

*La castration chimique
chez les abuseurs sexuels :
une punition, une arme de défense
ou un soin ?*

Une brève réflexion

Michel Dupuis

En éthique du soin, on connaît depuis longtemps la thématique des patients dits « indésirables », ces « mauvais » patients, qui, le plus souvent, sont atteints de pathologies qui modifient intensément leur comportement, les rendant asociaux, non communicants, incompréhensibles, agités, impolis, brutaux, provocateurs, non compliant, etc. Et sur ce thème, la « morale » est toujours la même, à mi-chemin entre héroïsme et résignation : l'éthique du soin encourage et oblige les professionnels à faire preuve de compréhension, de patience, etc. – même si, dans certaines situations extrêmes, des mesures de coercition ou de contention, physiques ou chimiques, peuvent être envisagées, décidées et appliquées (tout cela en quelques jours ou bien en quelques minutes...).

J'ai le sentiment que le cas des abuseurs sexuels, ces personnes ayant commis un crime ou un délit à caractère sexuel, pourrait rejoindre la catégorie des patients indésirables, mais selon un point de vue différent, qui mérite d'être analysé. Ma brève réflexion démarre d'une constatation : ces personnes coupables et condamnées vivent assez souvent une situation très particulière en milieu carcéral. Sans qu'on suive aveuglément les rumeurs, il semble bien que les co-détenus identifient ces auteurs d'abus sexuels et leur assignent une discrimination précise, des surnoms évocateurs,

jusqu'à exercer sur eux diverses formes de violence. Mon objectif ici n'est pas d'analyser ces comportements violents entre détenus, ni d'envisager des mesures pénitentiaires organisationnelles pour les limiter alors que ces violences ajoutent du malheur au malheur, sans régulation de justice. Je ne développerai pas ici une espèce d'éthique à l'usage des personnes détenues. Car ma constatation ne s'arrête pas là : il arrive que, quand ces détenus auteurs de délits sexuels se trouvent en situation de patients, parce que leur état de santé l'exige, certaines réactions de certains soignants paraissent fort proches de celles des co-détenus. Je ne dispose pas de données chiffrées, je suis convaincu que ces comportements restent minoritaires et je serais heureux que les lecteurs puissent me prouver que cela n'existe pas. Qu'importe... en philosophie et en éthique, il est souvent utile d'imaginer des situations (idéales ou épouvantables), qui peut-être n'existent pas effectivement actuellement, mais qui permettent d'envisager les conduites à tenir¹. Et c'est ce phénomène compréhensible (comme dirait Spinoza) mais inacceptable (comme je le pense) qui m'interpelle : des soignants en arrivent à penser et même à dire qu'après tout ce qu'il a fait, ce patient condamné par la justice peut payer encore un peu davantage, attendre un peu avant de recevoir son médicament, ou bien avant de recevoir tel ou tel soin de confort. Impensable ? Incroyable ? Insultant pour la profession ? Sans doute tout cela à la fois, mais l'éthique n'a heureusement pas pour vocation de plaire, de séduire ou de chercher le succès. Ainsi donc, je voudrais ébaucher une réflexion sereine sur tout ceci.

Tâchons de parler vrai. Les délits sexuels sont abominables et des faits divers atroces récents ramènent des images d'une cruauté insoutenable. Et avec ces images, de vieilles questions : jusqu'où supporter l'insupportable ? Jusqu'où tolérer, sanctionner, laisser une deuxième chance au coupable avéré – une troisième chance au récidiviste ? Quand le mal semble incontrôlable, irréversible, inéluctable, est-ce faire preuve d'une éthique de la responsabilité que de laisser la société et surtout ses membres les plus vulnérables courir des risques insensés ? Est-il acceptable de laisser des

individus dangereux, pratiquement irresponsables, sans intervenir sur leur capacité de nuisance, alors que, semble-t-il, il existe des solutions simples et efficaces ? Pourquoi ne pas systématiquement utiliser une castration–contention chimique ?

Évidemment, les choses ne sont pas si simples. Sans du tout vouloir épuiser ce sujet qui mérite bien au contraire de longues analyses multidisciplinaires, je voudrais juste évoquer quelques aspects qui permettraient, je pense, de construire une délibération franche et nuancée, à la fois susceptible de fournir des recommandations et quelques principes de base – quitte à ce qu’avec le temps une réévaluation des situations amène à modifier tout cela. Ma « ligne de base », c’est la conviction que les soignants ont un devoir professionnel de qualité de leur travail, car leur soin est un travail au sens noble du terme, et ainsi un peu déconnecté d’une affectivité qui joue des tours, et cela quels que soient l’histoire, le statut, le comportement du patient.

