhérents à l'alimentation. L'ambivalence santé – maladie et vie – mort parmi les trois présentées par J.-P. Poulain in A. Basdevant *et al.* (2001, p. 98) révèlent qu'il est rare de se retrouver à un degré zéro de risque sanitaire au sujet de la nourriture.

Toutefois, l'insuffisance de contrôle des institutions publiques dans ce secteur, révèle une défaillance du système alimentaire. Cette situation demeure pareille dans de nombreuses parties du monde, notamment en Afrique. Les travaux de recherches consultés, notamment sur les répercussions sanitaires sur la santé des populations dans divers milieux urbains en Afrique, dévoilent les limites des différents acteurs intervenant dans la chaîne alimentaire pour résoudre de façon définitive le problème (Ag. Bendeck *et al.*, 1998, p. 49 ; C. Canet *et C. N'Diaye*, 1998, p. 12 ; C. K. Agli *et al.*, 2004, p. 63 ; L. Baba *et al.*, 2006, p.155 ; S.M.I. Hoteyi *et al.*, 2014, p. 33). Il est certain qu'un degré zéro de risque sanitaire ne pourrait être possible. Néanmoins, développer des stratégies de limitation des risques est la seule option qui s'offre aux acteurs. Il en ressort que la responsabilisation des différents acteurs apparaît comme le remède le plus certain.

Comme semble le signifier la première journée internationale de la sécurité sanitaire des aliments (JISSA) organisée par la FAO, le 7 juin 2019, « La sécurité sanitaire des aliments, c'est l'affaire de tous » (FAO, 2019, p. 1). Partant, le problème ne peut se résoudre de façon durable si chaque catégorie d'acteurs (producteurs, transformateurs, vendeurs, consommateurs) ne joue pleinement le rôle qui est le sien. Le rôle des pouvoirs publics (gouvernants, associations de consommateurs, diverses structures intervenant dans le domaine) est d'aider à la limitation des risques en mettant en jeu des stratégies de contrôle, de sensibilisation, de formation des populations, de lobbying, de sanctions à l'endroit des différents acteurs.

Aussi, n'existe-t-il pas encore de données statistiques spécifiques et disponibles sur la situation des maladies d'origine alimentaire chez les adultes au Bénin. Par contre, la biomédecine explique de façon générale que ces maladies sont de nature infectieuse ou toxique. Elles sont provoquées par des bactéries, des parasites, des substances chimiques, des virus, et ont comme canaux d'accès à l'organisme humain, les aliments, de même que des eaux contaminées. Dans cet ordre d'idées, l'exposition à des risques potentiels de maladies ou d'infections bactériennes dans le recours aux gargotes, lieux les plus fréquentés à Cotonou, n'est plus à démontrer. Dans la recherche menée par I. Baba-Moussa et *al.* (2006, p. 1), sur « l'étude des possibilités de contamination des aliments de rues au Bénin : cas de la ville de Cotonou », les auteurs ont mis en évidence la présence d'un risque perpétuel de

contamination selon les types de distributeurs. Les analyses microbiologiques ont révélé que les aliments qui ne nécessitent pas de cuisson lors de la préparation avaient les plus fortes charges microbiennes : 77% des germes pathogènes ont été détectés dans les aliments prélevés chez les vendeurs ambulants, 33% chez les semi-fixes et 26% chez les fixes. Les populations elles-mêmes en sont conscientes d'une manière ou d'une autre. Elles en font de temps en temps l'expérience par rapport aux répercussions dans l'immédiat sur leur propre santé : troubles digestifs, diarrhée, dysenterie, infections suite à la consommation de nourritures dans les gargotes. Même si les effets ne sont pas toujours instantanés, leur manifestation dans le moyen et le long terme sont possibles. Les données statistiques obtenues auprès de l'Hôpital de zone de Mènonlin indiquent que les affections qui amènent les patients vers les centres de santé sont beaucoup plus liées à l'alimentation.

