

Recommandations sur un projet de loi "renforçant la prévention et la répression des atteintes sexuelles contre les mineurs".

N° 51 - 20 décembre 1996

Sommaire

[I - Résumé des données scientifiques](#)

[II - Considérations éthiques](#)

[Recommandations](#)

Le CCNE est consulté par MM. Barrot et Gaymard sur un projet de loi " renforçant la prévention et la répression des atteintes sexuelles contre les mineurs et des infractions portant atteinte à la dignité de la personne" . Dans un premier temps, il ne peut qu'approuver l'effort qui est déployé par les pouvoirs publics pour amener une meilleure protection d'une catégorie de victimes particulièrement fragile. Néanmoins, le texte proposé appelle une série de remarques et de recommandations et, à cet égard, le Comité entend s'en tenir à ce qui lui paraît relever de sa seule compétence. Il ne lui revient de se prononcer ni sur les incidences du projet sur le droit et la procédure pénale ni sur la déontologie médicale, même s'il ne peut parfois éviter de se trouver dans son analyse à la limite de ces disciplines. La mission première du Comité est " de donner des avis sur les problèmes éthiques soulevés par les progrès de la connaissance dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé et de publier des recommandations sur ces sujets" . A la lumière d'un rappel des données scientifiques actuellement disponibles, le CCNE s'est interrogé sur les aspects éthiques du texte qui lui est soumis.

Le projet de loi analysé repose sur une intrication de moyens relevant du juridique, du scientifique et du médical. La complexité du dispositif envisagé se traduit dans l'expression " peine de suivi médico-social" .

Ainsi cette sanction, autoritairement prononcée, s'exécute sous la forme de soins. Une telle exigence soulève toute une série de problèmes qui sont analysés dans le présent rapport.

I - Résumé des données scientifiques

Avant d'aborder le problème des possibilités thérapeutiques chez les sujets délinquants sexuels, si l'on veut en bien comprendre les indications et les modalités d'utilisation, il convient de rappeler quelques points clé des connaissances dans le domaine de la biologie et de la physiologie.

A - Aspects biologiques et physiologiques

La sexualité masculine adulte, dans le double aspect des fonctions sexuelles et de la reproduction, est pour une large part dépendante de la sécrétion testiculaire des androgènes, en particulier de la testostérone. Tout ce qui compromet la sécrétion normale des androgènes compromet du même coup ces deux fonctions : libido, capacité d'érection, donc actes sexuels d'une part, et fertilité potentielle d'autre part. La situation la plus caricaturale d'un déficit de sécrétion androgénique est celle de la castration chirurgicale qui fut d'ailleurs pratiquée à la fin du siècle dernier chez des criminels sexuels **(1)** , et qui peut encore intervenir aujourd'hui dans des situations pathologiques graves, tumorales ou traumatiques. Une des principales signatures biologiques d'une situation de castration chez l'homme est l'effondrement des concentrations sanguines de testostérone. **(3,4,5)**

Aujourd'hui certains produits utilisés en médecine ont la propriété de réduire considérablement la production testiculaire de testostérone en bloquant au niveau de

l'hypophyse la sécrétion de l'hormone qui stimule cette production dans le testicule. Le produit type de cet action est un agoniste du GnRH (1) **(8,10,14,15,16)** . On en rapprochera l'acétate de Médroxyprogestérone (MPA) qui freine également la production d'androgènes testiculaires par son effet anti-gonadotrope. **(12)**

D'autres agissent en inhibant les effets de la testostérone par fixation compétitive à ses récepteurs sur les organes cibles : le Flutamide et le Nitulamide sont typiques d'une telle inhibition au niveau des organes cibles.

Certains enfin agissent par ces deux mécanismes associés, tel l'Acétate de Cyprotérone. **(6,7,11)**

Quel que soit le mécanisme d'action du produit utilisé, l'utilisation de ces produits aboutit à une diminution drastique de l'activité de testostérone afin de conduire aux effets recherchés.

La prise en charge hormonale répond à quelques principes simples.

Elle est fondamentalement anti-androgénique. On supprime ou diminue de façon très importante l'activité permissive de la testostérone et de la dihydrotestostérone sur le comportement sexuel.

