



## Article Original

# Prévention de la Transmission des Hépatites Virales B & C en Cabinet Dentaire À Yaoundé

## *Prevention of transmission of viral hepatitis B & C in dental practices in Yaoundé*

Essi Marie-José<sup>1</sup>, Djanga Esther MC<sup>1</sup>, Amazia Hissein<sup>1</sup>, Montié N Mamouda,<sup>1</sup> Nkolo Jean-Noël<sup>1</sup>, Zobo Léa Odile<sup>1</sup>, Ntsama<sup>1</sup> MA. Larissa<sup>1</sup>, Fouwou N. Charifa<sup>1</sup>, Tatiana Mossus<sup>1</sup>, Njoya Oudou<sup>1,2</sup>

### RÉSUMÉ

Les hépatites virales B et C sont un problème de santé publique au Cameroun. Dans les cabinets dentaires, l'utilisation fréquente d'instruments tranchants expose à une transmission croisée de ces virus. Il s'agissait ici d'évaluer la qualité de la prévention de la transmission de HVB et HVC dans les cabinets dentaires à Yaoundé à travers le niveau de compétences du personnel soignant, les méthodes de stérilisation des dispositifs médicaux et la stratégie de gestion des déchets biomédicaux.

Une étude évaluative menée dans 38 cabinets dentaires de Yaoundé était conduite auprès du personnel à l'aide d'un questionnaire auto administré de 42 items. Les données ont été analysées sur SPSS.

Dans les structures recensées, 69 praticiens ont participé. Les chirurgiens-dentistes représentaient 69,6% de l'échantillon. Le mode de transmission des hépatites B et C était connu 98,8% des enquêtés. La majorité (93,7%) des dentistes savait que la cirrhose compliquait les hépatites et 72,9% savaient que le meilleur moyen de prévention est la stérilisation. La plupart des répondants déclarait traiter chaque patient comme potentiellement infecté. Par ailleurs, 56,5% on déclaré avoir été vaccinés et, 68,1% affirmait utiliser systématiquement des gants en pratique. D'autre part, 40,6% déclarait recouvrir le bac de décontamination et la stérilisation à chaleur sèche était la plus utilisée.

Les mesures de prévention de HVB et HVC dans les cabinets dentaires de Yaoundé sont insuffisantes. La prévention efficace passe par les compétences des soignants la stérilisation des dispositifs et la gestion des déchets.

### ABSTRACT

Viral hepatitis B and C are public health problems in Cameroon. In dental practices, the frequent use of cutting instruments exposes to the transmission of these viruses. It is therefore, necessary to evaluate the quality of the prevention of VHB transmission in dental practices in Yaoundé through the skill level of health care personnel, methods of sterilization of medical instrument and the management of biomedical waste.

We conducted an evaluative study in 38 dental practices in Yaoundé, among the staff via a self-administered questionnaire of 42 items. The data was analyzed on SPSS.

In the structures identified, 69 practitioners participated. Dentists accounted for 69.6% of the sample. Almost all (98.8%) knew about the mode of transmission of hepatitis. The majority (93.7%) of dentists knew that cirrhosis complicated hepatitis and 72.9% knew that sterilization was the best way to prevent it. Most people reported that each patient was considered potentially infected. In addition, 56.5% declared been vaccinated and 68.1% claimed to use gloves in practice. On the other hand, 40.6% declared covering the decontamination tank while sterilization with dry heat was the most frequently used.

The prevention of HVB and HCV in dental practices in Yaoundé is insufficient. Effective prevention involves the skills of care givers, the sterilization of instruments and the waste management.

<sup>1</sup>Laboratoire de Recherche sur les Hépatites virales et la communication en santé - Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales

<sup>2</sup>Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé

Correspondance : Marie-José Essi Email mariejoseessi@yahoo.fr

**Mots clés :** Hépatites virales, prévention transmission, cabinet dentaire

**Key words:** Viral hepatitis, transmission prevention, dental office

### INTRODUCTION

L'hépatite est caractérisée par une inflammation du foie. On estime que 57 % des cas de cirrhose du foie et 78 % des cas de cancer hépatique primaire résultent d'une infection par le VHB ou le VHC (1). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS), chaque

année, 2 milliards de personnes sont infectés par le VHB dont 600 millions décèdent (pour plus de 350.000 décès liés aux les infections par le VHC) et 240 millions développent une maladie hépatique chronique (pour quelques 150 millions en rapport avec le VHC) (1). Malgré le manque de données précises, en Afrique centrale la prévalence du VHB serait de 5 à 7% (1).