Pour se prémunir contre cette insécurité alimentaire, il existe au Bénin, une ligue de défense des consommateurs. Mais elle englobe au-delà de la nourriture, tout produit consommable. De plus, les agents de la police sanitaire font des contrôles inopinés dans les rues, les marchés, les centres commerciaux pour vérifier la qualité des produits alimentaires vendus. Toutefois, non seulement ces visites ne sont pas régulières, mais aussi, d'après les interviewés, certains agents soudoient souvent les vendeuses (eurs). En d'autres termes, les interventions sont très limitées, face à la prolifération des gargotes et le besoin sans cesse croissant de recours à ces lieux. Alors, il en faudra plus pour rendre

possible la réduction du risque de maladies. Des suggestions émises par les trois catégories de cibles interviewées, particulièrement les acteurs institutionnels, trois grandes stratégies de limitation des risques se dégagent en vue d'une amélioration durable de l'état nutritionnel et sanitaire des populations :

-Contraindre les vendeuses ou vendeurs au respect des règles d'hygiène dans les gargotes en prenant des mesures de censure au plan public.

Cette classe de suggestions est la plus évoquée par les informateurs interviewés. Ici, il est noté l'urgence ou la nécessité d'un paquet d'actions ou d'interventions des autorités publiques. Sans cette dernière, les attentes des populations en matière de sécurité sanitaire des aliments risqueraient de ne pas être entièrement comblées. De telles recommandations ont été déjà soulignées dans l'étude menée par C.K. Agli *et al.* (2004, p. 73), où, après le diagnostic du secteur de l'alimentation de rue, des actions visant à l'amélioration de ce secteur à Cotonou ont été proposées par les auteurs. Parmi celles-ci figurent l'amélioration de la salubrité dans le secteur, sans toutefois suggérer des censures de la part des autorités publiques. Les mesures de répression sont importantes et pertinentes dans la mesure où le politique commande tout dans une société et se situe en amont et en aval de tout système social, de toute action collective. Elles doivent donc être intégratives du système alimentaire du pays.

-Organiser des séances de formations et de sensibilisations à l'endroit des vendeurs et vendeuses de Cotonou

En effet, les vendeuses (eurs) dans les gargotes sont souvent nombreuses à se retrouver dans le

secteur de la restauration populaire sans aucune préparation, une formation au préalable sur les règles d'hygiène alimentaire. C'est ce même constat qu'avait fait C.K. Agli *et al.* (2004, p. i) :

« Les principales raisons qui ont motivé les vendeurs à s'insérer dans le secteur de l'alimentation de rue sont : conseil d'un ami, chômage, héritage, activité rentable et autres (élève en vacances, augmentation du revenu du ménage, etc.). La plupart des vendeurs ont connu une situation difficile avant d'entreprendre l'activité de l'alimentation de rue ».

Les profils des vendeurs et vendeuses signalent qu'ils ne sont souvent pas préparés à cette tâche. Eu égard à l'ampleur de cette activité, opter pour des initiatives de régulation nécessiterait à coup sûr, des réponses de la part des pouvoirs publics, puisqu'il faudra contraindre d'une manière ou d'une autre les acteurs (les vendeuses ou vendeurs) à se soumettre à des normes. Comme l'ont montré les résultats de l'étude précédemment évoquée (C.K. Agli *et al.*, 2004, p. i), le secteur des aliments de rue est dominée par des personnes non instruites à 49 % et des femmes, notamment à 87 %.

-Inviter les populations à la prudence en les amenant à ne choisir que les gargotes où les règles d'hygiène, du moins observables sont respectées.