Elle est réversible, son arrêt entraînant le retour complet à la normale du fonctionnement hormonal (ce qui élimine, naturellement, la castration).

On ne peut prévoir sa durée car elle est à visée symptomatique. Ce n'est qu'au cours d'essais de son interruption qu'on peut démontrer une évolution favorable du comportement.

Le consentement doit être obtenu après avoir indiqué les effets secondaires associés possibles ou probables, en particulier sur le plan de la reproduction (stérilité temporaire).

Les produits utilisables, tous s'opposant à l'effet des androgènes, sont de nature et de mécanisme d'action variés. Ce sont des antiandrogènes stéroïdiens (Cyprotérone acétate) ou de structure non stéroïdienne (Flutamide (Eulexine), Nilutamide (Anandron), Casodex), agissant essentiellement au niveau du récepteur (intracellulaire) des androgènes dans des cellules cibles, et entraînant secondairement des changements de taux de testostérone sanguin que l'on devra suivre au cours du traitement : il peut s'agir de diminution avec le Cyprotérone acétate très antigonadotrope, ou d'augmentation avec les trois autres. Alternativement, on peut utiliser des analogues agonistes ou antagonistes du GnRH, qui agissent en supprimant la fonction du récepteur hypophysaire de ce peptide, ce qui entraîne une baisse de l'hormone pituitaire LH et en conséquence celle de la testostérone, dont il faut également suivre le taux. Pour certains de ces produits, il existe des formes retard, agissant pendant plusieurs mois. Les anti-androgènes agissant sur le récepteur sont utilisables par voie orale, contrairement aux dérivés du GnRH, injectés le plus souvent.

C'est cet effet anti-androgénique, qui a conduit certaines équipes médicales à tenter l'utilisation de ces produits, dans le traitement préventif des récidives d'agressions sexuelles chez des auteurs d'infractions sexuelles graves, et notamment dans cette catégorie particulière d'agresseurs dits "pédophiles", qui font de l'enfant leur objet sexuel préféré, voire exclusif. Une revue récente de ce problème a été publiée. **(9)**

Les premiers essais de ce type de traitement remontent aux années 70 **(2)** . L'expérience acquise aujourd'hui dans ce domaine est telle que l'on peut tenir pour acquis leurs effets bénéfiques chez la plupart des délinquants sexuels, effets observés sous forme d'une réduction considérable des fantasmes et des possibilités d'activités sexuelles chez les sujets traités. Ces sujets qui sont habituellement obsédés par leurs fantasmes et leur pulsions peuvent alors, sous traitement, se sentir plus libres, apaisés, prendre du recul, et se retrouver capables d'investir dans d'autres domaines. Mais il est essentiel de souligner que

ces effets durent ce que durent les traitements. A l'arrêt de ceux-ci, les effets anti-androgéniques s'arrêtent, selon une chronologie qui dépend de la pharmacologie du produit et de ses rythmes d'administration. Il y a lieu dès lors de redouter la réapparition des conduites sexuelles incriminées, témoignant du fait que **les traitements utilisés ne sont pas de nature curative, mais seulement à finalité symptomatique, et strictement dépendants d'un effet freinateur réversible sur les sécrétions hormonales androgéniques, et/ou sur leurs effets sur les récepteurs.**

Cela posé, il reste que les résultats obtenus, ainsi que les effets secondaires indésirables, sont différents suivant les produits utilisés. L'analyse de ces différences doit aider à la rationalisation des indications et des modalités de prescription.

L'acétate de cyprotérone

Avec une dose moyenne de 100 à 150 mg/24 h. (2 à 3 comprimés par jour) (2) on arrive dans 80% des cas à atténuer les obsessions sexuelles, les fantasmes, les pulsions, diminuer le nombre des érections, la pratique de la masturbation, et la fréquence de l'orgasme, et à permettre la maîtrise des comportements sexuels.

Un très bon marqueur du respect du traitement et de la pertinence de son ajustement correct est disponible avec les dosages de testostérone dont les taux plasmatiques doivent se situer entre 0,5 et 1 ng./ml.

