

# La médecine face aux pratiques sexuelles à risque

Nicolas Foureur

---

Cet article expose une réflexion en cours d'élaboration sur mon expérience de dermato-vénérologue installé dans le Marais, quartier gay parisien. Je suis régulièrement confronté à des patients me parlant de leurs pratiques sexuelles « à risque ». De ce fait, j'ai été conduit à reconsidérer ma pratique de médecin : devais-je tenir un discours préventif à l'égard de ces patients ou les accompagner dans leur mode de vie ? À ce stade de ma réflexion, je ne saurais promouvoir une façon unique de résoudre par « la » médecine les dilemmes éthiques posés par la prise de risque de patients lors de pratiques sexuelles. Je souhaite ici plutôt présenter les alternatives autour desquelles s'articule cette interrogation.

Plus précisément, ce travail a pour objectif de réfléchir à partir de deux questions : « Qu'est-ce qu'un bon médecin ? » et « Qu'est-ce qu'un bon patient ? ». En termes généraux, je me demande pour la première si cela signifie être : « performant », humain, moral ou encore économe. Est-ce être « bon » pour le patient, ou « bon » pour la société (par exemple, en ne pratiquant pas une médecine trop coûteuse, ou en contribuant à prévenir la transmission des maladies) ? Ou encore est-ce être « bon » pour moi-même (pratiquer une médecine dans laquelle je me reconnais) ? Initialement, j'ai considéré que je pouvais écarter la deuxième question d'emblée, pensant être par principe dans une neutralité bienveillante par rapport aux patients. Finalement, traiter de la première question m'a conduit à aborder la seconde.

Je présenterai mon questionnement à partir de l'exemple des pratiques sexuelles à risque. Après une introduction du sujet, je décrirai en particulier trois cas cliniques qui mettent en évidence des différences entre une prise en charge « classique » et la mienne. Puis j'expliquerai pourquoi et comment je me positionne d'un point de vue éthique. Enfin, je présenterai les questions qui demeurent en suspens après avoir exposé un dernier cas clinique.

Les pratiques sexuelles peuvent être dites « à risque » du fait d'une transmission possible d'infections et notamment du VIH. Je prends cet exemple

en premier parce que l'épidémie touche en particulier en France la « communauté gay »<sup>1, 2</sup>.

Le premier cas concerne un homme âgé de 40 ans, séropositif pour le VIH, homosexuel, revendiquant sa liberté d'avoir des relations sexuelles non protégées et se présentant régulièrement pour être traité de la syphilis. Le fait qu'il n'utilise pas de préservatif pose problème médicalement puisqu'il se met en danger lui-même et qu'il est source de contaminations pour d'autres personnes. La prise en charge médicale classique est d'utiliser tous les moyens nécessaires pour qu'il change son comportement. Le rôle du médecin et des soignants est, estime-t-on le plus souvent, de limiter la transmission de maladies contagieuses et de lutter contre les épidémies. De ce fait, certains soignants peuvent aller jusqu'à envisager de refuser de prendre en charge ce type de patient, considérant que sa prise en charge est une manière de cautionner ses pratiques. Ils seraient alors indirectement responsables de la contamination potentielle des partenaires de ce patient. Personnellement, je le traite « sans états d'âme » en vertu d'un faisceau d'éléments : 1) de mon point de vue, mieux vaut guérir sa syphilis pour éviter des complications ultérieures pour lui ; 2) concernant le risque de transmission du VIH, je ne me sens pas responsable des risques qu'il prend ni des risques pris par ses partenaires ; 3) il revendique le fait d'être libre de faire ses choix, se disant issu d'un groupe de personnes pour qui « mettre en jeu sa vie, pour un plaisir dit extrême, est une chose tout à fait légitime et normale » selon les termes d'Erik Rémés<sup>3</sup> ; 4) or sa compétence<sup>4</sup> ne me paraît pas discutable ; 5) enfin, le fait de recevoir sa demande