Je viserai en premier lieu l’indispensable dimension « politique » de la contention chimique, c’est-à-dire les normes et réglementations juridiques aussi bien que déontologiques. Je mettrai cela en rapport avec ce qu’on peut nommer une malencontreuse situation de « panique morale », et je terminerai par des considérations proprement éthiques appuyées sur des Avis rendus publics par les Comités nationaux français et belge d’éthique.

Une « politique » de la contention

Les pratiques de castration ou de contention chimique doivent faire l’objet d’une véritable politique, c’est ce que soutient le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT). Celui-ci a édité des normes concernant l’utilisation des moyens de contrainte, en distinguant fermement entre les usages « à titre thérapeutique (dans un hôpital, un établissement médicalisé ou un foyer médicosocial) » et les usages « en milieu carcéral ». Pour le CPT, il faut

absolument définir des normes régulant les usages, en fonction d'objectifs et de valeurs phares ; autrement dit, il faut un guide de bonnes pratiques. Cela implique divers éléments très concrets : la rédaction et la diffusion d'instructions écrites pour les professionnels qui auront été spécifiquement formés à la problématique globale et pas seulement à l'utilisation des instruments ; l'organisation d'un système de recueil des plaintes ; la diffusion des informations aux personnes concernées, par exemple les résidents ou les patients en milieu médicalisé ; la constitution d'un registre particulier où l'on consigne les recours à la contrainte (en plus du dossier médical individuel de la personne concernée) ; et enfin – chose importante aussi – dans l'après-coup, après l'épisode d'agitation qui a motivé la contrainte par exemple, la conversation de débriefing avec le patient, pour expliquer et réexpliquer ce qui a été décidé et pour quelles raisons, afin de réduire autant que possible l'inquiétude et l'incompréhension. Si ces exigences sont ici définies en matière de soins médicalisés en hôpital ou en résidence, on va voir qu'elles peuvent valoir pour la contention chimique dont nous nous occupons, avec des personnes délinquantes et le plus souvent intellectuellement compétentes.

À côté de cette vision politique au sens élevé du terme, il faut bien admettre que les responsables « politiques » se sentent appelés par leur opinion publique à développer des mesures de sécurisation et que, selon leur inspiration, ils y répondent avec plus ou moins de clarté. Prenons un exemple parlant. Le député français, médecin de formation, Bernard Debré a déposé à l'Assemblée nationale en septembre 2007 une proposition de loi « relative à la castration chimique des criminels sexuels ». Le contenu est on ne peut plus clair :

Lorsqu'un homme est condamné pour crime sexuel le juge doit, après avoir consulté un collègue de trois médecins comprenant un psychiatre et deux médecins spécialistes, pouvoir, au moment de la condamnation, exiger que celui-ci soit traité par des médicaments entraînant une castration chimique. Le consentement du condamné n'est plus nécessaire pour l'application du traitement.

Ce qui se traduit dans le corps du texte législatif :

Si le traitement prévu à l’alinéa précédent a été ordonné en application de l’article 131-36-4 du code pénal ou de l’article 763-3 du code de procédure pénale, le consentement du condamné n’est pas requis.

La proposition de loi ne limite pas ses effets au moment de la condamnation et de l’incarcération, mais elle envisage aussi la fin de la peine et la remise en liberté :

Lorsque la peine d’emprisonnement se termine pendant la période de traitement du condamné, devra s’ensuivre une obligation de se présenter dans un hôpital ou un lieu agréé pour recevoir le traitement et vérifier que le taux d’hormones se situe bien au taux de castration. Le non-respect de ces obligations entraînera la possibilité par le juge d’application des peines de remettre le criminel sexuel en prison ou dans un hôpital spécialisé fermé pendant une durée déterminée.

