



HAL
open science

Rôles des chirurgiens-dentistes dans la prévention, la détection et le diagnostic des IST chez les jeunes adultes en France

Laurent Lassy

► To cite this version:

Laurent Lassy. Rôles des chirurgiens-dentistes dans la prévention, la détection et le diagnostic des IST chez les jeunes adultes en France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-03264741

HAL Id: dumas-03264741

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03264741>

Submitted on 18 Jun 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2018

Thèse N°:

N° attribué par la bibliothèque :

THESE pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR

en CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement le

par **LASSY Laurent**

**RÔLES DES CHIRURGIENS-DENTISTES DANS LA DÉTECTION, LE DÉPISTAGE ET
LA PRÉVENTION DES IST CHEZ LES JEUNES ADULTES EN FRANCE**

Directeur de thèse : Dr Juliette ROCHEFORT

J U R Y

M. le Professeur Yvon ROCHE	Président
M. le Docteur Aleksandar DAKIC	Assesseur
Mme la Professeure Géraldine LESCAILLE	Assesseur
Mme la Docteure Caroline MOCQUOT	Assesseur
Mme la Docteure Juliette ROCHEFORT	Assesseur
M. le Docteur Hervé TARRAGANO	Assesseur

UNIVERSITE PARIS DIDEROT-PARIS 7

Présidente de l'Université :	Mme la Professeure Christine CLERICI
Doyenne de l'U.F.R. d'Odontologie :	Mme la Professeure Ariane BERDAL
Directrice Générale des Services :	Madame Pascale SAINT-CYR

JURY

M. le Professeur Yvon ROCHE	Président
M. le Docteur Aleksandar DAKIC	Assesseur
Mme la Professeure Géraldine LESCAILLE	Assesseur
Mme la Docteure Caroline MOCQUOT	Assesseur
Mme la Docteure Juliette ROCHEFORT	Assesseur
M. le Docteur Hervé TARRAGANO	Assesseur

M. le Professeur Yvon ROCHE

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur d'état en Odontologie
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Qui me fait l'honneur de présider le jury de cette thèse, je vous adresse mes plus sincères remerciements pour la confiance que vous m'avez accordée pour représenter notre faculté à l'international.

M. le Docteur Aleksandar DAKIC

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistant Hospitalo-Universitaire

Qui me fait l'honneur de prendre part au jury, je vous adresse mes sincères remerciements pour votre pédagogie durant toutes ces années.

Mme la Professeure Géraldine LESCAILLE

Docteur en Chirurgie Dentaire
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Qui me fait l'honneur de prendre part au jury de cette thèse. Je vous remercie pour votre enseignement en chirurgie buccale et les précieuses connaissances que vous m'avez apportées.

Mme la Docteure Caroline MOCQUOT

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistante Hospitalo-Universitaire

Qui me fait l'honneur de prendre part au jury de cette thèse, je vous adresse mes sincères remerciements.

Mme la Docteure Juliette ROCHEFORT

Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités Associée

Qui m'a fait le grand honneur de diriger cette thèse. Je vous remercie pour l'enseignement en chirurgie buccale que vous m'avez apporté et pour la confiance que vous continuez à m'accorder chaque semaine dans votre exercice hospitalier.

M. le Docteur Hervé TARRAGANO

Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Qui me fait l'honneur de prendre part au jury de cette thèse, je vous adresse mes sincères remerciements.

Table des matières :

INTRODUCTION :	3
1. LES IST POUVANT PRESENTER DES MANIFESTATIONS ORALES	6
1.1. DEFINITION DES IST	6
1.2. ÉPIDEMIOLOGIE, PRESENTATION DES AGENTS PATHOGENES, PHYSIOPATHOLOGIES ET MODES DE CONTAMINATION.	6
1.2.1. <i>Papillomavirus</i>	6
1.2.2 <i>Le virus de l'herpès</i>	12
1.2.3 <i>La Syphilis</i> :	15
1.2.4 <i>Le Virus de l'immunodéficience humaine</i> :	18
1.2.5 <i>Autres</i>	26
2. PRATIQUES ET COMPORTEMENTS SEXUELS CONTEMPORAINS CHEZ LES JEUNES ADULTES, ÉTAT DES LIEUX DES IST DANS CETTE POPULATION, INCIDENCE	28
2.1. METHODOLOGIE DE RECHERCHE ET D'ANALYSE	29
2.2 QUELS SONT LES RAPPORTS SEXUELS DES JEUNES ADULTES ET A QUEL AGE ONT-ILS LIEU ?	30
2.2.1. <i>Âge du premier rapport sexuel en France</i> :	31
2.2.2. <i>Multiplicité des partenaires en France</i>	33
2.2.3. <i>Utilisation du préservatif en France</i>	35
2.2.4. <i>Pratiques sexuelles en France</i>	38
2.3 CONNAISSANCES DES JEUNES EN FRANCE SUR LES DANGERS ET LES RISQUES DES RAPPORTS SEXUELS NON PROTEGES	41
2.4. CE CONSTAT NE CONCERNE-T-IL QUE LA FRANCE ?	44
2.5. MESURES DE PREVENTION EXISTANTES MONDIALE ET EN FRANCE POUR LES JEUNES	51
2.5.1. <i>Dans le monde</i>	51
2.5.2. <i>En France</i>	55
3. LE ROLE DU CD DANS LA PREVENTION, LA DETECTION ET LA PRISE EN CHARGE DES IST CHEZ LES JEUNES ADULTES	59
3.1. UN ENTRETIEN MEDICAL ATTENTIF ET UN EXAMEN CLINIQUE COMPLET, CONDITIONS INDISPENSABLES A LA DETECTION ET AU DEPISTAGE	60
3.1.1. <i>Entretien médical</i>	60
3.1.2. <i>Prévention chez les adolescents et jeunes adultes</i>	61
3.1.3. <i>Le risque du sexe oral</i>	62
3.1.4. <i>L'Examen clinique complet systématique du chirurgien-dentiste, premier outil de détection</i>	63
3.2. ASPECTS CLINIQUES DES LESIONS	67
3.2.1. <i>HPV</i>	67
3.2.2. <i>Herpès (HSV 1 et 2)</i>	71
3.2.3. <i>Syphilis</i>	74
3.2.4. <i>VIH/Sida</i>	78
3.3. PRISE EN CHARGE (TRAITEMENT, ORIENTATION)	88
3.3.1. <i>HPV</i>	88
3.3.2. <i>Herpès</i>	89
3.3.3. <i>Syphilis</i>	90
3.3.4. <i>VIH/SIDA</i>	92
4. ASPECTS MEDICO-LEGAL DE LA PRISE EN CHARGE DES IST PAR LE CHIRURGIEN-DENTISTE	94
4.1. ANNONCE D'UNE IST IMPLIQUANT LE PRONOSTIC VITAL	94
4.1.1. <i>L'étape du Diagnostic de certitude</i>	95
4.1.2. <i>L'Annonce : pourquoi et comment annoncer ?</i>	96
4.1.3. <i>Paradoxe pour le praticien à la croisée des responsabilités</i>	98
4.2. CONSIDERATION DU CONJOINT ET RISQUE DE CONTAMINATION	99
4.3. SUSPICION D'ABUS SEXUEL CHEZ UN MINEUR	102
CONCLUSION :	106

Liste des abréviations :

- IST : Infection sexuellement transmissible
- MST : Maladie sexuellement transmissible
- VIH/HIV : Virus de l'immunodéficience humaine/Human immunodeficiency virus
- SIDA : Syndrome d'immunodéficience humaine
- OMS/WHO : Organisation mondiale de la santé/World Health Organization
- Invs : Institut national de veille sanitaire
- HAS : Haute autorité de santé
- Inpes : Institut nationale de prévention et d'éducation pour la santé
- HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- HPV : Human papilloma virus
- HSV : Herpès simplex virus
- HHV : Herpes human virus
- ADN : Acide désoxyribonucléique
- ONU : Organisation des nations unies
- Ined : Institut national d'études démographiques
- Ifop : Institut français d'opinion publique
- ACSJ : Enquête « Analyse du comportement sexuel des jeunes »
- ACSF : Enquête « Analyse du comportement sexuel des français »
- CSF : Enquête « Comportement sexuel des français »
- Resist : Réseau de surveillance des infections sexuellement transmissibles
- ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé (regroupé aujourd'hui au sein de l'HAS)
- Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

Introduction :

Les infections sexuellement transmissibles (IST), anciennement appelées MST ou maladies sexuellement transmissibles constituent un ensemble d'infections dont le mode de transmission est sexuel. La différence entre ces deux acronymes réside dans le fait que les MST désignent des maladies et donc la présence de symptômes chez des individus porteurs d'agents pathogènes, ce qui n'est pas systématique. Aujourd'hui l'Inpes ainsi que le ministère de la santé et des sports recommandent l'utilisation du terme IST selon la recommandation de l'OMS (Inpes, 2009). Le but de ce changement d'acronyme est d'initier une modification des idées reçues sur ce sujet, notamment celles associant l'absence de symptôme à une absence de risque de transmission et de contamination. Pour endiguer ce véritable problème de santé publique, il est nécessaire d'inciter les patients à se faire dépister dès lors qu'il y a eu une **conduite à risque** (que nous définirons dans ce travail), cela afin qu'ils connaissent leurs états de santé et ainsi pouvoir contrôler le risque de transmission.

Parmi ces IST, certaines sont susceptibles de présenter une **localisation orale**. La bouche peut alors être à la fois un **organe vecteur** de nombreux agents pathogènes mais également constituer une **porte d'entrée** pour ces mêmes agents (bactérie, virus, mycoses). La pratique sexuelle oro-génitale a longtemps été considérée comme une relation sans risque. Aujourd'hui ce n'est plus le cas (Leonard, 2017). Il est alors du devoir des acteurs de santé dont fait partie le chirurgien-dentiste d'informer les patients sur les risques existant lors de ces relations. Par ailleurs, ces manifestations orales peuvent constituer un faisceau d'indices important pour le dépistage, l'orientation, et la prise en charge précoce de ces patients.

Selon l'OMS, plus d'un million de personnes contractent une IST par jour dans le monde. Les principaux agents pathogènes responsables des IST à manifestation orale sont : le HIV (Human Immunodeficiency Virus), l'HPV (Human Papilloma Virus), l'HSV (Herpès Simplex Virus) qui sont incurables et le Tréponème Pallidum responsable de la Syphilis qui peut être guérie. Le HIV constitue encore l'un des principaux enjeux de santé publique dans le monde (OMS, 2018) : 36,7 millions de personnes vivent avec le VIH/SIDA sur la planète. En France, selon l'institut de veille sanitaire, les IST d'origine bactérienne notamment la **syphilis progressent** depuis la résurgence du Tréponème Pallidum en 2000 (Invs, 2001).

Les infections herpétiques, HSV1 et HSV2 à localisations orales et génitales, ont une prévalence stable ces dernières années bien que les spécialistes notent une **augmentation d'infections génitales à HSV-1** ces 10 dernières années. **L'augmentation de l'incidence des IST est particulièrement notable chez les jeunes adultes. Le nombre d'adolescents infectés dans le monde par le VIH a augmenté de 33% depuis 2001** alors que les contaminations globales ont reculé de 20 % sur cette même période (OMS, 2017). La majorité des adolescents porteurs du virus sont des jeunes filles d'Afrique subsaharienne ayant eu des relations sexuelles non protégées, souvent très précoces, et parfois sous la contrainte et dont seules 10 à 15 % savent qu'elles sont porteuses du virus. En Asie, il s'agit en général de jeunes drogués. Enfin, l'OMS rapporte qu'en raison d'un manque de structure d'accueil et de soins des jeunes adultes et adolescents, le taux mondial de mortalité chez les jeunes malades du sida a augmenté de 50% entre 2005 et 2012. C'est la première cause de décès chez les adolescents africains. **En France, le nombre de découverte de séropositivité chez les adolescents (homme ayant des rapports sexuels avec les hommes) HSH de 15 à 24 ans a plus que doublé depuis 2003.** Selon l'Unicef, les adolescents représentent le seul groupe pour lequel les chiffres de mortalité ne sont pas en diminution.

Pour expliquer ces chiffres, plusieurs études ont souhaité analyser les **comportements sexuels des jeunes adultes ainsi que leur risque d'exposition aux IST**. Ainsi il a été mis en évidence, par exemple, que la **diminution de l'âge moyen des rapports à risque était en lien avec une augmentation des IST** (Unicef). Ou encore que les adolescents étaient peu informés sur les IST et ne connaissaient pas l'ensemble des attitudes sexuelles à risques ni les modes de contamination. **Ces adolescents, ou jeunes adultes, sont souvent susceptibles d'effectuer des visites régulières chez le dentiste, parfois seul interlocuteur médical rencontré par ces patients.**

L'objectif de ce travail est dans un premier temps, d'établir un état des lieux des IST ayant une manifestation orale, d'en répertorier les aspects cliniques et les thérapeutiques adaptées. Il a également pour but, d'évaluer l'état de la littérature sur les comportements à risques des jeunes adultes et de donner les outils nécessaires au chirurgien-dentiste pour observer, identifier, analyser et prendre en charge les jeunes patients présentant ce type de lésions. Au sein de cette population, il devrait être positionné comme un **acteur**

indispensable au **dépistage précoce** de ces IST, par son activité d'expert de la cavité orale et par sa fréquence de consultation.

Après avoir précisé le contexte épidémiologique de ces IST à l'échelle nationale et internationale, décrit la physiopathologie des agents pathogènes responsables ainsi que leurs modes de contamination, nous décrirons dans un deuxième temps, les pratiques et comportements sexuels contemporains chez les adolescents et jeunes adultes et les attitudes à risques auxquelles ils peuvent être exposés. Ensuite, nous décrirons la **démarche diagnostique du chirurgien-dentiste** face à une suspicion de lésion en lien avec une IST, les aspects cliniques de ces différentes pathologies, leurs **dépistages**, leurs **traitements** et les mesures de **prévention** existantes sur le plan national mais également possibles à mettre en place au sein des cabinets de chirurgie dentaire. Enfin, nous aborderons les **limites** de la prise en charge de ces pathologies en cabinet et plus précisément les **aspects médico légaux** de situations particulières auxquelles le praticien peut être confronté lors de la prise en charge des IST.

1. Les IST pouvant présenter des manifestations orales

1.1. Définition des IST

Les IST sont des infections sexuellement transmissibles. Elles se transmettent principalement par contact cutané lors d'un rapport sexuel vaginal, anal ou oral. Elles peuvent aussi se transmettre par d'autres voies notamment lors de transfusions de sang.

Il existe plus de trente agents infectieux, bactéries, virus ou parasites pouvant être responsables d'IST (OMS, 2018).

Nous avons choisi de traiter les principales IST qui peuvent avoir des manifestations dans la cavité buccale : **le papilloma virus humain (HPV), l'herpès (HSV), la syphilis ainsi que le VIH.**

1.2. Épidémiologie, présentation des agents pathogènes, physiopathologies et modes de contamination.

Les infections sexuellement transmissibles représentent un véritable problème mondial de santé publique. Un chiffre est alarmant : **chaque jour plus d'un million de personnes contractent une infection sexuellement transmissible (OMS, 2016). Ces chiffres ont amené l'ensemble des praticiens de santé à se mobiliser en participant notamment aux campagnes de prévention organisées par l'état.**

1.2.1. Papillomavirus

Épidémiologie :

Plus de 290 millions de femmes dans le monde souffrent d'une infection à papillomavirus (OMS, 2016).

L'incidence des infections génitales par un HPV dans le monde est estimée à **30 millions par an** (Scheurer et al. 2005).

Environ 50 à 75 % des femmes de 15 à 44 ans sont ou ont été exposées aux HPV dans leur vie (Duport, 2008.).

Il existe environ 200 sous types de HPV (OMS, 2017), certains sont de génotype à haut risque oncogène et d'autres à plus faible risque. Deux types de HPV (16 et 18) provoquent 70 % des cancers et lésions précancéreuses du col de l'utérus. Les données scientifiques permettent aujourd'hui de corréliser le HPV avec les cancers de l'anus, de la vulve, du vagin et du pénis (OMS, 2015). La présence du HPV dans certains types de cancer a été mise en évidence lors d'une recherche par l'agence internationale de la recherche pour le cancer en Février 2005. Dans 50 % des cancers vaginaux, dans plus de 70 % des cancers anaux, plus de 50 % du des cancers du pénis et 25 % des cancers des amygdales, le HPV a été retrouvé (OMS, 2005). De plus, **445000** nouveaux cas de cancers du col de l'utérus sont survenus en 2012 et cette même année environ **270000** femmes sont décédées à la suite d'un cancer du col de l'utérus dans le monde (OMS, 2018) (Fig. 1). Le cancer du col de l'utérus est le 4^{ème} cancer le plus fréquent chez les femmes et représente 7,5 % de l'ensemble des décès des femmes par cancer (OMS, 2015). Il s'agit probablement de l'une des IST les plus répandues dans le monde chez les femmes sexuellement actives (Duport, 2008).

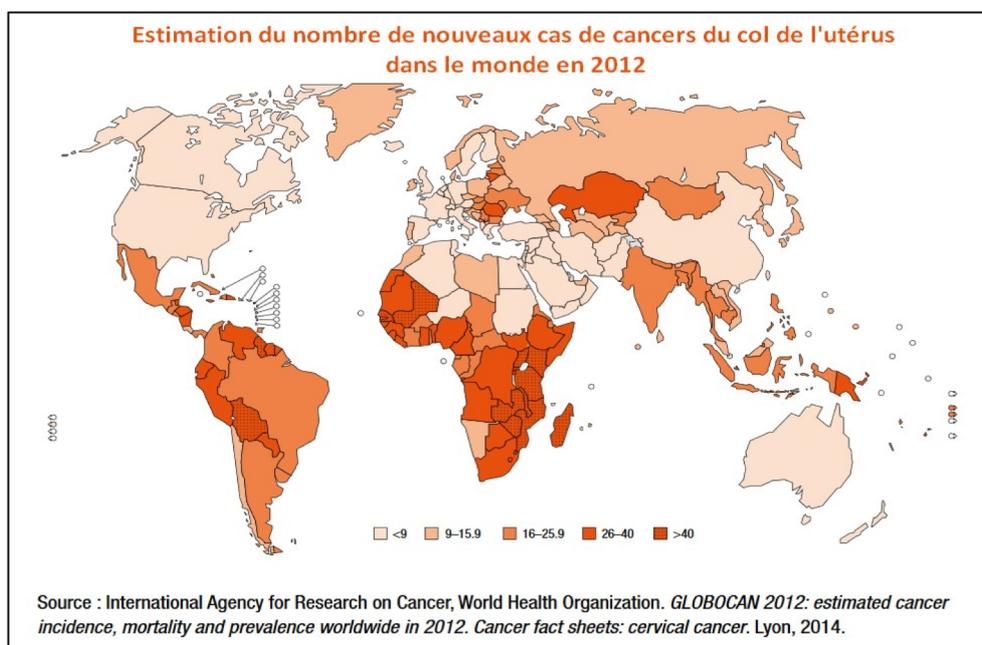


Figure n°1 : Estimation du nombre de nouveaux cas de cancers du col de l'utérus dans le monde en 2012 (Globocan, 2008)

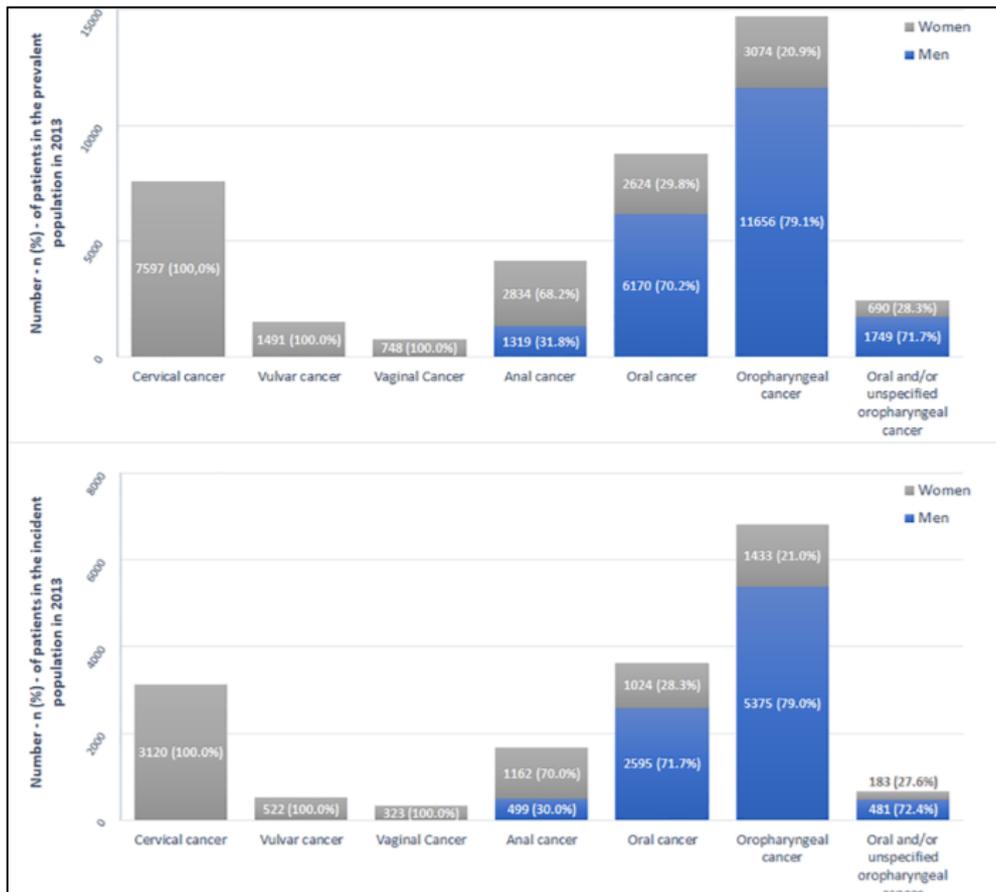


Figure n°2 : Nombre annuel de nouveau cas de cancer et de verrues génitales associées au HPV 6, 11, 16 et 18 en Europe, (Abramowitz et al. 2018)

Si la prévalence de l'infection HPV est élevée chez les femmes jeunes, un deuxième pic de prévalence existe également chez les femmes de plus de 50 ans.

La précocité des rapports sexuels (avant l'âge de 16 ans) entraîne pour les femmes jeunes un risque de développer un cancer du col utérin deux fois plus élevé que pour celles qui ont leurs premiers rapports après 20 ans (Riethmuller et al. 2002). En France, 81,8 % des cancers invasifs du col de l'utérus sont attribuables aux virus HPV 16 et HPV 18 (Duport, 2008).

Aujourd'hui, deux vaccins contre le HPV 16 et le HPV 18 existent, ces deux sous types étant principalement responsables du cancer du col de l'utérus. Ces vaccins offrent également une protection contre les HPV moins courants également impliqués dans le développement du cancer du col de l'utérus.

L'OMS recommande la vaccination des jeunes filles de 9 à 13 ans, avant le début de l'activité sexuelle. La vaccination des garçons a commencé dans certains pays car elle préviendrait le développement des cancers génitaux chez les deux sexes. Néanmoins il est important de rappeler que la vaccination ne doit pas faire négliger le dépistage.

Physiopathologie :

Comme nous avons pu le dire dans un premier temps, il s'agit de l'une des infections sexuellement transmissibles la plus répandue dans le monde.

Il existe plusieurs sous-types de HPV et deux aspects de l'infection peuvent être mis en évidence :

D'une part, dans plus de 80 % des cas la guérison spontanée est obtenue dans un délai de deux ans sans symptômes ni installation de maladie (Riethmuller et al. 2002). L'OMS rapporte ce pourcentage à 90 %. D'autre part, certains types de HPV provoquent des lésions persistantes qui peuvent par la suite évoluer en cancer au niveau de certaines localisations comme l'utérus ou l'oropharynx. C'est en effet la persistance de l'infection généralement sur plusieurs années qui entraîne des lésions pré cancéreuses pouvant évoluer vers un cancer (OMS, 2018). Il s'agit de virus de petite taille (45 à 55 nm de diamètre), épithéiotropes, non enveloppés faisant partie de la famille des Papillomaviridae. Ils possèdent un génome constitué d'une molécule d'ADN double brin de 8 000 paires de bases (Riethmuller et al. 2002). Aujourd'hui, plus de 200 génotypes HPV ont pu être mis en évidence (Lescaille et al. 2011).

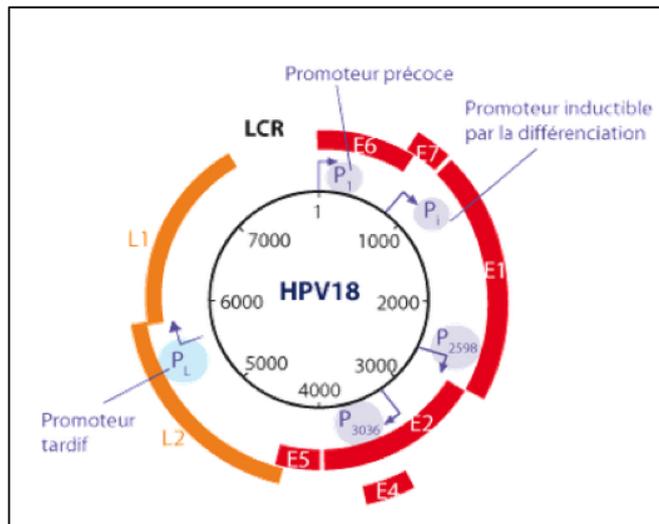


Figure n°3 : Cartes génétiques des Papillomavirus humain HPV-18. Le génome des Papillomavirus est une molécule d'ADN double brin (Université catholique de Louvain [s.d.])

Ces génotypes peuvent être classés par leur tropisme :

- HPV associés aux lésions cutanées : HPV 1, 4 (verrues) HPV 5 et 8 (epidermodysplasie veruciforme)
- HPV associés aux lésions des muqueuses ano-génitales (col de l'utérus, vulve, pénis, vagin et anus) et oropharyngées. Parmi ceux-là, il existe des types à haut risque oncogène et d'autres à bas risque oncogène

Ils sont également classés en fonction de leur potentiel oncogène (Clifford, 2005):

- HPV-LR (low risk): HPV 2, 4, 6, 11, 13, 32
- HPV-HR (high risk) : HPV 16 et 18 sont les plus fréquemment retrouvés dans les cas de cancers du col utérin ainsi que HPV 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 et 82.

Le HPV se transmet au cours de rapports sexuels par simple contact génital muqueux, suffisant pour sa transmission. Le lien entre le cancer des VADS (voies aérodigestives supérieures) et les rapports sexuels oro-génitaux n'est pas clairement établie mais il semblerait que ceux-ci puissent jouer un rôle dans la pathogenèse du cancer de l'oropharynx. La pratique du sexe oral serait un facteur de risque des cancers oropharyngés selon certains auteurs (Lescaille et al. 2011). Plusieurs auteurs s'accordent à dire que ces

virus ne sont pas impliqués dans le développement des cancers de la cavité orale (Foy et al, 2016).

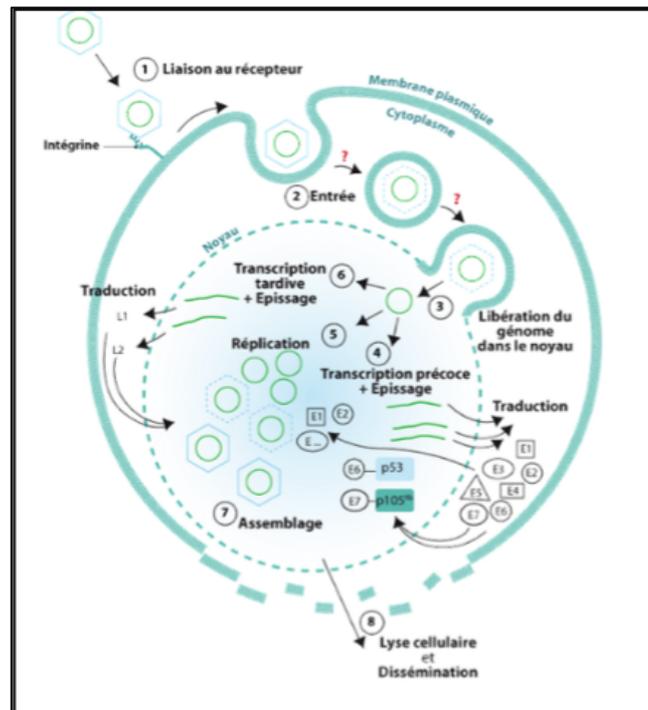


Figure n°4 : Cycle viral du HPV (Université catholique de Louvain [s.d.]

Par ailleurs, il existe également une transmission verticale possible de la mère à l'enfant lors de l'accouchement. Enfin, leur résistance notamment aux différences de température, facilite un type de transmission indirect par le biais d'objets souillés (gants...) ou de l'eau (notamment dans les piscines) (Riethmuller et al. 2002). La contamination se fait lorsqu'il existe une altération de l'épithélium. Le HPV va alors pénétrer les cellules basales (kératinocytes) de celui-ci notamment au niveau de la jonction exo-endocol qui est une zone vulnérable (Fig.4).

1.2.2 Le virus de l'herpès

Épidémiologie :

Il existe deux types de virus de l'herpès : l'Herpès simplex virus de type 1 (HSV-1) qui est principalement responsable de l'herpès oro-facial et dont l'incrimination est en augmentation concernant sa localisation génitale ; et l'herpès simplex virus de type 2 responsable de l'herpès génital et dans de plus rares cas, pouvant avoir une localisation oro-faciale. Ces deux infections perdurent toute la vie (OMS, 2017).

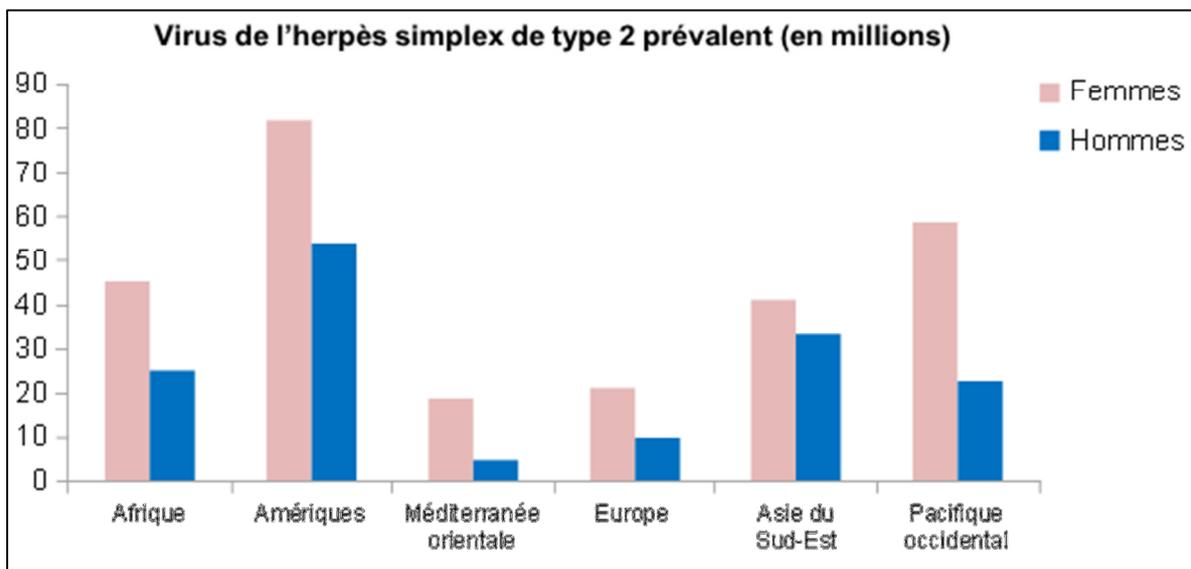


Figure n°5 : Prévalence régionale estimative du virus de l'herpès simplex de type 2 selon le sexe, 2012 (OMS, 2016)

En 2012, on estimait qu'il y avait dans le monde 3,7 milliards de personnes de moins de 50 ans infectés par le HSV-1 soit 67 % de la population mondiale. L'estimation de la prévalence est plus importante en Afrique et dans les Amériques (OMS, 2017). En 2012, l'infection génitale à HSV-1 a touché 140 millions de personnes de 15 à 49 ans principalement dans les Amériques, en Europe et dans le Pacifique occidental. Selon l'ANAES et la société française de dermatologie, on assisterait à une augmentation significative des herpès génitaux liés à HSV-1. Dans les pays à revenu élevé, il y a moins de personnes qui contractent l'infection HSV-1 durant l'enfance. Cela serait dû aux meilleures conditions de vie et d'hygiène.

Néanmoins ces personnes risquent l'infection génitale lors de rapports oro-génitaux au moment d'être sexuellement actif.