- 
1. L'Institut national de veille sanitaire indique 6 940 nouvelles contaminations pour la seule année 2008 ; 48 % des nouveaux cas le sont pour des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Cela correspond à 10 nouveaux cas par jour. Ce taux est 200 fois supérieur à celui rencontré chez les hétérosexuels. De son côté, l'étude « Prevagay » en 2009 propose les chiffres suivants : sur toutes les personnes acceptant un dépistage du VIH à l'entrée des lieux gays commerciaux parisiens concernés par l'étude, 18 % des participants étaient séropositifs (prévalence comparable aux pays subsahariens). Parmi les séropositifs, 26 % avaient eu plus de 50 partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois ; 57 % déclaraient avoir eu au moins une pénétration anale non protégée dans les 12 derniers mois.
  2. Tous les patients ayant des relations sexuelles avec des hommes, séropositifs ou pas, ne se considèrent pas forcément comme gay ou appartenant à une communauté. L'expression est ici utilisée pour plus de lisibilité.
  3. « Erik Rémés est spécialiste de la sexualité, écrivain et journaliste, titulaire de maîtrises de psychologie clinique et de philosophie. Iconoclaste et provocateur, il fut mis au ban même de la communauté gay en raison de ses prises de position en faveur de pratiques sexuelles sources de contamination volontaire du VIH entre partenaires sexuels » ([www.erikremes.net](http://www.erikremes.net)).
  4. Dans l'usage, cette notion renvoie à l'idée que le patient a les capacités de réfléchir et décider pour lui-même.

sans jugement peut favoriser qu'il revienne consulter quand il le veut et quelle que soit la raison.

Le deuxième exemple suscite d'autres questions. Un jeune homme de 19 ans, séronégatif pour le VIH, vient pour la première fois avec trois infections sexuellement transmissibles (une primo-infection herpétique, une anorectite à *Chlamydiae trachomatis* et une syphilis asymptomatique). Il me dit avoir des relations sexuelles non protégées occasionnellement. Dans ces cas, il sélectionne ses partenaires en fonction de leur « présentation générale ». On sait que cette attitude fait courir un risque important de contamination par le VIH car les partenaires ne parlent pas entre eux de leurs pratiques, de leurs prises de risques ni de leurs statuts sérologiques vis-à-vis du VIH. Cependant, ce patient ne montre pas d'inquiétude à ce sujet : « *On parle du VIH, mais ça fait pas mal de temps que je prends des risques et il ne m'arrive rien.* » Comme précédemment, est-ce cautionner son comportement que de le recevoir régulièrement sans chercher à le faire évoluer dans ses pratiques ? Et si un jour il devient séropositif, aurais-je été trop « laxiste » ? Il m'avoue prendre moins de risque après en avoir parlé avec moi. J'en retiens l'hypothèse qu'un discours de prévention perçu comme « moralisateur » et trop rigoureux pourrait le conduire à ne pas revenir, voire à se faire moins suivre médicalement.

Ces deux cas illustrent le questionnement de la place du médecin face aux patients à risque d'être infectés ou de transmettre le VIH lors de rapports sexuels non protégés. Le premier cas illustre le conflit entre le respect de la liberté de l'individu et l'intérêt général de la société, l'épidémie du VIH s'aggravant et les traitements anti-rétroviraux étant coûteux. Il peut aussi interroger la responsabilité du médecin face à un patient qui est susceptible de contaminer des partenaires. Cela renvoie à la question de la judiciarisation de la transmission du VIH qui dépasse largement le champ médical. Les patients en question connaissent cette polémique et je considère qu'il peut être malfaisant de la leur rappeler. Je comprends par expérience que certains patients ne puissent pas en parler, par refus de la maladie ou peur de la stigmatisation par exemple. Les raisons peuvent être multiples. Il ne me semble pas que ce soit de ma compétence ni de mon rôle de mettre en garde ou surveiller qui peut contaminer ou être contaminé par le VIH. Le deuxième cas montre que le message de prévention est adapté à chaque personne et qu'il est difficile de savoir en quoi il est bon ou délétère pour chaque patient et comment le moduler.