Le texte a le mérite d’être clair. Sa logique repose sur des données scientifiques et des données éthiques – dont on pourrait discuter le fondement ou la réalité. Du côté scientifique, il existerait donc un traitement efficace, fondé sur une corrélation clinique établie entre le taux d’hormones et les comportements. Du côté éthique, il importerait de sécuriser au maximum le comportement de ces personnes, en appliquant, éventuellement contre leur gré, un traitement. Et cela resterait vrai a fortiori à la sortie de prison, au moment où la personne retrouve un environnement moins anormal et ainsi des victimes potentielles. Notons que si le consentement est considéré comme superflu, l’avis médical reste important, mais in fine, c’est le juge qui définit et impose le traitement médical en question.

Deux chercheuses en droit public de l’Université de Montréal ont analysé récemment le « jeu » des régulations officielles et officieuses dans le domaine de la santé², et – ce qui nous intéresse particulièrement ici – ces régulations concernant spécifiquement les contentions. Leur analyse montre ce qui suit : au départ, en matière de contentions, l’État canadien délègue explicitement son pouvoir à des normes officieuses institutionnelles et professionnelles auxquelles on fait une confiance solide. La remise en cause

de l'intérêt des pratiques de contention conduit, en un second temps (1998 au Québec), à une reprise étatique des normes qui impose, pour faire court, l'organisation de comités locaux qui devront définir les critères d'application de la contention. Comme le notent les auteures, « [c]'est ici que la norme officieuse rattrape l'officielle, car les différents acteurs impliqués [...] peuvent modifier l'application de la norme³ ». Et d'évoquer, sous la plume d'un autre commentateur, « des techniques de camouflage plus raffinées » mises en œuvre par certains professionnels qui peuvent estimer que la nouvelle réglementation est trop restrictive en matière de contention. Ainsi, on perçoit le rôle crucial de l'État de droit, c'est-à-dire de la norme démocratiquement fondée et révisable, orientée par les droits humains fondamentaux, et donc restant en tension obligeante vis-à-vis des estimations particulières des équipes professionnelles et de leurs membres, tout spécialement dans les situations complexes et intensément marquées émotionnellement.

La déontologie des professionnels

C'est exactement dans ce contexte qu'en mai 2004 le Collège des médecins du Québec a publié un document devenu une véritable référence en la matière. Son titre pose parfaitement la question : « Contention chimique. Quand s'arrête le traitement et où commence le contrôle ?⁴ » Au départ, il s'agissait d'une réaction à la promulgation d'une loi québécoise sur les services de santé évoquée plus haut, dont l'un des articles réglemente l'utilisation de mesures de contrôle physiques ou chimiques, ainsi que la mesure d'isolement. L'intérêt de ce document est le suivant. Alors que, globalement, le collège des médecins est d'accord avec la loi, et en particulier avec la « philosophie » et les « principes généraux » qui considèrent la contention physique et l'isolement comme des mesures obligatoirement exceptionnelles, les médecins estiment qu'en matière de contention chimique, les choses sont forcément beaucoup moins claires : qui les administre, selon quel schéma, sur quelle durée, avec quel but, etc. ?

Le collège soutient même que l'expression « contention chimique » tend à banaliser et à normaliser une intervention psychotropique assimilée à une simple « immobilisation » physique :

Les médecins ont toujours eu une grande réticence à utiliser l'expression « contention chimique » ; les écrits scientifiques recensés sous les mentions « contention chimique » ou « *chemical restraints* » sont d'ailleurs quasi absents. Pour certains, la notion même de « contention chimique » n'existe pas.

Quel est l'enjeu ? En matière d'intervention psychiatrique visant à la normalisation du comportement d'une personne, délinquante ou pas, l'analyse critique s'impose plus qu'ailleurs. Concrètement, en pratiquant une injection, qui cherche-t-on à protéger ? Au nom de quelles valeurs et de quels droits ? Voilà des interrogations éthiques fondamentales qui, faute de trouver une réponse, risquent d'ouvrir le champ aux décisions individuelles scabreuses, sans justification scientifique ou éthique – en un mot, des gestes médicaux « sauvages » autant que l'est la violence redoutée. C'est l'atmosphère de la panique morale...