Pour conclure, 417 millions de personnes âgées de 15 à 49 ans dans le monde sont infectés par le HSV-2 en 2012. Plus de femmes que d'hommes sont infectées par le HSV-2 (OMS, 2017).

Physiopathologie :

HSV 1 et 2 sont des virus qui appartiennent à la famille des Human Herpes viridae (HHV), grands virus enveloppés à ADN (Fig. 6) et font partie plus particulièrement de la sous famille des Alphaherpesvirinae (Deback et al. 2007). Ils sont caractérisés par un cycle de réplication rapide et une propriété biologique lui permettant de rester en état de latence au sein de l'hôte infecté (Laurent, 2005).

Il possède un tropisme particulier pour les neurones ganglionnaires. La production d'ADN viral nécessite la présence d'au moins 7 enzymes dont l'ADN polymérase suffisante pour la réplication de la thymidine kinase nécessaire dans le métabolisme des nucléotides viraux. Ces deux enzymes sont notamment la cible des médicaments type aciclovir (Laurent, 2005).

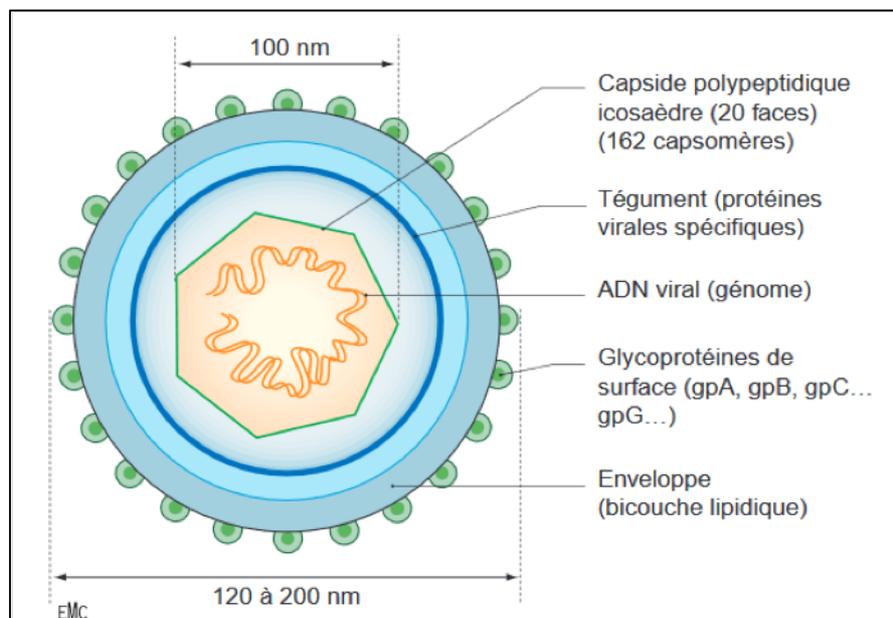


Figure n°6 : Illustration du virus HSV-1 (Laurent, 2005)

Lors de la primo infection par HSV, c'est-à-dire lors du premier contact de l'hôte avec HSV-1 ou HSV-2, les virus pénètrent dans l'organisme par l'intermédiaire d'une lésion cutanéomuqueuse puis se multiplient, créant une ballonnisation puis une dégénérescence cellulaire. Des vésicules pleines de débris de cellules inflammatoires et de particules virales se forment (Ellermann-Eriksen, 2005). Le virus pénètre le derme et entre en contact avec les terminaisons nerveuses où il est pris en charge par l'axone du neurone sensitif et est transporté par voie rétrograde jusqu'au ganglion sensitif de la région. A cet instant, l'HSV entre dans une phase de latence pendant laquelle il peut persister sans aucune expression clinique. Les localisations préférentielles des HSV sont le ganglion trigéminal ainsi que les ganglions sacrés responsables respectivement de l'expression orale et génitale de l'herpès. (Gupta et al. 2008).

Le HSV1 peut se transmettre par sécrétions salivaires contaminées ou par simple contact avec un sujet excréteur le virus lors d'une primo infection, une récurrence ou une excrétion virale asymptomatique. La primo infection de ce virus survient généralement pendant la petite enfance et est, dans la plupart des cas, asymptomatique. Elle peut également avoir lieu lors de l'adolescence, ou chez le jeune adulte, et peut alors prendre des formes plus complexes notamment d'érosions post vésiculeuses confluentes et diffuses au niveau de la muqueuse orale (Rochefort et al. 2017). Il peut être aussi responsable de l'herpès génital notamment lors de relations oro-génitales.

Le HSV2 se transmet par contact génital (et oro-génital), à partir des sécrétions contaminées ou contact avec surfaces muqueuses.

Dans les deux cas, les récurrences consistent en une réactivation de l'un des deux virus resté latent et ne supposent pas une nouvelle contamination. Les facteurs déclenchants principaux sont : le stress, les épisodes fébriles et les rapports sexuels. Les infections par HSV peuvent aussi se transmettre in utero ou lors de l'accouchement, touchant 2 à 2,5 nourrissons sur 100 000 en France (Milpied et al. 2016).

Le risque de transmission verticale dépend du type de manifestation clinique chez la femme enceinte : lors d'une primo infection, il est de 31 à 70 %, lors d'une récurrence de 4%, et de 0,04 % lorsqu'il s'agit d'excrétions asymptomatiques. De plus, du fait de sa fragilité, le virus

HSV ne peut vivre que très peu de temps en milieu extérieur et les cas de transmissions nosocomiales indirectes par le matériel médical restent exceptionnels (Milpied et al. 2016).

1.2.3 La Syphilis :

Épidémiologie :

L'OMS estime que chaque année, 5,6 millions de personnes contractent la syphilis (Fig. 7). En France et dans d'autres pays européens, une recrudescence de la maladie a été observée dans les années 2000. En 2002, l'institut de veille sanitaire a mis en place un réseau de surveillance afin de recueillir des informations et de suivre les tendances de la syphilis précoce (cas évoluant depuis moins d'un an).

En 2014, plus de 1000 cas de syphilis ont été déclarés à l'Invs. Néanmoins le nombre exact était certainement plus élevé. Le nombre de syphilis précoce a augmenté de 56% chez les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH) en France (Ngangro et al. 2016). Une augmentation du nombre de cas est également observée chez les hétérosexuels bien qu'il soit relativement faible.

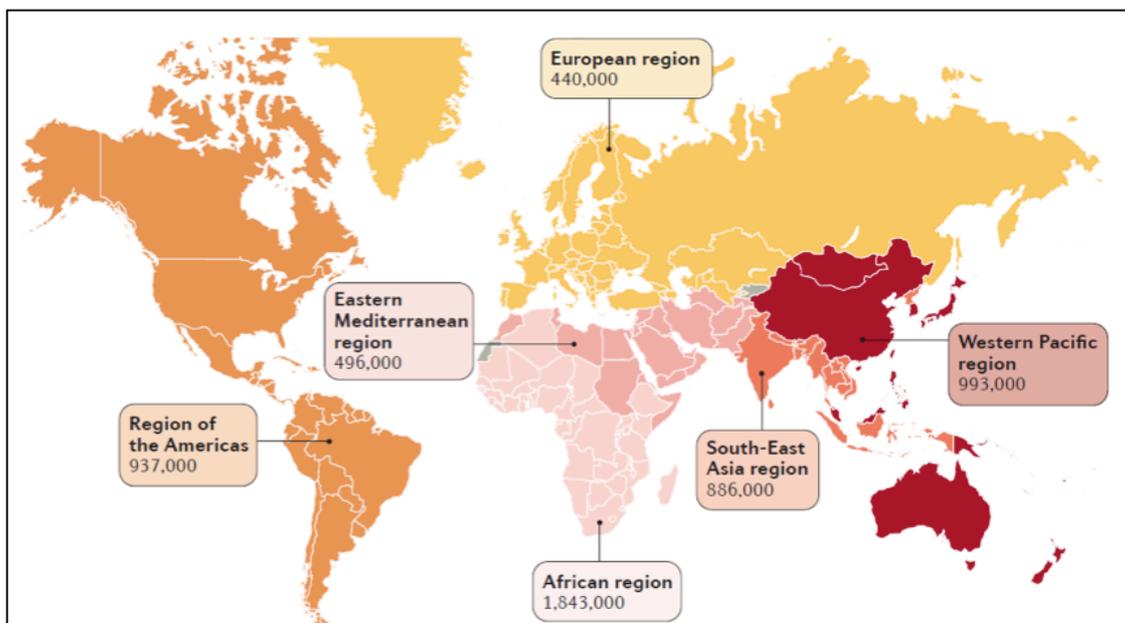


Figure n°7 : Incidence de la syphilis dans le monde en 2012 d'après l'OMS

(Peeling et al. 2017)

Physiopathologie:

L'agent infectieux responsable de la syphilis porte le nom de *Tréponème pallidum*. Il s'agit d'une bactérie cosmopolite, spiralée, mobile et appartenant à l'ordre des Spirocheatales (Fig. 8) (Janier et al. 2011).

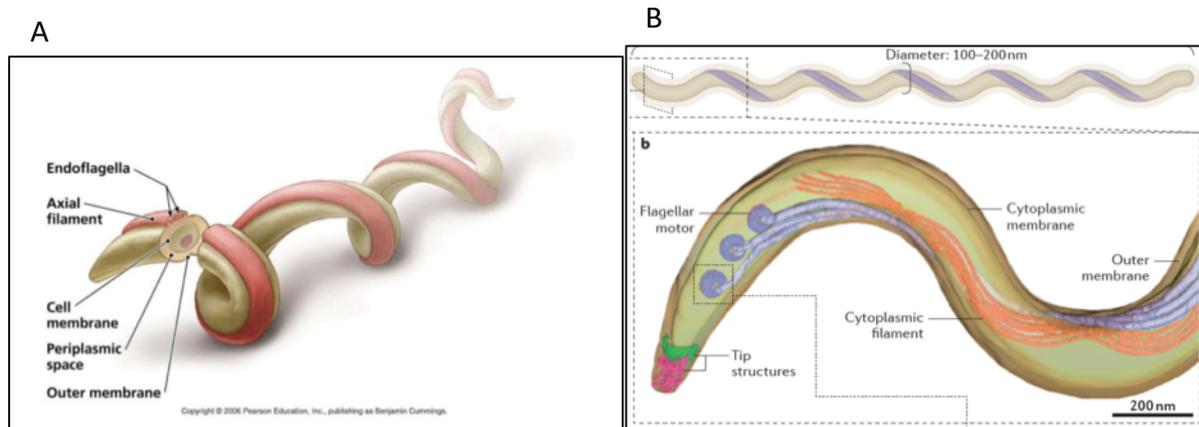


Figure n°8 : (A) représentation d'un tréponème pallidum d'après Benjamin Cummings. (B) constitution d'un tréponème pallidum (Peeling et al. 2017)

Il s'agit d'un germe de forme allongée spiralée mesurant entre 0,10 et 0,18 μm de large et de 6 à 20 μm de long. Cette bactérie n'est pas cultivable in vitro (Campana et al. 2016). De ce fait, il est difficile de connaître son métabolisme et de réaliser un antibiogramme et donc contrairement aux autres bactéries, d'évaluer sa sensibilité aux antibiotiques in vitro (Janier et al. 2011). La maladie peut être acquise ou congénitale.

Lorsqu'elle est transmise, plusieurs phases bien distinctes vont se succéder sur plusieurs années : **incubation** (qui varie en fonction de la taille de l'inoculum de 10 à 90 jours), **phases primaire** (présence d'un chancre), **secondaire** (présence de lésions cutanéomuqueuses, localisées ou diffuses) et **tertiaire** (dominées par des complications neurologiques, oculaires, articulaires et cardiovasculaires), séparés par des phases de latence. Toutes les phases ne sont pas d'expression obligatoire : c'est le cas des phases secondaire et tertiaire. Leur durée et leur expression clinique sont très variables d'un individu à l'autre (HAS, 2017).

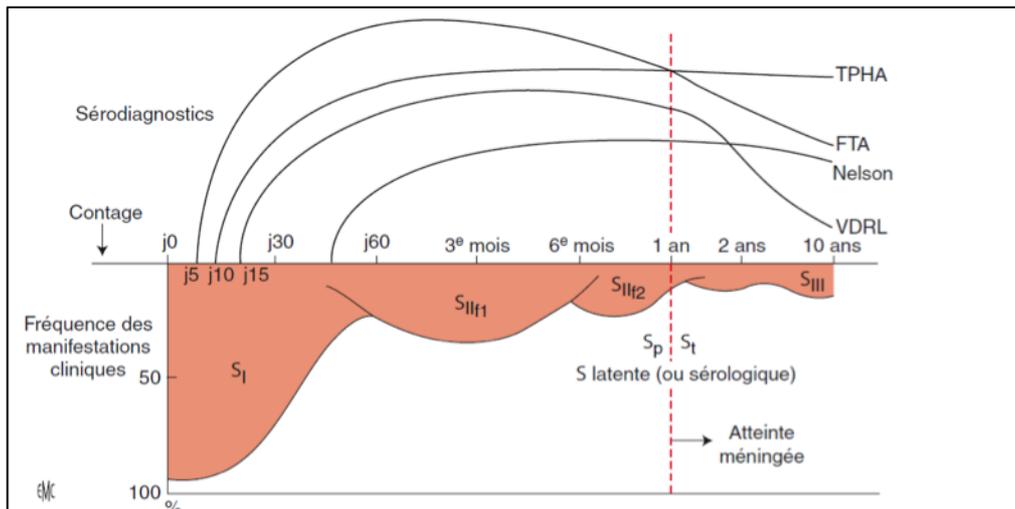


Figure n°9 : Évolution des cas de syphilis non traitées (Janier et al. 2011)

Une classification distingue les **syphilis précoces** (phases primaire, secondaire et syphilis latente précoce), **c'est-à-dire évoluant depuis moins d'un an** (en Grande-Bretagne et en France) et **moins de deux ans** (aux États-Unis), des **syphilis tardives** (syphilis latente de plus d'un an et de phase tertiaire), au cours desquelles le risque neurologique est plus important. Cette classification permet de mieux standardiser le traitement, qui repose alors moins sur la clinique (HAS, 2017).

La bactérie se transmet après un contact avec des lésions contagieuses ; il pénètre alors au travers d'un épithélium génital où les microlésions se créent à l'occasion de traumatismes mineurs survenus au cours de l'acte sexuel (Janier et al. 2011). Il peut également se transmettre par la voie transplacentaire ayant pour conséquence le développement de la syphilis congénitale. **Tous les types de rapports sexuels non protégés sont dangereux et contaminants, notamment les rapports oro-génitaux (HAS, 2017)**. Après une première infection traitée, il est possible d'être de nouveau contaminé et entrer dans un nouveau cycle de la pathologie. En effet, il n'existe pas d'immunité acquise (HAS, 2017). La période de contagiosité s'étend durant les deux premières années d'évolution de la maladie, du fait de la présence possible de lésions primaires et de lésions secondaires (HAS, 2017).

1.2.4 Le Virus de l'immunodéficience humaine :

Épidémiologie :

Le VIH est le virus le plus connu des IST. Il est l'un des plus importants problèmes de santé publique en particulier dans les pays à faible revenu ou intermédiaire (OMS, 2018).

En 2017, 36,9 millions de personnes vivaient avec le VIH. La plupart de ces personnes vivent dans des pays à revenus faibles ou intermédiaire. La région africaine de l'OMS est la plus touchée avec 25,7 millions de personnes vivant avec le VIH (Fig. 10). L'incidence de cette maladie s'est élevée à 1,8 millions de nouveaux infectés seulement en 2017, et 1 millions de personnes sont décédées des suites du SIDA cette même année dans le monde (OMS, 2018).

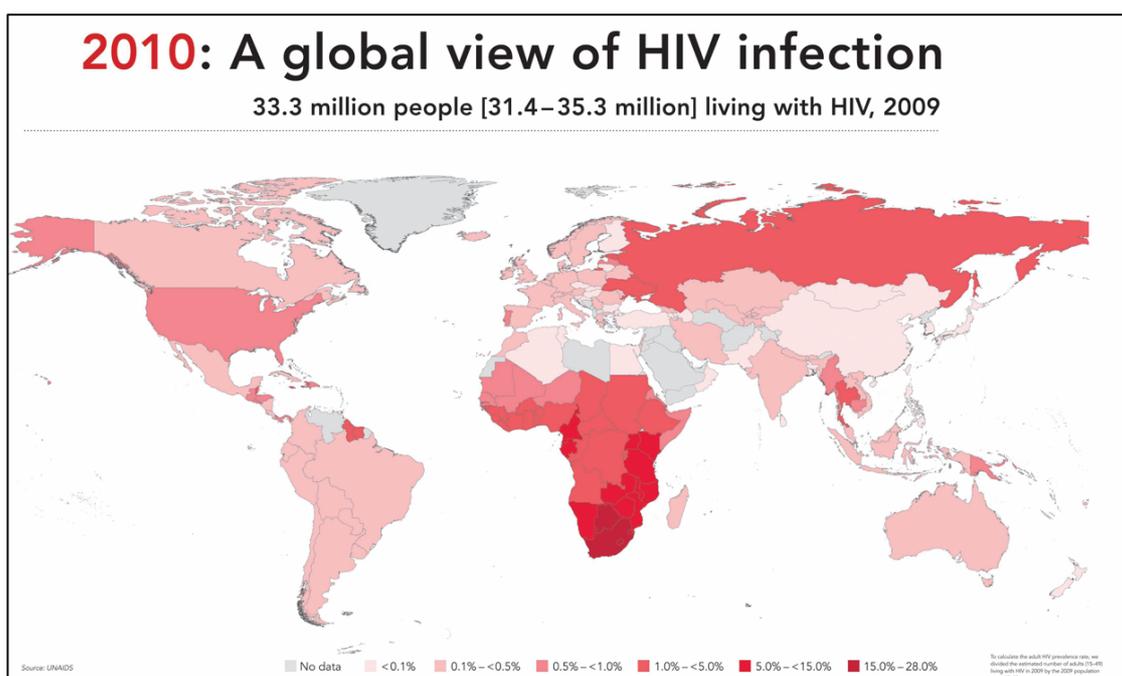


Figure n°10 : Prévalence mondiale du VIH, l'Afrique est la zone la plus touchée en 2010
(ONUSIDA, 2010)

Cependant, grâce à l'accès aux soins et au traitement antirétroviral, les personnes ayant contracté le virus vivent plus longtemps et en meilleure santé. En 2017, 53 % des infectés bénéficiaient du traitement. Il reste donc une partie non négligeable de patients séropositifs

non traités, majoritairement situés dans les pays défavorisés notamment sur le continent africain (OMS, 2017).

Enfin, on estime à 1,8 million le nombre d'enfants vivant avec le VIH/Sida. Autour de 150 000 enfants ont été infectés en 2015. La plupart d'entre eux seraient infectés par leurs mères lors de l'accouchement, au cours de la grossesse ou de l'allaitement (OMS, 2017). Le nombre de découverte de séropositivité HIV a diminué entre 2003 et 2015 dans la population globale.

En France, en 2016, autour de 6000 personnes ont découvert leurs séropositivités (Fig. 11). La population des HSH est particulièrement touchée et l'incidence de la maladie dans cette population est en augmentation depuis 2003 (Fig. 12). À noter que parmi les HSH qui ont découvert leurs séropositivités en 2016, 15 % sont des jeunes de 15-24 ans.

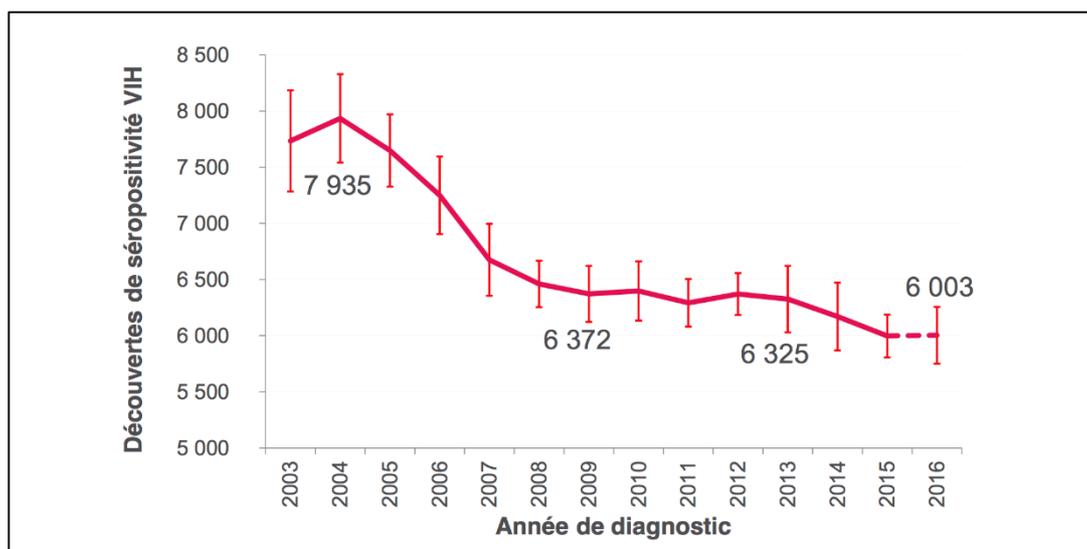


Figure n°11 : Nombre de découvertes de séropositivité en France entre 2003 et 2016
(Invs, 2017)

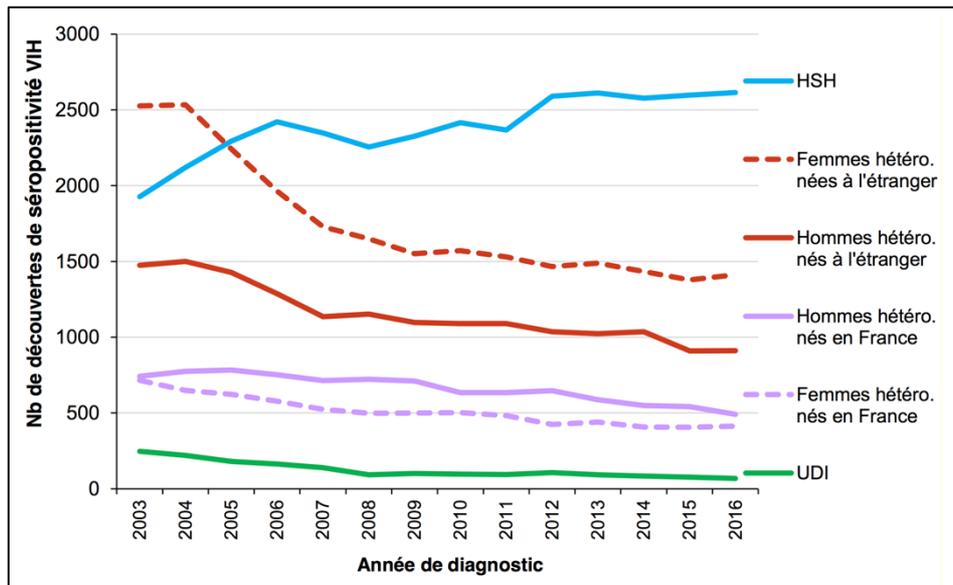


Figure n°12 : Nombre de découvertes de séropositivité par mode de contamination (Invs, 2017)

Physiopathologie :

La description de cas de syndrome d'immunodéficience acquise fut réalisée pour la première fois dans les années 80. Environ deux ans après, le VIH fut découvert en France plus précisément en 1983 pour le VIH-1 et 1986 pour le VIH-2 (Leport et al. 2002). Le VIH-2 est moins répandu et possède une pathogénicité moindre. Il est retrouvé principalement en Afrique de l'ouest.

Il s'agit d'un rétrovirus enveloppé faisant parti de la sous famille des lentivirus contenant une transcriptase inverse, enzyme ayant la capacité de rétrotranscrire l'ARN en ADN complémentaire qui s'intègre dans le génome de la cellule cible grâce à l'intégrase. Ces deux enzymes sont caractéristiques du VIH (Fig.13).

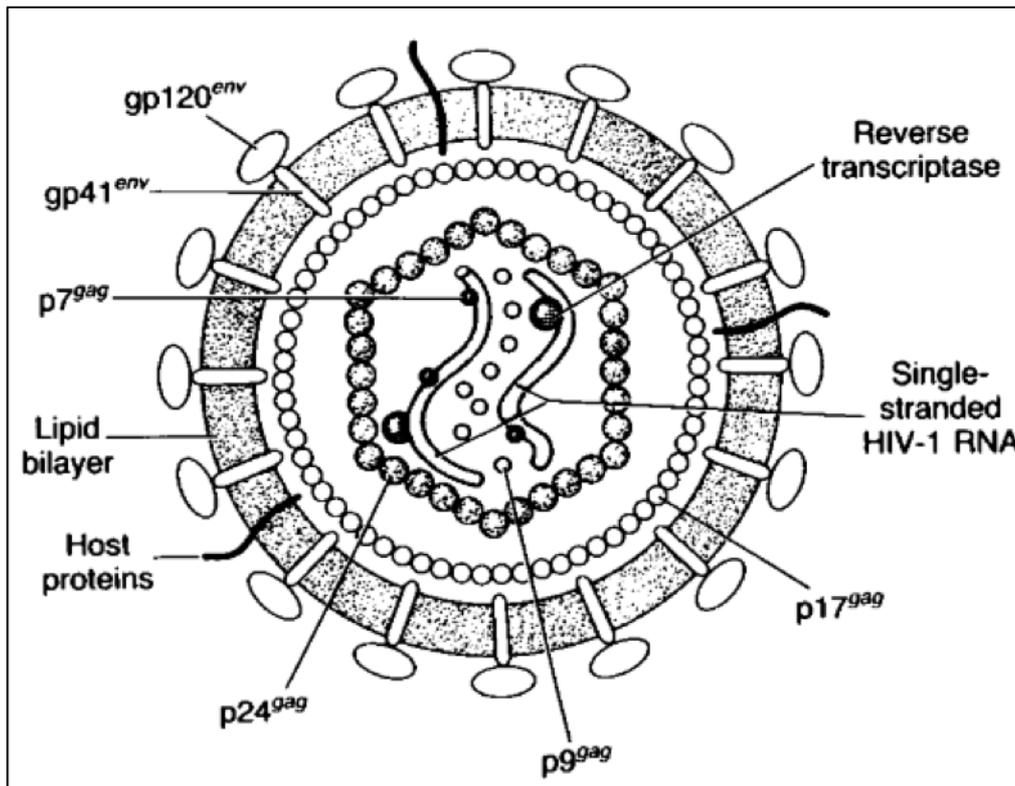


Figure n°13 : Illustration du VIH (Epstein et al. 1991)

Le VIH se transmet par l'échange de fluides corporels : liquide pré éjaculatoire, sperme, sécrétions vaginales (lors de rapports sexuels), sang (échange de seringues, transfusion sanguine), lait maternel. Il existe une transmission foëto-maternelle qui est aujourd'hui inférieure à 1 % dans les pays industrialisés grâce à la prise en charge médicamenteuse encadrant la grossesse (Frange et al. 2014). La transmission par voie sexuelle représente 98% des contaminations et la salive n'est pas un fluide contaminant.

L'infection par voie muqueuse se fait au niveau de la muqueuse génitale ou rectale au niveau de zones comportant un épithélium particulièrement fin (gastro intestinal en cas de relation ano-génitale ou oro-génitale ou l'épithélium du prépuce du vagin ou de l'exocol utérin). Le virus, en faible quantité, traverse l'épithélium en quelques heures aidé par les cellules dendritiques myéloïdes résidentes pouvant être infectées ou qui peuvent aussi seulement lier le virus (Lawrence et al. 2009). S'en suit alors un afflux de lymphocytes T CD4+, cible cellulaire du virus qui s'infectent localement. Les cellules dendritiques porteuses du virus, migrent vers les ganglions et y activent les Lymphocytes T CD4+ qui s'y trouvent. La dissémination entre le site de répliation locale et intra muqueux et les ganglions

lymphatiques se déroule en une semaine. S'en suit la dissémination à l'ensemble des organes lymphoïdes secondaires, notamment le tissu lymphoïde associé aux muqueuses (MALT) contenant la plus grande partie des lymphocytes T de l'organisme. La primo infection est ainsi marquée par une déplétion très profonde des lymphocytes T CD4+ dans le compartiment muqueux avec une destruction de 80% du pool de ces cellules en quelques semaines. Cela explique que les premiers signes de la pathologie soient exprimés au niveau muqueux, notamment dans la cavité orale. La phase dite chronique est ensuite caractérisée par un contrôle relatif de la réplication virale par l'existence d'une réponse spécifique T CD8+ cytotoxique mais non suffisant pour maîtriser l'ensemble du renouvellement viral. Cette phase s'accompagne donc d'une déplétion progressive et croissante des lymphocytes T CD4+ qui conduit, en l'absence d'un traitement antirétroviral, au stade SIDA, caractérisé par des infections opportunistes et conduisant à la mort du patient.