De nombreux médecins se trouvent confrontés à ces « dilemmes » éthiques. Beaucoup de professionnels ou de militants associatifs réfléchissent à la meilleure prise en charge des patients prenant des risques sexuels vis-à-vis du VIH, et développent des stratégies à la fois les plus respectueuses possibles de l'individu et de ses libertés et les plus perfor-

mantes possibles en termes de protection médicale pour l'individu et ses partenaires et donc pour la société. À travers ces deux cas particuliers, on voit que ma prise en charge est principalement portée par le respect de l'individu, ses pratiques et sa demande. Je reviendrai après un troisième exemple sur les raisons qui m'invitent à aller dans ce sens.

D'autres pratiques sexuelles peuvent être à risque sans qu'il s'agisse de la transmission d'infections. Ainsi, j'ai eu pour patient un homme, homosexuel, âgé de 35 ans, séropositif pour le VIH contracté lors de relations sexuelles non protégées. Il est aussi porteur de l'hépatite C suite à des relations sexuelles sanglantes et/ou l'utilisation de cocaïne. Il a été récemment traité par chimiothérapie pour une maladie de Kaposi cutanée et pulmonaire. Il a donc une longue et douloureuse expérience médicale. Il connaît bien les maladies et leurs traitements. Il sait ce qu'il risque du fait de l'utilisation de drogues ou de rapports sexuels non protégés. Mais il dit : « *La sexualité touche à l'intimité de la personne, en lien avec son passé, son entourage, ses fantasmes.* » Il me demande de lui prescrire de la Xylocaïne® en gel (anesthésique local) pour pouvoir profiter plus longuement de séances de *fistfucking*<sup>1</sup>. Le risque est qu'une perforation du côlon passe inaperçue du fait de l'anesthésie de la paroi. Plusieurs arguments peuvent être mobilisés pour refuser une telle prescription : 1) le risque encouru pour lui-même au premier chef ; 2) le fait que cela peut cautionner ses pratiques qui sont délétères pour sa santé ; 3) le fait qu'il s'agit d'une ordonnance pour « convenance personnelle », c'est-à-dire faite pour son plaisir et non pour une raison médicale ; 4) éventuellement pour des raisons morales (tabou de la sexualité, homophobie). Plusieurs éléments me font penser et réagir autrement : 1) il connaît le risque ; 2) il a l'habitude d'en utiliser ; 3) même si c'est pour convenance personnelle, d'un point de vue médical, c'est toujours mieux qu'il se procure un médicament qui offre plus de garanties de sécurité acheté en pharmacie plutôt qu'acheté sur internet – et plus largement, mais cela s'éloigne du thème de cet article, le rejet de la médecine de convenance mérite d'être discuté – ; 4) je ne suis pas surpris par sa demande du fait que ce type de pratique sexuelle est connu voire banalisé dans la communauté gay ; 5) sa demande s'inscrit dans une relation de confiance entre nous du fait que nous nous connaissons depuis longtemps et nous entendons bien. Je ne suis donc pas opposé à une telle prescription.

Pour en avoir discuté avec certains collègues, il me semble qu'aucun ne ferait cette prescription. Je cherche donc à savoir en quoi ma pratique est différente, partant du principe que je ne fais pas cette prescription par

---

1. Le *fistfucking* est une pratique sexuelle consistant à pénétrer la vagin ou le rectum avec la main.

laxisme ou ignorance. Ce qui m'aide à réfléchir est d'être attaché au Centre d'éthique clinique<sup>1</sup> de l'hôpital Cochin, de partager mon expérience avec des collègues de l'Association des médecins gays (AMG)<sup>2</sup> et d'en discuter avec des patients homosexuels concernés.