La possibilité de contracter une infection, au cours de soins dentaires, concerne autant les bactéries que les virus. Parmi les virus on compte le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les virus des hépatites B et C (2). Les praticiens dentaires ont la plus grande prévalence de VHB des personnels de santé, du fait de leur contact quotidien avec le sang et ses produits dérivés à travers les déchets biomédicaux ou lors de la réalisation des actes invasifs (3-5). Les soins dentaires représentent un des facteurs de risques des hépatites virales B et C autant pour les praticiens dentaires que pour les patients (2).

Ces affections constituent, un enjeu de santé publique de par la prévalence fluctuante, la gravité des formes évolutives de l'infection et le coût élevé de la prise en charge des patients (6). Il est donc nécessaire d'appliquer des stratégies de prévention et de lutte adaptées (1). S'il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus en termes de prévention du risque de transmission virale en cabinet dentaires, des référentiels sur les mesures de prévention ont néanmoins été édités par différents organismes (2).

Les messages clés pour la prévention de l'hépatite restent centrés sur les rapports sexuels protégés, sur les méthodes de désinfection ou sur l'usage sûr et rationnel des injections et la sécurité des transfusions (1), alors que l'accent devrait être également mis sur la bonne gestion des déchets provenant des soins de santé (1). En effet près de 60% d'AES chez les professionnels de santé dans certaines régions du globe surviennent lors de l'élimination du matériel souillé. La présente recherche se proposait donc d'évaluer la prévention de la transmission des hépatites virales dans les cabinets dentaires de Yaoundé. Spécifiquement, il s'agissait d'évaluer le niveau de compétences vis-à-vis du risque infectieux HVB et HVC du personnel de santé bucco-dentaire, ensuite décrire les méthodes de stérilisation des dispositifs médicaux et enfin décrire leur stratégie de gestion des déchets biomédicaux.

## MÉTHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude évaluative menée dans les 38 cabinets dentaires dans la ville de Yaoundé. Elle a concerné tout personnel soignant des cabinets dentaires soit les chirurgiens-dentistes, les techniciens dentaires, les hygiénistes et les assistants dentaires exerçant dans la ville de Yaoundé. Tout soignant présent au moment de la collecte et donnant son aval était inclus par contre, toute personne non consentante ou donnant une fiche incomplète était exclue. L'échantillonnage était consécutif. La collecte des données a été menée à l'aide d'un questionnaire auto-administré in situ comportant des questions, réparties en : données sociodémographiques (5 questions) ; compétences des praticiens (15 questions), stérilisation des dispositifs médicaux (12 questions), 09 questions sur la gestion des déchets biomédicaux et enfin, les recommandations des praticiens. Après obtention du consentement, chaque participant répondait aux questions sur place. L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS 20.0. Les paramètres descriptifs utilisés sont : les

pourcentages et les moyennes. Le degré d'association entre les variables fut établi en utilisant le test de chi-carré. Le seuil de significativité de la valeur P a été fixé à 5%. Les compétences des praticiens ont été restituées selon le model CAP (7).

## RÉSULTATS

### Caractéristiques socio-démographiques

Sur 47 structures ciblées par notre étude, 3 n'ont pas été incluses dans l'étude parce qu'elles étaient non fonctionnelles au moment de la collecte des données. Ainsi, 44 demandes ont donc adressées pour 38 accords soit un pourcentage de 86,36% des structures visitées.

La liste des chirurgiens-dentistes reçue de l'ONCDC comptait 67 dentistes exerçant à Yaoundé. Notre échantillon était de 69 praticiens dentaires des deux sexes dont 48 dentistes (soit 71,64% des dentistes exerçant normalement à Yaoundé selon l'ONCDC), 12 techniciens dentaires, un hygiéniste et 8 assistants dentaires. Tous les techniciens, les hygiénistes et les assistants dentaires soit 30,43% de l'échantillon total ont été formés au Cameroun. Et près de la moitié des dentistes ont été formé en Europe de l'Est (environ 40% de l'effectif total des dentistes). L'âge des participants allait de 24 à 65 ans, avec une moyenne d'âge de 41 ans. Proche de la moitié (49%) avaient au moins 10 ans d'expérience. Le sex-ratio de 0,5.