Ces effets ne sont pas immédiats dès le début du traitement. On peut considérer qu'une durée de 1 mois à 6 semaines de traitement sont nécessaires pour que ces effets soient obtenus.

Des effets secondaires indésirables sont à souligner :

- une baisse de la spermatogenèse
- une prise de poids et une asthénie aux doses élevées
- une gynécomastie dans 20% des cas.
- une diminution de la pilosité corporelle et du sebum.

À l'arrêt de ce traitement les capacités sexuelles et les taux de testostérone seront à leur niveau d'avant traitement en 1 mois. La restauration de la spermatogenèse sera plus tardive, demandant de 4 à 5 mois.

L'acétate de médroxyprogestérone

Présente l'intérêt d'être un produit injectable à effet prolongé - 1 injection intra_\musculaire tous les 2 à 3 mois. Son efficacité en termes de résultats est sensiblement équivalente à celle de l'acétate de cyprotérone.

Les agonistes de GnRH

Ils ont un effet de réduction extrême, touchant à l'annulation des taux circulants de testostérone. Mais, contrairement aux anti-androgènes, ils n'ont aucun effet sur les récepteurs de la testostérone. Ils ne permettent pas la modulation dose/effet qu'autorisent les produits du type acétate de cyprotérone, ou d'autres produits à effet anti-androgénique exclusif.

Quels qu'ils soient, ces traitements à impact final anti-androgénique ont chez la plupart des sujets, des effets bénéfiques au regard de leurs pulsions et fantasmes sexuels. Mais tous posent le problème de leur interruption qui comporte le retour aux conditions biologiques et comportementales d'avant traitement, avec les risques de récurrence que cela implique.

B - Aspects psychologiques :

Généralités

Il serait absurde de prétendre décrire un délinquant sexuel type. Toutes sortes de personnalités peuvent être rencontrées chez les auteurs d'infractions sexuelles. Le même polymorphisme se retrouve au niveau de la nature des infractions, qui vont de l'exhibitionnisme "simple" au crimes sexuels avec tortures.

Pas question non plus de trancher par une affirmation simplificatrice le débat de savoir si les délinquants sexuels sont malades ou non car, en réalité, tout existe.

D'abord en termes de psychopathologie. Certains des auteurs d'infractions sexuelles sont incontestablement des malades mentaux. (3) Leur devenir n'est pas concerné par ce projet de loi, puisque l'expert les déclarera irresponsables et qu'ils seront orientés vers des structures psychiatriques.

Ces délinquants malades mentaux étant exclus, on peut donc entendre que les autres sont considérés comme responsables c'est d'ailleurs à ce titre qu'ils seront déférés à la Justice.

Cependant, il se peut que des progrès futurs dans la compréhension des mécanismes du contrôle ou de l'inhibition des passages à l'acte violent permettent une approche moins symptomatique de ces personnes.

Les traitements à visée psychologique :

De nombreux arguments plaident pour que, indépendamment des traitements hormonaux, les auteurs d'infractions sexuelles se voient proposer une aide dans le domaine psychologique. Certains d'entre eux font d'ailleurs spontanément la démarche d'exprimer leur demande dans ce domaine. Les techniques sont nombreuses : thérapie individuelle, thérapie de groupe, approche familiale, techniques comportementalistes.

Mais ces traitements n'ont de sens que s'ils font l'objet d'une motivation et d'un investissement très clairement positifs de la part de celui qui y sera soumis. En d'autres termes cela signifie qu'il serait tout à fait illusoire d'y recourir si le consentement n'était pas très sincèrement acquis.

D'autre part, seules quelques publications apportent des arguments en faveur d'une efficacité temporaire chez les pédophiles. Les travaux de l'Institut Pinel de Montréal (13) suggèrent qu'un traitement psychothérapique " dit canadien" entraîne chez les pédophiles une diminution en pourcentage des récidives après un an de traitement, mais qui se trouve suivi d'un retour à la valeur initiale à la fin de la deuxième année.

En revanche, il paraît tout à fait logique de proposer à ces sujets de bénéficier d'un traitement "mixte" comportant l'association d'anti-androgènes à un traitement de soutien psychothérapique.