Il me semble que le fait d'être un médecin sensibilisé personnellement et professionnellement aux modes de vie et aux pathologies de la « communauté gay » fait que ma conception de la prise en charge du patient homosexuel change. Après quelques années d'exercice de ce type, je pense que mon approche défend l'idée d'une « médecine communautaire ». Il me semble que cela retentit sur la relation médecin-malade du fait d'échanges différents, notamment dans ce qui relève de l'implicite et de l'explicite lors des consultations. Le fait de se positionner en tant que médecin ayant une approche « communautaire » m'autorise par exemple plus facilement à demander aux patients de qualifier leurs pratiques sexuelles. Cela permet au patient d'être à son tour plus explicite et plus réflexif. Ma posture de médecin qui parle, et pas seulement de médecin pourvoyeur de diagnostic et d'ordonnances, me fait sortir du cadre de la neutralité bienveillante habituelle. Cela peut permettre, à mon sens, plus d'échange et en fin de compte une meilleure prise en charge médicale. Cette posture me pèserait probablement dans d'autres circonstances. Dans ma pratique actuelle, elle m'aide et, de mon point de vue, est bénéfique aux patients. Cela permet de mieux accueillir et comprendre leur demande, d'avoir une meilleure connaissance et une expérience plus large des situations discutées et finalement de promouvoir un meilleur accès aux soins à des homosexuels qui parfois hésitent à consulter du fait d'une homophobie perçue ou existante.

Un dernier exemple peut illustrer ces propos. Un patient homosexuel de 50 ans consulte pour une éruption cutanée du torse et de la barbe. Il avait déjà vu auparavant deux médecins, un urgentiste à l'hôpital et son généraliste. Après l'avoir interrogé et examiné, aucun diagnostic ne convenait vraiment. Je lui ai alors fait la réflexion que les lésions au niveau de sa barbe m'évoquaient des brûlures de *poppers*<sup>3</sup> mais que cela ne pouvait pas

- 
1. Le Centre d'éthique clinique est à la disposition des patients, de leurs proches et des soignants pour accompagner une prise de décision médicale éthiquement difficile. Le but est d'être au service de la relation médecin-malade en apportant une réelle valeur ajoutée à la discussion par un tiers neutre, formé, grâce à une méthode pragmatique et rigoureuse, dans la collégialité et la pluridisciplinarité ([www.ethique-clinique.com](http://www.ethique-clinique.com)).
  2. L'AMG existe depuis 1981. Son but est d'informer le corps médical et paramédical ainsi que la communauté LGBT (Lesbian-Gay-Bi-Trans) des interrelations entre santé et homosexualité ([www.medecins-gays.com](http://www.medecins-gays.com)).
  3. *Poppers* : vasodilatateurs, initialement utilisés en médecine, ayant un effet euphorisant et relaxant du sphincter anal.

expliquer une éruption aussi diffuse. Cela lui a permis de m'avouer qu'il avait utilisé des drogues de type GHB<sup>1</sup> pour oser réaliser un vieux fantasme consistant en l'occurrence en une pratique sexuelle scatologique<sup>2</sup>.

À l'issue de l'exposition de ces cas, des interrogations demeurent en suspens.