La notion de panique morale

Le philosophe Ruwen Ogien a défini il y a quelque temps un concept très parlant pour la question qui nous occupe : la panique morale⁵. De quoi s'agit-il ? Alors qu'en principe, c'est une réflexion critique qui doit accompagner les décisions délicates, les choix, les utilisations notamment de nouvelles technologies, en réalité c'est tout autrement que réagissent les acteurs, les décideurs, les citoyens, les agents moraux. Selon Ogien, la nouveauté et le caractère proprement inédit des questions et des situations créées par ces innovations technologiques provoquent non pas un éveil de rationalité critique mais bien plutôt un sursaut émotionnel, foncièrement non rationnel, et plutôt conservateur. L'origine de cette panique aurait beaucoup en commun avec l'origine de l'angoisse dans la philosophie de Heidegger : l'absence ou l'évanouissement des fondements.

Pour illustrer un aspect au moins de cette « panique morale », je retiens une information assez surprenante extraite d'un article récent qui épingle quelques facteurs déterminants dans les mises en contention physique et en procédures d'isolement. Les auteurs notent que, dans la décision de poser une contrainte physique, les infirmières auront une nette tendance à suivre l'avis de l'équipe plutôt que leur propre opinion, alors même qu'elles sont en contradiction avec les autres membres de cette équipe, afin de maintenir la solidarité du groupe et de pouvoir compter sur la protection des collègues⁶. Cette observation est importante car elle rappelle que la liberté individuelle de décision est fragile, largement soumise à des facteurs externes, notamment groupaux. J'ai le sentiment que cette « vulnérabilité » de la raison individuelle augmente l'effet de la panique morale dans un effet groupal. Si chacun n'exerce pas sa capacité individuelle de réfléchir de manière critique, chaque démission est une occasion manquée de voir plus clair. En outre, si plutôt que de penser par soi-même, en fonction de ses propres idées et convictions, l'on rejoint le groupe et ses éventuels leaders, on multiplie l'effet global, au risque de faire un choix problématique éthiquement.

Éléments d'analyse éthique

J'aimerais, pour terminer cette ébauche de réflexion, m'appuyer sur trois Avis rendus par les comités nationaux d'éthique français et belge à propos de la castration chimique des abuseurs sexuels. Sans développer ici une analyse comparative complète, j'observe les convergences qui unissent ces trois Avis, leur souci commun des données proprement scientifiques, et leur recherche très nuancée d'une bonne pratique qui garantisse les droits et les devoirs tant des victimes, des auteurs délinquants que de l'autorité publique.

En France, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a publié en octobre 1993 un Avis « sur la prescription de substances antiandrogéniques à des détenus condamnés pour des infractions à caractère sexuel », et en décembre 1996, un Avis formulant des

« Recommandations sur un projet de loi “renforçant la prévention et la répression des atteintes sexuelles contre les mineurs” »⁷. De son côté, le Comité consultatif de bioéthique de Belgique (CCB) a rendu un Avis en décembre 2006, répondant à une question de la ministre de la Justice portant sur la prescription de traitements hormonaux des auteurs de délit(s) sexuel(s)⁸. Notons que ces deux Comités ont été à chaque fois saisis par un acteur politique cherchant à reformuler la norme officielle, et qu’il ne s’agit donc pas d’une interrogation de type auto-saisine, c’est-à-dire d’une recherche que ces Comités auraient décidé d’entreprendre par eux-mêmes. J’irai directement à l’essentiel, sans thématiser les questions d’ordre proprement juridique, en faisant l’hypothèse qu’il existe bel et bien une législation en application qui régleme la question des traitements hormonaux d’auteurs de délit(s) sexuel(s).

Le cœur de la question est celui-ci : une contrainte judiciaire (décision du juge) impose l’administration d’un traitement hormonal visant à diminuer le niveau de testostérone dans le sang d’une personne reconnue coupable et condamnée pour délit sexuel. Il s’agit bien d’un traitement – voire d’un essai – « non thérapeutique » forcé, dont l’analyse éthique se rapprochera de celle des mesures de contraception imposée. Le consentement de la personne n’est pas requis : l’éventuelle justification éthique repose alors non sur un principe d’autonomie mais, fondamentalement, sur un principe de proportionnalité qui met en balance d’un côté le danger potentiel pour autrui, et de l’autre la liberté de consentir au « soin » de la personne condamnée, en ajoutant le danger toxique potentiel pour cette dernière. En effet, des effets « secondaires » relativement connus sont associés à ces traitements. Il faut noter que ce concept d’effet secondaire doit être réinterprété car, ici plus qu’ailleurs, est nommé secondaire ce qui n’est pas voulu, même si l’on sait pertinemment bien que cela va se produire. Curieusement, la chute du niveau de testostérone est définie comme effet recherché (alors qu’on vise en réalité le changement de comportement sexuel) et l’on n’est pas du tout dans un cadre thérapeutique (effet principal recherché) habituel (avec des effets secondaires tolérables).