II - Considérations éthiques :

1. Généralités

Les questions posées aujourd'hui ont déjà été en partie abordées dans deux avis rendus par le Comité ; l'un du 24 octobre 1993 concerne la recherche dans les sciences du comportement humain ; l'autre du 7 décembre 1993 est relatif à la prescription de substances anti-androgéniques à des détenus condamnés pour infraction à caractère sexuel.

Il faut d'abord rappeler que l'objectif de ce projet de loi, au travers des différentes modalités de traitement judiciaire et/ou médical applicables aux délinquants et criminels

sexuels, est fondamentalement un objectif **de protection de l'enfance**, et plus généralement des sujets mineurs de quinze ans. Cet objectif peut se formuler en termes de prévention secondaire, puisqu'il s'agit de faire au mieux, pour que des délinquants sexuels déjà condamnés pour leur délit ou leur crime, soient mis en situation de ne pas récidiver après expiration de leur peine principale.

Un autre objectif vise le délinquant lui même puisque le projet thérapeutique le concernant a aussi pour but de lui offrir de meilleures perspectives de réinsertion sociale, familiale et professionnelle. C'est autour de ces deux objectifs que doit s'articuler la discussion des aspects éthiques.

2. Traitement considéré comme une peine

Cette dualité ne permet pas l'instauration d'une relation médecin-malade traditionnelle.

Puisqu'il s'agit d'une peine, il convient de parler également de la relation médecin-condamné. Ce dernier, comme pour toute sanction, se voit imposer une peine-thérapeutique. Sa seule liberté consiste à choisir le médecin traitant (sous réserve toutefois de l'accord du médecin coordinateur). C'est ici qu'apparaît semble-t-il la difficulté centrale : le traitement, si c'en est un, est donc entrepris sans le consentement nécessaire de la personne. A ce titre on peut déjà se demander si, au regard de l'éthique, le projet n'est pas en contradiction avec un des principes fondamentaux en matière de soins.

Il n'est pas douteux qu'il y ait un glissement important. La relation médecin-malade (condamné) est ainsi transformée puisque l'injonction de soins est imposée. Il ne reste au condamné durant l'exécution de sa peine qu'un choix : l'accepter ou retourner en prison. En outre il serait donc souhaitable que le texte du projet fût plus précis en indiquant clairement que les délinquants sexuels concernés par le projet de loi devraient se voir proposer à l'expiration de leur peine un suivi thérapeutique prolongé. Cependant le CCNE a conscience que cette attitude confronte ces médecins à la grave question d'administrer des traitements de long cours, avec la possibilité d'effets secondaires importants, à des sujets indemnes de toute pathologie somatique identifiable dans l'état actuel des connaissances.

3. L'information du condamné

Elle devrait être assortie d'informations médicales très précises, transmises par le seul médecin traitant, quant aux effets bénéfiques attendus du traitement et quant à sa durée nécessaire. Elle devra notamment préciser la survenue d'une altération des capacités procréatrices dont on connaît aujourd'hui la réversibilité, sous réserve de traitements de très longue durée pour lesquels on ne dispose pas d'informations scientifiquement établies.

La peine du suivi médico-social est prononcée avec une limite dans le temps. C'est également vrai de tout traitement médical curatif. Mais s'agissant des anti-androgènes (traitement à finalité symptomatique), on sait que les effets bénéfiques s'épuisent dans les semaines qui suivent l'arrêt du traitement.

Il est donc irréaliste d'espérer une coïncidence des deux échéances : fin de la peine et fin du traitement. En conséquence les condamnés doivent savoir qu'ils pourraient être tenus de s'y conformer pendant des périodes prolongées voire leur vie durant.

Ces deux aspects du problème doivent être à un moment ou à un autre portés à la connaissance de la personne poursuivie. Or il semble que tout l'éclairage sur le traitement et ses conséquences soit du ressort du praticien et non de celui du juge. D'ailleurs il n'appartiendrait pas au juge de déterminer dans le détail les modalités du traitement qui ne relèvent pas de sa compétence. Il aurait seulement à fixer le principe de l'obligation au traitement, ainsi qu'il en est, par exemple, en matière de sursis avec mise à l'épreuve.