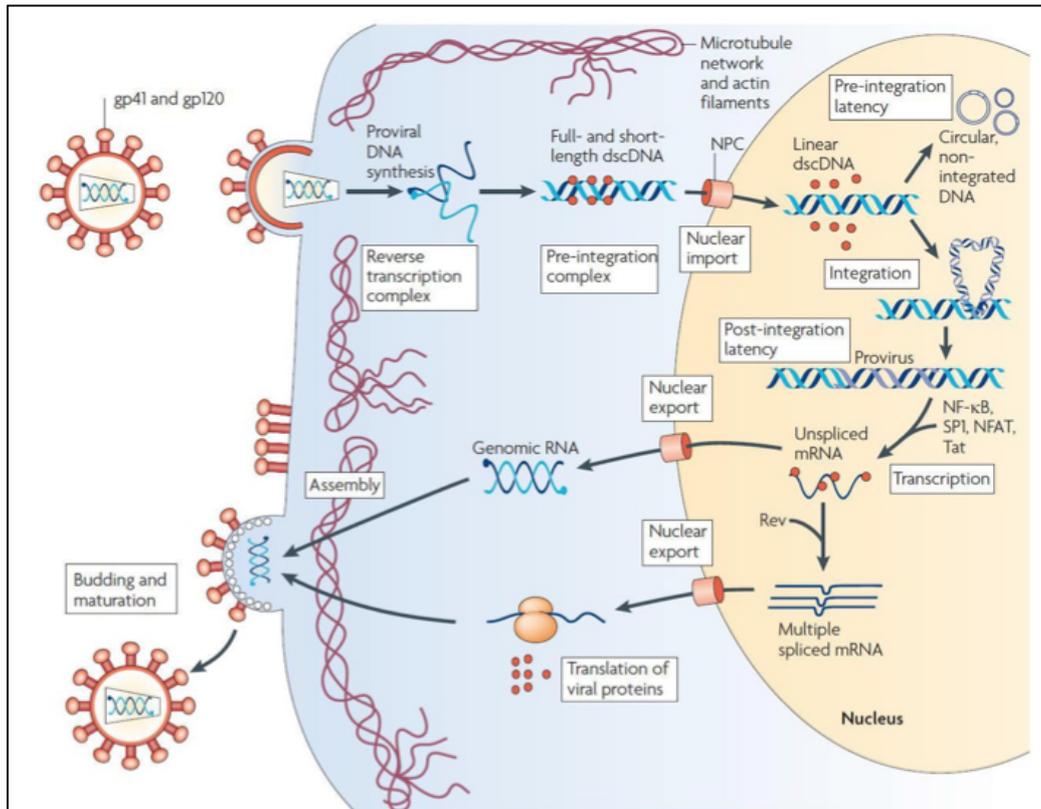


Figure n°14 : Cycle du HIV. Après interaction avec la molécule de liaison membranaire des lymphocytes T CD4+ (gp120env), fusion membranaire par l'intermédiaire de gp41 et pénétration du virus dans la cellule. Libération de l'enveloppe, transcription inverse du virus production d'ADN double brin à partir du génome viral. Insertion de l'ADN viral dans le génome humain grâce à l'intégrase. Puis par l'intermédiaire de la fonctionnalité de la cellule, transcription des gènes viraux et formation de nouveaux virions (Coiras et al. 2009)

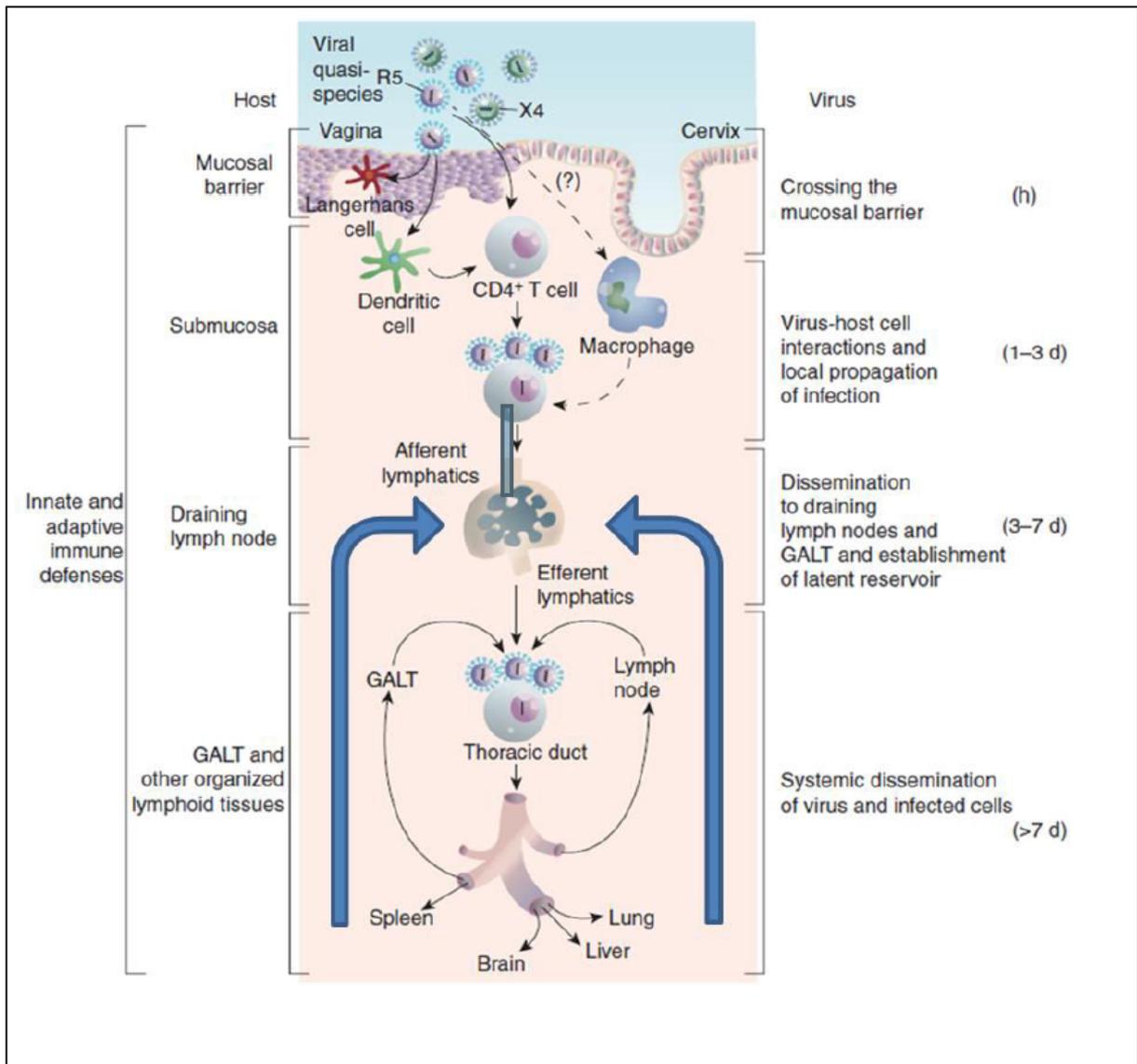


Figure n°15 : physiopathologie du HIV. Pénétration du virus dans l'épithélium. Transition via les cellules dendritiques, infection locale des lymphocytes T CD4+ et migration vers des ganglions lymphatiques puis dissémination vers l'ensemble de l'organisme (Shaw et al. 2012)

Une classification de l'infection à VIH a été réalisée en 1993 par le CDC (Central Disease Control) puis révisée en 2007 par l'OMS. L'infection est décrite sous forme de 4 stades cliniques (Tabl. 1) :

<p>Stade clinique I</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asymptomatique 2. Adénopathie généralisée persistante <p>Grade 1 de l'échelle d'activité : asymptomatique, activité normale</p>
<p>Stade clinique II</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Perte de poids <10 % du poids corporel 4. Atteintes cutanéomuqueuses mineures (dermatite séborrhéique, prurigo, onychomycose, ulcérations buccales récurrentes, chéilite angulaire) 5. Infection herpétique au cours des cinq dernières années 6. Infections récurrentes des voies respiratoires supérieures (sinusite bactérienne) <p>Et/ou grade 2 de l'échelle d'activité : symptomatique, activité normale</p>
<p>Stade clinique III</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Perte de poids >10 % du poids corporel 8. Diarrhée chronique inexplicée >1 mois 9. Fièvre prolongée inexplicée (intermittente ou permanente) >1 mois 10. Candidose buccale (muguet) 11. Leucoplasie chevelue de la langue 12. Tuberculose pulmonaire au cours de l'année passée 13. Infections bactériennes graves (à savoir pneumonie, pyomyosite) <p>Et/ou grade 3 de l'échelle d'activité : alitement <50 % de la journée au cours du dernier mois</p>
<p>Stade clinique IV</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Syndrome cachectique du SIDA, selon la définition des Centers for Disease Control and Prevention 15. Pneumopathie à <i>Pneumocystis carinii</i> 16. Toxoplasmose cérébrale 17. Cryptosporidiose accompagnée de diarrhée >1 mois 18. Cryptococcose extrapulmonaire 19. Cytomégalovirose avec atteinte organique autre qu'hépatique, splénique ou ganglionnaire 20. Infection herpétique, cutanéomuqueuse >1 mois, ou viscérale quelle que soit sa durée 21. Leucoencéphalopathie multifocale progressive 22. Toute mycose endémique généralisée (telle qu'histoplasmosse, coccidioidomycose) 23. Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches ou des poumons 24. Mycobactériose atypique généralisée 25. Septicémie à <i>Salmonella</i> non typhoïdique 26. Tuberculose extrapulmonaire 27. Lymphome 28. Sarcome de Kaposi 29. Encéphalopathie à VIH, selon la définition des Centers for Disease Control and Prevention.

Tableau n°1 : Classification des stades d'infection par le HIV chez l'adulte et l'adolescent (OMS, 2007).

L'évolution de l'infection au VIH se déroule en 4 phases (Fener et al. 2007) :

La **primo-infection**, juste après la contamination par le virus, pendant laquelle le nombre de réplions augmente entraînant une baisse du taux de lymphocytes CD4+. Sur le plan clinique les symptômes ne sont pas spécifiques (fièvre, adénopathies, douleurs musculaires, céphalées, rash cutané, ulcérations buccales et génitales, dysphagies douloureuses).

La **phase asymptomatique** où des anticorps anti-VIH vont être détectés dans le sang du patient, ce qui va définir sa séropositivité, mais le virus continue à se répliquer. On retrouve sur le plan clinique un syndrome appelé « lymphadénopathie généralisée persistante » avec présence d'adénopathies.

La **phase symptomatique mineure** qui se manifeste par des affections cutanéomuqueuses notamment au niveau buccal, hématologique et gynécologique (dermite séborrhéique, prurigo, zona)

Le **stade SIDA** lors de laquelle il existe une déplétion importante des lymphocytes CD4 qui sont inférieurs à 200/mm³. Elle est marquée par un syndrome cachectique (perte pondérale supérieure à 10% accompagné de diarrhées chroniques et d'états fébriles), d'infections opportunistes parasitaires et bactériennes (Pneumocystose pulmonaire, Toxoplasmose cérébrale), virales (infection au HPV et HHV8).

1.2.5 Autres

D'autres IST, moins répandues, peuvent présenter également des atteintes orales :

- La **gonorrhée** causée par la bactérie *Neisseria gonorrhoeae* touche 78 millions de personnes dans le monde chaque année (OMS, 2016). Elle est essentiellement transmise par contact sexuel et notamment par des contacts oro-génitaux. La gonorrhée buccale est rare mais sa présence chez un enfant peut faire suspecter un cas d'abus sexuel (voir partie 4) (Bruce et al. 2004).
- La **donovanose** est une infection bactérienne à *Klebsiella granulomatis* à transmission essentiellement sexuelle et qui peut présenter quelques manifestations

orales (Caumes et al. 2016). Elle est rarement décrite en Europe et est principalement observée dans le sud-est de l'Inde, en Papouasie Nouvelle Guinée en Afrique du Sud, au Brésil et chez les aborigènes australiens. Seules quelques cas sont rapportés en Europe (Caumes et al. 2016). Toutefois les formes orales sont les plus fréquentes des formes extra-génitales mais sont très peu décrites dans la littérature scientifique. Le diagnostic se fait par visualisation des corps de Donovan (frottis coloré au Giemsa) (CEDEF, 2012).

- La **Lymphogranulomatose vénérienne** est une infection rare causée par la bactérie *Chlamydia trachomatis*. Elle sévit dans les zones tropicales et subtropicales et son incidence et sa prévalence sont très mal connues (Barbeyrac et al. 2009). Néanmoins une recrudescence pour la topographie ano rectale est observée depuis 2002 chez la population homosexuelle masculine. Quelques manifestations orales de types papules ont été décrites et son diagnostic est confirmé par la détection par PCR de *Chlamydia trachomatis* après prélèvement buccal (grattage de la lésion) (CEDEF, 2012).

Parmi les IST, celles mentionnées ci-dessus sont susceptibles de présenter une localisation orale. La bouche peut alors être à la fois un organe vecteur de nombreux agents pathogènes mais également constituer une porte d'entrée pour ces mêmes agents (bactérie, virus, mycoses).

Selon l'OMS, plus d'un million de personnes contractent une IST par jour dans le monde (OMS, 2016). Les principaux agents pathogènes responsables des IST sont : le HIV (Human Immunodeficiency Virus), l'HPV (Human Papilloma Virus), l'HSV (Herpès Simplex Virus) et le *Tréponème Pallidum* responsable de la Syphilis.

L'augmentation des incidences des IST est particulièrement notable chez les jeunes adultes. En effet d'après le Conseil national du sida et des hépatites virales en 2017, 40% des IST concernent des jeunes de 15 à 24 ans. 170 000 sérologies VIH ont été réalisées chez les adolescents de cet âge en France en 2015 dont 1 432 positives, ainsi que 76 000 sérologies de la syphilis et 60 000 recherches de chlamydia. Afin de comprendre cette augmentation du risque de contraction des IST chez les jeunes adultes, plusieurs études ont souhaité analyser leurs comportements sexuels ainsi que leur risque d'exposition aux IST.

2. Pratiques et comportements sexuels contemporains chez les jeunes adultes, État des lieux des IST dans cette population, incidence

Selon des données présentées le 1^{er} décembre 2015 par l'Invs dans son bulletin épidémiologique hebdomadaire, **726 jeunes de 15 à 24 ans** ont découvert leur séropositivité VIH en 2013 en France. Cette population est particulièrement exposée aux risques de contracter une IST, et l'incidence des IST chez les jeunes âgés de 15 et 29 ans est en augmentation (Yeni et al. 2017). Ainsi, ils représentent aujourd'hui 40% des patients atteints d'IST (VIH, syphilis, gonocoque, et chlamydia) rapportées en 2013 - 2014 en France (Yeni et al. 2017). Parmi eux, les jeunes HSH sont particulièrement exposés au risque d'infection par le VIH, et la syphilis (Fig. 16).

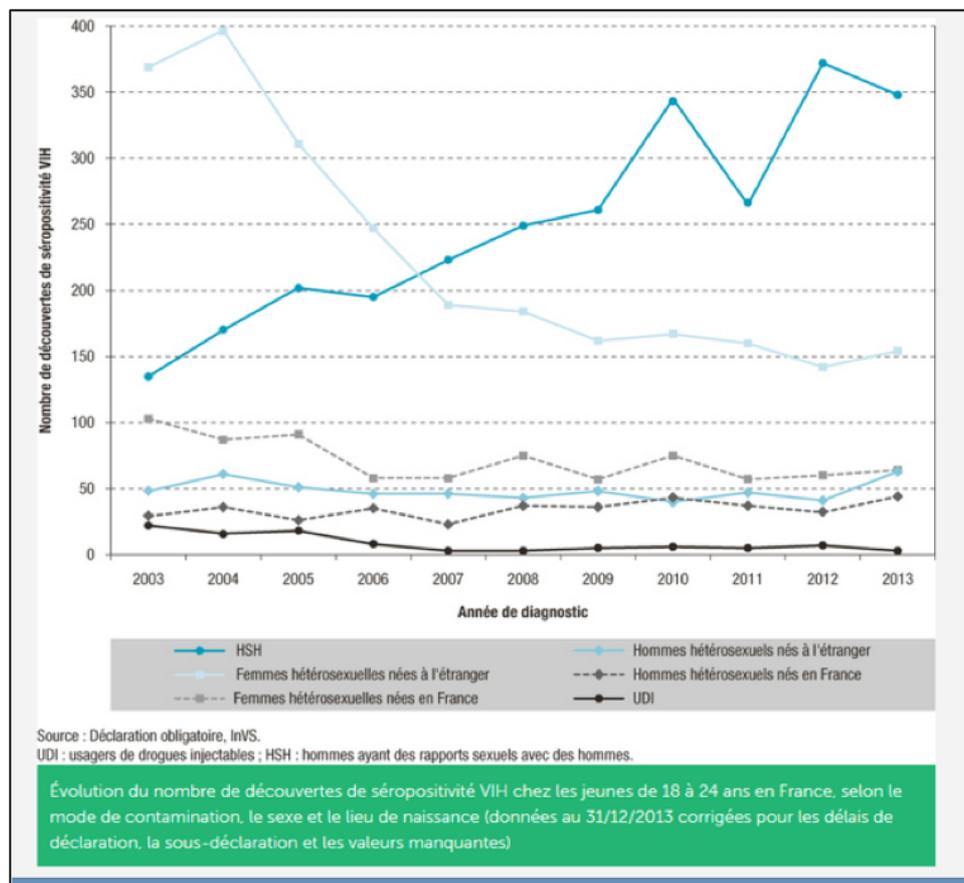


Figure n°16 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH chez les 18-24 ans entre 2003 et 2013 (Invs, 2015)

Pour analyser les comportements sexuels des jeunes adultes et ainsi expliquer leur risque accru aux IST, nous avons réalisé une revue de littérature sur le sujet.

2.1. Méthodologie de recherche et d'analyse

Objectifs : L'objectif de cette revue était de réaliser un état des lieux des études analysant les comportements sexuels des jeunes adultes, dans le but de mieux comprendre pourquoi cette population est plus à risque de contracter une IST, et ce, en France et dans le monde.

Base de données et mots clés utilisés : Pour cela nous avons utilisé le moteur de recherche Pubmed, pour accéder aux articles de recherches scientifiques. Mais nous avons également utilisé le moteur de recherche « Google » dans le but de recouper notre étude bibliographique avec la littérature grise et celle du grand public sur ce sujet.

Les mots clés utilisés étaient : teenager (Mesh), young adults (Mesh), sexuality (Mesh), oral sex (Mesh); adolescents (FMesh), jeune adulte (FMesh), sexualité (FMesh), sexe oral (FMesh).

Critères d'exclusion et d'inclusion : Nous avons exclus les articles n'analysant pas une population de jeunes adultes, celles n'explicitant pas leurs méthodes d'enquête et d'analyse.

Méthode d'analyse : Nous avons ensuite comparé les âges des populations cibles, et ainsi pu définir « les jeunes adultes ». Puis nous avons comparé les âges de survenue des rapports sexuels, leur définition ainsi que leur type. Nous avons ensuite comparé ces données.

2.2 Quels sont les rapports sexuels des jeunes adultes et à quel âge ont-ils lieu ?

Plusieurs enquêtes ont été réalisées au sujet de la sexualité des français et notamment des jeunes. Selon l'ACSJ l'âge médian du premier baiser est autour de 14 ans pour les deux sexes, les premières caresses venant un peu plus tard et ensuite, le premier rapport sexuel. L'analyse de ces travaux nécessite au préalable la définition de la population cible dite « jeunes » ainsi que celle décrivant précisément les rapports sexuels évoqués.

Qu'est-ce que la jeunesse et les jeunes ?

Selon la définition de l'ONU, un jeune est un individu ayant entre 15 et 24 ans (ONU, 2010). Ainsi, toutes les publications de l'OMS sur la santé des jeunes ciblent une tranche d'âge situé entre 15 et 24 ans. On peut citer deux exemples : Actions VIH en faveur des jeunes (OMS, 2008) et la prévention du VIH/Sida chez les jeunes (OMS, 2006). Nous avons de ce fait pris comme référence cette tranche d'âge allant de 15 ans correspondant en France à l'entrée au lycée, à 24 ans.

Ce sous-groupe représente 11,8% de la population française (Insee, 2018).

Qu'est-ce qu'un rapport sexuel ?

Afin de pouvoir mettre en évidence la place qu'occupe la sexualité chez les jeunes français, il était important d'apporter quelques précisions.

Tout d'abord, la signification de « rapport sexuel » n'est pas clairement établie dans toutes les enquêtes sur lesquelles nous nous sommes appuyées dans ce travail. En effet, il semble déjà qu'au sein de la population générale et plus particulièrement chez les jeunes, cette expression soit sujette à plusieurs opinions divergentes. Par exemple, certains considèrent que la pénétration définit le rapport sexuel. En effet, l'enquête nationale ACSJ, analyse du comportement sexuel des jeunes de 15 à 18 ans réalisée en 1992-93 rapporte que pour la majorité des jeunes inclus dans cette enquête, il n'y pas de rapport sexuel s'il n'y a pas eu pénétration, et 16,8 % déclare avoir eu des pratiques sexuelles oro-génitales mais ne

déclarent pas avoir eu de rapports sexuels (Fig. 17) (Lagrange et al. 1995). Dans cette enquête, le rapport sexuel est clairement défini et : il désigne « l'ensemble des pratiques impliquant au moins deux personnes lorsqu'il y a un contact avec les organes génitaux de l'autre personne ». La définition des rapports sexuels reste donc à revoir par cette population.

Ont eu des.....	Déclarent avoir eu des rapports sexuels:	
	oui	non
.....pratiques sexuelles sans pénétration	1,9	16,8
.....pratiques sexuelles avec pénétration	81,2	0,1
Total		100%
Base		3828

Figure n°17 : Analyse des comportements sexuels chez les jeunes (ACSJ) 1995. 16,8% déclarent ne pas avoir eu de rapports sexuels et sont néanmoins considérés comme sexuellement actifs dans cette enquête.

2.2.1. Âge du premier rapport sexuel en France :

L'ensemble des études consultées nous rapporte que depuis les années 90, l'âge médian du premier rapport sexuel est pour les hommes, de 17 ans et 3 ou 4 mois selon les travaux, et de 17 ans et 6 mois pour les femmes. Ces enquêtes ayant été réalisées sur des échantillons de jeunes adultes ayant entre 15 et 24 ans (Lagrange et al. 1995 ; Ined ,2014).

Selon l'enquête rétrospective nationale CSF, contexte de la sexualité en France, enquête réalisée sur un échantillon de personnes âgés de 18 à 69 ans datant de 2006, en 50 ans, l'âge médian (l'âge auquel 50% de la population a eu un rapport sexuel) des hommes au premier rapport sexuel est passé de 18,8 ans pour les personnes âgées de 65 à 69 ans en 2006, à 17,2 ans pour les personnes plus jeunes (âgées de moins de 65 ans en 2006) en France métropolitaine (Fig. 18) (ANRS, 2007).

Pour les femmes, il est passé de 20,6 ans pour les générations nées entre 1954 et 1958 à 17,6 ans pour celles âgées de 18 à 19 ans cette même année. L'écart entre les filles et les garçons a tendance à se resserrer de plus en plus au fil du temps.

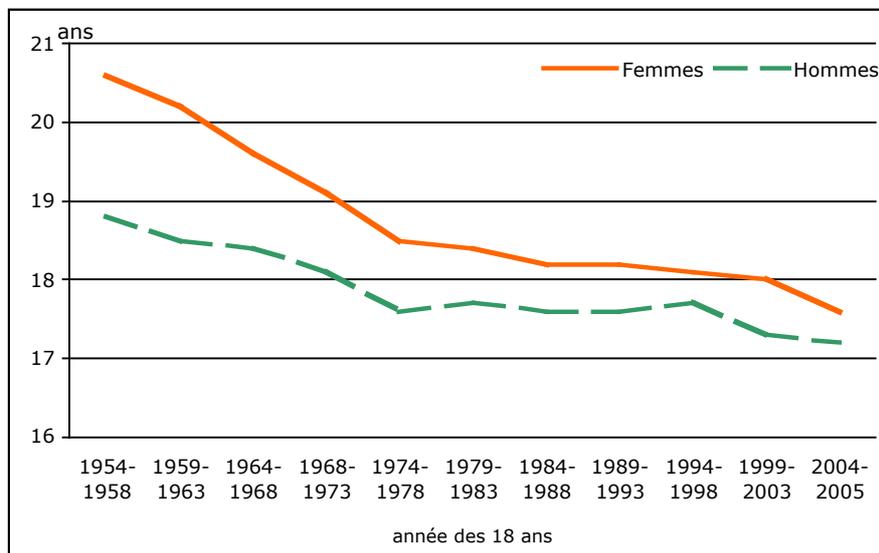


Figure n°18 : Âge médian (âge auquel 50% de la population a eu un rapport sexuel) du premier rapport sexuel, par sexe et génération (ANRS, 2007)

Certaines régions ayant fait l'objet d'études localisées mettent en évidence des âges médians moindres :

- En Bourgogne-Franche Comté, l'âge moyen (et non pas médian) est de 16,2 ans pour les hommes et 16,3 ans pour les femmes pour les 15-24 ans (Baromètre santé, 2016).
- En Occitanie, l'âge moyen est de 16 ans et un mois pour les hommes et 16 ans et 11 mois pour les femmes chez les 15-29 ans (Baromètre santé Inpes, 2016).
- En Ile de France, l'âge médian est de 16,7 ans pour les franciliennes et 15,9 ans pour les franciliens qui ont entre 15 et 29 ans (Baromètre santé Inpes, 2010).
- Parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans et vivant en Guadeloupe, 77 % des jeunes hommes et 74 % des jeunes femmes ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels. Chez les 18-24 ans l'âge médian du premier rapport sexuel est de 15,5 ans pour les hommes et 16,8 ans pour les femmes (ORSAG, 2016).

Tous ces chiffres nous révèlent essentiellement que l'entrée dans la vie sexuelle se fait durant la période de l'adolescence et de la jeunesse telle que nous l'avons défini. L'âge médian n'a néanmoins subi depuis trente ans qu'un faible changement chez les jeunes (Amsellem-Mainguy et al. 2015).

2.2.2. Multiplicité des partenaires en France

Le multi partenariat ne constitue pas un facteur de risque mais bien un indicateur de risque. Ainsi, la prise de risque est moins importante pour un individu qui se protège systématiquement lors de ses rapports sexuels avec différents partenaires que chez un individu « mono partenaire » qui ne se protège pas selon le baromètre santé Inpes de 2005 (Beck et al. 2007).

Selon l'enquête CSF, les nombres moyens de partenaires des femmes et des hommes au cours des douze derniers mois s'élèvent respectivement à 1,0 et 1,3. Les proportions d'hommes et de femmes qui déclarent avoir au moins eu 2 partenaires dans les douze derniers mois sont plus élevés chez les jeunes. En effet elle est de 22,3 % pour les femmes de 18-19 ans et 31,7 % pour les hommes de 20-24 ans. Après 25 ans les proportions diminuent progressivement (Fig. 19) (ANRS, 2007).

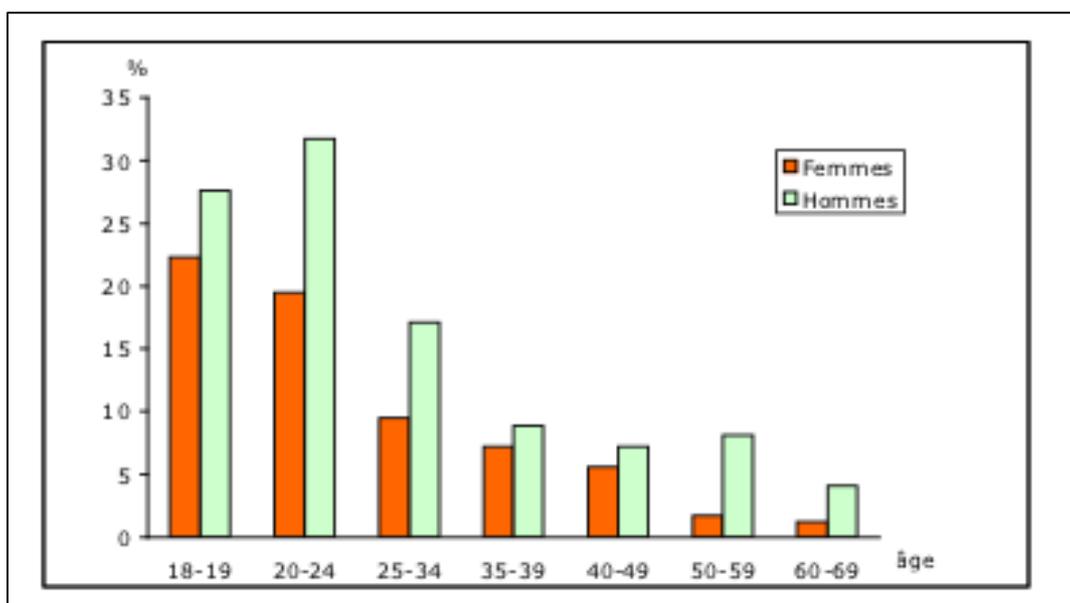


Figure n°19 : Proportions des hommes et des femmes qui déclarent avoir eu au moins 2 partenaires dans les douze derniers mois par tranche d'âge (enquête CSF 2006) (ANRS, 2007)

Selon l'ACSJ réalisée en 1993, 50 % des garçons de 18 ans ont connu plusieurs partenaires dans leur vie (avec ou sans pénétration), 12 % en ont connu 5 ou plus. L'enquête étant déclarative.

40 % des garçons de l'enquête affirment avoir eu des relations sexuelles pénétratives avec plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois.

40 % des filles de 18 ans ont connu plusieurs partenaires dans leur vie (avec ou sans pénétration). Elles sont 5 % à en avoir connu 5 ou plus, et 27 % des filles ont eu plusieurs relations sexuelles pénétratives avec différents partenaires au cours des douze derniers mois. L'exposition au risque de contamination lié à l'acquisition de nouveaux partenaires touchent tous les jeunes à partir du moment où ils se sont engagés dans des pratiques sexuelles avec pénétration (Lagrange et al. 1995).

Des résultats régionaux plus récents confirment cette corrélation notamment au pays de la Loire et en Franche Comté entre la jeunesse et la multiplicité des partenaires sexuels. En effet on note une baisse du nombre de partenaires sexuels dans l'année avec l'âge. Le multi partenariat n'est pas propre à la jeunesse mais il semble que cette catégorie de la population soit particulièrement encline à rencontrer plus de partenaires et ainsi avoir des relations sexuelles avec différents partenaires (Baromètre santé jeunes Inpes, 2010 ; Baromètre santé Inpes 2016).

Le baromètre santé 2005 confirme que le multi partenariat concerne surtout les moins de 30 ans. De plus le multi partenariat est d'autant plus fréquent que le premier rapport a eu lieu tôt dans la vie (Fig. 20) (Beck et al. 2007).

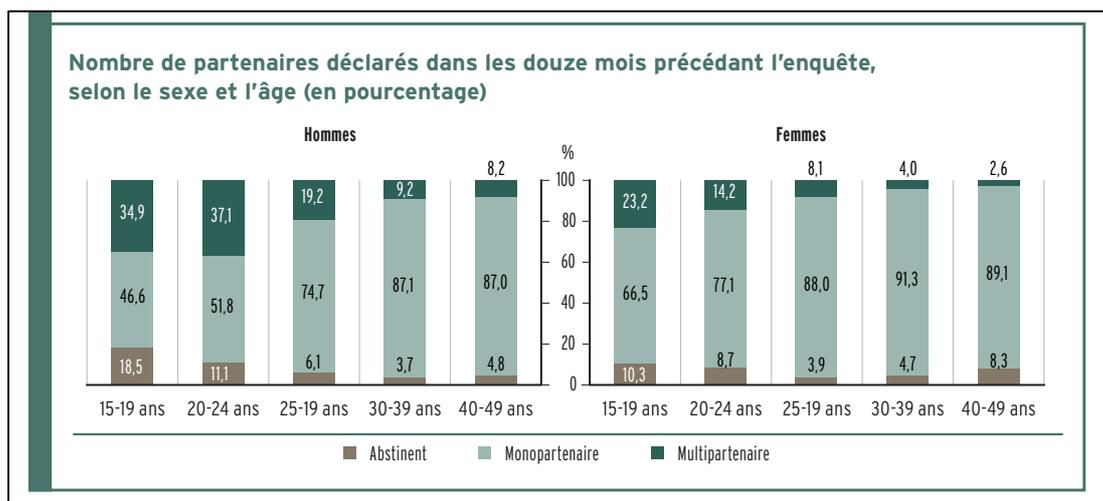


Figure n°20 : Nombre de partenaires déclarés dans les douze mois précédant l'enquête, selon le sexe et l'âge (en pourcentage) Baromètre santé 2005 (Beck et al. 2007)

2.2.3. Utilisation du préservatif en France

Selon l'aide-mémoire n°243 de l'OMS : « le préservatif est la seule méthode contraceptive dont il est prouvé qu'elle réduit le risque de toute infection sexuellement transmissible (IST), y compris l'infection à VIH. ». Son utilisation a eu pour action de baisser considérablement la contamination aux IST bactériennes notamment en Thaïlande où la promotion de l'utilisation du préservatif dans les années 90 a permis au pays de passer de 410 406 cas à 27 362 cas entre 1994 et 1997. L'efficacité de son utilisation fait consensus et n'est absolument pas remise en cause aujourd'hui (OMS, 2000).

Si l'on a vu que le premier rapport sexuel a lieu de plus en plus tôt, on peut se demander si le préservatif masculin et/ou féminin est utilisé lors de ces premiers rapports. Le rapport d'analyse du baromètre santé 2005 nous apportent quelques éléments.

En effet, depuis les campagnes de prévention sur le VIH/sida et l'importance d'utiliser un préservatif (masculin principalement), on a atteint depuis 2000 un seuil très élevé d'utilisation avoisinant les 90 % au premier rapport sexuel ce qui démontre l'efficacité de ces campagnes notamment chez les jeunes (Fig.21).

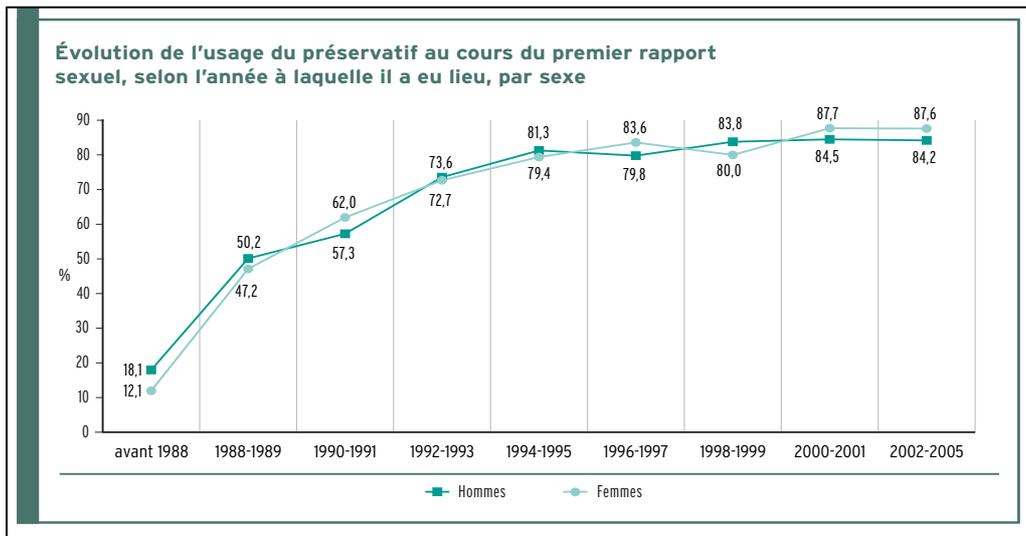


Figure n°21 : Évolution de l'usage du préservatif au cours du premier rapport sexuel, selon l'année à laquelle il a eu lieu et par sexe (Baromètre santé 2005) (Beck et al. 2007)

Qui sont les 10% de jeunes qui n'utilisent pas de préservatif lors de ce premier rapport sexuel ?

Certains facteurs semblent l'expliquer : le préservatif est d'autant moins utilisé que le **premier rapport sexuel est tardif**. Ainsi un homme ou une femme ayant eu son premier rapport sexuel à plus de 20 ans aura moins tendance à se protéger la première fois. Il s'agit du facteur le plus discriminant (Fig. 22) (Beck et al. 2007). Cela est confirmé par l'enquête CSF.