Environ 95,83% des dentistes ont déclaré que les hépatites B et C se transmettaient par le sang, la salive, les rapports sexuels et le matériel infecté contre 4,16% qui pensaient que les hépatites B et C se transmettent par voie féco-orale, sang et salive. En plus, tous les techniciens et l'hygiéniste déclaraient que l'hépatite B et C se transmet par le sang, la salive, les rapports sexuels et le matériel infecté. Un assistant dentaire a déclaré ne pas connaître le mode exact de transmission de ces infections. Par ailleurs, le quart (25%) des techniciens a dit avoir été informé sur les hépatites virales B et C via les ateliers d'information à l'hôpital. Les dentistes sont les plus nombreux à avoir été informés lors de leurs études (89,58%) suivis des techniciens (66,6%). Concernant les connaissances sur les complications des hépatites B et C 93,75% des dentistes déclaraient qu'elles sont le cancer et la cirrhose hépatique. Seul 01 technicien (8,33%) a identifié le cancer, et l'immunodéficience comme complications des hépatites B et C. Le quart des assistants dentaires (25%) ne connaissent pas de complications. D'autre part, 72,9% des dentistes disaient que le meilleur moyen de prévention des hépatites en cabinet dentaire est la stérilisation suivie d'une hygiène rigoureuse, mais encore, 14,58% disaient que le meilleur moyen de prévention reste le vaccin. Soit 58,33% des techniciens déclaraient que le meilleur moyen de prévention est la stérilisation et une hygiène rigoureuse, contre 8,33% qui déclaraient que le vaccin associé à une hygiène rigoureuse est le meilleur moyen de prévention. Concernant les attitudes adoptées vis-à-vis des hépatites B et C, certains dentistes (4,17 %) n'ont pas vu en les soins dentaires un facteur de risque pour les patients. Un

pourcentage identique de dentistes n'a pas non plus considéré les soins dentaires comme facteur de risque pour les praticiens. La quasi-totalité des répondants toutes qualifications confondues a déclaré traiter tous leurs patients comme potentiellement infectés, même si un faible pourcentage de dentistes (10,63%) prétendait se fier au résultat de l'anamnèse ou à l'état général du patient.

Sur le plan pratique, 82,60% de l'échantillon total a déclaré avoir déjà fait au moins un test de dépistage des hépatites virales. Par contre plus de la moitié (56,52%) disaient avoir été vacciné contre l'HVB. Seul 10,41% des dentistes, déclaraient avoir reçu le vaccin contre l'hépatite B. D'autre part, 68,12% des participants ont affirmé utiliser de gants pour les consultations et les soins. Le tiers des praticiens a déclaré avoir déjà été victime d'un AES.

Dans l'ensemble, 71% des dentistes, 83,33% des techniciens et tous les assistants ont déclaré avoir reçu 3 doses de vaccin pour l'HVB. Seuls 16,7% des techniciens et 19,4% des dentistes ne savaient combien de dose de vaccin ils ont reçu.

### Stérilisation des dispositifs médicaux

En ce qui concerne la stérilisation des dispositifs médicaux, 40,6% a déclaré couvrir leur bac de décontamination, pour 8,7% qui disaient adapter la stérilisation du matériel en fonction du patient. Le nettoyage du fauteuil dentaire se faisait aussi en fonction des patients dans 2,9% des cas et systématiquement après chaque patient dans 60,9% des cas. L'analyse des techniques et outils de stérilisation utilisés par les sujets montraient que 46,4% praticiens utilisaient les stérilisateur à chaleur sèche. Jusqu'à 4,3% de l'échantillon a avoué ne pas utiliser de stérilisateur. La plupart des praticiens (88,4%) ont pour circuit de stérilisation du matériel réutilisable, les *décontaminations, rinçage, brossage, rinçage, séchage, conditionnement, stérilisation, stockage*. La solution de décontamination la plus utilisée était l'hypochlorite de sodium. Par ailleurs, 63,2% des praticiens disaient utiliser la méthode de stérilisation à chaud entre 30 minutes et 1heure. Le graphique ci-après présente la pratique globale de la stérilisation des dispositifs médicaux selon chaque praticien.