4. Le secret professionnel

Le projet de loi conduit à d'une nouvelle dérogation aux règles du secret professionnel, qui présenterait deux particularités :

elle ne serait pas obligation de dénoncer comme il est de règle en cas de maltraitance à enfant. Elle relèverait du libre arbitre du praticien.

Il pourra s'agir pour le médecin de dénoncer la carence ou la négligence du condamné dans l'exécution des soins, mais on attend aussi de lui qu'il fasse part au juge ou au médecin coordinateur de ses inquiétudes quant à un nouveau passage à l'acte.

Dans l'hypothèse où le médecin choisit de respecter le secret et où le patient passe à l'acte une nouvelle fois, le médecin pourrait en supporter seul la responsabilité.

5. Incertitudes à venir et nécessité d'évaluation

Enfin dans un domaine aussi complexe, il serait dangereusement illusoire de laisser croire que la médecine ou les techniques psychothérapeutiques sont certainement à même de contrôler les récidives. Aucun traitement ne peut être considéré comme comportant une certitude de non récidive.

On est également en droit de s'interroger sur le point de savoir si une situation d'inhibition androgénique forte ne peut pas induire (notamment du fait d'une impuissance) des risques majorés de passages à l'acte violents non sexuels.

Quant aux psychothérapies, ce que l'on en attend, c'est qu'elles agissent de façon positive en minimisant les risques de passages à l'acte sexuels. On ne saurait se contenter de l'effet éventuel de soulagement de la souffrance qu'elles peuvent apporter au "délinquant".

Ces dernières remarques conduisent à souligner l'importance qu'il faut attacher à des évaluations des différentes modalités de prise en charge (pénale et médicale) des délinquants sexuels. Mais il est clair que ces évaluations ne peuvent manquer de poser des problèmes méthodologiques d'une extrême complexité.

Références bibliographiques

- 1 - ALLEGEIER A.R., ALLEGEIER E.R** , Sexualité humaine DE BOECK-WESMAEL, ed. Bruxelles, 1992, 706 p.
- 2 - BANCROFT J., TENNANT G., LUCAS K., CASS J.** , The control of deviant sexual behaviour by drugs. BRIT. J. Psychiat -1974-125, 310-315
- 3 - BRADFORD J.M.W.** , Research on sex offenders, Recent trends Psychiat. clin. N. Am, 1983
- 4 - BRADFORD J.M.W.** , Hormonal Treatment of sexual offenders, Bull. Ann. Acad. Psychiat. Law, 1983, b. 9-18-19
- 5 - BRADFORD J.M.W.** , Double blind placebo crossover Study of Cyproterone Acetate in the treatment of paraphilias, Arch. of sexual behaviour, 1993, 22-5-383-402
- 6 - COOPER A.J., ISMAIL A.A., PHANJOO A.L., LOVE D.L.** , Antiandrogen (cyproterone acetate) therapy in deviant hypersexuality, Brit. J. Psychiat. 1972, 120 , 59-69
- 7 - COOPER A.J.** , A placebo controlled trial of antiandrogen cyproterone acetate in deviant hypersexuality, Comprehensive psychiat., 1981, 22-5-458-465

8 - CORDIER B. , Un nouveau traitement de la pédophilie, Synapse, 1990, 70-55-57

9 - CORDIER B., THIBAUT F., KUHN J.M., DENIKER P. , Traitements hormonaux des troubles des conduites sexuelles, Bull. Acad. Nat. Méd., 1996, 180-n°3, 599-610

10 - DICKEY R. , The management of a case of treatment resistant paraphilia with a long acting LHRH agonist, Canad. J. Psychiat., 1992, 37 , 687-693

11. DUBOIS-BRILLET A.M., GARABEDIAN B., ARCHAMBAULT J.L. , Du traitement des préventions sexuelles : place actuelle de l'acétate de cyprotérone, Actualités psychiat., 1981, n°1, 10-16

12 - GAGNE P. , Treatment of sex offenders with medroxyprogesterone acetate, Ann. J. Psychiat., 1981, 138 , 644-646