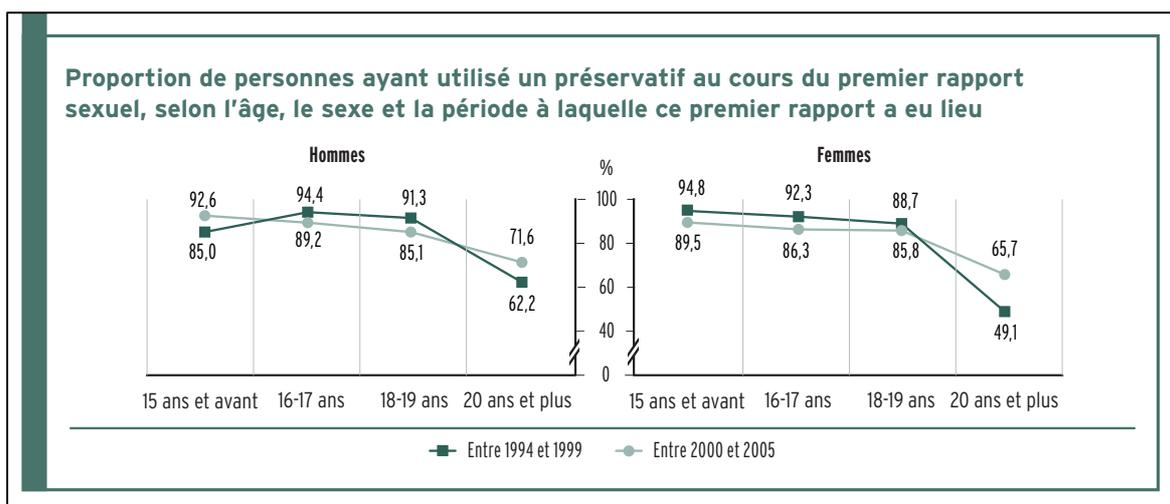


Figure n°22 : Proportion de personnes ayant utilisé un préservatif au cours du premier rapport sexuel, selon l'âge, le sexe et la période à laquelle ce premier rapport a eu lieu (Beck et al. 2007)

Une **pratique religieuse** régulière déclarée conduirait à une moindre utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel (Beck et al. 2007).

Les **femmes n'ayant aucun diplôme** ou un niveau d'éducation peu élevé ont une probabilité trois fois plus importante de ne pas utiliser un préservatif lors du premier rapport sexuel que celles déclarant un diplôme d'étude supérieur (Beck et al. 2007). Cela est également confirmé par l'enquête CSF.

Enfin, les femmes vivant en zone urbaine sont plus nombreuses à déclarer l'utilisation du préservatif lors de leur première fois que **les femmes vivant en milieu rural** (la différence est significative seulement entre les femmes vivant en zone urbaine hors ile de France) (Beck et al. 2007).

Selon le bulletin épidémiologique hebdomadaire 46-47 (Saboni et al. 2012), le préservatif est moins utilisé lors du dernier rapport sexuel par les 18-30 ans en 2010 : 34 % des jeunes hommes contre 22,7 % des jeunes femmes versus 40 % des jeunes hommes contre 30,7 % des jeunes femmes en 1994.

De plus, il tire comme conclusion que : « le préservatif est perçu comme moins efficace et son lien avec les enjeux préventifs moins net, notamment de la part des jeunes [...] Cette perception d'une moindre efficacité reflète probablement en partie le fait que les jeunes, utilisant plus fréquemment le préservatif, sont peut-être plus susceptibles d'avoir déjà été confrontés à des expériences de rupture ou de glissement du préservatif. On observe par ailleurs en 2010 une moindre utilisation du préservatif au moment du dernier rapport. Cette moindre utilisation n'est pas liée à un recours plus fréquent au test de dépistage. »

Enfin, un sondage Ifop pour le Sidaction a été réalisé en 2018 sur un échantillon de 1 002 jeunes représentatif de la population française âgés de 15 à 24 ans. Ils sont **65 % à ne pas avoir utilisé systématiquement** un préservatif lors de leurs rapports sexuels survenus dans les douze derniers mois (détails : 27 % répondent « jamais », 15 % l'utilisent rarement, 23 % l'utilisent souvent mais pas systématiquement) (Ifop 2018).

En 2017, ils étaient 55 % à ne pas avoir utilisé de préservatif avec leur partenaire régulier lors du dernier rapport sexuel.

Ils étaient 26 % à ne pas avoir utilisé de préservatif avec leurs partenaires non réguliers lors du dernier rapport sexuel (la question a été posée uniquement à ceux ayant un partenaire non régulier au moment du sondage). Une enquête auprès des lycéens et étudiants réalisée par la SMEREP en 2017 montrait déjà cette tendance : 37 % des lycéens français et 54 % des étudiants n'utilisent pas systématiquement un préservatif (SMEREP, 2017). Enfin le préservatif semble peu utilisé par la population dans son ensemble lors de pratiques sexuelles orales. En effet selon les données du réseau ResisT sur la surveillance de la syphilis en France entre 2000 et 2009, le préservatif a été utilisé seulement dans 2 % des cas lors de la fellation, tout sexe, orientation sexuelle ou période confondu (Bouyssou et al. 2011).

2.2.4. Pratiques sexuelles en France

Il a été montré en France une diversification des pratiques sexuelles notamment orales comme la fellation et le cunnilingus (Veluire et al. 2011). D'après l'enquête CSF, les **pratiques oro-génitales** ont connu une diffusion très importante dans les années 70 et 80 et s'est poursuivie dans les années 90 et 2000. La fellation est alors devenue une composante classique et ordinaire du répertoire sexuel. Qu'en est-il dans la population des jeunes adultes ?

Ils ont bénéficié de la large diffusion de ces pratiques notamment dû à l'essor et le développement de l'industrie pornographique associé parallèlement à l'arrivée de nouvelles technologies (internet, smartphone...) (Hayez, 2009). Un sondage Ifop pour CAM4 sur 1000 jeunes âgés de 15 à 24 ans nous révèle cette évolution (Fig.23) (Ifop, 2013) :

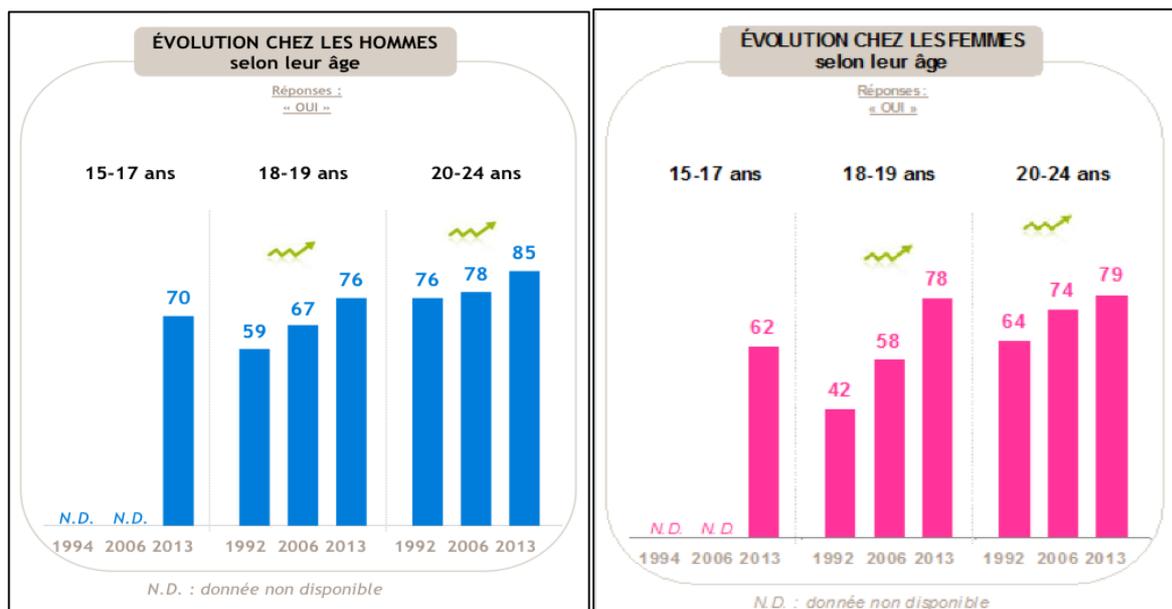


Figure n°23 : Pourcentage de réponse positive à la question portant sur les pratiques orales chez les jeunes adultes en fonction de leurs âges (3 groupes : 15-17 ans ; 18-19 ans ; 20-24 ans) et selon trois années différentes (Ifop, 2013)

D'après ces résultats nous constatons qu'il existe une augmentation des pratiques sexuelles orales chez les jeunes adultes entre 1992 et 2013. Bien qu'une certaine réserve soit à émettre du fait du caractère déclaratif de ces enquêtes, ce biais s'appliquant à tous les échantillons interrogés, nous pouvons conclure à une augmentation de ces pratiques tout en restant prudent sur les chiffres et pourcentages avancés. De plus, comme nous l'avons dit précédemment, l'utilisation du préservatif lors notamment d'une fellation est négligée.

Par ailleurs, la pratique **sexuelle anale** est également en hausse dans l'ensemble de la population française et plus particulièrement chez les jeunes. En revanche, ces derniers ne semblent pas concernés par la fréquentation de clubs **échangistes**, plutôt consacré à la tranche d'âge située entre 25 et 49 ans (ANRS, 2007). Quant au recours à la **prostitution**, les hommes de 20 à 34 ans représentent la plus importante proportion de la clientèle (Chaperon, 2010). Concernant la prostitution des jeunes femmes, notamment des étudiantes en France, les enquêtes sont contradictoires et les chiffres très controversés. Enfin, il existe des **actes sexuels forcés**. D'après l'Ined, les femmes sont bien plus souvent victimes de violences sexuelles que les hommes et les agresseurs sont très souvent des

hommes (Hamel et al. 2016). **1 jeune femme sur 10** de moins de 20 ans déclare avoir été agressée sexuellement au cours de sa vie (Haut Conseil entre l'égalité entre les hommes et les femmes, 2018). Selon l'enquête Virage réalisée par l'Ined en 2015, près de 3/5^{ème} des femmes qui ont été victimes de viol ou de tentative de viol, déclarent que leur première agression s'est produite avant 18 ans et parmi elles, 2/5 avant 15 ans. Les 3/4 des femmes victimes de viols et des tentatives de viols ont été agressées par un membre de leur famille, un proche, un conjoint ou ex-conjoint. Chez les hommes il s'agirait le plus souvent d'un inconnu (Insee). L'enquête ACSJ donnait déjà une idée de cela en 1993 sur les 15-18 ans. En effet selon l'analyse de cette étude, 15,4 % des filles et 2,3 % des garçons déclaraient avoir subi des rapports sexuels forcés. Pour 100 % des filles agressées, l'agresseur était un homme, la plupart du temps connu ou faisant partie de l'entourage. Pour les garçons, il s'agissait dans 72 % des cas, de femmes et dans 28 % des cas, d'hommes.

Les jeunes **hommes ayant des rapports avec des hommes (HSH)** constituent un groupe particulièrement à risque compte tenu du fait du multipartenariat, très présent dans cette population. Une publication datant de 2010 portant sur 20 000 HSH rapporte également une proportion élevée de rapports anaux sans protection tout âge confondu. On peut rappeler que tout âge confondu le taux d'incidence des IST chez les HSH est 200 fois supérieur à celle retrouvée dans la population hétérosexuelle française (Plan de lutte contre les VIH et IST, 2010).

2.3 Connaissances des jeunes en France sur les dangers et les risques des rapports sexuels non protégés

D'après certains auteurs, la première étape afin de prévenir le risque de transmission et endiguer ce problème de santé publique est la transmission du savoir et de la connaissance du sujet et des pathologies. En effet il est nécessaire en premier lieu, de bien intégrer ce qui correspond à un comportement à risque et avoir des connaissances suffisantes sur les IST pour les éviter. La découverte du virus du SIDA a entraîné de la part des responsables politiques et responsables de santé, un bon nombre de campagnes, d'enquêtes nationales et territoriales afin de connaître les connaissances de la population sur les risques de transmission et les moyens de se protéger.

D'après un sondage Ifop en 2018, les jeunes utilisent majoritairement internet (sites et réseaux sociaux) pour obtenir des informations sur le virus du sida et sur les autres IST. Les médias (télévision, radio, presse), le médecin et la famille sont les autres moyens utilisés à moindre mesure (Ifop, 2018).

D'après le baromètre santé 2010 (Inpes, 2010), les 15-30 ans se sentent bien informés sur la santé sexuelle, en particulier le sida et la contraception (entre 88 et 93 %) mais moins bien renseignés sur les IST autres que le sida. Ainsi, un bon nombre d'idées reçues et de préjugés persistent.

L'enquête ACSJ avait mis en évidence à l'époque une bonne connaissance des modes de transmission du VIH. En effet les croyances selon lesquelles le VIH pouvait se transmettre par simple contact ou proximité avec un individu séropositif étaient moins présentes chez ces jeunes.

34-Répondants pour lesquels le VIH peut être transmis	
lors de rapports sexuels	99,6%
en s'injectant de la drogue avec la seringue d'un autre	98,4%
en recevant du sang	92,4%
en donnant son sang	23,7%
en étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée	11,3%
dans les toilettes publiques	10,3%
par une piqûre de moustique	10,2%
Base	4216¹⁰

Figure n°24 : Réponses des interviewés à la question : Comment le VIH peut-il être transmis ? (Lagrange et al. 1995)

Les modes de transmission étaient plutôt bien assimilés néanmoins quelques idées reçues persistaient notamment chez les élèves de filière professionnelles :

Transmission du VIH	Enseignement général et technique	LEP	CFA, OF, CIPPA
dans les toilettes publiques	7,3	13,6	25,0
par une piqûre de moustique	8,2	13,6	17,2
En étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée	7,4	18,1	24,8
en donnant son sang	18,5	33,0	40,6

Figure n°25 : Croyances des jeunes sur les modes de transmissions du VIH par filière scolaire (Lagrange et al. 1995)

L'importance qu'ils accordent à la transmission par contact ou par effets de proximité et de partage de mêmes lieux qu'un patient séropositif, montrait en 1993 que les apprentis intégraient plus mal les connaissances sur le virus (Fig. 25).

On remarque néanmoins dans cette étude que l'évaluation du risque était de plus en plus pertinente avec l'âge. En effet 14% des 15 ans considéraient le risque faible ou nul lors de relations homosexuelles masculines contre 9% à 18 ans.

Le dernier sondage Ifop 2018 sur les 15-24 ans pour le Sidaction rapporte que :

- **20 %** des jeunes interrogés estiment être mal informés sur le VIH/sida.
- **26 %** considèrent qu'il existe des médicaments pour guérir du sida (contre 13 % en 2009).
- **21 %** pensent que le virus du sida peut se transmettre en embrassant une personne séropositive.
- **18 %** pensent que la transmission peut se faire en entrant en contact avec la transpiration.
- **19 %** estiment que la pilule contraceptive d'urgence peut empêcher la transmission de virus (soit +9 points par rapport à 2015)
- **91 % des jeunes pensent que le préservatif est efficace pour empêcher la transmission du VIH/sida (soit une perte de 7 points depuis 4 ans)**
- **14 %** des jeunes de moins de 25 ans admettent avoir été exposés au moins une fois à un risque d'être contaminé par le VIH/sida.
- Pourtant **32 %** considèrent avoir moins de risques que les autres d'être contaminé eux-mêmes, soit un chiffre en hausse de 4 points par rapport à l'année précédente.
- **15 %** n'ont jamais bénéficié d'un enseignement au cours de leur scolarité.
- **67 %** des jeunes estiment que l'éducation nationale n'en fait pas suffisamment en matière d'information sur le VIH/sida.

En observant ces chiffres, on remarque que malgré la large diffusion de l'utilisation du préservatif, il persiste un mésusage ou un manque d'utilisation de celui-ci dans cette population, les fausses croyances étant encore très présentes.

Par ailleurs, le préservatif est plutôt peu utilisé dans le cas de relations sexuelles oro-génitales. Selon une enquête américaine réalisée en 2017 sur plus de 7000 jeunes âgés entre 15 et 24 ans seulement 7,67 % des femmes et 9,3 % des hommes ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport oro-génital. Une enquête française observationnelle multicentrique réalisée à Metz sur 303 étudiants en 2015 semble révéler le même phénomène. En effet 97 % n'utilisent pas le préservatif systématiquement lors d'un rapport oro-génital (Holway et al. 2018; Potoczny et al. 2017).

Selon l'Invs (Saboni et al. 2012) les 18-30 ans sont en 2010, 24,3 % à penser que le VIH peut se transmettre par une piqûre de moustique et 16,8 % à penser que le virus peut se transmettre dans les toilettes publiques.

Toujours selon le BEH 46-47 : « Le VIH/sida semble apparaître comme un risque de plus en plus éloigné des préoccupations, notamment chez les 18-30 ans. Si cette banalisation du VIH est en partie une conséquence du succès des ARV (antirétroviraux) et de l'allongement de la survie des personnes vivant avec le VIH, il convient de renforcer les stratégies de communication face au relâchement des comportements de prévention. »

Quelles sont alors les raisons de non utilisation du préservatif qui reste aujourd'hui le vrai seul rempart aux transmissions des IST ?

Ce n'est pas la non information car aujourd'hui quasiment toute la population y compris les jeunes connaissent l'existence et l'importance de son utilisation. Les raisons évoquées sont généralement la confiance en l'autre, le fait d'avoir fait un dépistage du VIH avant l'acte et le manque de sensation (Ifop, 2018).

Enfin, les données de l'enquête KABP 2010 montraient tout de même que le recours au dépistage dans les 12 derniers mois était plus fréquent chez les jeunes ayant entre 18 et 30 ans (pour 24 % d'entre eux) par rapport aux autres classes d'âges : 14 % chez les 31-44 ans, 10 % chez les 45-54 ans et 6 % chez les 55-69 ans (Inpes, 2011).

2.4. Ce constat ne concerne-t-il que la France ?

Nous avons souhaité comparer les constats de la situation française avec les pays étrangers. Pour cela nous nous sommes appuyés sur deux études, l'une réalisée au Burkina Faso (The Alan Guttmacher Institute, 2004), l'autre comparant les données de 5 pays développés, méta-analyse portant sur le comportement sexuel des adolescents, et réalisée en 2001 (Darroch et al. 2001). Elle regroupe l'ensemble des enquêtes nationales réalisées dans chacun d'entre eux. Cela permet d'avoir un certain nombre d'informations en tenant compte du contexte socio-politique de chaque pays. Les pays étudiés sont la France, la

Suède, la Grande Bretagne (qui comprend l'Angleterre, le Pays de Galles ainsi que l'Écosse), le Canada et les États-Unis.

Tout d'abord nous avons pu mettre en évidence une différence de démographie et d'âge des premiers rapports sexuels. En effet, au Burkina Faso la démographie est différente, 50 % de la population est âgée de moins de 15 ans contre 18,5 % en France (Ined, 2016) et 27 % dans le monde (Ined, 2011). La prévalence moyenne du VIH chez les jeunes burkinabè de 15-19 ans et chez les jeunes de 20-24 ans était respectivement de 0,3 % et de 0,8 % en 2014 sans écart réel entre les femmes et les hommes (0,3 % contre 0,5 %) (Santé des adolescents et des jeunes au Burkina Faso : état des lieux et priorités, 2017). On remarque également que les chiffres entre les hommes et femmes sont inversés par rapport aux chiffres retrouvés en France. En effet, à l'âge de 20 ans, 92 % des jeunes femmes contre 52 % des jeunes hommes ont eu des relations sexuelles. L'âge médian du premier rapport sexuel est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (17,2 ans pour les femmes et 19,7 ans pour les hommes). Cette différence entre les deux sexes est notamment expliquée par le fait que les relations sexuelles surviennent généralement au sein du mariage pour les femmes et hors mariage pour les hommes, que ce mariage survient assez tôt chez les femmes (1/3 des femmes de 15-19 ans sont mariées contre 1 % seulement chez les hommes) et que l'écart d'âge entre les deux conjoints est souvent important (une étude rapporte que dans certaines régions, 1 femme sur 3 âgée de 13 à 19 ans épouse un homme de 15 ans son aîné voire plus).

A ce sujet dans les 5 autres pays développés, les niveaux d'activité sexuelle et l'âge auquel les adolescents deviennent sexuellement actifs ne varient pas sensiblement d'un pays à l'autre. La plupart des mesures indiquent une exposition aux relations sexuelles parmi les adolescents plus faible aux États-Unis que dans les quatre autres pays. Cependant, il existe des différences potentiellement importantes entre les pays en matière d'activité sexuelle chez les adolescents. Aux États-Unis, les adolescents sont les plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Ils semblent également avoir en moyenne des relations sexuelles plus courtes et plus sporadiques. Par exemple, les adolescents américains ayant eu des relations sexuelles au cours de l'année écoulée sont plus susceptibles d'avoir eu

plus d'un partenaire que les jeunes des autres pays, notamment en France et au Canada (Fig. 26).

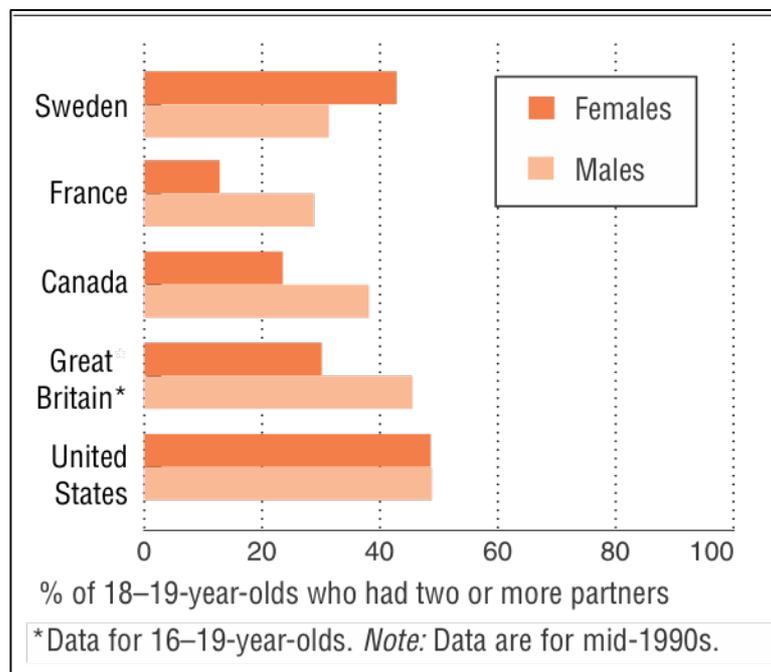


Figure n°26 : Pourcentage des 18-19 ans qui ont eu plus de deux partenaires dans l'année précédente (Darroch et al. 2001)

De plus, nous avons noté une utilisation des mesures de prévention moindre au Burkina Faso par rapport à la France. En effet, grâce aux campagnes de sensibilisation sur le VIH/sida, certains comportements ont été adoptés par les jeunes burkinabè. Trois stratégies avaient été plébiscitées : l'abstinence, la monogamie et le recours aux préservatifs. Celle la plus utilisée par les jeunes burkinabè est l'abstinence ou le fait de retarder les rapports sexuels. Le recours au préservatif reste faible (37 % des hommes et 14 % des femmes l'ont utilisé dans les trois derniers mois). Ce point constitue un défi pour les autorités locales de santé burkinabè. Cependant, il a été noté également que les adolescents américains utiliseraient moins le préservatif par rapport aux autres pays développés. Donc d'après ces auteurs, les jeunes burkinabais et américains sont ceux utilisant le moins les mesures de protection directe comme les préservatifs.

Différence d'accès aux informations, à l'éducation sexuelle, et aux centres de dépistage.

Au Burkina Faso, les jeunes se procurent des informations sur les risques sexuels à la radio, à la télévision et dans la presse écrite. L'information par le biais d'internet ou de l'école n'est peu voire pas citée contrairement aux jeunes français. De plus l'accès à des structures de santé permettant le dépistage est compliqué. En effet seulement 16 sites dans l'ensemble du pays proposent des tests pour le VIH/sida. Le coût élevé de ces tests et l'éloignement des sites est dissuasif pour un grand nombre d'adolescents. Il existe de nombreuses campagnes destinées aux jeunes (distribution de préservatifs, la fondation « save the children » qui fournissent des informations aux jeunes dans les zones rurales, le comité national catholique de lutte contre le sida assure informations et éducation sur les risques liés au VIH etc...). Malgré cela les principaux obstacles à l'information et dépistage restent la peur d'être jugé dans les structures de santé et la nécessité d'avoir une autorisation parentale qui n'est pas obtenu systématiquement surtout pour les jeunes filles. En France l'autorisation parentale n'est pas souhaitée pour effectuer un dépistage ou même recevoir des soins (voir partie 3).

En ce qui concerne les campagnes de prévention, les États-Unis semblent beaucoup plus conservateurs que les autres pays étudiés. En effet, celles-ci mises en place aux États-Unis ont généralement un ton punitif et se focalisent sur les aspects négatifs de la procréation et des IST chez les adolescents plutôt que sur la promotion d'une utilisation efficace des contraceptifs et des mesures de prévention. Les médias ont été utilisés plus fréquemment dans les autres pays pour des campagnes publiques de prévention des IST et du VIH. Les messages sont généralement positifs au sujet de la sexualité et sont plus susceptibles d'être humoristiques que de porter un jugement. Par exemple, le gouvernement suédois collabore étroitement avec les jeunes pour publier un magazine périodique franc et informatif sur des sujets tels que l'amour, l'identité et la sexualité, largement lus par les jeunes. Une campagne menée par le gouvernement en France a utilisé des spots de télévision pour diffuser le message « La contraception : à vous de choisir ». L'éducation sexuelle complète, et non la promotion de l'abstinence, est mise en avant dans les pays où le taux de grossesse chez les adolescentes est faible. En Suède, en France, en Grande-Bretagne et, généralement, au Canada, l'éducation sexuelle n'est pas axée sur la promotion de l'abstinence mais sur l'apport d'informations complètes sur la prévention du VIH et d'autres IST, la prévention de

la grossesse et les contraceptifs (indication sur leurs utilisations et les endroits où les obtenir). L'éducation sexuelle est obligatoire dans les écoles publiques en Angleterre et au pays de Galles, en France, en Suède et est enseignée dans la plupart des écoles canadiennes. En Suède, pays où le taux de natalité chez les adolescentes est le plus faible, l'éducation sexuelle est obligatoire dans les écoles depuis près d'un demi-siècle, ce qui reflète l'acceptation du sujet. En revanche, aux États-Unis, il existe des groupes minoritaires qui font pression sur les écoles pour qu'ils ne permettent pas que des informations sur la contraception soient fournies dans les cours d'éducation sexuelle, et d'importants fonds fédéraux et étatiques visent à promouvoir l'abstinence des célibataires de tout âge, en particulier des adolescents. Les quelque 35 % des établissements scolaires qui imposent l'éducation sexuelle exigent que l'abstinence soit présentée comme la seule option appropriée en dehors du mariage pour les adolescents et que la contraception soit considérée comme inefficace pour prévenir la grossesse et le VIH et les autres IST. La société américaine est très mal à l'aise sur la sexualité en général et surtout sur les attentes en matière de comportements sexuels des adolescents. Ceci est beaucoup moins le cas dans les 4 autres pays. Au Burkina Faso, la communication entre les adolescents et leurs parents sur les questions de santé reproductive n'est pas courante. Une étude portant sur trois grandes villes du Burkina Faso a montré que près de 40 % des adolescents ne se sentaient pas à l'aise pour parler de rapports sexuels et de sexualité avec leurs parents et que près de 60% des parents étaient mal à l'aise pour parler de ces questions avec leurs enfants.

Les taux de IST sont plus élevés chez les adolescents américains que chez les adolescents des autres pays étudiés. Les taux plus élevés d'infection par les IST dans l'ensemble de la population américaine que dans les autres pays de l'étude suggèrent qu'un autre facteur contribue aux taux élevés de IST chez les adolescents. Il s'agirait de la plus grande prévalence des IST bactériennes et virales non traitées chez leurs partenaires.

Pour conclure, il est évident que des disparités d'accès aux soins et de politique de santé sexuelle existent et que les mentalités influencent les décisions politiques. Néanmoins, les autorités mondiales et nationales tentent de plus en plus de mettre en œuvre des politiques efficaces en matière de santé. Selon Manon Bestaux chirurgien-dentiste et sexologue, les chirurgiens-dentistes doivent pouvoir communiquer sur le risque de

contamination orale. En effet le VIH la syphilis ou bien l'herpès sont non seulement des infections qui se transmettent par voie génitale mais aussi par voie buccale. Les chirurgiens-dentistes seraient, selon elle, en première ligne car ont la capacité de travailler dans cette zone hautement symbolique. Les professionnels de santé notamment le chirurgien-dentiste sont en contact permanent avec la population et la jeunesse. Comme nous avons pu le voir les campagnes de prévention ont eu des effets concrets sur le comportement de la population et sur les générations à venir. Le chirurgien-dentiste est en effet aux premières loges non seulement car la bouche constitue un organe sujet aux relations sexuelles mais aussi parce qu'elle peut être révélatrice de maladies au tableau clinique plus général (Bestaux, 2017).

À noter que selon une étude récente KABP réalisé en 2010, c'est chez les jeunes de 18-30 ans que l'on retrouve la plus forte proportion de dépistage dans les 12 derniers mois et autour de 75 % des jeunes accepteraient de se faire dépister chez le dentiste et 85 % chez le médecin ou un service d'urgence.

Il s'agirait aussi pour les chirurgiens-dentistes d'identifier les risques potentiels à partir de certaines caractéristiques du patient notamment son âge, son sexe, son parcours scolaire et d'autres éléments.

	France	Burkina Faso	États unis	Suède (S) et Grande-Bretagne (GB)
Démographe : % de population < 15 ans	18.5%	50%	20%	17%
Age médian des 1ers rapports sexuels	F : 17.6 ans H : 17.4 ans	F : 17,2 ans H : 19,7 ans	17 ans pour les deux sexes	17 ans pour les deux sexes (GB)
Accès aux informations	Internet école	radio, à la télévision et presse écrite	Diffusion difficile d'informations Culpabilisation	Internet, école Responsabilisation des adolescents (S)
Aspect scolaire	éducation sexuelle obligatoire	éducation sexuelle obligatoire	Pression anti éducation sexuelle Abstinence ++	éducation sexuelle obligatoire
Dépistage	- Autorisation parentale non nécessaire - Auto test	- 16 sites dans l'ensemble du pays - autorisation parentale nécessaire		- Autorisation parentale non nécessaire - Auto test
Campagnes de prévention	- Campagnes humoristique, magazines, TV - PrPre	Abstinence ++	Abstinence ++	Campagnes humoristique, magazines, TV
Scolarisations - dans le 1 ^{er} cycle ^µ - dans le 2 nd cycle ^µ	110% 117%	29% 9%	103% 90%	97%-109% 101%-96%
Incidence : - Chlamydia (C) - Gonorrhée (G)	C. : 77 000* ; 257** G. : 39**	C. : 457** G. : 107**	C : 478**	C : 369** (RU) G. : HSH +105% de 2012-2015 (RU)
Syphilis (S)	+56% chez les HSH 2013 et 2015 +85% F ; +75% H	15% dans les zones sub sahariennes	13.4** Californie : 34** (+20% depuis 2016)	S : HSH +95% 2012-2015 (RU)
Prévalence HIV : - Pop globale (PG) - Pop jeune (PJ) ⁺ - Hommes (H) - Femmes (F)	PG : 0.4% P jeunes : 0.1% ^P H : 0,2% F : 0.1%	PG : 1.1% P jeunes : 0.5% H : 0,3% F : 0.6%	PG : 0.6% - 0.8% (2017) P jeunes : 0.3% H : 0,2% F : 0.2%	PG : 0.2%-0.3 P jeunes : <0.1% H : <0.1% F : <0.1%

Tableau n°2 : Comparaison des données obtenues en France, au Burkina Faso, aux états unis d'Amérique, en Suède et en Grande-Bretagne (Pison, 2011 ; Darroch et al. 2001 ; the Alan guttmacher insitute, 2001 ; *nouveaux cas par an. Brouard et al, 2013, BEH ; Ruche La et al. 2015) 17/100000 hab pop générale (0.017%) ; ** : /100000 habitants ; ^µ : cycle dans le secondaire d'après l'Institut de statistique de l'UNESCO (ISU) ; ^P : Dont 12% de 15-24 ans (Guyane > Antilles > IDF) ; ⁺ : 15-24 ans. HSH : Homme ayant des relations sexuelles avec des Hommes. H : hommes, F : Femmes

2.5. Mesures de prévention existantes mondiale et en France pour les jeunes

2.5.1. Dans le monde

L'OMS a mis en place une « *Stratégie mondiale dans le secteur de la santé, sur les infections sexuellement transmissibles, 2016-2021* ». Celle-ci s'appuie sur les résultats de l'évaluation de l'efficacité d'une précédente stratégie mise en place entre 2006 à 2015.