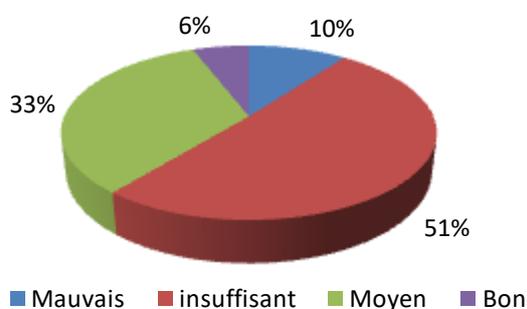


Figure 1. Qualité des pratiques de stérilisation

De ce graphe, il ressort que plus de la moitié de l'échantillon (61%) avaient des pratiques approximatives (insuffisante et mauvaise).

### Gestion des déchets

Les connaissances sur la gestion des aiguilles et des objets tranchants dépendent des qualifications des sujets ( $P < 0,05$ ). En effet, les techniciens étaient plus nombreux (54,54%) à déclarer que les aiguilles et objets tranchants font partie des déchets à risque infectieux contre seulement 10,41% des dentistes. Concernant le nombre de catégories de déchets de soins buccodentaire dans les services 43,75%, dentiste ne savaient catégoriser un déchet contre 33,33% techniciens.

Plus du tiers (21,73%) triaient eux même les déchets et dans 23,18% des cas, ce sont les agents d'entretiens qui triaient. Quant aux pratiques liées au transport des déchets, 63,76% praticiens ont déclaré utiliser des emballages et des conteneurs commerciaux contre 23,78% qui disaient utiliser des emballages et des conteneurs agréés. Une grande partie des praticiens (59,4%) ne sait pas comment s'effectue l'élimination de leurs déchets. L'élimination des déchets se faisait le plus fréquemment par incinération à l'air libre dans 14,49%. Le tableau ci-dessous résume la gestion des tris de déchets dans les cabinets dentaires.

Tableau : Pratiques de gestion des déchets.

Personne en charge du tri	n (%)
Dentiste	15 (21,73)
Agent d'entretien	16 (23,18)
Assistant	24 (34,78)
<b>Transport des déchets</b>	
Emballages/conteneurs agréés	16 (23,18)
Emballages conteneurs commerciaux	44 (63,76)
Inconnu	4 (5,79)
<b>HYSACAM</b>	5 (7,24)
<b>Elimination des déchets</b>	
Incinération à l'air libre	10 (14,49)
utilisation d'un incinérateur	10 (14,49)
Enfouissement	6 (8,69)
Inconnu	41 (59,42)
<b>HYSACAM</b>	2 (2,89)
<b>Superviseur de la gestion de déchets</b>	
Chef de service/Dentiste	12 (17,39)
Comité d'hygiène	26 (37,68)
Inconnu	14 (20,28)
Agent d'entretien	17 (24,63)

Soit 88,4% des sujets qui disaient trier les objets coupants et piquants et 37,7% de l'échantillon affirmait stocker les déchets de soins.

## DISCUSSION

### Profil sociodémographique

Au total 38 structures sur les 47 cabinets que compte la ville ont donné leurs accords pour la réalisation de notre étude. 69 personnes y ont pris part dont 48 dentistes sur

67 enregistrés au siège de l'ONCDC, 12 techniciens, 1 hygiéniste et 8 assistants. Si le taux de participation des dentistes est satisfaisant (71,64%), celui des techniciens des hygiénistes et des assistants est très faible. Ce faible taux de participation peut avoir plusieurs explications. Les techniciens sont employés presque exclusivement par les structures dentaires publiques. Ces dernières ne représentent que 14,89% des cabinets dentaire de la ville. En ce qui concerne les assistants, la plupart ont été formés par leurs employeurs et donc n'ont pas de vraie formation de métier de la santé. Ils ont donc assimilé notre étude à un test sur leurs connaissances en médecine bucco-dentaires. Ce qu'ils ont évidemment décliné en grande partie. La majorité des participants était de genre féminin (sex-ratio 0,5). Ces chiffres contraste avec ceux d'Al Hamzi et al dans une enquête réalisée en Arabie Saoudite en 2012 qui ont trouvé un ratio de 1,93/1 en faveur des hommes (65,9%) (6). La moyenne d'âge était de 41 ans allant de 24 à 65 ans avec 49% des participants ayant plus de 10 ans d'expérience. Ces chiffres sont en rapport de ceux d'Al Hamzi et al en Arabie Saoudite en 2012 qui ont trouvé un âge moyen de 38 ans allant de 27 à 60 ans. La moyenne d'âge très élevée dans notre étude peut s'expliquer par le fait de la profession de dentiste qui occupe la majeure partie (69,58%) de notre échantillon est vieillissante au Cameroun. En effet le Cameroun n'a commencé à former des dentistes que depuis 2008. Avant cette date il fallait s'expatrier pour pouvoir se former. Les candidats à cette profession étaient peu nombreux et pour la plupart en clientèle privée, où ils peuvent exercer ainsi sans tenir compte de l'âge de la retraite en fonction publique. Ils ont ainsi représenté les 2/3 de notre échantillon.