13 - PELLERIN et al - Etude la récidive chez les agresseurs sexuels judiciairisés, criminologie XXIX-1-1996

14 - THIBAUT F., CORDIER B., KUHN J.M. , Modulation médicamenteuse de la libido et de l'activité sexuelle : effet comportemental d'un analogue de la GnRH chez l'homme, Ann. Endocrinol., 1994, 35 , 229-233

15 - THIBAUT F., CORDIER B., KUHN J.M., Effect of a long acting gonadotrophin hormone releasing hormone agonist in six cases of severe male paraphilia, Acta. Psychiat. Scand., 1993, 87 , 445-450

16 - THIBAUT F., CORDIER B., KUHN J.M., Gonadotrophin hormone releasing hormone agonist in cases of severe paraphilia : a life time treatment ? Psycho. Neuro. Endocrinol., 1996, sous presse

RECOMMANDATIONS

1°) Le CCNE approuve le principe d'un projet de loi dont l'objectif est d'améliorer la prévention des infractions sexuelles commises contre des mineurs.

2°) Il souligne que la peine de suivi médico-social est de nature composite et est présentée à la fois comme une peine et comme un traitement. Il en résulte une ambiguïté qui n'est pas sans conséquence sur la portée éthique du texte.

3°) La peine de suivi médico-social est précédée aux termes de l'article 131-32-2 du Code Pénal d'une expertise psychiatrique qui parait de nature à orienter les modalités de l'injonction de soins exclusivement vers les psychothérapies. Or, il apparaît qu'un traitement médical, notamment hormonal, soit souhaitable pour nombre de condamnés, associé ou non, selon les cas, à un travail psychothérapeutique.

4°) Il résulte de l'article 131-32-1 que la peine de suivi médico-social est temporaire. Par conséquent les soins obligatoires cessent lorsque l'exécution de la peine est expirée. Or la durée des soins nécessaires est par nature indéterminée.

5°) La cessation automatique du traitement à la fin de la peine risque de rendre illusoire l'objectif de prévention recherchée. Il s'agit donc de permettre la poursuite de ces soins, pendant une durée qu'on ne peut a priori fixer. Il n'appartient pas au CCNE de déterminer les moyens de procédure répondant à une telle nécessité.

6°) Par application de l'article L.335-35 du Code de la Santé Publique, le médecin traitant est habilité à révéler au juge ou au médecin coordonnateur les manquements du condamné

dans l'exécution du traitement ou à signaler les dangers de son comportement pour l'ordre public ou la sécurité des personnes. Dans cette mesure l'obligation au secret professionnel est levée. Il n'en demeure pas moins que la seconde série de possibilités de dénonciation ouvertes au praticien lui laisse une trop grande part d'appréciation et pourrait entraîner, en cas d'abstention et d'infraction par le condamné, une mise en cause de sa responsabilité.

Quoiqu'il en soit le recours au seul médecin coordinateur paraît suffisant.

7°) Le condamné doit être éclairé sur les conséquences du suivi médico-social et sur l'altération éventuelle de son activité sexuelle et de ses facultés procréatrices entraînée par l'administration de produits antiandrogènes.

8°) Le CCNE souligne l'incertitude qui demeure sur la variabilité individuelle de l'effet de ces produits, sur le caractère réversible d'une administration d'antiandrogènes en traitement très prolongé, et sur l'absence de recul sur les effets d'un tel traitement.

9°) Compte tenu de la complexité, et de la gravité des problèmes soulevés, le CCNE estime souhaitable qu'un article du texte prévoie une évaluation du système proposé dans son ensemble, en vue des modifications qui seront jugées nécessaires. Cette évaluation devrait intervenir dans un délai de l'ordre de 2 ans.

Notes

1. GnRH est une abréviation en anglais qui signifie Gonadotropin Releasing Hormon (RH = releasing hormon) des Gonadotrophines (hormone lutéinisante chez la femme dont LH)
2. Une forme injectable utilisable à raison d'une injection par semaine est disponible en Allemagne. Elle n'a pas actuellement l'A.M.M. en France.
3. On inclura dans ce groupe les sujets atteints de débilité mentale profonde.