Ajoutons que la prise en compte des effets secondaires doit être effective, comme en témoignent les remarques du Comité à propos du choix des produits utilisés et notamment la préférence donnée aux molécules analogues de la LHRH (*luteinizing-hormone-releasing hormone*). L'Avis français de 1996 souligne le contexte d'essai et de protocole expérimental à propos de l'efficacité de ces produits et, à partir de là, il développe une longue réflexion sur le consentement libre et éclairé, à recueillir au moins à deux reprises chez le détenu à qui l'on administre ces produits⁹.

Comme on pourra le voir en comparant les textes, il y a de nombreux points d'accord entre les travaux des deux Comités et on ne m'en voudra pas d'articuler mon analyse à partir du texte belge. Le Comité belge a identifié six conditions fondamentales qui doivent être respectées ; elles portent sur divers aspects de la problématique.

- La première condition évoquée est sans doute la plus fondamentale. Elle rappelle la complexité des situations au-delà de leur caractère émotionnel très intense qui pourrait faire croire qu'une réponse forte, efficace, unique, est nécessaire. En insistant, d'un point de vue médico-psychiatrique, sur la diversité des profils des auteurs, le Comité insiste sur la nécessaire adéquation de la réponse. En effet, selon les cas, le traitement hormonal peut se révéler inutile et inefficace pour réduire une dangerosité associée à d'autres mécanismes, notamment psychologiques, tout en amenant les effets secondaires. Selon les spécialistes, seule une minorité d'auteurs seraient de bons candidats à ce traitement (autrement dit, le traitement n'est efficace – efficace à un coût humain raisonnable – que chez une minorité d'auteurs). C'est dire aussi l'importance de l'évaluation psychiatrique, psychologique et criminologique, qui ne relève évidemment pas des compétences du magistrat.
- Deuxièmement, le traitement hormonal doit être un élément d'un traitement plus global, notamment socio-psychologique. C'est dire qu'il ne peut être administré comme unique réponse à l'imposition de traitement.

- La consultation endocrinologique, présentée comme troisième condition, rappelle le devoir de proportionnalité dans le geste médical (comme dans la sanction) : l'objectif premier, qui est de réduire la dangerosité, ne justifie pas n'importe quel effet secondaire ; les répercussions endocrinologiques pour la personne doivent être mesurées.
- Quatrièmement, le Comité souligne le fait que le traitement hormonal est un « traitement médical » et, par conséquent, qu'il doit obéir aux règles élémentaires de bonne pratique : objectivation de l'indication médicale, information et consentement, continuité du soin. Nous sommes ici à un point névralgique de cet Avis : jusqu'à quel point peut-on soutenir sans ironie ou sans cynisme qu'il s'agit bien ici d'un « traitement », au sens d'une visée thérapeutique (mais alors guérir qui et de quoi ?), plutôt que d'un traitement au sens de la gestion d'un problème, d'une situation ? Le Comité prend assez clairement le parti de penser la vulnérabilité de l'auteur de délit sexuel, coupable sans doute, mais d'une certaine manière « victime d'un déficit de santé » (mentale, probablement) qui l'amène à des comportements intolérables sans ôter sa responsabilité.
- La cinquième condition est un rappel du principe de proportionnalité habituel en médecine. Ce faisant, on se détache complètement d'un univers de la sanction-vengeance.
- La dernière condition est très importante : elle vise la continuité du traitement – ce qui semble indispensable pour garantir la sécurité recherchée après la sortie de prison, par exemple. Mais il ne s'agit pas que de simple bon sens ; sont en jeu en effet des paramètres concrets fondamentaux : le coût des produits qui sont, ou pas, remboursés par la Sécurité sociale hors du milieu carcéral (où les traitements sont pris en charge intégralement par la collectivité, à travers le ministère de la Justice).

Au total donc, le Comité estime que si le juge est amené à imposer un traitement, la définition de celui-ci (hormonal et/ou autre) relève de la compétence du médecin psychiatre traitant.