Elle a pour but de renforcer les mécanismes de financement des services relatifs aux IST, d'élargir l'accès à ces services en y intégrant la prévention et la prise en charge des IST, de conseiller les pouvoirs publics sur les mécanismes qui permettent d'étendre les mesures de prévention aux populations fragiles et vulnérables, de renforcer la surveillance afin de mieux connaître la prévalence, l'étiologie et la résistance aux antimicrobiens et enfin d'accélérer l'accès aux innovations (développement de test diagnostiques, vaccins, microbicides).

Cette stratégie repose sur 3 cadres généraux qui sont : la couverture sanitaire universelle, la chaîne de services de lutte contre les IST et une approche de santé publique.

La couverture sanitaire universelle est un moyen permettant à tous les individus mêmes les plus démunis, d'avoir accès aux soins sans que cela n'entraîne de difficulté financière pour celui-ci.

Elle a pour objectif d'améliorer l'éventail et la qualité des services, d'améliorer leur utilisation équitable et optimale et de réduire leur coût (Fig. 27).

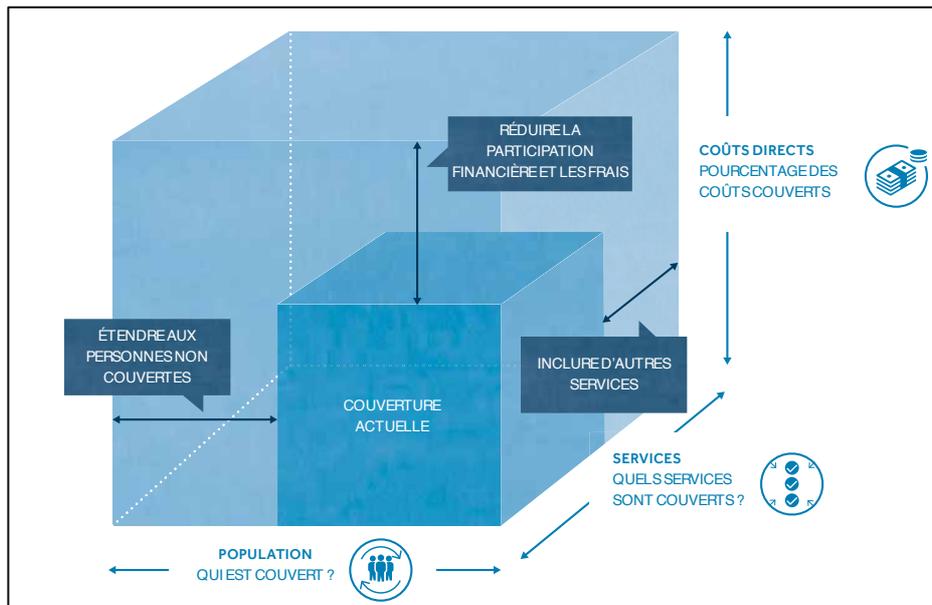


Figure n°27 : Les trois dimensions de la couverture sanitaire universelle (OMS, 2016)

La chaîne de lutte contre les IST est un élément structurel. Elle a pour objectif de mobiliser le plus tôt possible les individus atteints, de les détecter et les traiter et de les maintenir sous traitement afin de limiter les ruptures thérapeutiques (Fig. 28). Cette chaîne comprendrait toutes les interventions nécessaires aux différents niveaux d’actions possibles : c’est-à-dire la prévention, le diagnostic, le traitement et soins afin d’atteindre tous les groupes d’individus.

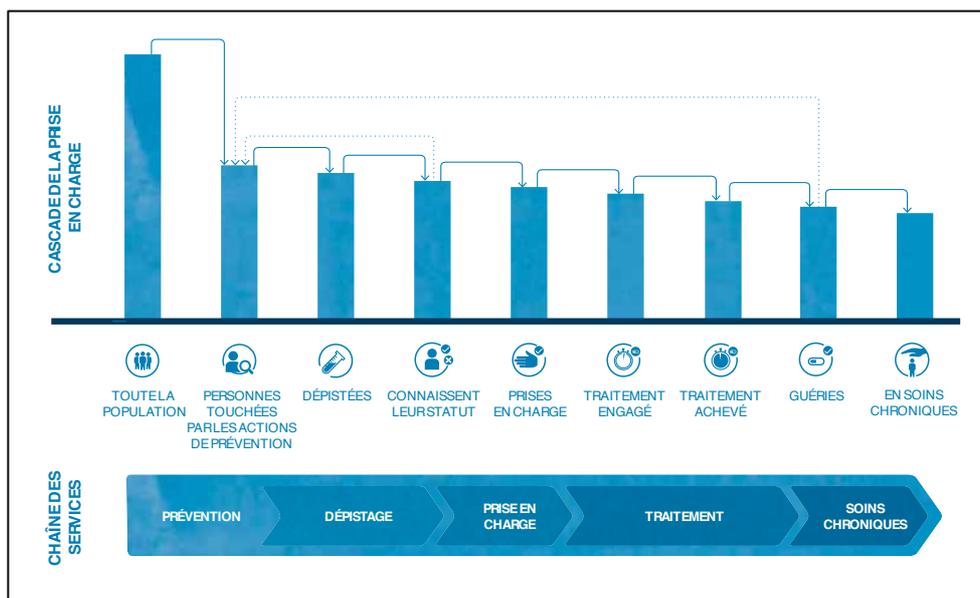


Figure n°28 : La chaîne de lutte contre les IST et la cascade de prise en charge (OMS, 2016)

L'approche de santé publique :

Cette stratégie présente une vision, un but et des orientations stratégiques :

- a. Des données pour cibler les actions
- b. Des interventions à fort impact
- c. Des services dispensés dans une optique d'équité
- d. Des financements pour des actions durables, des solutions financières viables
- e. Des innovations pour accélérer le progrès

Les objectifs de cette stratégie sont d'atteindre le chiffre de zéro nouvelle infection par les IST, zéro décès lié au SIDA et zéro discrimination envers les personnes atteintes. Il s'agira d'éliminer les épidémies d'IST.

Les cibles mondiales pour 2030 sont :

- Réduction de 90 % de l'incidence de *T. pallidum* (année de référence : 2018) ;
- Réduction de 90 % de l'incidence de *N. gonorrhée* (année de référence : 2018) ;
- 50 cas de syphilis congénitale pour 100 000 naissances vivantes au maximum dans 80 % des pays ;
- Maintien d'un taux de couverture 90 % à l'échelle nationale et d'au moins 80 % dans chaque district (ou toute unité administrative équivalente) dans les pays où le vaccin du papillomavirus humain est inscrit dans le programme national de vaccination.

Ces objectifs sont basés sur les repères qui avaient été établis pour 2020 et qui sont les suivants :

- 70 % des pays ont mis en place des systèmes de surveillance des infections sexuellement transmissibles capables de suivre l'évolution vers les cibles pertinentes ;
- 70 % des pays administrent des tests de dépistage du VIH et/ou de la syphilis à au moins 95 % des femmes enceintes ; des tests de dépistage du VIH et/ou de la syphilis à 95 % des femmes enceintes – moyennant un consentement libre, préalable et éclairé dans chaque cas ; et 90 % des femmes enceintes et VIH- positives reçoivent

un traitement efficace ; et 95 % des femmes enceintes positives pour la syphilis ont reçu au moins une dose de benzathine pénicilline par voie intramusculaire ou ont bénéficié d'un autre schéma thérapeutique efficace ;

- 70 % des groupes clés (**parmi les groupes clés, on compte notamment les jeunes**) ont accès à un éventail complet de services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH, notamment à des préservatifs ;
- 70 % des pays proposent des services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles ou orientent vers ces services dans toutes les structures de soins de santé primaire, de prise en charge du VIH, de santé reproductive, de planification familiale et de soins prénatals et postnatals ;
- 70 % des pays administrent le vaccin anti-HPV dans le cadre de leur programme de vaccination national ;
- 70 % des pays rendent compte de la résistance de *N. gonorrhoeae* aux antimicrobiens ;
- 90 % de couverture vaccinale soutenue à l'échelle nationale et au moins 80 % dans chaque district (ou unité administrative équivalente) dans les pays où le vaccin contre le papillomavirus humain est inscrit dans le programme national de vaccination.

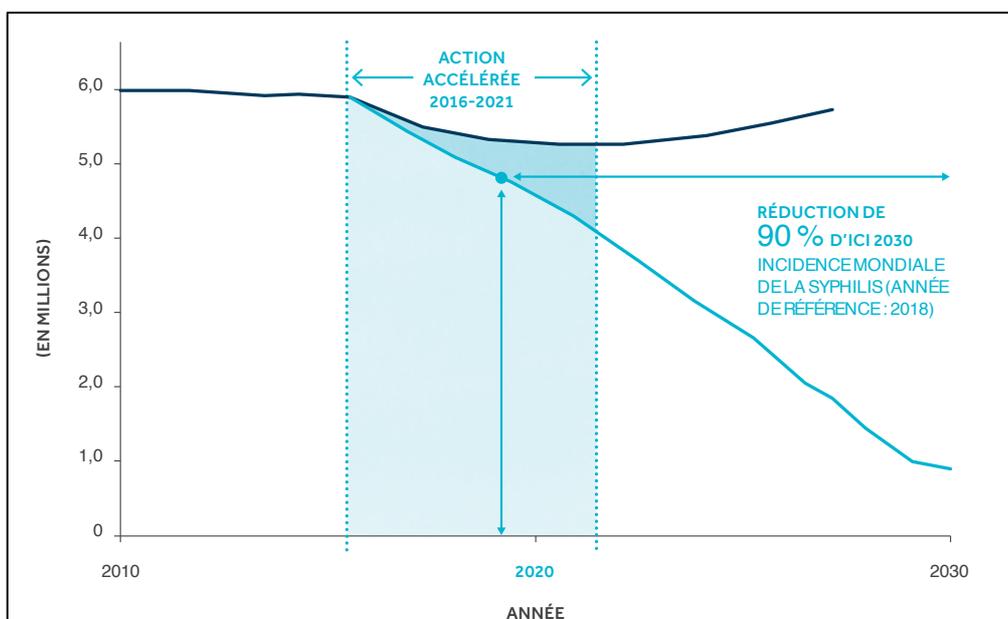


Figure n°29 : Courbe représentant les objectifs de baisse de l'incidence de la syphilis jusqu'en 2030 (OMS, 2016)

Afin d'atteindre ces objectifs, l'OMS a mis en place un certain nombre d'orientations qui vont de la recherche des informations sur le terrain afin d'avoir un rapport sur la réalité de la santé sexuelle dans chaque pays notamment chez les jeunes, à la mise en place de financement et à l'amélioration des services de santé (coordination du secteur privé et public, parvenir à un traitement précoce des IST, accès aux vaccins...).

L'OMS considère que **les jeunes et les adolescents** sont un groupe qui nécessite des efforts particuliers et supplémentaires par rapport au reste de la population.

2.5.2. En France

En France, le ministère de la santé et des sports a mis en place un plan d'envergure nationale de lutte contre le VIH/SIDA et les IST entre 2010 et 2014. Ce plan comportait notamment un bon nombre de mesures pour améliorer la prévention et le dépistage chez les jeunes.

Il s'agissait de renforcer et d'améliorer la perception du risque pour le VIH et les autres IST. D'après le ministère de la santé, cette perception est en effet plutôt en recul, comme le prouve la reprise de comportements à risque (port du préservatif négligé, recours au dépistage plus rare) notamment dans la population des jeunes homosexuels.

Selon les conclusions de ce plan, les jeunes représentent un groupe dont il faut se préoccuper, particulièrement avec les femmes et les personnes en situation de handicap.

C'est une des mesures principales de ce plan qui préconisait de poursuivre la sensibilisation chez les jeunes et d'améliorer leur connaissance sur le VIH et les IST au cours du cursus scolaire et universitaire, de permettre aux jeunes sous protection judiciaire de bénéficier d'actions d'éducation à la vie affective et sexuelle et à la prévention des IST. Il pouvait se faire par l'élaboration d'actions médias adaptés aux jeunes : diffusion de brochures (« Questions ados »), par le renforcement ou la maintenance des distributeurs de préservatif.

Un projet ambitieux qui a néanmoins subi quelques difficultés. Un bilan de ce plan de lutte nationale a été réalisé par le haut conseil de santé publique en février 2016 à la demande du gouvernement : « Concernant la prévention en direction des jeunes scolarisés, la coopération indispensable entre le ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation

nationale reste notoirement difficile, tant au niveau national que sur le terrain où elle s'organise, dans les collèges, les lycées et les centres de formation des apprentis, en fonction du volontariat des chefs d'établissements et des enseignants, en lien avec des associations de prévention aujourd'hui fragilisées. L'éducation à la sexualité reste en termes de réalisation en dessous des référentiels définis par l'Éducation nationale, incomplète et non systématique. »



Figure n°30 : Distributeur de préservatif au sein d'un établissement scolaire

Contexte particulier d'exposition chez les jeunes adultes :

Certaines actions avaient pour but de réduire les prises de risques sexuelles liées au contexte festif. En effet les jeunes sont particulièrement en proie à fréquenter des milieux alcoolisés et où des substances psychoactives peuvent être consommées. Cela peut amener à des comportements à risque. L'objectif des stratégies de prévention était alors de développer des campagnes notamment avec l'aide d'associations afin de s'assurer que la réglementation du marketing de l'alcool est respectée et dénoncer les contournements éventuels notamment ceux qui associent la consommation d'alcool et la performance sexuelle, utiliser les nouveaux modes de communications pour mener des actions de

préventions : grâce au site internet onsexprime.fr, utiliser les réseaux sociaux et évaluer la possibilité de communiquer par SMS avec les jeunes.

Le but de ce plan était également de promouvoir l'utilisation du préservatif masculin et le rendre accessible à tous notamment en réduisant son coût (soutenir le préservatif à 20 centimes en collaboration avec les associations) et en le rendant visible (favoriser sa diffusion dans les hôtels, les buralistes, les discothèques) afin de contribuer à sa banalisation et l'intégrer dans une approche globale de la santé sexuelle.

De plus une consultation prévention pour les jeunes de 16 à 25 ans était prévue dans le plan santé jeunes parallèlement à la diffusion du classeur INPES « ENTRE-NOUS » auprès des médecins généralistes pour aider ces professionnels à aborder ces questions avec les jeunes. En 2017, une stratégie nationale de santé sexuelle a été mise en place. Elle rentre dans la continuité du plan de lutte contre le VIH/SIDA et les autres IST.

Cette stratégie a pour objectif qu'en 2023, 100 % des jeunes reçoivent une éducation sexuelle de qualité et une sensibilisation sur les risques (IST) tout au long du cursus scolaire venant répondre au manque d'information ressenti par certains jeunes au sein de leurs parcours scolaires. **La totalité des organismes de formation continue des professionnels de santé doivent pouvoir proposer une formation sur la santé sexuelle.** Les parents sont également inclus dans cette approche. En effet, il est prévu de renforcer les compétences des parents en leur apportant tous les outils nécessaires ainsi qu'en s'appuyant sur un certain nombre de dispositifs mis en place par l'éducation nationale (espace parents, mallette des parents, Eduscol...), dans les caisses allocations familiales, via des médiateurs de santé associatifs.

Enfin, elle a pour objectif de renforcer les moyens interactifs notamment en ajoutant au site <https://boussole.jeunes.gouv.fr>, un volet sur la santé sexuelle. Cela permettrait à un jeune en fonction de sa situation, d'obtenir une réponse ou d'être orienté vers un service à proximité capable de lui apporter des réponses et le conseiller.

Le conseil national du sida et des hépatites virales a également fait plusieurs propositions sur la question de la prévention chez les jeunes en 2017. Dans ce rapport, 36 recommandations ont été faites, notamment de développer les offres dématérialisées de dépistage des IST. Il s'agit d'installer progressivement l'auto-prélèvement, en commençant

par la chlamydia sur le modèle de l'expérimentation « chlamyweb » et de contrôler le prix des autotests VIH accessibles légalement sur les sites internet des pharmacies. Ces autotests peuvent être commandés sur ces sites sans prescription et permettent une confidentialité et solutionne, en partie, la contrainte liée notamment à l'éloignement des structures médicales d'un certain public. Cela apporte alors une offre complémentaire. Les autotests sont disponibles depuis 2015 en France et 140 000 ont été vendus entre son introduction et 2017.

Pour conclure, les relations sexuelles chez les jeunes surviennent à un âge de plus en plus précoce, sont de plus en plus diversifiées et implique plus de rapports oro-génitaux et un plus grand nombre de partenaires. Les risques associés à ces pratiques sont aujourd'hui mal connus dans la population notamment par les jeunes et de nombreuses idées reçues participent à une diminution de l'utilisation des mesures de prévention de contraction des IST. Ces chiffres et constats varient selon les pays, mais il est mis en évidence une relation claire entre l'existence de mesures de prévention et une moindre augmentation des IST, notamment en France. Ainsi, l'augmentation des IST en France est notable mais moindre qu'aux états unis et au Burkina Faso, pays où les mesures de prévention sont plus punitives et où l'abstinence est présentée comme la méthode de choix de protection contre les IST. Face à cette nette augmentation de l'incidence des IST chez les jeunes et tout particulièrement chez les HSH, tout acteur de santé doit être amené à participer à la diffusion des mesures de prévention. C'est ce qui est mis en œuvre par les autorités et les associations qui y consacrent leurs activités.

Les autorités placent le médecin généraliste et les centres de dépistage au cœur des actions de prévention. Ne devrait-il pas y avoir une place du chirurgien-dentiste ? En effet, pour de nombreuses raisons, les adolescents et jeunes adultes sont souvent amenés à consulter leur dentiste, pour les plans d'action BBD accessibles à plusieurs âges, pour les soins de lésions carieuses, ou tout simplement dans le cadre de leur suivi annuel. Ainsi, le chirurgien-dentiste peut jouer un rôle dans la prévention des IST en informant ses patients, mais également dans la détection des lésions suspect et dans leur prise en charge.

3. Le rôle du CD dans la prévention, la détection et la prise en charge des IST chez les jeunes adultes

Le CD peut donc être amené à jouer un rôle pilier dans la prévention, la détection, le dépistage et la prise en charge des IST chez les jeunes adultes.

Pourquoi ?

Tout d'abord parce que les jeunes adultes sont amenés à consulter le CD. En effet, ceux-ci consultent souvent dans les cadres de bilan bucco-dentaire (BBD), obligatoires à 6 et 12 ans mais également accessibles à 15, 18, 21 et 24 ans (Traver et al. 2014). De plus, le risque carieux chez les adolescents reste aujourd'hui important puisqu'entre 33 % et 58 % d'entre eux sont atteints de lésions carieuses, (Traver et al. 2014), les amenant à consulter régulièrement leur praticien référent. A cela s'ajoute grands nombres de causes de consultations, comme par exemple, les malpositions dentaires nécessitant des traitements orthodontiques, etc.

Mais surtout, un grand nombre d'IST se manifestant par des signes cliniques au niveau de bouche. Ainsi, le CD est amené, en tant qu'expert de la cavité orale, à détecter des lésions suspectes, et à dépister et diagnostiquer ces pathologies.

Quand ?

Cette prévention et détection doit se faire à chaque consultation, lors de 1^{ère} consultation et également lors des suivis réguliers.

Comment ?

Pour cela, le CD peut réaliser une prévention des IST, même en l'absence de suspicion et dès le jeune âge, en abordant le sujet de la sexualité et en expliquant les risques associés à certaines pratiques. De plus, en réalisant un interrogatoire averti, et un examen complet systématique des muqueuses, il peut détecter des lésions en rapport avec des IST, comme par exemple les érosions labiales, les vésicules, un liseré gingival ... Le praticien doit pouvoir y associer une suspicion d'IST, les prendre en charge et/ou orienter le patient vers une consultation spécialisée notamment dans les services de maladie infectieuse.

Limites

Cependant, il existe de nombreuses limites à cette prise en charge en cabinet de ville, notamment du fait du manque de formation des praticiens à la prévention et à la détection de ces maladies, mais également, au niveau de certains aspects médicaux et légaux.

Le CD est donc un interlocuteur privilégié des jeunes adultes. A plusieurs étapes durant sa consultation il peut être amené à détecter une IST. Il peut aussi participer à la prévention en expliquant aux jeunes les risques et les modalités de contagion.

3.1. Un entretien médical attentif et un examen clinique complet, conditions indispensables à la détection et au dépistage

3.1.1. Entretien médical

L'interrogatoire médical apporte un nombre considérable d'informations permettant d'orienter la démarche diagnostique. Il doit être systématisé et laisser place à certaines adaptations en fonction des réponses du patient.

Il commence par l'enregistrement des **données civiles** (nom, prénom, âge, sexe, profession...) puis par des questions faisant référence au **motif de consultation**. **Les symptômes sont recueillis** et détaillés. Il s'agit d'une étape cruciale qui demande **concentration et écoute** de la part du praticien. La **chronologie des faits, la récurrence, la fréquence, la recherche d'un facteur déclenchant, leur mode évolutif, la présence de douleur ou non, son intensité ainsi que leur prise en charge thérapeutique** sont des notions à aborder (Maladière et al. 2008).

Il semble important de laisser le patient s'exprimer avec **ses propres mots** en le guidant **sans l'influencer**.

L'entretien se poursuit avec la recherche d'**antécédents médicaux et chirurgicaux** personnels et familiaux à priori en lien ou non avec les symptômes actuels, **des médicaments** pris par le patient en dressant une liste exhaustive, **d'allergies, de l'état**

vaccinal et **des affections de nature héréditaire**. Il peut se terminer par le recueil **des habitudes de vies** : la consommation de tabac et d'alcool (intoxication alcoolo-tabagique ?), **les habitudes alimentaires** et enfin **les habitudes sexuelles** (se protègent-ils ? multiplicité des partenaires ? Connaissance des risques ?). Il est nécessaire d'aborder ces thèmes, notamment d'interroger le patient sur l'existence de comportements « à risque », sexuels ou addictifs.

Pour aborder plus facilement le dépistage durant l'entretien médical il est nécessaire de respecter certains points (Catherine et al. 2017):

- Mettre des documents d'information en salle d'attente notamment des affiches à destination des plus jeunes (campagne incitant l'utilisation du préservatif ou le dépistage) ;
- Aborder avec tact le thème de la sexualité en étant respectueux de l'intimité du patient et de sa vie privée ;
- Intégrer un test de dépistage au sein d'un bilan plus complet (avec l'accord du patient) ;

Durant l'interrogatoire médical, un bon nombre d'éléments peuvent être observés notamment certains signes exobuccaux.

3.1.2. Prévention chez les adolescents et jeunes adultes

Selon l'OMS, la prévention a été décrite comme ayant trois volets, **la prévention primaire** qui consiste à faire diminuer l'incidence de la maladie c'est-à-dire à faire réduire l'apparition de nouveaux cas. À ce stade, les comportements individuels à risque sont pris en compte. **Une éducation à la santé** est nécessaire afin d'apporter le maximum d'informations, transmettre les aptitudes nécessaires aux patients afin d'améliorer leurs compétences en santé et ainsi favoriser la santé des personnes et des communautés (OMS, 1999 ; rapport Flajolet, 2008).

La prévention secondaire a pour but de faire diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Cela regroupe alors l'ensemble des actes destinés à agir au tout début de l'apparition de la maladie afin de s'opposer à son évolution ou de faire disparaître les

facteurs de risques (lésions muqueuses, chancre etc.). Le **dépistage**, le **diagnostic** et le **traitement** pour éviter la progression de la maladie font partie intégrante de la prévention secondaire.

La prévention tertiaire se fait lorsqu'il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population pour une pathologie considérée. Il s'agit de faire diminuer les effets et les séquelles d'une pathologie ou de son traitement (Rapport Flajolet, 2008).

3.1.3. Le risque du sexe oral

Le sexe oral comporte un risque de transmission d'IST mais est souvent vu par les jeunes comme une pratique moins risquée que les autres (Kumar et al. 2015). De ce fait, il est important pour le chirurgien-dentiste de savoir communiquer sur le risque du sexe oral et sur les moyens de prévention existant. Comme nous l'avons vu précédemment le sexe oral est pratiqué par de nombreux jeunes et constitue parfois le premier rapport sexuel (Kumar et al. 2015).

Dans la littérature scientifique, il est difficile de trouver des articles qui font consensus sur les risques liés à l'ensemble des pratiques sexuelles orales.

Le VIH est rarement transmis par le sexe oral mais un risque existe tout de même. Il existe un nombre faible de rapport de cas dans la littérature scientifique impliquant le sexe oral dans une contamination. Le risque de contamination est plus faible que lors d'une relation génito-génital. En 2002, une étude sur 135 individus ayant des rapports sexuels oraux non protégés sur 10 ans a été menée et aucune séroconversion n'a été observée (Romero del, 2002 ; **Kumar et al. 2015** ; Genné, 2013 ; Scully et al. 2000 ; Hawkins, 2001).

La syphilis et le HSV semblent plus concernés par la transmission lors de ces rapports (Genné, 2013). En effet, la salive est contaminée et le contact avec les lésions permet une transmission facile lors de ces rapports pour le HSV (HAS, 2016). Le contact avec le chancre syphilitique (sur le gland ou l'anus) ou les lésions de la syphilis secondaire (qui ont une concentration de Tréponème élevée) asymptomatiques lors d'un rapport sexuel oral peut être la cause de transmission. Une étude réalisée à Chicago entre 2000 et 2002 a montré que 13,7 % des transmissions sont attribuables au sexe oral (Romero del, 2002).

Chez le chirurgien-dentiste, la prévention se fait au travers de conseils utiles afin d'apporter au patients les informations nécessaires pour qu'il adopte un comportement moins risqué. Il doit ainsi accompagner le patient et apporter des réponses aux éventuelles questions posées notamment par un jeune adulte ou un adolescent qui se présenterait au cabinet dentaire. Le port du préservatif systématique, éviter le sexe oral en cas de lésions buccales, avoir une bonne hygiène bucco-dentaire car l'inflammation gingivale favorise la transmission d'IST sont des informations que l'on doit pouvoir apporter aux patients (Catherine et al. 2017 ; Kumar et al. 2015).

La prévention secondaire se fait par un diagnostic précoce en proposant à ces patients une visite régulière au cabinet dentaire afin de pouvoir repérer d'éventuelles lésions asymptomatiques suffisamment tôt. La prise en charge des premières lésions peut également se faire selon l'IST contractée par le chirurgien-dentiste ou le chirurgien oral.

3.1.4. L'Examen clinique complet systématique du chirurgien-dentiste, premier outil de détection

L'étymologie du mot « Examen » vient du grec « ex » qui signifie « sortir » et « amen » qui signifient « groupe ». Il consiste à sortir d'un groupe, les signes pathologiques. (Examen clinique en stomate réf). Il est dit « clinique » lorsqu'il se pratique au lit (kline) et donc au fauteuil dans notre spécialité.

Compte tenu de la complexité de l'anatomie buccale, il est parfois plus simple de la représenter sous forme de schémas (Fig. 31 A-B). Ils doivent être présents dans le dossier du malade afin d'y mentionner avec le plus de précisions possibles, les lésions constatées (siège précis, formes et dimensions) (Maladière et al. 2008).

Un examen clinique accompagné d'un interrogatoire médical complet est indispensable à la prise en charge optimale d'un patient en consultation. Il doit être fait de manière à aller du

plus général au plus précis afin de réduire progressivement son champ d'investigation et de recherche en allant de l'extérieur de la bouche à l'intérieur de celle-ci.

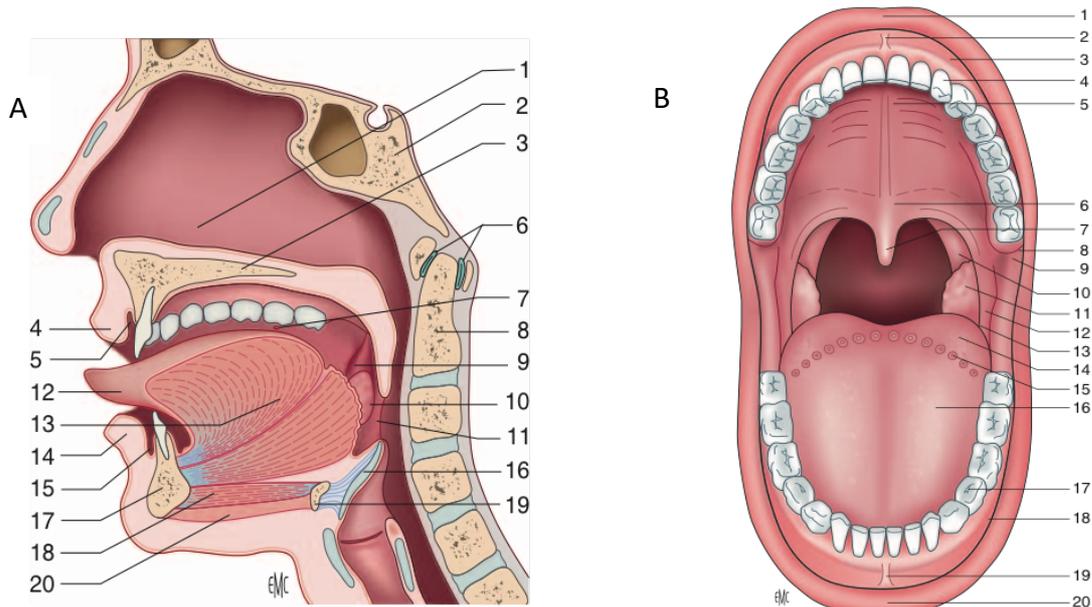


Figure n°31 : (A) Cavité buccale et pharynx, (B) Cavité buccale vue antérieure
(Maladière et al. 2008)

Examen clinique :

- *Examen exobuccal*

Cet examen nous permet de mettre en évidence avec une inspection et palpation des téguments les colorations, ou la présence de lésions cutanées associées aux symptômes oraux. De plus, il est indispensable de réaliser un examen des ganglions cervicaux, zones très fréquemment impliquées lors de la contraction d'une IST (Fig. 32).

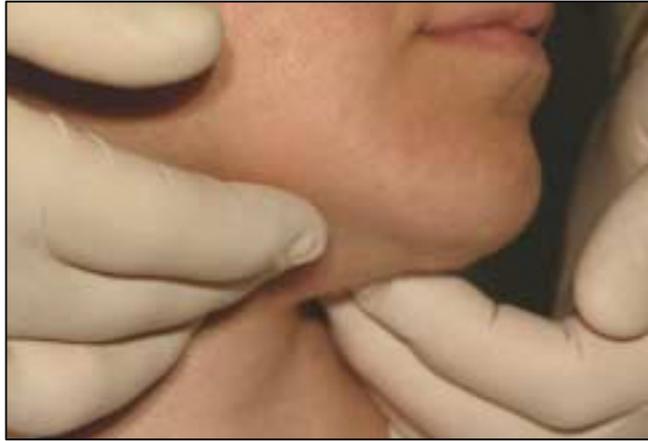


Figure n°32 : Palpation des ganglions lymphatiques sous mandibulaire (Lalonde, 2004)

- *Examen endobuccal*

Il doit être **méthodique** et **systématique**. L'inspection se fait sur une muqueuse sèche et dépliée à l'aide d'un **abaisse langue, d'un miroir et de compresses**. La palpation se fera avec des gants non stériles.

La traction de langue à l'aide de deux doigts et une compresse autour de la pointe de la langue facilite son examen complet (Fig. 33).



Figure n°33 : Mise en évidence du bord latéral droit de la langue par traction de celle-ci (Lalonde, 2004)

On inspectera l'ensemble des faces de la langue : la face ventrale, le dos de la langue ainsi que les bords dans leur ensemble (Lalonde, 2004).

On examinera l'ensemble de la muqueuse buccale en relevant et décrivant avec précision la présence de lésions : **site, étendue, volume, contour, taille, couleur, forme, aspect de surface, souplesse, le fond, les limites nettes, bourgeonnement, hémorragie spontanée ou provoquée**, ainsi que leurs **modes évolutifs**.



Figure n° 34 : Inspection de la muqueuse buccale (Lalonde, 2004) : Inspection du versant interne de la lèvre inférieure, muqueuse jugale, versant interne de la lèvre supérieure, palais.

- *Examens complémentaires peuvent être effectués*

Des examens **cytologiques, histologiques, microbiologistes** ainsi que **immunologiques** peuvent être demandés. Il faut alors procéder à des prélèvements par raclage, écouvillonnage, frottis buccaux ou biopsies et envoyer cela au laboratoire avec toutes les informations nécessaires.

Des examens radiographiques : retro alvéolaire, panoramique, CBCT, scanner

Des analyses sanguines : NFS (numération formule sanguine), plaquettes, sérologies (HIV, hépatites...).