Premièrement, on peut voir dans cette pratique de « médecine communautaire » un manquement en termes de prise en charge médicale. On pourrait parler de médecine « prestataire de services », qui ne porte pas assez le discours préventif médical, met ainsi les patients en danger et surtout cautionne des pratiques sources d'une perpétuation des transmissions des infections sexuellement transmissibles dont le VIH. Cependant, on peut se demander si c'est au nom du bien du patient et pour protéger les autres individus que l'on fait cette critique, ou au nom d'une « bonne » médecine à défendre, voire au nom de la société et de la protection de son équilibre. Le médecin pratiquant une « médecine communautaire » oublie-t-il les intérêts de la collectivité ? Un récent débat organisé par l'association Éthique, clinique et société<sup>3</sup> portait sur la place du médecin face aux patients ayant des pratiques sexuelles à risque. Une des questions débattues était la limite de la prise en charge à accorder à l'individu versus la défense des intérêts de la société. Il me semble que cette question dépasse la critique faite à une éventuelle « médecine communautaire » et pourrait s'appliquer à la pratique médicale tout entière. Pour ma part, lorsque je reçois un patient, mon but principal est de le prendre en charge lui, pas la société.

Deuxièmement, on peut critiquer dans la prise en charge que je pratique actuellement le fait de confondre empathie et sympathie. Prescrire par sympathie serait dangereux en me faisant perdre mon bon sens médical. Je trouve cette critique sujette à caution et discutable en général. Si elle est faite en particulier dans le cas de la « médecine communautaire », j'assume le fait d'aider des gays, par sympathie. D'autres, au contraire, me reprochent de ne pas assumer le fait de prescrire par amitié, notamment lorsque je dis que le risque de dérive de ma pratique « communautaire » est de confondre empathie et « copinage ». Or il me semble être plus ou

- 
1. GHB : gamma-hydroxybutyrate, anesthésique à usage médical pouvant servir de drogue euphorisante.
  2. Le fait d'avoir utilisé cette drogue a eu un effet anesthésiant au final qui l'a endormi. Il ne s'est du coup pas nettoyé comme il l'avait prévu. Les bactéries présentes dans les selles ont alors déclenché une infection responsable de l'éruption cutanée.
  3. L'association Éthique, clinique et société a pour but de dégager les enjeux éthiques, posés par la médecine, à la société, afin de susciter réflexions et débats au sein de la collectivité ([www.ethique-clinique.asso.fr](http://www.ethique-clinique.asso.fr)).

moins sympathique selon les jours, selon les patients et par rapport à d'autres collègues et pouvoir traiter de manières différentes des amis qui deviennent patients ou inversement. Je ne pense pas que cela relève du registre de l'émotion ou de la sympathie. En réponse à ces deux points, je défends l'idée d'une « approche communautaire » parce qu'elle me permet, me semble-t-il, de mieux discerner les demandes des patients et, du coup, de mieux les accompagner. Les exemples évoqués ici peuvent paraître au premier abord délibérément provocants. Mais ce sont souvent les cas extrêmes qui renseignent sur la norme. C'est grâce à ces histoires que, remettant en question mes croyances habituelles, j'ai pu mieux réfléchir à ma pratique. Enfin, ce qui peut offusquer certains doit être relativisé par rapport à ce qui me semble plus essentiel, c'est-à-dire la qualité de la relation avec le patient, la connaissance particulière que j'ai de lui en tant que membre appartenant à la même « communauté » que moi, et ce que cela rend possible au-delà de la demande initiale : le fait que le patient se sente libre de s'exprimer peut permettre une fois de plus un meilleur échange et au final une meilleure prise en charge, adaptée à la personne.

J'ajouterais à ces critiques que, concernant la notion d'une « médecine communautaire », tous les médecins homosexuels ou « *gay friendly* » ne réagiraient pas forcément comme moi devant des histoires singulières. En l'occurrence, le généraliste du patient du dernier exemple est gay. Or, le patient ne lui a pas raconté son histoire. Il serait intéressant d'étudier cette question en comparant des pratiques de plusieurs praticiens concernant des questions médicales communautaires et de demander l'avis des patients sur les différentes prises en charge proposées, « communautaires » ou pas.

Pour finir, je rappelle qu'il s'agit de pistes de réflexions pour l'instant. Elles me semblent néanmoins pertinentes car cela pourrait servir d'autres communautés (ou minorités) ou s'appliquer à d'autres pathologies.