Ici, l'acteur social (le mangeur ou le consommateur) est en partie considéré comme responsable de ses choix, de ses pratiques. Ceci montre que dans la restauration hors domicile, le consommateur perd de contrôle sur ce qu'il

mange, ce qui peut être source d'angoisse, selon la pensée magique : « On est ce qu'on mange » (C. Fischler, 1994, p. 24). L'acteur social d'ailleurs ne peut pas toujours avoir à 100 %, un contrôle sur la qualité de ce qu'il mange, dans la mesure où l'aliment passe par tout un processus relativement long. Depuis la production agricole (matières premières), en passant par la récolte, le stockage, la conservation ou même la transformation pour en arriver à la commercialisation, de nombreux facteurs peuvent intervenir et plonger dans une certaine insécurité sanitaire les aliments. Ainsi, les systèmes alimentaires sont très importants et constituent le lieu de réduction des risques alimentaires, s'ils sont bien gérés. Aujourd'hui, les questions liées à l'usage anémique d'intrants par les producteurs agricoles se posent avec acuité, et les populations ne cessent de décrier les changements négatifs observés sur la qualité des produits vivriers et maraîchers qu'elles consomment. Comme l'ont souligné quelques consommateurs, le secteur alimentaire nécessite au plan public, une organisation plus rigoureuse, capable d'opérer à tout moment dans l'espace urbain des régulations sur les produits, à chacune des étapes de la chaîne. Les aliments consommés à domicile peuvent bien subir eux aussi, des dommages à un niveau ou à un autre du processus. Bien que désarmé d'une certaine manière, le consommateur ne doit pas faire de l'insécurité sanitaire des aliments, ou des dysfonctionnements notés à certains niveaux du système alimentaire, une fatalité. Il doit contribuer lui aussi au changement de la situation. Tous les acteurs intervenant dans le mécanisme ont un rôle à

jouer, rôle qui n'est pas toujours bien défini ou assumé, et dont ils ne sont pas toujours conscients. Ceci concerne aussi bien les producteurs, les transformateurs, les commerçants, les vendeurs que les consommateurs.

CONCLUSION

L'habitude de « manger dehors » a progressivement conduit à une culture de la restauration hors domicile à Cotonou. Qu'il s'agisse des matières premières ou des aliments préparés, l'hygiène et l'assainissement sont nécessaires. Or ceci manque ostensiblement chez les acteurs du secteur de la restauration hors domicile, notamment les vendeuses (eurs) dans les gargotes. Cette situation remarquable ne garantit pas une sécurité sanitaire des aliments et expose les populations urbaines à des risques potentiels de maladies. C'est ce qui se dégage de la présente recherche qui a porté sur « les risques sanitaires liés au recours à la restauration hors domicile : perceptions et pratiques des acteurs sociaux à Cotonou ». La prolifération des gargotes, lieux de restauration les plus fréquentés, de même que les risques sanitaires tangibles liés au recours à ces lieux, interpellent les acteurs publics et privées sur la nécessité de réformer ce secteur, pourtant pourvoyeur de ressources. Ceci permettra de replacer véritablement la nutrition au cœur du développement tel que souhaité par les autorités étatiques. L'insuffisance de données statistiques spécifiques sur les conséquences de ces risques sanitaires sur la vie des populations au Bénin invite à d'autres recherches plus approfondies, afin de maîtriser

de façon efficiente la situation et d'aider les populations à mieux se prémunir contre les maladies d'origine alimentaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGLI Charles Kokou, SODJINOU Epiphane et SINGBO Alphonse, 2004, Diagnostic socio-économique du secteur de l'alimentation de rue à Cotonou, FAO.

BABA-MOUSSA Lamine, BOKOSSA Yaou Innocent, BABA-MOUSSA Farid, AHISSOU Hyacinthe, ADEOTI Zouri- Kifou YEHOUENOU Boniface, MAMADOU Annissath, TOUKOUROU Fatiou et SANNI Ambaliou, « Etude des possibilités de contamination des aliments de rues au Bénin : cas de la ville de Cotonou », J. Rech. Sci. Univ. Lomé (Togo), 2006, série A, 8(2) : 149-156

BENDECH Mohamed Ag, CHAULIAC Michel, MALVY Denis, 1998, « Alimentation de rue, mutations urbaines et différenciations sociales à Bamako (Mali) » In Sciences sociales et santé. Volume 16, n°2, pp. 33-59; doi : <https://doi.org/10.3406/sosan.1998.1425> https://www.persee.fr/doc/sosan_02940337_1998_num_16_2_1425