Ainsi, par l'entretien clinique et l'examen complet bucco-dentaire, le praticien doit pouvoir détecter les situations à risque de contraction d'IST ainsi que les lésions buccales existantes. Il reste ensuite à savoir y associer les diagnostics. C'est à cette étape, que si le CD n'arrive pas à y associer un diagnostic précis, il doit pouvoir orienter rapidement vers un spécialiste. Toutes lésions de la muqueuse buccale doivent nécessiter un avis spécialisé dans le cas où le praticien l'ayant détecté ne peut pas y associer un diagnostic positif.

3.2. Aspects cliniques des lésions

Les IST peuvent se présenter sous plusieurs formes cliniques et il est nécessaire de savoir associer à certaines lésions des suspicions de pathologies infectieuses.

3.2.1. HPV

Les pathologies de la cavité orale induites par l'infection par le HPV comprennent les papillomes squameux, les verrues vulgaires, les condylomes acuminés ainsi que l'hyperplasie épithéliale focale (maladie de Heck) (Bruce et al. 2004 ; Veluire et al. 2011 ; Płynia et al. 2014).

Aujourd'hui il est admis que les HPV retrouvés au niveau de la cavité orale ne sont pas oncogènes (Foy et al, 2106).

Le papillome est un terme employé pour désigner une lésion exophytique bénigne, focale, multiples ou solitaire. Des études semblent montrer qu'il existe une corrélation entre la morphologie du papillome et le type de HPV impliqué (Praetorius, 1997).

Les papillomes squameux se présentent sous forme de papules exophytiques dit en forme de « chou-fleur » s'étendant sur toutes les muqueuses buccales y compris les lèvres (Fig. 35). La verrue vulgaire en plus d'avoir un aspect exophytique, est blanche, circulaire, circonscrite et sessile. Elle peut être multiple mais est le plus souvent isolée, localisée au niveau des lèvres, du palais, du procès alvéolaire et de la gencive. La verrue est d'ailleurs le plus souvent retrouvée chez les jeunes adultes.

Les verrues génitales sont généralement induites par les HPV 6 et 11 et ce sont celles qui se retrouvent dans la sphère orale par transmission sexuelle (Bruce et al. 2004 ; Lescaille et al. 2011).



Figure n°35 : (A) papillome au niveau du plancher de 1 cm HPV+ chez un homme de 40 ans, HIV+ ; (B) Condylome lingual HPV+ chez une femme de 50 ans sous immunosuppresseurs.

(Rochefort, service odontologie, Pitié-Salpêtrière)

Le condylome acuminé aussi connu sous le nom de verrue vénérienne est le signe de transmission sexuel le plus fréquemment rencontré (Prabhu et al. 2013). Il apparaît 1 à 3 mois après avoir eu un rapport sexuel avec un partenaire infecté (Choukas et al. 1982).

Il est principalement à localisation ano-génitale mais des lésions au palais ainsi qu'à la langue ont été rapportés résultant probablement d'une transmission sexuelle ou d'une auto-inoculation.

Cliniquement, le condylome acuminé est une lésion également exophytique blanchâtre ou grise, semi-sessile, mais parfois semi-pédiculé ou complètement pédiculé. La surface est irrégulière, soit semblable à une petite « mûre » avec de petits nodules, soit condylomateuse avec de plus gros nodules irréguliers (Fig. 36). Ils sont parfois multiples (Praetorius, 1997). Ce sont les HPV 6, 11 et 16 qui y sont généralement retrouvés.



Figure n°36 : Condylome acuminé oral (Praetorius, 1997)

L'hyperplasie épithéliale focale ou maladie de Heck est une affection virale rare de la cavité buccale fréquente chez l'enfant mais qui se produit aussi chez les jeunes adultes (Prabhu et al. 2013 ; Youcef, 2014). Cliniquement, il s'agit de papules plates ou convexes, molles, sessiles et surélevées, pouvant être isolées, mais généralement multiples. Lorsqu'elles sont regroupées, elles peuvent prendre l'apparence de pavé. Ils sont localisés dans la muqueuse buccale exclusivement. Par ordre de fréquence : la muqueuse labiale inférieure, la muqueuse buccale, les commissures labiales, la muqueuse labiale supérieure, la langue, la gencive, la muqueuse alvéolaire et enfin la muqueuse du palais (Prabhu et al. 2013). La couleur peut varier du rouge au gris en passant par le blanc, en fonction de l'absence, de la présence et du degré de kératinisation, qui, s'il est présent est de nature traumatique (friction) (Praetorius, 1997). Les HPV 13 et 32 sont responsables de cette maladie.

Localisation de l'infection	Lésions	Types viraux impliqués
Peau	Verrues plantaires	1, 2, 3, 4, 7, 10, 57, 60, 63 27 et 49 chez les patients immunodéprimés
	Epidermodysplasies verruciformes	5 ⁽¹⁾ , 8 ⁽¹⁾ , 9, 12, 14 ⁽¹⁾ , 15, 17 ⁽¹⁾ , 19, 20 ⁽¹⁾ à 25, 36, 46, 47 ⁽¹⁾ , 50
Muqueuse génitale	Carcinome du col utérin	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68 ⁽²⁾
	Lésions dysplasiques	6, 11, 30, 40, 42 à 44, 56 à 58, 61, 62, 66
	Condylome acuminé	6, 11
	Tumeur de Buschke-Loewenstein ⁽³⁾	6, 11, 54
	Maladie de Bowen ⁽⁴⁾	16, 34
Muqueuse oro-pharyngée	Hyperplasie épithéliale focale	13, 32
	Papillomatose orale floride	6, 11, 16
Muqueuse laryngée	Papillomes laryngés	6, 11, 32

Figure n°37 : Les différents types de lésions et le génotype viral du HPV associé
(Beaudin et al. 2015)

Les cancers de la tête et du cou comprennent les cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx, du larynx, du tractus nasal ou nasopharynx. Collectivement, ils constituent le sixième type de cancer le plus répandu dans le monde. Plus de 90 % de ces cancers sont des carcinomes épidermoïdes (Fig. 38).

L'incidence globale des cancers oropharyngés chez des patients non exposés aux facteurs de risques connus que sont le tabac et l'alcool augmente, en particulier au niveau de la base de la langue et des amygdales. Ces résultats suggèrent un rôle possible des facteurs de risque autres que le tabac et l'alcool (Prabhu et al. 2013). Dans ce contexte, les HPV ont reçu une attention particulière ces dernières années. L'infection orale à haut risque de HPV s'est avérée associée à un risque accru significatif de développer un cancer oropharyngé. Selon les études, la présence de HPV est retrouvée dans 40 à 80 % des cancers de l'oropharynx aux États-Unis et dans des proportions encore plus importantes en Suède (Lescaille et al. 2011). Des chercheurs ont conclu que le HPV semble jouer un rôle étiologique dans de nombreux cancers de l'oropharynx (Herrero et al. 2003). Enfin le cancer de l'amygdale est le plus souvent associé à l'HPV et le type HPV 16 y serait présent selon les études dans 60 à 93 % des cas (Lescaille et al. 2011).

Enfin, d'après certains auteurs, il existe des preuves suggérant que les facteurs de risque de cancers de la tête et du cou positifs au HPV augmentent avec un nombre croissant de partenaires sexuels oraux et vaginaux, des antécédents de verrues génitales et un âge plus précoce lors du premier rapport sexuel (Prabhu et al. 2013).



Figure n°38 : Carcinome épidermoïde oropharyngé secondaire à une infection au HPV
(Fernandez-Lopez et al. 2017)

3.2.2. Herpès (HSV 1 et 2)

Les manifestations cliniques d'une infection à l'herpès simplex virus diffèrent selon sa localisation et son stade infectieux : primo infection, excrétion virale asymptomatique ou récurrences.

En primo infection :

La primo infection orale (HSV1) se présente sous la forme d'érosions multiples, polycycliques, diffuses et algiques couvertes d'un enduit blanchâtre, associées à des adénopathies symptomatiques. L'extension des lésions se fait en quelques heures dans un contexte fébrile et d'altération de l'état général, avec une évolution spontanément favorable en 10-15 jours (CEDEF, 2012).

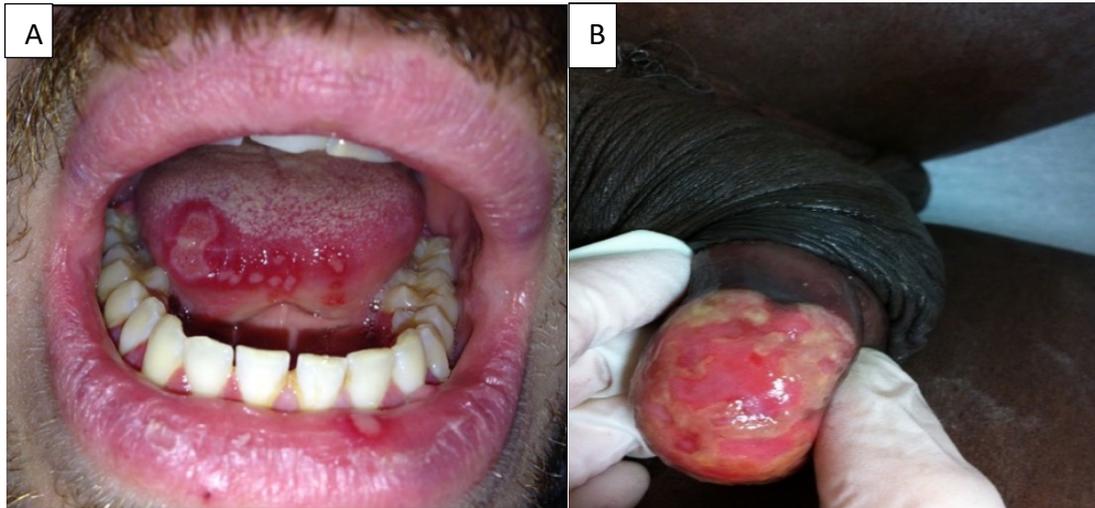


Figure n°39 : (A) Primo infection herpétique orale chez un jeune homme ; (B) primo infection herpétique génitale chez un jeune homme (Rochefort, 2017).

L'excrétion virale asymptomatique :

Elle n'est pas associée à des lésions cliniques (Milpied et al, 2016).

Les récurrences :

Orales comme génitales, elles sont précédées de prodromes, comme une sensation de cuisson avant apparition d'une plaque érythémateuse précédant en quelques heures des vésicules en bouquet.

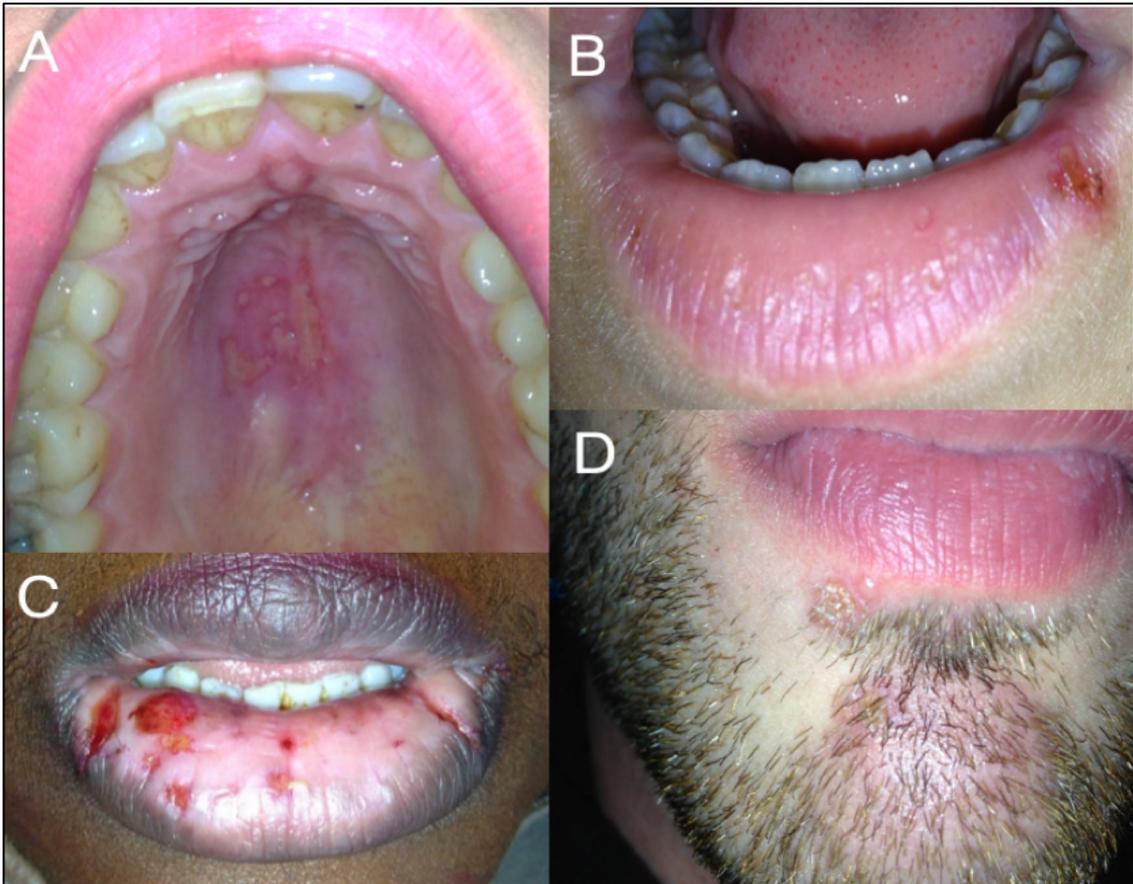


Figure n°40 : Quatre exemples de récurrence herpétique orale : (A) Localisation palatine d'érosions post-vésiculeuses confluentes chez une femme de 25 ans ; (B) Localisation labiale au début du stade coûteux post-éruptif chez une femme de 34 ans ; (C) Récurrence herpétique labiale chez une femme de 40 ans ; (D) Aspect croûteux post-éruptif au niveau cutané du menton chez un homme de 25 ans (Rochefort et al, 2017)

L'ampleur des manifestations est variable pouvant aller du bouton de fièvre classique à des tableaux cliniques plus complexes. En effet, des complications peuvent survenir. Un herpès peut évoluer vers un érythème polymorphe, pathologie bulleuse cutanéomuqueuse dont il est la cause la plus fréquente (HAS, 2002 ; Rochefort et al. 2016). Il peut aussi se compliquer d'atteintes viscérales nécrotiques chez les patients immunodéprimés, de la greffe d'un herpès sur un eczéma persistant (syndrome de kaposi-Juliusberg) ou d'un risque d'hépatite fulminante ou de méningite notamment chez les femmes enceintes (CEDEF, 2012).

3.2.3. Syphilis

Syphilis primaire :

La syphilis primaire est associée à une lésion appelée « chancre syphilitique » et se produit au niveau du site d'inoculation c'est-à-dire au niveau du site de pénétration de la bactérie dans la muqueuse (Bruce et al. 2004). Cela peut se produire sur la muqueuse génitale ou orale ainsi que sur toute partie du corps pouvant être exposée comme les doigts ou le cou (Hook, 2017). Ces lésions peuvent parfois être sous-estimées ou négligées par le patient et ainsi passer inaperçues. Le chancre est accompagné d'adénopathies algiques ou non (Hook, 2017). La lésion est une ulcération indurée indolore avec une bordure en relief souvent solitaire et qui apparaît 2 à 3 semaines après le contact avec une lésion infectieuse d'un individu porteur. L'ulcération peut être recouverte d'une fine couche de fibrine, ce qui donne un aspect blanc à la lésion (Fregani et al. 2017).

Elle est asymptomatique, mais très contagieuse. Les lésions ne sont pas exsudatives et disparaîtront finalement sans laisser de cicatrices après 3 à 6 semaines sans traitement et en quelques jours avec un traitement (Bruce et al. 2004 ; Hook, 2017) (Fig. 41).



Figure n°41 : Chancre syphilitique de la lèvre inférieure (Rochefort, service odontologie, Pitié-Salpêtrière)

Syphilis secondaire :

Cette phase secondaire fait suite au chancre syphilitique non traité. Elle est aussi connue sous le nom de la « grande imitatrice ». En effet, celle-ci peut se manifester cliniquement de multiples façons, impliquant la muqueuse buccale, et imitant, cliniquement et histologiquement, plusieurs maladies, rendant le diagnostic difficile pour les praticiens. Les manifestations secondaires de la syphilis résultent de la dissémination hémotogène de l'infection. La multiplicité des formes de manifestations possibles rend également difficile sa description. Plusieurs formes ont été décrites mais les plus courantes sont des « plaques » soit légèrement surélevées parfois ulcérées recouvertes d'une pseudomembrane donnant un aspect blanc ou gris soit des multiples plaques pouvant former des lésions serpiginieuses appelés « snail track ulcers » (Siqueira et al. 2014 ; Bruce et al. 2004).

Elles peuvent prendre aussi la forme de plaques d'aspect verruqueuses (« leukoplakia like ») ou dans certaines zones, prendre l'apparence de verrues faisant référence à des condylomes.

Elle peut être généralisée, localisée d'apparence pustuleuse, maculaire ou squameuse et peut donc imiter certaines maladies dermatologiques comme le psoriasis. Les lésions sont très peu spécifiques de la syphilis (Fig. 43) (Paulo de et al. 2015).

Un certain nombre de symptômes peuvent survenir allant du malaise, de la myalgie, maux de gorges, maux de tête, fièvre (Hook, 2017).

Enfin la syphilis secondaire peut impliquer notamment une lymphadénopathie diffuse, une hépatite ou une hépatosplénomégalie.

	<i>Infection</i>	<i>Clinical lesion</i>	<i>Causative agent</i>
Bacterial	Syphilis	Chancre (primary) Mucous patch (secondary) Snail track ulcer (secondary) Glistening patch (secondary) Gumma (tertiary)	<i>Treponema palidum</i>

Figure n° 42 : Manifestations orales de la syphilis en fonction du stade (Bruce et al. 2004)



Figure n°43 : Syphilis secondaire sous forme de plaques parfois ulcérées avec une pseudo-membrane au niveau du palais mou (en haut à gauche) et de la muqueuse labiale

(Paulo de et al. 2015)

Sans traitement, les lésions de la syphilis secondaire peuvent disparaître spontanément sans laisser de cicatrice. La résolution des manifestations non traitées de la syphilis secondaire peut généralement prendre des semaines à plusieurs mois.

Syphilis tertiaire :

Après la phase de latence où il n'existe pas de manifestations cliniques, survient une phase tertiaire durant laquelle, la principale manifestation buccale se nomme « gomme » et qui sont des processus granulomateux entraînant des symptômes par leur effet de masse ou de l'inflammation locale. Ces gommages syphilitiques causés par une endartérite oblitérante (Scott et al. 2005) sont dites destructrices et se retrouvent généralement sur le palais dur et

la langue. En effet, certains cas sont rapportés où l'on peut observer notamment une perforation du palais causées par des gommès syphilitiques (Fig. 44) (Jones et al.2012).



Figure n°44 : (A) Perforation palatine dans le cadre d'une syphilis tertiaire (Jones et al. 2012)
(B) Nodule palatin inflammatoire centré d'une ulcération dans le cadre d'une syphilis tertiaire (Cherniak et al. 2014).

Selon l'encyclopédie Universalis la gomme syphilitique est : « En général unique, siégeant en n'importe quel point du tégument ou des muqueuses, elle parcourt assez rapidement les quatre stades classiques, mais se ramollit sans se liquéfier vraiment, car une ponction n'arrive pas à la vider. Il n'y a pas d'adénopathies. Les modalités de l'ulcération, la cicatrice indélébile, souple, blanche au centre, pigmentée à la périphérie, la positivité des réactions sérologiques, l'efficacité du traitement spécifique distinguent nettement les gommès dues à la syphilis. » (Granciansky de, 2018).

Une glossite syphilitique peut également être une manifestation orale de cette phase tertiaire et peut être accompagnée d'une atrophie de la muqueuse et peut avoir une transformation maligne.

Enfin une leucoplasie à potentiel malin peut être retrouvée sur le bord de la langue lors de cette phase (Scott et al. 2005).

<i>Table 1. Oro-facial manifestations of syphilis infection</i>
Congenital disease: High arched palate Hutchinson's incisors Moon's (mulberry) molars Mucous patches Rhagades (radiating peri-oral fissures) Saddle-nosed deformity Frontal and parietal bossing (of Parrot) Bulldog jaw (maxillary hypoplasia) Cranial neuropathies (often ptosis and nerve deafness) Rhinitis Interstitial keratitis Primary infection: Chancre Painless tonsillar enlargement Painless lymphadenopathy Secondary infection: Mucous patches and "snail-track" ulcers Condyloma lata Persistent firm cervical lymphadenopathy (buboes) Copper-coloured rash, leukoedema, depigmentation and alopecia Ulceronodular lesions (Lues maligna and nodular secondary syphilis) Split papules at the commissure Tertiary infection: Gummata (especially palate and tongue) Interstitial glossitis Syphilitic leukoplakia (leukokeratosis) Syphilitic osteitis Syphilitic sialadenitis Argyll-Robinson pupil Hitzig's syndrome (trigeminal neuropathy) Diseases reportedly associated with syphilis: Erythema multiforme Oral hairy leukoplakia-like lesions Facial palsy in early disease

Figure n°45 : Manifestations oro-faciales de la syphilis (Scott et al. 2005)

3.2.4. VIH/Sida

L'immunodépression induite par le VIH entraîne des manifestations qui peuvent être réparties en trois groupes (Parent, 2016):

- Dans le groupe n°1, les lésions ne sont pas spécifiques mais auraient une association significative avec la présence du VIH. **Un dépistage doit systématiquement être fait à l'observation de l'une de ces lésions** : Candidose orale (en absence d'autres facteurs inducteurs), la leucoplasie chevelue, le sarcome de Kaposi, le lymphome non

hodgkinien et les maladies parodontales (érythème gingival linéaire, gingivite ulcéralive nécrosante, parodontite ulcéralive) ;

- Dans le groupe n°2, les lésions auraient une association moins significative avec l'infection au VIH mais permettent de l'évoquer : les ulcères atypiques, les affections des glandes salivaires, infections virales (CMV, HSV, VZV et HPV), carcinome épidermoïde);
- Le groupe n°3 regroupe les infections pouvant évoquer une infection à VIH mais qu'il est possible d'observer aussi dans les autres états d'immunosuppression : aphotose (majeure), ulcères à CMV, molluscum contagiosum ;

Groupe 1 : Dépistage systématique

Candidose orale :

Il en existe trois formes communes : la chéilite angulaire, la candidose érythémateuse et pseudo membraneuse.

L'infection à Candida est l'infection fongique opportuniste la plus fréquente chez les patients séropositifs et fait souvent partie du tableau clinique initial de l'infection à VIH.

Candida Albicans est le principal agent pathogène responsable des candidoses orales. C'est un organisme commensal présent chez les personnes en bonne santé mais qui dans des conditions favorables comme l'immunodépression, peut devenir pathogène (Nokta, 2008).

Avant leur manifestation, une symptomatologie évocatrice peut survenir : sensation de brûlures, de cuisson, de gêne (Reznik, 2006).

La chéilite angulaire se présente sous forme de fissurations et d'érythèmes au niveau des coins de la bouche et peut survenir en dehors de candidose érythémateuse ou pseudomembraneuse (Fig. 46). Cependant, différentes formes de candidoses peuvent coexister chez un même patient.

Le taux de CD4 est généralement autour de 200 à 500 cellules/ μ L pour la candidose érythémateuse qui se manifeste par des plaques rouges et atrophiques au niveau de la face dorsale de la langue et/ou du palais dur et mou. Lorsqu'une lésion est observée sur la langue, une lésion au palais doit être recherchée et vice versa.

La candidose pseudomembraneuse (ou muguet) se présente chez les patients à un stade plus avancé. En effet le taux de CD4 est généralement en dessous des 200 cellules/ μ L. Elle se manifeste par une pâte crémeuse, blanche et caillé sur la surface des muqueuses buccales ainsi que sur la langue, les lèvres et le palais mou. Les plaques peuvent être détachées par raclage et laissent place à une surface rouge et saignante.

Leur diagnostic clinique est basé sur l'apparence des lésions, le statut virologique et les antécédents médicaux du patient (Reznik, 2006 ; Laskaris, 2000).



Figure n°46 : Chélilite angulaire (Reznik, 2006)

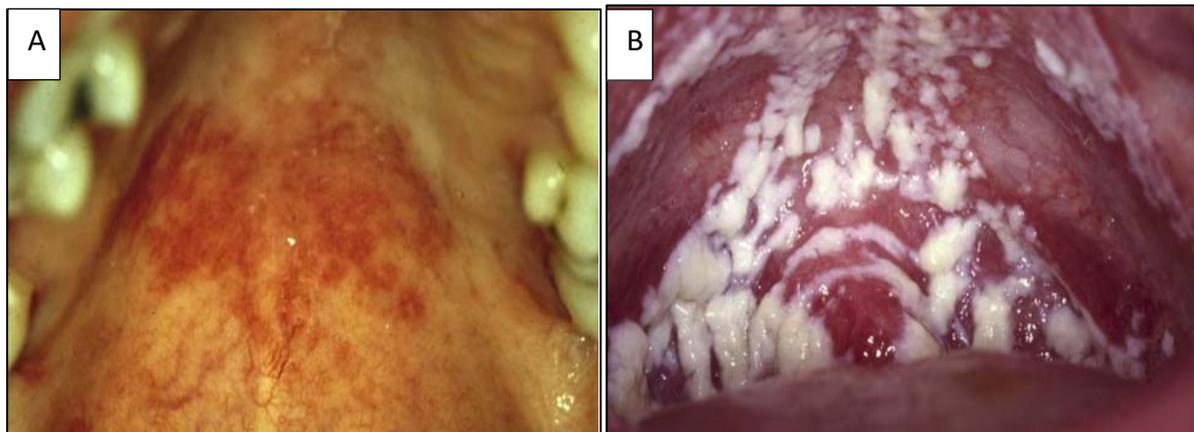


Figure n°47 : (A) Candidose érythémateuse ; (B) Candidose pseudomembraneuse (Reznik, 2006)

La leucoplasie orale chevelue :

Il s'agit d'une lésion blanche kératosique ondulée avec une orientation verticale présente sur les bords latéraux de la langue et qui ne peut pas être éliminée au raclage (Reznik, 2006).

Elle est causée par le virus Epstein-Barr (EBV).

Celle-ci apparaît généralement lorsque le taux de CD4 est inférieur à 150 cellules/mm³ (Laskaris, 2000).



Figure n° 48 : Leucoplasie orale chevelue (Bravo et al. 2006)

- | | |
|--|-------------------------------|
| • Classic leukoplakia | • Chronic tongue biting |
| • Candidosis | • Lichen planus |
| • White sponge nevus | • Discoid lupus erythematosus |
| • Leukoedema | • Geographic tongue |
| • Cinnamon-contact stomatitis | • Oral psoriasis |
| • White lesions due to restorative materials | • Others |
| • Skin grafts | |

Figure n°49 : Diagnostic différentiel de la leucoplasie orale chevelue (Laskaris, 2000)

Le sarcome de Kaposi (KS):

Le HHV8 a été identifié comme étant l'agent responsable du KS. Il s'agit du néoplasme (potentiel malin) le plus répandu chez les patients atteints du VIH immunodéprimés. Il se développe chez 15 à 20% des personnes séropositives. Cliniquement, les lésions buccales se présentent sous forme d'une macule ou d'une papule rouge, violette, bleue ou pigmentée se développant sur la langue, le palais ou bien la gencive. La couleur de la lésion devient de plus en plus foncée au fur et à mesure qu'elle vieillit. Le diagnostic est souvent absent chez les patients noirs en raison de la coloration des lésions et de leur gencive. Plus tard, les lésions peuvent évoluer et être soulevées, nodulaires, étendues et évoluer en tumeur (Fig.50). Des ulcérations, des saignements et des douleurs peuvent également apparaître. Sa progression peut interférer avec la fonction normale de la cavité orale (Laskaris, 2000 ; Reznik, 2006 ; Nokta, 2008 ; Casiglia et al. 2000).

Les diagnostics différentiels sont notamment les pathologies vasculaires tel que l'angiomatose bacillaire mais aussi une hyperplasie gingivale, un granulome pyogène, un épulis congénital (Parent, 2016).

Une classification TIS a été proposée en tenant compte de l'étendue des tumeurs(T), du statut immunitaire (I) (taux de CD4 inférieur ou supérieur à 200/ μ L) et de l'existence de manifestations systémiques (S) (Boué et al. 2003).



Figure n° 50 : Sarcome de Kaposi tumoral envahissant le palais source (Parent, 2016)

Le lymphome non Hodgkinien (LNH) :

Il s'agit du second néoplasme (potentiel malin) le plus répandue derrière le sarcome de Kaposi. L'EBV et le HHV8 sont impliqués dans la pathogénèse de certaine forme de tumeur. Il se développe généralement chez les patients ayant un taux de CD4 inférieur à 100 cellules/mm³. Jusqu'à 3% des patients développeraient un lymphome non hodgkinien et la cavité buccale représente 3% de tous les lymphomes malins chez les patients infectés par le VIH. Sur le plan clinique, le lymphome non hodgkinien buccal se présente généralement sous la forme d'une masse rouge ou violacée indolore ou douloureuse qui se développe lentement mais plus souvent rapidement et qui peut être ulcérée (Fig. 51). La gencive postérieure, le palais mou sont les sites les plus fréquemment touchés, tandis qu'une atteinte osseuse notamment de la mâchoire peut également exister. (Reznik, 2006 ; Casiglia et al. 2000 ; Patton et al. 1999).

Une rémission complète se produit chez environ 65% des patients et la durée médiane de survie des personnes atteintes de lymphomes liés au SIDA se situe entre 4 et 11 mois. La faible numération des CD4 et l'implication des sites osseux sont associés à un pronostic défavorable.



Figure n° 51 : Lymphome non hodgkinien, (Neville et al, 3° édition, 2009)

Les maladies parodontales : Gingivite linéaire érythémateuse (GLE), Gingivite Ulcéro-Nécrotique (GUN), Parodontite Ulcéro-Nécrotique (PUN) :

Gingivite linéaire érythémateuse :

Elle se présente sous la forme d'une bande rouge de 2 à 3 mm le long du bord gingival et peut ou non s'accompagner de saignements et d'inconfort occasionnels (Fig. 52). Elle est observée le plus fréquemment en association avec les dents antérieures, mais s'étend généralement aux dents postérieures. Il peut également se présenter sur les gencives attachées et non attachées sous forme de plaques ressemblant à des pétéchie. Certaines données indiquent une relation entre la colonisation sous-gingivale des espèces de *Candida* et les affections parodontales liées au VIH, y compris l'érythème gingival linéaire. La classification des maladies parodontales la plus récente de l'académie américaine de parodontologie regroupe l'érythème gingival linéaire sous « maladie gingivale d'origine fongique ». Cependant, les antifongiques ne sont généralement pas nécessaires pour le traitement (Reznik, 2006).



Figure n° 52 : Gingivite linéaire érythémateuse (Reznik, 2006)

Gingivite Ulcéro-Nécrotique (GUN) Parodontite Ulcéro-Nécrotique (PUN) et Stomatite Ulcéro-Nécrotique:

La gingivite ulcéreuse nécrosante (GUN) est une manifestation précoce fréquente chez les patients infectés par le VIH, avec un taux de prévalence de 4 % à 16 %. Cliniquement, l'apparition de la maladie est aiguë et se manifeste par une gencive rouge et enflée et une destruction caractéristique d'une ou de plusieurs papilles inter-dentaires.

Au stade aigu, l'observation d'ulcérations, de nécrose et de desquamation des bords de la gencive et du sommet des papilles inter-dentaires est courante. La douleur, le saignement et la mauvaise haleine sont également des symptômes fréquents. Les gencives antérieures sont les plus fréquemment atteintes. La gingivite ulcéro-nécrotique peut rarement évoluer vers une stomatite ulcéro-nécrotique chez les patients infectés par le VIH. Cette dernière se caractérise par des lésions ulcéro-nécrotiques aiguës, douloureuses, localisées ou généralisées de la muqueuse buccale en plus de la gencive (Laskaris, 2000). Les tissus osseux peuvent également être touchés mais pas systématiquement. Elle est décrite chez certains cas, surtout comme étant une extension de la parodontite ulcéro-nécrotique (Casiglia et al. 2000).

La parodontite ulcéro-nécrotique a une haute valeur prédictive lorsque les $CD4 < 200/mm^3$ (Patton et al. 1999). Bien que la gingivite nécrosante et la parodontite nécrosante reflètent la même entité pathologique dans le dernier cas cela se caractérise par une atteinte des tissus osseux sous-jacents. Il s'agit d'un marqueur de la suppression immunitaire sévère (Reznik, 2006). Cliniquement, la PUN se caractérise par une ulcération gingivale et une nécrose et une destruction rapide et progressive de l'attachement parodontal et de l'os créant des mobilités dentaires (Laskaris, 2000).