### Compétences sur les hépatites virales B et C

Les connaissances générales sur les modes de transmission, les moyens de protection et la curabilité des infections HVB et HVC des praticiens dentaires toutes qualifications confondues étaient largement en deçà de la moyenne (75,4% de connaissances insuffisantes ou mauvaise). Ces résultats se rapprochent de ceux de Kabir et al dans une enquête réalisée en Iran en 2010 qui ont trouvé des connaissances sur les HVB et C moyennes à faibles (8). Ces résultats montrent le peu d'intérêt et surtout le degré d'ignorance qu'accuse notre population d'étude, ceci étant d'autant plus grave qu'il s'agit de la population la plus concernée au monde, tenant bien sûr compte du fait que le personnel médical est plus à risque que la population général (2), et que les dentistes ont la plus grandes prévalence des HBV et C de tout le personnel médical (3-5). Une autre explication peut venir du fait qu'il n'y a pas de politique sanitaire basée sur la formation du personnel de santé sur les risques professionnels en général et sur ceux liés aux hépatites virales en particulier. Il y a là une nécessité non seulement d'inclure la sensibilisation dans la pratique courante, d'équiper les services de soins en équipement adéquat (dispositifs de lavage des mains, équipements appropriés, stérilisation du matériel d'usage en adéquation avec les normes internationales...), mais aussi d'inclure dans la formation initiale la sensibilisation en

vue de la prévention des risques professionnels en général et ceux liés à l'HVB et C en particulier (2).

La quasi-totalité (91,30 %) de notre échantillon a perçu les soins dentaires comme un facteur de risque pour les praticiens et elle a déclaré à 88,40 % considérer tous les patients comme des sujets infectés. Ces résultats contrastent énormément avec ceux de Mahdipour et al en Iran en 2007 qui ont trouvé que seulement 32% des praticiens considéraient tous leurs patients comme étant potentiellement infectés (9). Cette différence entre les deux résultats peut s'expliquer du fait des modes de transmission des hépatites B et C. En effet ils sont similaires à ceux du VIH. Le Cameroun est le 13<sup>ème</sup> pays au monde en termes de taux d'incidence du SIDA chez les adultes (avec un taux de 5,3% contre 0,2% en Iran) (10). La réputation qui accompagne l'infection au VIH dans notre pays fait que la population générale, les professionnels de santé et donc les dentistes prennent des précautions particulières pour éviter de s'exposer au virus.

Exactement 2/3 des participants ont dit avoir été victimes d'AES. A partir d'un patient porteur d'antigène HBs, le risque de séroconversion pour l'hépatite B chez le sujet exposé de façon percutanée varierait de 5% (si le patient source ne présente pas d'antigène HBe) à 30% (en cas de présence d'antigène HBe). Le taux de séroconversion après contact serait de 1,8% pour l'hépatite C (11). Chez les chirurgiens-dentistes, le taux de prévalence des marqueurs d'antigène du VHB varie entre 10 et 25% selon les études et le type d'exercice (soit un taux 4 à 10 fois plus élevé que dans la population) (11). Seulement 56,52% de notre échantillon total ont déclaré s'être vaccinés contre l'hépatite B et seulement 64,10% ceux-ci ont reçu le bon nombre de doses. Ces informations diffèrent de ceux d'Al Hamzi et al en 2017 en Arabie Saoudite qui ont eu pour résultats 82,9% de leur échantillon vaccinés tous avec doses reçues. Dans les pays à basse prévalence HBV (< 2%) comme l'Amérique du nord, l'Europe de l'ouest, des programmes de lutte contre l'HVB ont été initiés dès les années 1980 (2). Dans les pays d'endémicité similaire (> 8%) comme la Côte d'Ivoire et le Sénégal il existe des programmes de lutte contre les hépatites virales (2). En France, cette stratégie associée au renforcement des précautions universelles ont donné comme résultats la diminution du portage de l'Ag HBs chez des personnes à risque telles que les personnels de santé (12). Le succès des programmes de vaccination est documenté dans les pays à forte endémie tels que Taïwan, Gambie où la prévalence du VHB est passée de 10 à 1,1 et 0,6% respectivement après introduction des programmes de vaccination (13). Malheureusement cette approche n'était partagée que par le quart (25,4%) de notre échantillon, le reste étant persuadé qu'une hygiène rigoureuse était la meilleure prévention possible en cabinet. Cette information démontre que les praticiens dentaires n'accordent pas une place spécifique aux vaccins des hépatites virales dans le contrôle d'infection. Dans cette étude, aucune corrélation n'a été trouvée entre les connaissances, les attitudes et les pratiques de