BENDECH Mohamed Ag, CHAULIAC Michel, GERBOUIN REROLLE Pascal, KANTE Nianguiny., MALVY Denis J-Marie, 2000, « Les enjeux de la consommation alimentaire en milieu urbain à Bamako », Santé publique, vol. 12, n°1, pp 45-63

BERTON OFOUEME Yolande, 2007, « La restauration populaire dans la conurbation Cotonou/Porto-Novo/Abomey-Calavi au Bénin », In, Revue du C.A.M.E.S., Sciences sociales et humaines, Nouvelle série B, Vol. 009, N°2-2007 (2ème semestre), pp. 323-337

CANET Colette et N'DIAYE Cheikh, 1998, « l'alimentation de rue en Afrique », FAO, 14 p.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE (FAO), ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2019, « Guide à la journée internationale de la sécurité sanitaire des aliments 2019 », 8 p. disponible sur www.fao.org/world-food-safety-day

FISCHLER Claude, 2001, L'Homnivore. Le goût, la cuisine et le corps, Paris, Éditions Odile Jacob, 440 p.

FISCHLER Claude (dir), 1994, Manger magique. Aliments sorciers, croyances comestibles. Autrement, Coll. Mutations/Mangeurs, N°149, Paris, p. 24 lemangeur-ocha.com -

FOURNIER Tristan, 2009, « Approche socio-anthropologique de l'alimentation », Paris, CERTOP TCAS IFSI, université de Toulouse 2, 31 diapositives.

HOTEYI Sêmassa Mohamed Ismaël, GNIMADI Clément Codjo, ADJADJI Guy Vital, IGUE Attanda Mouinou et MENSAH Guy Appollinaire, 2014, « Alimentation de rue des populations : une santé en péril à Cotonou au Sud-Bénin ? » Bulletin de la Recherche Agronomique du Bénin (BRAB), Numéro spécial agro-biodiversité et santé publique, INRAB, Cotonou ? pp. 21-34

LEVI-STRAUSS Claude, 1965, Mythologiques, tome I : Le Cru et le cuit, Paris, Plon, 1965.

LABARRE (de) Matthieu, 2001, « Les trois dimensions de l'expérience alimentaire du mangeur : l'exemple du Sud-Ouest français », Anthropology of food [En ligne], S1 | October

2001, mis en ligne le 01 octobre 2001, consulté
le 18 novembre 2019. URL :
<http://journals.openedition.org/aof/1206> ; DOI
: 10.4000/ aof.1206

MITCHIKPE Evariste Comlan, ATEGBO
Eric-Alain, FANOU Joseph, Nago Mathurin
Coffi. ; 2003, « Consommation alimentaire des
ménages urbains au Bénin. Alimentation,
savoir-faire et innovations en agroalimentaire
en Afrique de l'Ouest ». CERNA/CIRAD,
Bénin, 46p.

POULAIN Jean -Pierre, 2001, « Eléments de
sociologie de l'alimentation et de la nutrition
», in BASDEVANT Arnaud., LAVILLE
Martine., LEREBOURS Eric., Traité de
nutrition clinique de l'adulte, Paris,
Médecines-Sciences, Flammarion, 2001, p.
97-105.

POULAIN Jean.-Pierre., 2002, Manger
aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques,
Paris, Editions Privat, (lemangeur-ocha.com).

PROGRAMME ALIMENTAIRE
MONDIAL, 2014, Service de l'Analyse de la
Sécurité Alimentaire (VAM), Analyse Globale
de la Vulnérabilité et de la Sécurité
Alimentaire (AGVSA), République du Bénin,
Données recueillies du 16 février au 22 mars
2013

REGNIER Faustine, LHUISSIER Anne et
GOJARD Séverine, 2006, sociologie de
l'alimentation, Paris, La Découverte.



Groupe de Recherche Espace Territoires Sociétés Santé

ISSN-L : 2617-3085
ISSN-Impr.: 2664-2344

www.retssa-ci.com/gretssa/