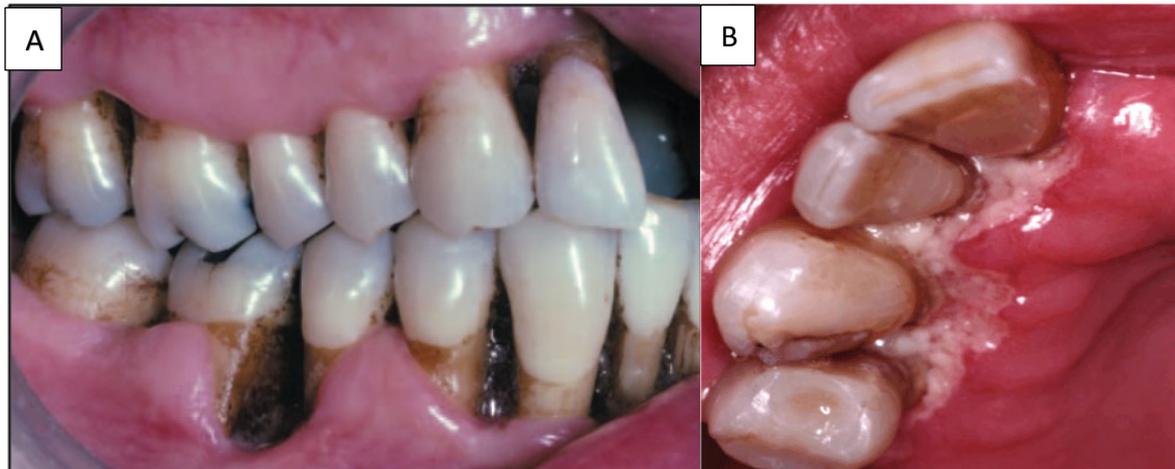


Figure n°53 : (A) une PUN, (B) une GUN

(Leao et al. 2009 ; Reznik, 2006 ; Neville et al, 3° édition, 2009)

Groupe 2 et 3 : Dépistage non systématique mais évoque une infection au VIH

- **Ulcères atypiques** : Certaines ulcérations d'origines neutropénique peuvent être très douloureuses et apparaître sur les tissus kératinisés et non kératinisés et sont associées à une numération des granulocytes inférieure à 800 / μ L. Ces lésions sont de plus en plus fréquentes dans la population infectée par le VIH, bien que la cause de cette augmentation de fréquence reste inconnue. Des ulcères de grande taille, d'apparence inhabituelle ou fulminant, qui ne peuvent être autrement identifiés ou expliqués, devraient susciter une suspicion (Reznik, 2006) ;
- **Affection des glandes salivaires** : Les glandes salivaires sont touchées de diverses manières. Une présentation commune est une hypertrophie bilatérale indolore de la glande parotide, sans signes d'infection par le CMV ou le EVB et non associée aux symptômes des repas (notamment une douleur accentuée pendant les repas dû à la salivation). De plus une adénopathie bilatérale peut être retrouvée (Casiglia, 2000) ;
- **Infections virales** : L'**herpès simplex** oral primaire et récurrent est une infection virale relativement fréquente, avec une prévalence de 5% à 10%. Les caractéristiques

cliniques de l'infection à herpès oral sont généralement similaires à celles observées chez les patients non infectés par le VIH. Néanmoins, chez les patients infectés par le VIH avec une immunosuppression sévère (numération des cellules CD4 généralement inférieure à 100 cellules / mm³), les lésions étendues, graves et prolongées ressemblent à la gingivostomatite herpétique primaire. De plus, les récurrences sont également fréquentes (Laskaris, 2000).

Le CMV (ou HHV-5) améliore la réplication du VIH-1 et ce dernier facilite l'infection par le CMV. Dans ce cas l'immunodépression est souvent sévère. Elle se manifeste par une ulcération ou érosion buccale ainsi qu'une perforation du tractus gastro intestinal (Laskaris, 2000 ; Casiglia, 2000).

Le VZV (ou HHV-3) est le virus de l'herpès responsable de la maladie infantile appelée « varicelle » et sa réactivation plus tard au cours de la vie adulte entraîne une maladie douloureuse appelée Zona. Les personnes infectées par le VIH-1 ont beaucoup plus de risques de développer une infection par le VZV que les personnes non infectées appariées par âge. Il se manifeste sous la forme d'une éruption unilatérale de vésicules maculo-papuleuses, linéaires et en grappes, qui apparaissent le long d'une ou de plusieurs branches du nerf trijumeau. Par voie intraorale, elles apparaissent généralement sous la forme d'ulcérations herpétiformes unilatérales du palais. Les lésions sont souvent précédées de douleurs (Casiglia, 2000).

Le HPV s'exprime également chez les patients séropositifs de la même manière que décrit précédemment. L'incidence des condylomes ou verrues due au HPV s'est accru avec l'utilisation des antirétroviraux (Reznik, 2006 ; Leao, 2009).

- Des **ulcérations aphteuses récidivantes** apparaissent sur les tissus non kératinisés, tels que la muqueuse vestibulaire ou buccale, le plancher de la bouche, la face ventrale de la langue, l'oropharynx postérieur et les vestibules maxillaires et mandibulaires. Leur cause est inconnue. Les lésions sont caractérisées par un halo d'inflammation et une couche pseudomembraneuse gris-jaune. Ils sont très douloureux, en particulier lors de la consommation d'aliments et de boissons salés, épicés ou acides ou d'aliments durs ou rugueux. Chez les patients immunodéprimés,

ces lésions ont tendance à persister plus longtemps que la période de 7 à 14 jours observée chez les sujets immunocompétents.

3.3. Prise en charge (traitement, orientation)

La plupart des lésions observées précédemment nécessitent une orientation vers un spécialiste en chirurgie orale ou directement vers un service de pathologies infectieuses. Ainsi le praticien peut être amené à contacter lui-même les services hospitaliers concernés afin d'assurer une continuité de prise en charge du patient. Lorsque celui-ci suspecte, par exemple, une infection par HIV, il est possible d'organiser une prise en charge en urgence auprès des services de maladies infectieuses référentes. Une fois ce type de pathologies suspectées, le patient ne doit pas être dépendant de son unique capacité à consulter, il doit être orienté et accompagné vers les structures aptes à le traiter.

Du point de vu local, en association ou non à une prise en charge infectieuse systémique spécialisée selon les IST considérées, les lésions orales doivent être prises en charge par le chirurgien-dentiste.

3.3.1. HPV

Les papillomes squameux ainsi que les verrues vulgaires sont traités chirurgicalement (exérèse) et leur récurrence est rare (Prabhu et al. 2013).

La cryothérapie, l'exérèse chirurgicale, le traitement au laser ainsi que l'application topique de fluorouracil (Fig. 54) sont des traitements de choix (Prabhu et al. 2013 ; Youcef, 2014).

Le diagnostic repose sur l'aspect clinique des lésions doit être confirmé par une analyse anatomopathologique d'au moins une de ces lésions (Patton et al. 1999 ; Awadallah et al. 2018).



Figure n°54 : Fluorouracil en crème

De plus, deux vaccins sont disponibles recommandé par le ministère chargé de la santé :

- Le vaccin Cervarix[®] protège contre les HPV 16 et 18.
- Le vaccin Gardasil[®] protège contre les HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58.

La vaccination contre les infections à HPV est recommandée pour toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans (Vaccination info service, 2018).

La prise en charge des carcinomes HPV+ repose sur les mêmes protocoles de prise en charge des cancers des VADS à savoir une intervention chirurgicale associée ou pas à une radiothérapie et/ou chimiothérapie. Il semblerait que les cancers des VADS HPV+ répondent mieux à la radiothérapie et chimiothérapie. Ils ont un meilleur pronostic (Lescaille et al. 2011 ; Prabhu et al. 2013).

3.3.2. Herpès

La clinique suffit souvent pour affirmer le diagnostic d'herpès. Dans les formes atypiques, chez l'immunodéprimé ou la femme enceinte, la confirmation du diagnostic par la mise en évidence du virus peut être nécessaire. Bien que la culture virale reste l'examen virologique de référence, la détection de l'ADN viral par PCR constitue la technique la plus rapide et la plus sensible, mais n'est pas inscrite dans la nomenclature des actes remboursés. De plus, ces infections entraînant une modification de la morphologie des noyaux cellulaires, il est également possible de les mettre en évidence par examen anatomo-pathologique de manière alors non spécifique (même expression lors qu'une infection par VZV). Quelle que

soit la technique utilisée, un résultat biologique négatif ne garantit pas l'absence d'infection. Par ailleurs, le diagnostic indirect par sérologie ne présente pas d'intérêt clinique.

Le traitement de l'herpès repose sur des recommandations établies en 2001, reprises en 2016 par l'OMS. Le patient doit être informé sur la pathologie, ses modalités de contamination, ses complications, les facteurs déclenchants, ainsi que des mesures de prévention existantes, notamment dans le cadre d'un herpès génital chez une femme en âge de procréer. Lors de la primo infection, le traitement se fait par voie systémique, dès les premiers symptômes. L'aciclovir (1000 mg/j, pendant 5 à 10 jours) a fait preuve de son efficacité pour l'herpès oral. La prise en charge de la douleur doit être systématique.

Lors des récurrences, aucune recommandation de traitement curatif n'a été formulée par l'HAS pour l'herpès oral. Dans le cas d'un herpès génital, le traitement peut être l'aciclovir (1200 mg à 1600 mg/j pendant 5 jours) ou le valaciclovir (1 g/j pendant 3 jours) qui diminuent le délai de survenue des lésions ainsi que le nombre de récurrences annuelles. En primo infection comme en récurrence, la précocité de la prise médicamenteuse est primordiale pour son efficacité et le traitement doit être administré dans les 24 heures suivant les premiers symptômes.

En préventif, dans les deux cas d'herpès, lors de récurrences supérieures à 6 fois par an, l'aciclovir (800 mg/j) peut être prescrit (ou le valaciclovir à 1 g/j pour atteinte génitale).

La durée du traitement est indéterminée et dépend de la persistance des récurrences. Chez la femme enceinte, l'herpès génital survenant pendant le dernier mois de grossesse bénéficiera d'un traitement prolongé jusqu'à l'accouchement et si des lésions actives sont identifiées pendant le travail, la césarienne est recommandée.

3.3.3. Syphilis

Trois examens sont à disposition des praticiens afin de mettre en évidence la présence du tréponème Pallidum : le **Veneral Disease Reagent Laboratory (VDRL)** n'est pas spécifique des tréponèmes : il est intéressant pour définir le caractère actif de l'infection et pour la surveillance après traitement. Le **TPHA (Tréponème Pallidum Haemagglutination Assay)** et le **TPPA** sont spécifiques du genre Tréponème, mais pas de l'espèce pallidum : ces tests ne permettent pas de distinguer la syphilis des tréponématoses endémiques tropicales (pian,

béjel, pinta) ; Des **tests immunoenzymatiques (EIA, Elisa)** vont bientôt remplacer le TPHA car plus sensibles et automatisés. Depuis 2015, l'HAS recommande pour le dépistage de pratiquer un test de type Elisa/EIA et de ne demander un test de confirmation non tréponémique (VDRL) qu'en cas de positivité du test tréponémique (Fig. 55) (Dupin, 2016).

Interprétation du TPHA/VDRL.		
	TPHA+	TPHA-
VDRL+	Syphilis active après le 15 ^e jour du chancre Tréponématose (syphilitique ou endémique) récemment guérie Tréponématose endémique active	Absence de tréponématose (faux positif) : infections (bactériennes, virales ou parasitaires), maladies immunologiques (lupus, antiphospholipides, gammopathie monoclonale), néoplasies, grossesse
VDRL-	Syphilis précoce (chancre à j10-j15) active Tréponématose (syphilitique ou endémique) guérie Syphilis tertiaire non traitée, après plusieurs années d'évolution (rarissime)	Absence de tréponématose Syphilis récente, avant le 10 ^e jour du chancre (inoculation < 1 mois). Syphilis traitée précocement et guérie

Figure n°55 : Interprétation du TPHA/VDRL (Dupin, 2016)

La pénicilline G reste le traitement de choix dans les cas de syphilis précoce (primaire, secondaire ou latente précoce) et une injection unique intramusculaire de 2,4 million d'unités de benzathine benzylpenicilineG est recommandée. En cas d'allergie, de la doxycycline 100 mg deux fois par jour ou tétracycline 500 mg 4 fois par jour pendant 14 jours par voie orale est recommandé.

Sans traitement, après une période de 3 à 6 semaines, les lésions primaires disparaissent spontanément sans laisser de cicatrices. Avec le traitement, les lésions commencent à disparaître en quelques jours. Les lésions de la syphilis secondaire peuvent disparaître spontanément sans laisser de cicatrice. La résolution des manifestations non traitées de la syphilis secondaire peut généralement prendre des semaines à plusieurs mois. Dans le cadre des syphilis tardives, notamment en présence de gomes syphilitiques, 2,4 million d'unités de pénicilline sont injectés en intramusculaire une fois tous les 7 jours pendant 21 jours, ce qui fait 7,2 million d'unités. En cas d'allergie, la doxycycline 100 mg 2 fois/jour ou tétracycline 500 mg 4fois/jour pendant 28 jours est recommandé.

	Penicillin-sensitive patients	Penicillin-allergic patients
Primary, secondary, and early latent syphilis (<1 year); epidemiological treatment for contacts	Total of 2-4 million units of penicillin; single intramuscular dose of two injections of 1-2 million units in one session	Doxycycline 100 mg twice a day or tetracycline 500 mg four times a day, given orally for 14 consecutive days
Late latent (>1 years) or when CSF was not examined in latency; cardiovascular syphilis; late benign (cutaneous, osseous, or visceral) gumma	Total of 7-2 million units of penicillin intramuscularly in doses of 2-4 million units at 7 day intervals over a 21 day period	Doxycycline 100 mg twice a day or tetracycline 500 mg four times a day, given orally for 28 consecutive days
Symptomatic or asymptomatic neurosyphilis	2-4 million units aqueous (crystalline) penicillin G intravenously every 4 h for at least 10 days; 2-4 million units procaine penicillin intramuscularly daily and probenecid 500 mg orally four times a day for 10-14 days	Ceftriaxone 2 g intramuscular or intravenously daily for 10-14 days (cross-sensitivity with penicillin is rare but does occur; alternative regimen should be discussed with a specialist)

As recommended by the US Public Health Service. CSF=cerebrospinal fluid.

Table 2: Recommended treatment for syphilis^{23,38}

Figure n°56 : Traitement de la syphilis (Hook, 2017)

3.3.4. VIH/SIDA

- La candidose orale : des traitements topiques peuvent être envisagés dans les cas légers et modérés comme la nystatine en suspension orale. Dans les cas plus sévères, des agents systémiques comme le fluconazole 100 mg (Reznik, 2006) ;
- Leucoplasie orale chevelue : Son traitement n'est pas nécessaire néanmoins pour des raisons esthétiques un traitement peut être proposé. La prise d'aciclovir pendant 1 à 2 mois permet la régression de la lésion. Le valaciclovir a également été utilisé avec succès (Laskaris, 2000 ; Reznik, 2006) ;
- Sarcome de Kaposi : Sa prise en charge comprend un traitement local et systémique en fonction du stade clinique. Le traitement local peut être une excision chirurgicale ou au laser, une injection intra lésionnelle avec de la vinblastine par exemple et une radiothérapie. Le traitement systémique est une chimiothérapie simple ou combinée (Laskaris, 2000 ; Casiglia et al. 2000) ;
- LNH : Ces derniers sont traités par radiothérapie en combinaison ou non avec chimiothérapie (Casiglia et al. 2000) ;
- Maladies parodontales : La LGE nécessite un contrôle de plaque rigoureux et un très bon niveau d'hygiène bucco-dentaire de la part du patient. Une motivation à l'hygiène bucco-dentaire est indispensable. La GUN nécessite dans sa phase active, en plus d'un

détartrage et d'un contrôle de plaque, la prise d'antibiotique type métronidazole 500mg 3 fois par jour pendant 6 à 8 jours accompagné de bains de bouche (chlorexidine 0,12%). Pour la PUN le métronidazole sera prescrit pendant 8 à 12 jours accompagné d'une prise en charge parodontale classique (contrôle de plaque, détartrage) ainsi que des bains de bouche (chlorexidine 0,12% ou polyvidone iodée 10%). La prise en charge de la douleur est essentielle (Reznik, 2006 ; Laskaris, 2000) ;

La prise en charge de ces manifestations se fera simultanément à la prescription d'un dépistage au patient afin qu'il soit pris en charge par une structure adaptée pour le traitement du VIH.

Le chirurgien-dentiste est donc amené à détecter, dépister, diagnostiquer et parfois prendre en charge des patients atteints d'IST. Comme nous l'avons vu dans ce travail, il existe de nombreuses IST, et certaines peuvent impliquer le pronostic vital. Ces pathologies peuvent être difficiles à gérer en cabinet, et peuvent parfois amener le praticien vers des situations complexes. La prise en charge de ces patients a donc des limites, notamment au niveau libéral. Certaines d'entre elles sont d'aspect juridique.

4. Aspects médico-légal de la prise en charge des IST par le chirurgien-dentiste

Plusieurs considérations médico légales sont à prendre en compte en ce qui concerne la prise en charge des patients atteints d'IST notamment en cabinet libéral. En effet, les IST pouvant impliquer le pronostic vital, comme le HIV, nécessite une étape d'annonce de la pathologie, sujet polémique et complexe concernant l'activité actuelle des praticiens non spécialistes. La considération d'un éventuel conjoint également suivi par le même praticien, peut placer le chirurgien-dentiste dans une posture délicate. De plus, les jeunes expriment des préoccupations concernant la confidentialité et la qualité de leur prise en charge par des professionnels de santé auxquels ils seraient susceptibles de recourir. Le principe du secret médical et son champ d'application ne sont pas toujours clairement connus ou compris (Yerni et al. 2017).

Enfin, la suspicion d'IST chez des enfants ou des individus vulnérables nécessite des déclarations officielles légalement encadrées dont les praticiens se doivent d'être au fait. Le chirurgien-dentiste doit donc être informé et averti de l'ensemble de ces dispositions. Nous abordons ici les principales.

4.1. Annonce d'une IST impliquant le pronostic vital

Annoncer une maladie grave ou impliquant le pronostic vital n'est pas chose facile pour un professionnel de santé. Il s'agit en effet d'une mauvaise nouvelle qu'il faut pouvoir annoncer dans un cadre fixé et avec méthodologie. L'HAS anciennement l'ANAES (agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé) met à disposition des recommandations afin de pouvoir aider les praticiens à réaliser ce type d'annonce. Elle précise tout de même qu'il n'existe pas de bonne manière de le faire mais que certains moyens restent moins dévastateurs que d'autre (HAS, 2008).

4.1.1. L'étape du Diagnostic de certitude

Comme cela a été exposé précédemment, la bouche est un organe par lequel certaines IST peuvent s'exprimer. Le chirurgien-dentiste peut alors être amené par sa pratique quotidienne à détecter des maladies sexuelles pouvant impliquer le pronostic vital.

C'est le cas du syndrome d'immunodéficience humaine ou SIDA. Par exemple, une lésion telle qu'un sarcome de Kaposi ou un liseré gingival érythémateux continue d'apparition récente peuvent laisser supposer une contamination par le VIH amenant le chirurgien-dentiste à prescrire des analyses complémentaires afin de pouvoir poser un diagnostic de certitude.

L'article R4127-238 du code de déontologie stipule que « le chirurgien-dentiste est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance ».

Il semble donc naturel que suite à la constatation de lésions caractéristiques du HIV, le praticien propose un dépistage au patient. Cependant, La responsabilité du chirurgien-dentiste d'annoncer les résultats est alors engagée.

En effet, l'arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence (version consolidée au 25 Juillet 2018) stipule que : « La communication des résultats au patient est faite **par le prescripteur ou par le biologiste médical** conformément à l'arrêté du 26 novembre 1999 susvisé. En cas de résultat positif, **le prescripteur ou le biologiste médical** communique le résultat au patient **au cours d'un entretien individuel et organise sa prise en charge médicale rapide dans un établissement de santé.** »

L'Arrêté du 26 Novembre 1999 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale stipule ceci : « Les résultats des analyses de biologie médicale ne peuvent être communiqués qu'au patient lui-même, à une tierce personne dûment mandatée par le patient, au praticien prescripteur et à tout autre praticien désigné par le patient sauf dérogations ou règles spécifiques prévues par la loi et les règlements en vigueur. »

Le praticien prescripteur d'une sérologie HIV s'engage donc légalement à annoncer le résultat.

Cas particulier de l'accueil d'une personne mineure :

L'arrêté du 2 juillet 2015 relatif à l'accueil des mineurs pour des actes de prévention, dépistage et soins relatif au VIH, hépatites virales et Infections Sexuellement Transmissibles stipule que : « *Concernant l'accueil des personnes mineures, il est rappelé que des actes de prévention, de dépistage et de soins relatifs aux VIH, aux hépatites virales, aux IST peuvent être pratiqués à la condition que les titulaires de l'autorité parentale en soient informés et y aient consenti au préalable en vertu des articles 371-1 et 371-2 du code civil ; seul un médecin est autorisé à pouvoir déroger au recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale, dans le cas où la personne mineure s'oppose expressément à cette consultation afin de garder le secret sur son état de santé selon l'article L. 1111-5 du code de la santé publique. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. »*

4.1.2. L'Annonce : pourquoi et comment annoncer ?

L'Article 1111-2 du code de Santé publique nous dit :

- « Toute personne a le droit d'être informée sur **son état de santé**. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. »
- « Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser ».
- « Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. »

Il s'agit d'un droit pour le patient d'être tenu au courant de son état de santé. De plus dans le cadre d'une pathologie contagieuse comme le VIH, la précocité du diagnostic diminue le risque de contaminations ultérieures d'un patient en activité sexuelle. Il s'agit également d'une obligation pour le professionnel de santé d'annoncer au patient qu'il a une maladie contagieuse. En effet, le patient peut refuser de recevoir l'information sur son état de santé même si le pronostic est grave sauf lorsqu'il existe un risque de contamination pour autrui. (Article L1111-2 du Code de Santé Publique « La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. »)

Annoncer une maladie grave est un acte complexe qui peut avoir des conséquences considérables sur le patient. En effet un traumatisme peut survenir après l'annonce ainsi qu'un certain nombre de réactions de défenses : l'isolation, le déni, le déplacement, la régression, la projection agressive. (HAS « Annoncer une mauvaise nouvelle » 2008). Le praticien doit alors pouvoir apprécier la réaction de son patient afin de choisir les mots appropriés, prendre le temps de l'écoute et faire preuve d'empathie tout en faisant face à ses propres craintes et propres angoisses. Toujours selon l'HAS le personnel soignant est en proie à un certain nombre de mécanismes de défenses : la rationalisation, le mensonge, la fausse réassurance, la fuite en avant, la banalisation et l'identification projective. Cette consultation doit donc être préparée rigoureusement en amont par le praticien et fait l'objet de formation.

Or, toujours d'après l'HAS, une pathologie impliquant directement le pronostic vital du patient doit être annoncée par le praticien apportant la solution thérapeutique et susceptible de pouvoir répondre à l'ensemble des questions diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques concernant le sujet. Il est précisé dans le texte qu'il est préférable que cette annonce soit réalisée par le spécialiste directement concerné par la pathologie. Ainsi, une lésion maligne de la cavité orale devrait être annoncée par un spécialiste de la cancérologie orale, une leucémie devrait être annoncée par les hématologues et une sérologie HIV positive par un spécialiste des pathologies infectieuses. Cependant, la pratique quotidienne montre les difficultés de réalisation systématique d'un tel schéma d'annonce : disponibilité des praticiens spécialistes, praticiens détecteurs et praticiens spécialistes distincts, isolement de certains praticiens...

4.1.3. Paradoxe pour le praticien à la croisée des responsabilités

Un problème se pose : Si le chirurgien-dentiste est amené à suspecter un diagnostic à partir d'éventuelles lésions orales constatées, il sera alors amené à prescrire des analyses et notamment des sérologies. Il est de la responsabilité du prescripteur de réaliser l'annonce du diagnostic et de proposer un plan de traitement adéquat. Or, la prise en charge d'un patient séropositif ainsi que son traitement n'entrent pas dans le domaine de compétence du chirurgien-dentiste. Cette question fait encore débat et il serait nécessaire d'y apporter des solutions concrètes.

Des solutions ont été proposées et mises en place notamment au sein du secteur hospitalier pour l'annonce par exemple, de l'atteinte d'un cancer buccal. Le chirurgien-dentiste (spécialiste en chirurgie orale) qui a diagnostiqué un carcinome épidermoïde buccal pourrait alors réaliser l'annonce en compagnie du spécialiste de cancérologie orale de l'hôpital évitant ainsi une rupture de la chaîne de prise en charge du patient allant du diagnostic à la proposition de traitement (Fig. 57). Cependant, dans la pratique quotidienne en cabinet libéral, respecter cette chaîne semble difficile.

L'HAS expose deux voies dans la pratique de la médecine libérale : l'annonce par le médecin traitant peut-être privilégiée car il connaît bien le patient et éventuellement la famille et sera plus à même d'utiliser les bons mots et ainsi procéder à une approche personnalisée efficace. Cependant, il reste non spécialiste de la pathologie considérée. La situation idéale reste tout de même que le médecin qui annonce soit celui qui apporte le traitement. Néanmoins il est possible pour un médecin de confier l'annonce à un confrère faisant partie du parcours de soin du patient dans les cas particuliers ou il existe une relation personnelle particulière entre le praticien et le patient, rendant l'annonce très difficile pour le praticien (HAS, 2014).



Figure n°57 : Chaîne de continuité de l'information et de prise en charge médicale

4.2. Considération du conjoint et risque de contamination

Plus que l'annonce de la pathologie au patient lui-même, il se pose également la question du conjoint, ou partenaire du patient à qui une IST a été diagnostiquée. En effet, dans la plupart des cas, le praticien explique les risques et modes de contamination au patient, et lui confie le rôle de prévenir son entourage proche de la pathologie et de ses risques. Le praticien se tient alors à disposition pour recevoir toute personne susceptible d'avoir été en contact avec le pathogène considéré. Cependant, dans certains cas, le patient diagnostiqué ne souhaite pas transmettre cette information à ses proches.

Le SIDA est toujours aujourd'hui une maladie sexuellement transmissible incurable bien que les traitements se soient considérablement améliorés. Prenons l'exemple d'un couple marié qui a une activité sexuelle régulière et dont l'un des deux partenaires a été diagnostiqué séropositif au VIH, éventuellement en lien avec une aventure extraconjugale. Deux situations se présentent alors :

- Le ou la partenaire décide spontanément de révéler sa séropositivité à son ou sa partenaire ;
- Le ou la partenaire décide de ne pas divulguer son état de santé à son ou sa partenaire.

Dans ce dernier cas, il s'agit d'un véritable cas de conscience pour le praticien. En effet, nombre de chirurgien dentistes sont praticien référent pour les deux conjoints d'un couple.

Doit-il donc en informer le ou la partenaire ? Doit-il en informer la police ou les autorités sanitaires ? Dans quelles mesures le secret médical pourrait-il être levé ? Qu'en est-il de la non-assistance à personne en danger ? Autant de questions auxquelles le praticien est confronté.

Que dit la loi ? Elle est claire :

- **D'abord vis-à-vis du patient lui-même** : Il doit obligatoirement être informé de sa séropositivité. Article R4127-35 du code de santé publique : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, **sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.** »

Le praticien a donc l'obligation d'annoncer au patient son IST.

- **Vis-à-vis du partenaire** : Il est interdit de lever le secret médical même dans ce cas précis où il existe un risque de contamination. **En aucun cas le praticien n'est autorisé à divulguer la moindre information au partenaire sans l'accord préalable du patient concerné.** Tout patient bénéficie du secret médical. Il est néanmoins du devoir du professionnel de santé d'inciter fortement son patient à révéler son état de santé auprès de son ou sa conjointe. Article R4127-4 du code de santé publique : « Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la

connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. » L'infection au VIH ne constitue donc pas une dérogation au secret médical. Qu'en est-il alors de la non-assistance à personne en danger en ce qui concerne le conjoint ?

Dans la jurisprudence le secret médical prévaut. De plus **la commission René de 1994** sur la réflexion du secret professionnel appliqué aux acteurs du système de santé stipule qu'« aucune dérogation, implicite ou même explicite, n'autorise le médecin à rompre le silence qui s'impose à lui et **les conditions d'application de la notion de non-assistance à personne en danger ne sont pas réunies**. Il revient alors au praticien, après avoir tout fait pour convaincre le patient et son entourage, du danger que fait courir son état de santé, et, si possible, après avoir pris l'avis de confrères compétents, d'évaluer la situation et de prendre, en conscience, sa décision et d'assumer les conséquences d'une liberté qu'il revendique ; les juges apprécieront en fonction de ces cas d'espèces... Les dangers sont certains. Mais les conséquences de la révélation doivent être aussi lucidement mesurées. En présence de ce dilemme, et même avec l'aval de confrères expérimentés, c'est d'abord sa responsabilité personnelle, tant morale que juridique, qu'engage le médecin en prévenant lui-même le partenaire de son patient. ». Dans ces rares cas, il reste préférable que le chirurgien-dentiste soit relayé par les spécialistes des pathologies infectieuses, et que le patient soit pris en charge par l'ensemble des acteurs de santé intervenant. Cependant il serait intéressant de réussir à positionner le chirurgien-dentiste et/ou le médecin généraliste, pour jouer un rôle de proximité et de lien avec le patient, celui-ci le connaissant souvent depuis plusieurs années et étant en contact avec la ou le conjoint.

- **Vis-à-vis des autorités policières** : Le praticien n'a pas à prévenir les autorités dans ce cas de figure car il est tenu au secret médical et ce, même en cas de témoignage au tribunal ou de réquisition.

- **Vis-à-vis des autorités sanitaires**: L'infection au VIH fait partie des maladies à déclaration obligatoire depuis 2003 en France. Sa déclaration s'effectue depuis avril 2016 en ligne sur le site www.e-do.fr.

Il peut s'agir d'un véritable dilemme pour le praticien mais la loi est claire à ce sujet, le praticien ne doit pas révéler au conjoint la séropositivité d'un patient si celui-ci s'y oppose. Nous rappelons que : l'article 226-13 du code pénal punit la violation du secret professionnel. En effet, « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. ».

Cependant, il existe un cas où le secret médical peut être levé, c'est lors de constatations de sévices sur mineur. Cette situation nécessite plusieurs réactions du praticien, qui sont légalement encadrées.

4.3. Suspicion d'abus sexuel chez un mineur

Le chirurgien-dentiste peut être amené à détecter des lésions chez un mineur ou une personne vulnérable. Les lésions constatées sur une personne adulte non vulnérable sont uniquement déclarées au patient lui-même mais dans les autres cas, ces lésions peuvent laisser supposer un contexte d'abus sexuel.

Plusieurs pathologies orales et signes cliniques buccaux peuvent être révélateurs d'abus sexuels et détectés en pratique bucco-dentaire (Swerdin et al. 2007):

- La gonorrhée buccale (langue, palais et en particulier le pharynx) et péri orale (lèvre, visage) chez les enfants pré pubères est rare mais pathognomonique d'un abus sexuel. Elle peut se présenter sous forme d'ulcérations, d'érythèmes et de lésions vésiculaires pustuleuses.

- Condylomes ou papillomes HPV induits buccaux se présentant sous la forme de papules d'aspect verruqueux et « chevelus » pouvant se manifester par un ou plusieurs éléments. Il est important de noter que ces lésions ne sont pas toutes en lien avec une infection HPV et ne sont pas toutes transmises par voie sexuelle. Il est donc difficile d'établir un lien de causalité direct entre la présence de ce type de lésion et l'existence réel d'un abus sexuel.
- Des lésions inexplicables, érythèmes ou pétéchies au niveau du palais, en particulier à la jonction du palais dur et du palais mou, peuvent résulter d'un rapport sexuel oral forcés et/ou violents.
- Enfin, la syphilis se présente sous la forme d'érosions muqueuses le plus souvent localisées au niveau labial lors de la syphilis primaire. Sous sa forme secondaire, elle peut prendre de nombreux aspects cliniques et être localisée au niveau de l'ensemble de la muqueuse orale et la région péri-buccale. Cette pathologie est rarement trouvée chez les enfants. Un test positif pour tréponème pallidum chez un enfant, suggère très fortement l'existence d'abus sexuels.

Comme précisé précédemment, la loi permet une dérogation au secret médical pour les constatations ou les suspicions d'abus sexuels chez les mineurs.

En effet l'article 434-3 du Code Pénal rappelle que : « Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13. »

Or l'article 226-13 nous rappelle que la révélation du secret par une personne qui en est dépositaire est punie par la loi.