prévention des hépatites B et C. Si les connaissances globales étaient insuffisantes, les attitudes moyennes à modérées et les pratiques plutôt plus ou moins bonnes, c'est parce que même ayant des connaissances limitées sur le sujet, la prévention contre le VIH améliore la pratique de prévention contre les hépatites, même si la véritable prévention contre ces infections silencieuses passe aussi par le vaccin.

### **Stérilisation des dispositifs médicaux**

La stérilisation demande un plateau technique adapté mais aussi une supervision rigoureuse. Soit 59,40% de notre échantillon a déclaré ne pas couvrir leur bac de décontamination. La solution de décontamination la plus utilisée (69,20%) était l'hypochlorite de sodium. Cette information avait déjà été révélée par Agbor et Azodo toujours au Cameroun en 2010 (14).

Les praticiens ayant déclaré utiliser un stérilisateur à chaleur sèche étaient presque aussi nombreux que ceux utilisant un stérilisateur à vapeur humide (respectivement n=33 pour 47,80% de l'échantillon contre n=32 pour 46,40%). Ces résultats contrastent avec ceux de Mahdipour et al en Iran en 2007 qui ont trouvé que 71% de leur échantillon utilisaient des autoclaves (9). La différence entre les résultats entre ces deux études peut s'expliquer par la différence de développement entre les deux pays, même si en général, l'utilisation de l'autoclave est limitée à cause de son caractère plutôt expansif.

Seulement 13,04% des répondants savaient combien de temps le virus de l'hépatite virale B pouvait mettre sur une surface humide. Ce résultat est différent de celui de Mahdipour et al dont l'étude a rapporté près de 50% de bonne réponse sur le même sujet (9). Cela confirme le peu d'intérêt prêté au sujet par les chirurgiens-dentistes.

Par ailleurs, aucune association entre les pratiques de stérilisation et les qualifications des participants n'a été relevé. En effet, les procédures de stérilisation des cabinets dentaires au Cameroun sont insuffisantes par la hiérarchie et simplement appliquées par les collaborateurs. Malheureusement, ces procédures ne sont soumises à aucun standard et font rarement l'objet de contrôle puisque 3 praticiens (4,30%) ont dit ne pas utiliser de stérilisateur, pourtant leur cabinet dentaire était opérationnel. Agbor et Azodo en 2010 (14) ont mené une étude sur 41 structures dentaire toujours au Cameroun et ont révélé que 24,4% de ces structures avaient des problèmes de fonctionnalité avec leurs stérilisateurs.

### **Gestion des déchets biomédicaux**

La Stratégie Nationale de Gestion de Déchets mise en place par le Ministère de l'environnement a classifié les

déchets biomédicaux en 3 catégories : les déchets solides, les déchets liquides, et les déchets spéciaux ou problématiques. Seul le tiers de notre échantillon a pu catégoriser convenablement les déchets de soins. Ce résultat contraste fortement avec celui de Charania et Ingle en Inde (15) en 2011 qui ont trouvé que 85,2% des participants pouvaient bien catégoriser les déchets de soins. Cette différence entre les deux résultats peut s'expliquer par le fait que le référentiel de catégorisation n'était pas le même dans les deux études.