Que retenir de cette ébauche de réflexion ? Premièrement, les professionnels du soin se trouvent parfois dans des situations particulièrement difficiles où le « bon sens éthique » est mis à rude épreuve : tantôt parce que le patient semble si proche, la projection et la fusion gênant la relation adéquate ; tantôt parce que le patient semble si étrange, presque étranger à l'humanité, responsable d'actes inhumains. Deuxièmement, l'éthique du soin nous invite vigoureusement à prendre soin de notre propre vision des choses ; en particulier, elle nous enjoint (pas toujours délicatement) à reconnaître à n'importe quel autrui – y compris le plus répugnant à nos yeux – sa parenté avec nous en humanité. Et de se souvenir que seuls les humains sont capables d'inhumanité... Troisièmement, l'échauffement éthique n'est pas meilleur que celui des esprits : la panique morale, les réponses instinctives ou groupales sont de mauvais augure pour une société. Quatrièmement, le « tiers », constitué par les lois, les institutions, les codes, les chartes d'éthique, etc., joue un rôle fondamental dans la régulation de nos professions – parce qu'à la fois ce tiers est de nous (nous pouvons décider de modifier nos règlements) et il nous dépasse (nous sommes tenus de suivre certaines procédures partagées). Le secret de la liberté éthique et du respect de soi et d'autrui est là aussi : dans cette nécessité de pouvoir généraliser ce que l'on fait, tout en agissant dans une situation toujours particulière. Kant n'est pas loin, et avec lui l'idée régulatrice d'un être humain qu'il faut toujours respecter comme une fin en soi, quels qu'aient été ses comportements.

Si les soignants ne nous donnent pas à voir leur bonne pratique, qui donc nous enseignera comment devenir humains ?

Accepté pour publication
le 2 juillet 2010

NOTES

1. D'où l'intérêt de se poser, par exemple, la question critique suivante – un exemple que je discute régulièrement et très sérieusement avec mes étudiants – : « Est-il éthique de cloner sa belle-mère ? » Même si aucune secte

- aujourd'hui n'a encore pris le risque de développer ce genre de projet, il vaut la peine d'apprendre à analyser et à développer des arguments (pour ou contre, d'ailleurs). C'est, je pense, accomplir un devoir d'éthique anticipative plutôt que réactive.
2. E. Bernheim, C. Vézina, « La Trajectoire normative dans le domaine de la santé : entre normes officielles et officieuses », *Interrogations. Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société*, 2008, p. 42-59. Cf. www.revue-interrogations.org
 3. *Ibid.*, p. 56.
 4. Collège des médecins du Québec, *Contention chimique. Quand s'arrête le traitement et où commence le contrôle ?*, Montréal, 2004.
 5. R. Ogien, *La Panique morale*, Paris, Grasset, 2004. Du même auteur, on verra le plus récent *La Vie, la mort, l'État. Le débat bioéthique*, Paris, Grasset, 2009. Sans préjuger de la position d'Ogien sur la contention chimique (dont je n'ai pas connaissance), j'observe juste que le premier chapitre de ce dernier ouvrage, consacré à « La protection des plus vulnérables », commence ainsi : « Selon John Stuart Mill, la seule raison légitime pour laquelle un État peut « user de la force contre un de ses membres, contre sa volonté, est d'empêcher que du mal soit fait à autrui » (p. 41). Ogien présente ensuite les ambiguïtés de cette déclaration et ce qu'il nomme, de la manière assez provocante qu'on lui connaît bien, une « victimologie exubérante ».
 6. C. Larue, « Factors influencing decisions on seclusion and restraint », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, n° 16, 2009, p. 440-446, qui renvoie à C.S. Silver, « Staff resistance to restraint reduction : identifying and overcoming barriers », *Journal of Psychosocial Nursing*, n° 45, 2007, p. 45-50.
 7. Avis n° 39 et 51, consultables à l'adresse suivante : www.ccne-ethique.fr/avis.php
 8. Avis n° 39 du 18 décembre 2006, consultable à l'adresse suivante : www.health.fgov.be/bioeth
 9. Il y aurait beaucoup à discuter sur ces points, mais cela suppose un état des lieux strictement pharmacologique car les données ont évolué depuis 1996.

Mots clés

Castration chimique • Abuseurs
sexuels • Soin • Soignants •
Éthique • Politique • Législation •
Déontologie

Michel Dupuis
Philosophe
Université catholique de Louvain
(UCL), Bruxelles
GEFERS, Paris