Néanmoins les dérogations sont précisées dans l'article 226-14 : « L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A **celui qui informe** les autorités judiciaires, médicales ou administratives de **privations ou de sévices**, y compris lorsqu'il s'agit **d'atteintes ou mutilations sexuelles**, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des **informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger** ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que **des violences physiques, sexuelles** ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ; [...]

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. »

La loi ne fait alors pas obstacle au signalement aux autorités par le médecin ou chirurgien-dentiste de sévices sur mineurs ou personnes vulnérables même sans avoir l'accord de ces derniers. Il s'agit d'une **autorisation à lever le secret médical sans risquer de sanctions pénales** (Conseil national de l'ordre des médecins).

Le chirurgien-dentiste doit alors s'adresser au Procureur de la République, ou au substitut du Procureur, au Tribunal de Grande Instance du lieu de résidence habituel du mineur (Conseil national de l'ordre des médecins). Il existe une permanence assurée en continue

24h/24. Les commissariats de police et brigades de gendarmerie disposent de la liste des magistrats de permanence et de leurs coordonnées téléphoniques.

Cela peut être réalisé par tout moyen (téléphone, fax). Il est conseillé de le faire par écrit en gardant un double. Si le signalement est fait par téléphone, alors il doit être conservé une trace de l'interlocuteur ainsi que la date de l'appel (Conseil national de l'ordre des médecins).

Étant donné le caractère grave de ces accusations et les conséquences d'un diagnostic de ce type, il est recommandé de faire le signalement à partir d'éléments indiscutables. Une équipe multidisciplinaire doit être sollicitée par le chirurgien-dentiste afin d'apporter plus d'éléments cliniques (American Academy of Pediatric Dentistry, 2017). Réaliser un signalement doit faire l'objet d'une réflexion importante de la part du praticien. Il est nécessaire qu'il se mette en contact avec le pédiatre ou le médecin généraliste en charge du dossier médical du patient et ainsi traiter ce sujet de manière pluridisciplinaire.

L'aspect médico-légal concernant les IST et les chirurgiens-dentistes, met donc en évidence certaines complexités notamment relatives à l'annonce d'une maladie grave, au maintien du secret médical, mais également en rapport avec sa responsabilité vis-à-vis des potentiels constats d'abus sexuels. L'ensemble de ces points nécessitent d'être abordés de manière pluridisciplinaire.

Conclusion :

Le chirurgien-dentiste est, comme nous avons pu le voir, au cœur d'un système de santé qui lui permet d'avoir un rôle et une responsabilité dans la prévention et la prise en charge des IST chez les patients particulièrement les plus jeunes.

En effet, les visites régulières chez le chirurgien-dentiste, encouragées par la politique de santé buccodentaire actuelle, font qu'il est un interlocuteur régulier et privilégié pour la jeune patientèle.

Ainsi, dans ce contexte d'augmentation importante des IST chez les adolescents et les jeunes adultes, tout acteur de santé doit tenter de limiter ces épidémies. Le CD, peut être donc amené à aborder le sujet de la sexualité avec les jeunes adultes et notamment d'en expliquer les risques selon le type de rapport, participant ainsi à la prévention de la transmission de ces pathologies. Mais un grand nombre d'IST se manifestant par des signes cliniques au niveau de bouche, il est également amené, en tant qu'expert de la cavité orale, à détecter des lésions suspectes, et à dépister et diagnostiquer ces pathologies. Le rôle clé dans le diagnostic précoce de ces pathologies est important, notamment afin d'éviter les risques de transmissions par des patients infectés mais non averti de leur statut pathologique, mais également pour éviter l'errance diagnostique, toujours associée à un pronostic défavorable.

L'abord du sujet de la sexualité et le diagnostic de ces pathologies peut paraître difficile à réaliser par un chirurgien-dentiste non spécialiste. L'orientation peut se révéler être la bonne conduite à tenir. Cependant, la prévention et la détection des IST doit pouvoir se faire lors de consultations non spécialisées, afin d'être réalisée sur le plus grand ensemble de population de patients.

Des formations à la prévention des chirurgiens-dentistes pourrait être une mesure efficace afin de permettre le dépistage précoce des IST. Ainsi, le Conseil national du sida et des hépatites virales a précisé en 2017 que « une partie des professionnels de santé, selon la nature de leur activité principale, expriment le besoin d'une mise à jour de leurs connaissances sur les IST, l'évolution des stratégies et des moyens de prévention ou encore la vaccination. Certains sont également en demande de formations complémentaires pour

acquérir des compétences et des savoir-faire pour renforcer leurs capacités à aborder les questions de santé sexuelle avec les jeunes ».

Des solutions restent à trouver afin d'améliorer la prévention et le diagnostic de ces pathologies. Aujourd'hui plusieurs institutions s'interrogent sur le nombre d'IST non diagnostiquées, notamment syphilitiques, cette pathologie pouvant rester silencieuse cliniquement durant de nombreuses années, tout en restant contagieuse.

Bibliographie :

Abramowitz L, Lacau Saint Guily J, Moyal-Barracco M, Bergeron C, Borne H, Dahlab A, et al. Epidemiological and economic burden of potentially HPV-related cancers in France. PLoS ONE. 2018;13(9): e0202564.

Amsellem-Mainguy Y, Cheynel C, Fouet A. « Consentir à... »: la sexualité à l'adolescence aux prises avec les normes socio-éducatives. Bulletin d'études et de synthèses de l'Observatoire de la jeunesse. 2015;(29):1-4.

ANRS. Premiers résultats de l'enquête CSF : « Contexte de la sexualité en France » [Internet]. 2007. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_CSF_-_1er_resultats.pdf

Arrêté du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles [Internet]. [Consulté le 4 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030824409&dateTexte=20150702>

Arrêté du 26 novembre 1999 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale [Internet]. [Consulté le 4 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000580061&categorieLien=cid>

Arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence [Internet]. [Consulté le 4 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022320859&categorieLien=id>

Barbeyrac BD, Juguet F, Clerc M, Bébéar C. Lymphogranulomatose vénérienne. In: Janier M, éditeur. Les infections sexuellement transmissibles. Paris: Elsevier Masson; 2009. p. 84-9.

Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005: attitudes et comportements de santé [Internet]. Éditions INPES; 2007. Disponible sur: inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf

Beck F, Richard J-BR. Les comportements de santé des jeunes - Analyses du Baromètre santé 2010 [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/baro-jeunes.pdf>

Beltzer N, Féron V, Vincelet C. Sexualité, contraception et prévention en Île-de-France : résultats de l'enquête Inpes-Baromètre Santé de 2010 [Internet]. 2013 [consulté le 3 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2014/ContraceptionJanv2014.pdf>

- Bestaux M. En quoi les chirurgiens-dentistes sont-ils concernés par le sexe ? Le point de vue du sexologue clinicien. *ID L'information dentaire*. 2017; 99(11/12):32-6.
- Birkmann A, Zimmermann H. HSV antivirals – current and future treatment options. *Curr Opin Virol*. 2016; 18:9-13.
- Bodhade AS, Ganvir SM, Hazarey VK. Oral manifestations of HIV infection and their correlation with CD4 count. *J Oral Sci*. 2011;53(2):203-11.
- Boué F, Lebbé C. Le sarcome de Kaposi. *Bull Cancer*. 2003;90(5):393-8.
- Bouyssou A, Spenatto N, Dhotte P, Castano F, Semaille C, Gallay A. La syphilis en France : analyse des données de surveillance sur 10 ans, *Bull Epidemiol Hebd (Paris)*. 2011 ;(26-27-28):295-8.
- Bruce AJ, Rogers RS. Oral manifestations of sexually transmitted diseases. *Clin Dermatol*. 2004;22(6):520-7.
- Campana F, Carvelli J, Fricain JC, Vergier B, Boralevi F, Kaplanski G. Atteinte plurifocale de syphilis secondaire : présentation d'un cas. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale*. 2016; 117(2):104-7.
- Casiglia JW, Woo S-B. Oral Manifestations of HIV Infection. *Clin Dermatol*. 2000;(18):541-51.
- Catherine J-H, Humbertclaude G, Levain M. Prévention des IST au cabinet dentaire. *ID L'information dentaire*. 2017;99(11/12):67-70.
- Caumes E, Janier M, Dupin N, Alcaraz I, Maatouk I, Timsit F-J. Donovanose (granulome inguinal). *Ann Dermatol Venereol*. 2016;143(11):739-40.
- Cazein F. Surveillance of HIV screening and HIV/AIDS diagnosis, France, 2008. *Bull Epidemiol Hebd (Paris)*. 2009 ;(2):15.
- CEDEF. [Item 84--Herpesvirus infections in the child and the immunocompetent adult: cutaneous and mucosal herpes]. *Ann Dermatol Venereol*. 2012a;139(11 Suppl): A15-21.
- CEDEF. Item 343 – Ulcération ou érosion des muqueuses orales et/ou génitales. *Ann Dermatol Venereol*. 2012b; 139(11S):A239-43.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Transmission of primary and secondary syphilis by oral sex--Chicago, Illinois, 1998-2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2004;53(41):966-8.
- Chaperon S. Nathalie Bajos & Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. *Clio Femmes, Genre, Histoire*. 2010;(31):324-6.
- Cherniak W, Silverman M. Images in clinical medicine: Syphilitic gumma. *N Engl J Med*. 2014; 371(7):667.
- Choukas NC, Toto PD. Condylomata acuminatum of the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1982; 54(4):480-5.
- Clifford G, Gallus S, Herrero R, Muñoz N, Snijders P, Vaccarella S, et al. Worldwide distribution of human papillomavirus types in cytologically normal women in the

International Agency for Research on Cancer HPV prevalence surveys: a pooled analysis. *Lancet*. 2005;366(9490):991-8.

Code de la santé publique. Article L1111-2. Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 175. Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 7.

Code de la santé publique. Article R4127-238. *JORF* n°183 du 8 août 2004.

Code de la santé publique. Article R4127-35. *JORF* n°183 du 8 août 2004

Code de la santé publique. Article R4127-4. *JORF* n°183 du 8 août 2004

Code pénal. Article 226-13. Article 226-13. Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) *JORF* 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002.

Code pénal. Article 226-14. Modifié par LOI n°2015-1402 du 5 novembre 2015 - art. 1.

Code pénal. Article 434-3. Modifié par LOI n°2018-703 du 3 août 2018 - art. 1. Modifié par LOI n°2018-703 du 3 août 2018 - art. 5.

Coiras M, López-Huertas MR, Pérez-Olmeda M, Alcamí J. Understanding HIV-1 latency provides clues for the eradication of long-term reservoirs. *Nat Rev Microbiol*. 2009; 7(11):798-812.

Darroch J, Frost JJ, Singh S. Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries [Internet]. 2001 [consulté le 1 oct 2018]. Disponible sur: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/eurosynth_rpt.pdf

Dasgupta G, Chentoufi AA, Nesburn AB, Wechsler SL, BenMohamed L. New concepts in herpes simplex virus vaccine development: notes from the battlefield. *Expert Rev Vaccines*. 2009; 8(8):1023-35.

de Paulo LFB, Servato JPS, Oliveira MTF, Durighetto AF, Zanetta-Barbosa D. Oral Manifestations of Secondary Syphilis. *Int J Infect Dis*. 2015;35:40-2.

De Sanjosé S, Diaz M, Castellsagué X, Clifford G, Bruni L, Muñoz N, et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2007;7(7):453-9.

Deback C, Huraux J-M. Vaccination antiherpès simplex virus: perspectives. *Rev Med Interne*. 2007; 28(1):16-21.

del Romero J, Marincovich B, Castilla J, García S, Campo J, Hernando V, et al. Evaluating the risk of HIV transmission through unprotected orogenital sex. *AIDS*. 2002;16(9):1296.

Dupin N. Syphilis. *Rev Med Interne*. 2016;37(11):735-42.

Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus [Internet]. 2008 [consulté le 3 oct 2018]. Disponible sur: opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3243

Ellermann-Eriksen S. Macrophages and cytokines in the early defence against herpes simplex virus. *Virol J*. 2005; 2(1):59.

Epstein FH, Greene WC. The Molecular Biology of Human Immunodeficiency Virus Type 1 Infection. *N Engl J Med*. 1991;324(5):308-17.

Erens B, McManus S, Prescott A, Field J. National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles II [Internet]. 2003. Disponible sur: http://natsal.ac.uk/media/2083/reference_tables_and_summary_report.pdf

Fener P, Criton C. Manifestations cliniques et biologiques de l'infection à VIH/sida chez la femme [Internet]. 2007 [consulté le 10 oct 2018]. Disponible sur: <http://sidasciences.inist.fr/IMG/pdf/sympetcompversionfinale.pdf>

Fernández-López C, Morales-Angulo C. Otorhinolaryngology Manifestations Secondary to Oral Sex. *Acta Otorinolaringol.* 2017;68(3):169-80.

Flajolet A. Mission au profit du gouvernement relatif aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire [Internet]. 2008 [consulté le 2 oct 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>

Frange P, Blanche S. VIH et transmission mère–enfant. *Presse Med.* 2014;43(6, Part 1):691-7.

Freeman EE, Weiss HA, Glynn JR, Cross PL, Whitworth JA, Hayes RJ. Herpes simplex virus 2 infection increases HIV acquisition in men and women: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *AIDS.* 2006; 20(1):73-83.

Fregnani ER, Pérez-de-Oliveira ME, Parahyba CJ, Perez DE da C. Primary syphilis: An uncommon manifestation in the oral cavity. *J formos Med Assoc.* 2017;116(4):326-7.

Genné D. Fellation non protégée : quels risques ? *Rev Med Suisse.* 2013;(9):1828-31.

Graciansky P de. Gommages, pathologie. [Internet]. *Encyclopædia Universalis*; [consulté le 3 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/gommages-pathologie/>

Gupta R, Warren T, Wald A. Genital herpes. *Lancet.* 2007;370(9605):2127-37.

Hamel C, Debauche A, Brown E, Lebugle A, Lejbowicz T, Mazuy M, et al. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. *Population et sociétés.* 2016;(538):4.

HAS. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique [Internet]. 2014 [consulté le 2 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/2e_version_format2 clics-aa_patient_mc_300414.pdf

HAS. Annoncer une mauvaise nouvelle [Internet]. 2008 [consulté le 24 juill 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf

HAS. Évaluation de l'amplification génique des Herpesviridae (virus herpès simplex et varicelle-zona) devant des manifestations cutanéomuqueuses et oculaires [Internet]. 2016 [consulté le 3 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/argumentaire_herpesviridae_popge.pdf

HAS. Prise en charge de l'herpès cutanéomuqueux chez le sujet immunocompétent [Internet]. 2002 [consulté le 2 oct 2018]. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X01009782>

Hawkins DA. Oral sex and HIV transmission. *Sex Transm Infect.* 2001; 77(5):307-8.

Hayez J-Y. Pratiques et intérêts sexuels des jeunes « normaux » sur Internet. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2009; 57(3):231-9.

Heck JE, Berthiller J, Vaccarella S, Winn DM, Smith EM, Shan'gina O, et al. Sexual behaviours and the risk of head and neck cancers: a pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology (INHANCE) consortium. *Int J Epidemiol.* 2010; 39(1):166-81.

Herrero R, Castellsagué X, Pawlita M, Lissowska J, Kee F, Balaram P, et al. Human Papillomavirus and Oral Cancer: The International Agency for Research on Cancer Multicenter Study. *J Natl Cancer Inst.* 2003; 95(23):1772-83.

Holway GV, Hernandez SM. Oral Sex and Condom Use in a U.S. National Sample of Adolescents and Young Adults. *J Adolesc Health.* 2018;62(4):402-10.

Hook EW. Syphilis. *Lancet.* 2017;389(10078):1550-7.

Ifop. Génération YouPorn : mythe ou réalité ? Enquête sur l'influence des nouvelles technologies sur les comportements sexuels des jeunes [Internet]. 2013 [consulté le 2 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/generation-youporn-mythe-ou-realite-enquete-sur-linfluence-des-nouvelles-technologies-sur-les-comportements-sexuels-des-jeunes/>

Ifop. Les jeunes, l'information et la prévention du sida [Internet]. 2018 [consulté le 2 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-jeunes-et-la-prevention-du-sida-2/>

Ined. L'âge au premier rapport sexuel [Internet]. 2014 [consulté le 3 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>

Inpes, ORS Bourgogne Franche Comté. Baromètre santé 2016 : Sexualité et contraception en Bourgogne-Franche-Comté [Internet]. 2016 [consulté le 2 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.orsbfc.org/barometre-sante-2016-sexualite-et-contraception-en-bourgogne-franche-comte/>

Inpes, ORS Ile de France. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH / sida en Ile-de-France en 2010 [Internet]. 2011 [consulté le 2 oct 2018]. Disponible sur: http://www.ors-idf.org/dmdocuments/rapport_KABP_2011.pdf

Inpes, ORS Ile de France. Sexualité, contraception et prévention en Île-de-France : résultats de l'enquête Inpes - Baromètre Santé de 2010 [Internet]. 2010 [consulté le 2 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.ors-idf.org/index.php/fr/publications/69-prevention/sexualite-et-contraception/316-sexualite-contraception-et-prevention-en-ile-de-france-resultats-de-l-enquete-inpes-barometre-sante-de-2010>

Inpes, ORS Midi Pyrénées. Attitudes et comportements de santé - Baromètre Santé 2016 en Occitanie [Internet]. 2016 [consulté le 2 oct 2018]. Disponible sur: <https://orsmip.org/attitudes-comportements-de-sante-occitanie-barometre-sante-2016-occitanie/>

Inpes, ORS Pays de la Loire. Baromètre santé jeunes [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/BSJ/2010bsjpd_l_sexualite_janv2012.pdf

Inpes. Inpes - IST / MST : derrière les mots, un enjeu de santé publique [Internet]. 2009 [consulté le 10 déc 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/09/cp090625.asp>

Inpes. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements des Franciliens face au VIH sida en Ile-de-France en 2010 [Internet]. 2011 [consulté le 2 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.ors-idf.org/index.php/fr/enquetes/78-kabp-vih-sida/344-les-connaissances-attitudes-croyances-et-comportements-des-franciliens-face-au-vih-sida-en-ile-de-france-en-2010>

Insee. Population par sexe et groupe d'âges en 2018 | Insee [Internet]. 2018 [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>

Invs. Données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST 1er décembre 2013 [Internet]. 2013 [consulté le 2 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.enipse.fr/documents/PREVENTION/131201-INV-S-epidemio-vih-ist.pdf>

Invs. Infection par le VIH et les IST bactériennes. Point épidémiologique du 28 novembre 2017 [Internet]. 2017 [consulté le 2 oct 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-28-novembre-2017>

Janier M, Caumes E. Syphilis. *Encycl Med Chir-Dermatologie*. 2011; [98-445-A-10].

Jiang Y-C, Feng H, Lin Y-C, Guo X-R. New strategies against drug resistance to herpes simplex virus. *Int J Oral Sci*. 2016; 8(1):1-6.

Jones L, Ong ELC, Okpokam A, Sloan P, Macleod I, Staines KS. Three cases of oral syphilis – an overview. *Br Dent J*. 2012; 212(10):477-80.

Kumar T, Puri G, Aravinda K, Arora N, Patil D, Gupta R. Oral sex and oral health: An enigma in itself. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 2015;36(2):129-32.

La Ruche G, Le Strat Y, Fromage M, Berçot B, Goubard A, de Barbeyrac B, et al. Incidence of gonococcal and chlamydial infections and coverage of two-laboratory surveillance networks, France, 2012. *Euro Surveill*. 2015;20(32):6-15.

Lagrange H, Lhomond B, Calvez M, Darsch C, Favier C, Fierro F, et al. ACSJ : Les comportements sexuels des jeunes de 15 à 18 ans [Internet]. 1995. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/954045500.pdf>

Lalonde B. Le dépistage précoce du cancer buccal. *J Dent Que*. 2004;12-5.

Laskaris G. Oral manifestations of HIV disease. *Clin Dermatol*. 2000;18(4):447-55.

Laurent R. Herpès. *Encycl Med Chir - Médecine*. 2005;2(3):265-75.

Lawrence P, Zimmer A, Paul S. Infection muqueuse par le virus VIH-1: mécanismes, conséquences, perspectives de vaccination. *Revue Francophone des Laboratoires*. 2009;2009(410):45-54.

Leao JC, Ribeiro CMB, Carvalho AAT, Frezzini C, Porter S. Oral complications of HIV disease. *Clinics*. 2009; 64(5):459-70.

Léonard P. VIH, sexe et... ID L'information dentaire. 2017; 99(11/12):67-70.

Leplina O, Starostina N, Zheltova O, Ostanin A, Shevela E, Chernykh E. Dendritic cell-based vaccines in treating recurrent herpes labialis: Results of pilot clinical study. *Hum Vaccin Immunother*. 2016;12(12):3029-35.

Leport C, Longuet P, Gervais A, Vildé J. Manifestations cliniques de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. *Encycl Med Chir- Maladies infectieuses*. 2018; [8-050-B-10].

Lescaille G, Descroix V, Azérad J. Papillomavirus et cancers des VADS. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2011; 112(3):160-3.

Looker KJ, Magaret AS, May MT, Turner KME, Vickerman P, Gottlieb SL, et al. Global and Regional Estimates of Prevalent and Incident Herpes Simplex Virus Type 1 Infections in 2012. *PLoS ONE*. 2015;10(10): e0140765.

Maladière E, Vacher C. Examen clinique en stomatologie. *Encycl Med Chir - Médecine buccale*. 2008; [28-110-D-10].

Milpied B, Janier M, Timsit J, Spenatto N, Caumes E, Chosidow O. Herpes génital. *Ann Dermatol Venereol*. 2016;143(11):729-33.

Ministère de la Santé et des Sports. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010 2014 [Internet]. 2010 [consulté le 2 oct 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf

Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 [Internet]. [s.d] [consulté le 2 oct 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

Morin T, Jaluzot L, Picard S. Femmes et hommes face à la violence. *Insee Première*. 2013;(1473):1-4.

Nassim B. Modification de la Nomenclature des actes de biologie médicale pour l'acte de suivi thérapeutique des patients infectés par *Treponema pallidum* (bactérie responsable de la syphilis) [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir3/argumentaire_syphilis.pdf

Ngangro NN, Viriot D, Fournet N, Barbeyrac BD, Goubard A, Dupin N. Les infections sexuellement transmissibles bactériennes en France : situation en 2015 et évolutions récentes. *Bull Epidemiol Hebd (Paris)*. 2016 ;(41-42):738-44.

Nokta M. Oral manifestations associated with HIV infection. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2008;5(1):5-12.

OMS. Actions VIH en faveur des jeunes [Internet]. 2008 [consulté le 3 oct 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/cah_iatt_infonotes_2008_6_1_fr.pdf?ua=1

OMS. Glossaire de la promotion de la santé [Internet]. 1999 [consulté le 2 oct 2018]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf

OMS. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017-Recommendations? Vaccine. 2017;35(43):5753-5.

OMS. Infections sexuellement transmissibles [Internet]. [Consulté le 2 oct 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

OMS. Infections sexuellement transmissibles [Internet]. 2016a [consulté le 3 oct 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

OMS. La prévention du VIH/sida chez les jeunes [Internet]. 2006 [consulté le 3 oct 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/trs_938/fr/

OMS. Le préservatif masculin en latex protégé efficacement contre la grossesse et les infections sexuellement transmissibles [Internet]. 2000 [consulté le 3 oct 2018]. Disponible sur: <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs243/fr/>

OMS. Papillomavirus humain (PVH) et cancer du col de l'utérus [Internet]. 2015 [consulté le 2 oct 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)

OMS. Report of the Consultation on Human Papillomavirus vaccines [Internet]. 2005 [consulté le 3 oct 2018]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69150/WHO_IVB_05.16.pdf?sequence=1

OMS. Stratégies mondiales 2016-2021: VIH/sida, hépatite virale et IST [Internet]. 2016b [consulté le 10 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/fr/>

OMS. Système OMS de classification des stades de l'infection et de la maladie à VIH chez l'adulte et l'adolescent [Internet]. 2003 [consulté le 15 avr 2018]. Disponible sur: <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js5514f/19.html#Js5514f.19>

OMS. VIH/sida [Internet]. 2018 [consulté le 2 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

OMS. WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus [Internet]. 2016c [consulté le 2 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK396232/>

ONU. Année internationale de la jeunesse [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://social.un.org/youthyear/docs/brochure-fr.pdf>

ORSAG. Sexualité des jeunes de 15 à 24 ans en Guadeloupe en 2011 : connaissances, attitudes, croyances et comportements [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.orsag.fr/wp-content/uploads/2018/02/ORSAG_KABP_Jeunes_DT20152.pdf

Parent D. Bouche et infections virales. Presse Med. 2016; 45(2):196-214.

Patton LL, van der Horst C. ORAL INFECTIONS AND OTHER MANIFESTATIONS OF HIV DISEASE. *Infect Dis Clin North Am.* 1999; 13(4):879-900.

Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen X-S, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis. *Nat Rev Dis Primers.* 2017;3:17073.

Pison G. Tous les pays du monde (2011). *Popul Soc (Paris).* 2011;(480):8.

Potoczny M, Truchetet F, Gratier de Saint Louis G. Le préservatif masculin comme moyen de protection contre les infections sexuellement transmissibles. Quels facteurs influencent son utilisation? Enquête observationnelle multicentrique auprès de 303 étudiants messins de sexe masculin – de novembre à décembre 2015. *La Revue Sage-Femme.* 2017; 16(2):119-23.

Prabhu SR, Wilson DF. Human papillomavirus and oral disease – emerging evidence: a review. *Aust Dent J.* 2013; 58(1):2-10.

Praetorius F. HPV-associated diseases of oral mucosa. *Clin Dermatol.* 1997; 15(3):399-413.

Pytynia KB, Dahlstrom KR, Sturgis EM. Epidemiology of HPV-associated oropharyngeal cancer. *Oral Oncol.* 2014; 50(5):380-6.

Radtke K, English L, Rondeau C, Leib D, Lippé R, Desjardins M. Inhibition of the Host Translation Shutoff Response by Herpes Simplex Virus 1 Triggers Nuclear Envelope-Derived Autophagy. *J Virol.* 2013;87(7):3990-7.

René L, Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire. Paris. FRA / com. Rapport de la commission de réflexion sur le secret professionnel appliqué aux acteurs du système de soins. Paris: Ministère des affaires Sociales de la Santé et de la Ville; 1994.

Reznik DA. Oral manifestations of HIV disease. *Top HIV Med.* 2006;13(5):143-8.

Riethmuller D, Schaal JP, Mougin C. Épidémiologie et histoire naturelle de l'infection génitale à papillomavirus humain. *Gynécol Obstet Fertil.* 2002;30(2):139-46.

Rochefort J, Hervé G, Agbo-Godeau S. Manifestations orales de l'érythème polymorphe : présentation de cas cliniques. *Med Buccale Chir Buccale.* 2016;22(2):137-43.

Rochefort J. Herpès buccal et herpès génital, que faut-il retenir? *ID L'information dentaire.* 2017;99(11/12):50-4.

Saboni L, Beltzer N, Doré V, Chatignoux E. Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. *Bull Epidemiol Hebd (Paris).* 2012;(46-47):525-9.

Scheurer ME, Tortolero-Luna G, Adler-Storthz K. Human papillomavirus infection: biology, epidemiology, and prevention. *Int J Gynecol Cancer.* 2005; 15(5):727.

Scott CM, Flint SR. Oral syphilis—re-emergence of an old disease with oral manifestations. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 34(1):58-63.

Scully C, Porter S. HIV topic update: oro-genital transmission of HIV. *Oral Dis.* 2000; 6(2):92-8.

Shaw GM, Hunter E. HIV Transmission. *Cold Spring Harb Perspect Med.* 2012; 2(11):1-23.

- Siqueira CS, Saturno JL, de Sousa SCOM, da Silveira FRX. Diagnostic approaches in unsuspected oral lesions of syphilis. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2014;43(12):1436-40.
- SMEREP. La SMEREP renforce sa stratégie de prévention santé avec un Parcours Prévention Santé [Internet]. 2017 [consulté le 3 oct 2018]. Disponible sur: https://www.smerep.fr/ckeditor_assets/attachments/5954c436756d675f80001a2a/2017-0629_cp_etude_sante_2017_vf-pour_site.pdf?1498727477
- The Alan Guttmacher Institute. Les adolescents au Burkina Faso: Santé sexuelle et reproductive. 2004; 6.
- Traver F, Saucey M-J du, Gaucher C. [Oral hygiene of children and adolescents participating in the dental examination program]. *Sante Publique*. 2014;26(4):481-90.
- Universalis E. GOMMES, pathologie [Internet]. Encyclopædia Universalis. [Consulté le 2 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.universalis.fr/encyclopedie/gommes-pathologie/>
- Université catholique de Louvain. Papillomavirus [Internet]. Initiation à la virologie. [s.d.] [consulté le 3 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.virologie-uclouvain.be/fr/chapitres/exemples-choisis/papillomavirus>
- Upile T, Jerjes W, Al-Khawalde M, Radhi H, Sudhoff H. Oral sex, cancer and death: sexually transmitted cancers. *Head Neck Oncol*. 2012;4:31.
- Vaccination info service. Infections à Papillomavirus humains (HPV) [Internet]. 2018 [consulté le 2 oct 2018]. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-Papillomavirus-humains-HPV>
- Veluire M, Brasnu D. Évolution des comportements sexuels en France et émergence de nouveaux cancers des voies aérodigestives supérieures. *Bull Cancer*. 2011; 98(10):1185-92.
- Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown A, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545-602.
- Yeni P, Artières P, Coueron J-P, Favier C, Foulquier-Gazagnes T, Goujard C, et al. Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes [Internet]. 2017. Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/02/2017-01-19_avi_fr_prise_en_charge.pdf
- Youcef L. Efficacité du laser à colorant pulsé dans l'hyperplasie épithéliale focale « maladie de Heck ». *Ann Dermatol Veneréol*. 2014; 141(12):S491.

Les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ni improbation de la Faculté de Chirurgie Dentaire.

LASSY Laurent. Rôles des Chirurgiens-Dentistes dans la prévention, la détection et le diagnostic des IST chez les jeunes adultes en France. 2018. 118 p. : ill., tabl. Réf. Biblio. : 108-117.

**Sous la direction du Dr Juliette Rochefort
Th : Chir Dent. : Paris 7 : 2018**

RESUME:

Les infections sexuellement transmissibles (IST) regroupent un certain nombre d'infections dont les agents pathogènes se transmettent principalement lors de rapports sexuels. Selon l'OMS, plus d'un million de personnes contractent une IST chaque jour dans le monde. **Récemment il existe une recrudescence importante des IST, dont l'augmentation de l'incidence est particulièrement notable chez les jeunes adultes.** En effet, le nombre d'adolescents infectés dans le monde par le VIH a augmenté de 33% depuis 2001 alors que les contaminations globales ont reculé de 20% sur cette même période (OMS, 2017). Ce constat est en lien avec l'existence de comportements sexuels à risque dans cette population ainsi qu'une mauvaise connaissance des modalités de transmissions des IST.

Les visites régulières chez le chirurgien-dentiste, encouragées par la politique de santé bucco-dentaire actuelle (bilan bucco-dentaire, incidence carieuse élevée, traitement orthodontique...), font qu'il est un interlocuteur régulier et privilégié pour la jeune patientèle. Il peut donc agir au niveau de la prévention, la détection et le dépistage des IST chez les adolescents et les jeunes adultes. Le CD, peut alors être amené à aborder la sexualité avec les jeunes adultes et notamment d'en expliquer les risques selon le type de rapport, participant ainsi à la prévention de la transmission de ces pathologies. De plus, un grand nombre d'IST se manifestant par des signes cliniques buccaux, le CD, expert de la cavité orale, est également amené à détecter des lésions suspectes, dépister et diagnostiquer ces pathologies.

L'objectif de ce travail est d'établir un état des lieux des IST ayant une manifestation orale et d'en répertorier les aspects cliniques. Il a également pour but, d'étudier les comportements sexuels à risques des jeunes adultes. Cela afin de donner les outils nécessaires au CD pour aborder le sujet de la sexualité en expliquant les risques associés à certaines pratiques et d'effectuer une prévention de contraction des IST, l'aider à observer, identifier et diagnostiquer les lésions suspectes, ainsi qu'à les prendre en charge et/ou orienter vers des services hospitaliers adéquats les jeunes patients présentant des IST. Le CD devrait donc être positionné comme un acteur indispensable à la prévention et au dépistage précoce de ces pathologies bien qu'il existe certaines limites sur leur application en cabinet libéral.

TITRE en anglais :

Roles of Dental Surgeons in detecting, screening and preventing STIs in young adults in France

DISCIPLINE : Chirurgie buccale

MOTS-CLES Français : Maladies sexuellement transmissibles, Prévention et contrôle, comportement sexuel à risque, Diagnostic, Biopsie

MOTS-CLES Anglais : Sexually transmitted diseases, Prevention and control, sexual risk behaviour, diagnosis, biopsy