Au Cameroun, les cabinets dentaires et la plupart des formations sanitaires ne disposaient pas de plan de gestion globale des déchets hospitaliers comprenant toutes les étapes et les responsabilités, mais plutôt des initiatives individuelles en termes de procédures (tri, collecte, transport, etc.). Il n'est donc pas étonnant que la majorité des praticiens (63,76%) ait déclaré transporter les déchets dans conteneurs commerciaux et 20,29% affirmaient ne même pas trier leurs déchets. Il n'existe pas d'organisation systématique du tri à la source, même si on note que les objets piquants (aiguilles) sont généralement mis dans des boîtes de sécurité ou dans des bouteilles d'eau minérales vides. Mais encore, 91,13% de notre échantillon ignorait même l'existence d'une possibilité de formation en gestion des déchets biomédicaux pour les praticiens dentaires alors que Osamong et al ont rapporté qu'en 2005 au Kenya 45% des participants à leur étude avaient été formés en gestion de déchets biomédicaux. La gestion des déchets de soins ne semble pas être l'affaire des premiers responsables que sont les chefs de structures. Seuls les techniciens de surface existants tentent, tant bien que mal, de faire quelques activités, sans beaucoup de résultats probants.

### **CONCLUSION**

L'évaluation de la qualité de la prévention hépatites virales B&C dans les cabinets dentaires à Yaoundé a montré qu'elle est faible. Les compétences des praticiens vis-à-vis des pathologies étaient approximatives ; la qualité de stérilisation des dispositifs médicaux était médiocre et non systématique pour tous les actes posés ; et la gestion des déchets médicaux était inefficace avec une importante exposition de l'environnement et des personnes aux objets souillés. Un défi urgent de renforcement des compétences de santé des praticiens en cabinets dentaires de la ville de Yaoundé est donc urgent, si les décideurs veulent renforcer le contrôle des HV au Cameroun. Il importe aussi d'élaborer de meilleures stratégies de gestion de déchets hospitaliers.

### **REFERENCES**

1. Organisation mondiale de la santé. Prévention et lutte contre l'hépatite virale: cadre pour l'action mondiale [Internet]. WHO. [cité 12 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/Framework/fr/>
2. Declercq J., Grandbastien B, Salomez JL, Roze A, Devillers A. Perception des mesures de prévention de la transmission virale en odontologie. Rev Odontostomatol (Paris). févr 2003;32:35-58.

3. Setia S, Gambhir R, Kapoor V, Jindal G, Garg S, Setia S. Attitudes and Awareness Regarding Hepatitis B and Hepatitis C Amongst Health-care Workers of a Tertiary Hospital in India. *Ann Med Health Sci Res.* 2013;3(4):551-8.
4. Patil S, Rao RS, Agarwal A. Awareness and risk perception of hepatitis B infection among auxiliary healthcare workers. *J Int Soc Prev Community Dent.* déc 2013;3(2):67.
5. Al-Hazmi A. Knowledge, attitudes and practice of dentists concerning the occupational risks of hepatitis B virus in Al Jouf Province, Saudi Arabia. *Niger J Clin Pract.* 2015;18(2):276-81.
6. Boutayeb H, Aamoum A, Benchemsi N. [Knowledge about hepatitis B and C viruses and HIV among blood donors in Casablanca]. 2006 [cité 14 mai 2015]; Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/117115>
7. Essi M-J, Njoya O. L'Enquête CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) en Recherche Médicale. *Health Sci Dis.* juin 2013;14(2):1-3.
8. Kabir A, Tabatabaei SV, Khaleghi S, Agah S, Faghghi Kashani AH, Moghimi M, et al. Knowledge, Attitudes and Practice of Iranian Medical Specialists regarding Hepatitis B and C. *Hepat Mon.* 2010;10(3):176-82.
9. Mahdipour M, Taghavi Zenouz A, Gholizadeh N. Knowledge and Attitude of Dental Practitioners in Ta-briz Regarding Infection Control Procedures. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2007;1(3):103-7.
10. VIH/SIDA - taux d'incidence du sida (adultes) - Comparaison de Pays [Internet]. [cité 27 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.indexmundi.com/g/r.aspx?v=32&l=fr>
11. Begue P, Chen R, Costagliola, Delarocque-Astagneau E, Denis F, et al. Vaccination contre l'hépatite B. INSERM ANAES; 2003.
12. Barbare J. Déclaration de Rabat. *Cancero dig.* 2009;1(2):104-6.
13. Agbor MA, Azodo CC. Sterilization and Disinfection Practices in Selected Dental Clinics in Cameroon. *Niger Hosp Pract* [Internet]. 2010 [cité 14 mai 2015];6(1-2). Disponible sur: <http://www.ajol.info/index.php/nhp/article/view/62332>
14. Charania ZK, Ingle NA. Awareness wareness and Practices of Dental Care Waste Management AmongDental Practitioners In Chennai City. *J Contemp Dent.* 9 2011;1(1):15-21.