

Subjectivité sanitaire

Léna Dormeau, Coline Fournout

▶ **To cite this version:**

Léna Dormeau, Coline Fournout. Subjectivité sanitaire : Enquête sur le soin et le consentement. STASIS. STASIS - Cahier d'enquêtes, 2 (2), C&F Editions, pp.106-127, 2021, Soigner la technologie ?, 9782981957009. halshs-03427819

HAL Id: halshs-03427819
https://shs.hal.science/halshs-03427819

Submitted on 14 Nov 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.

Copyright

Ce texte fait partie du livre *Soigner la technologie ? Cahier d'enquêtes* autoproduit par le collectif Stasis à Montréal entre 2018 et 2021. Stasis cherche à outiller manières de vivre, imaginaires et modes de lutte en questionnant les mondes contemporains (https://groupestasis.com/). *Soigner la technologie?* est disponible au Québec sur lepressier.com (https://lepressier.com/products/soigner-la-technologie) et en France chez C&F éditions (https://cfeditions.com/stasis/)

Subjectivité sanitaire
Enquête sur le soin et le consentement

Léna Dormeau & Coline Fournout

Qu'y a-t-il de plus étranger au système que lae malade mentalE qui cherche l'estime de soi dans la confrontation sans intermédiaire avec le système lui-même ? Nous sommes cetTE ennemiE imprévuE, cette machine de guerre que le pouvoir n'a jamais regardée comme une menace et a jetée à la benne.[1]

La « démocratie sanitaire » : le soin entre consentement et contrainte

En France, le concept de consentement a été introduit en médecine pour corriger l'asymétrie de la relation entre médecin et patient·e (article L.1111-4 du Code de Santé publique). Le consentement *libre* (c'est-à-dire *non contraint*) et *éclairé* (c'est-à-dire *informé*) est désormais le préalable de tout acte thérapeutique, conçu comme une « alliance » entre médecin et patient·e·s. Mettant au premier plan l'autonomie de la personne, il trouve parfaitement sa place dans le projet de « démocratie sanitaire » que promeut la loi française « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » (2002). Ce projet défend la participation des citoyen·ne·s aux politiques de santé, afin de mieux garantir leurs droits[2]. Dans le domaine de la santé mentale (qui relève pourtant d'un corpus législatif et réglementaire distinct), la notion de consentement permet de remettre en cause l'image de l'hospitalisation psychiatrique comme enfermement. Cependant, elle permet surtout de poser un cadre et de définir les cas qui font exception. Ainsi, le fait que l'*hospitalisation sous contrainte* soit remplacée en 2011 par la formule de *soin sans consentement* dans le Code de Santé publique donne l'impression que le consentement est secondaire par rapport au soin, et que le soin est une variation,

1 Manifeste « En défense de l'anormalité », fanzine du collectif catalan Primera Vocal publié il y a déjà une quinzaine d'années, et traduit récemment sur le blog de * Zinzin Zine * (http://www.zinzinzine.net/)

2 https://www.ars.sante.fr/index.php/quest-ce-que-la-democratie-sanitaire-10

adoucie et dépénalisée, de l'enfermement. Dans la psychiatrie française, soin et contrainte apparaissent donc comme profondément imbriqués. Comment rendre compte de cette prévalence du soin sur le consentement ?

Mes médecins et mes cookies

Notre objectif n'est pas de délégitimer la possibilité de contraindre quelqu'un·e à être soigné·e. Ce n'est pas non plus de pointer la potentielle dérive sécuritaire du recours aux soins sans consentement. À partir du cas des soins sans consentement en psychiatrie, nous cherchons à déceler les ressorts à partir desquels fonctionne le consentement dans la « démocratie sanitaire ». Apparemment, introduire le consentement en santé publique, c'est invoquer le principe démocratique d'autodétermination pour rendre aux gens la maîtrise de leur propre santé — de leur santé comme propre et de leur santé comme droit[3]. En même temps, les politiques de santé publique depuis la fin des années 1970 ne se fondent pas tant sur des programmes d'assistance que sur la reconnaissance de la santé comme fondement de l'économie capitaliste et comme valeur néolibérale (Stiegler 2019). L'enquête que nous proposons est un épisode des aventures du consentement dans la « démocratie sanitaire » : l'épisode qui voit s'affronter le *refus de soin* et les *soins sans consentement*, c'est-à-dire qui met en scène le contournement du consentement par la procédure du soin. La contrainte au soin est-elle vraiment, comme le revendique le Code de Santé publique, une exception dans la démocratie sanitaire ? Ou bien matérialise-t-elle une ambiguïté inhérente à l'*autonomie* sur laquelle cette démocratie se fonde ? Et en quoi consiste alors l'expérimentation démocratique dont les psychiatrisé·e·s font les frais ? Un banc de brumes obscurcit la grande lumière de la santé. Et si le consentement n'était que de façade ? Si, à défaut d'être un droit démocratique, fondé sur la rationalité de l'individu, il était une étape dans le circuit marchand ? Et si la santé mentale était une technologie publique capturant les psychés pour faire tourner la machine néolibérale ?

Ces questions, nous semble-t-il, innervent bien d'autres domaines que la psychiatrie. La manière dont le consentement des usagers et usagères est requis dans la santé publique en général, et en santé mentale en particulier, fait écho, avec insistance, aux pratiques des firmes de technologies numériques. Par exemple, les GAFAM ont en permanence besoin d'extraire nos données pour fonctionner, et elles ne peuvent pas prendre le risque qu'on ne consente pas à cette extraction (Zuboff 2019). Elles se dégagent d'ailleurs de leur responsabilité vis-à-vis de l'utilisation des données des utilisateurs et utilisatrices par un tiers. Et quel site fonctionne correctement si on « n'accepte pas » les cookies ? De même, la « démocratie sanitaire » pourrait-elle fonctionner si on ne consentait pas à la santé qu'elle promeut ? Ce n'est pas juste une analogie. Dans les deux cas, le consentement est un préalable non pas tant illusoire que secondaire par rapport à l'extraction des données que sont nos affects, notre attention, notre humeur, notre état de santé en général. Dès lors, il ne s'agit pas tant de dénoncer le viol de notre vie privée ou de notre intimité, que d'interroger la manière dont notre consentement est préempté. « In the larger societal pattern », écrit Shoshana Zuboff, « privacy is not eroded but redistributed […]. Instead of people having the right to decide how and what they will disclose, these rights are concentrated within the domain of surveillance capitalism. » (Zu-

3 Droit à la santé, ou plutôt à « un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé », corollaire au droit à la « sécurité sociale » (articles 25 et 22 de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948).

boff 2019 :90) Mais quel est ce « larger societal pattern » ? Sur quelles bases communes soin psychiatrique et technologies numériques sont-ils fondés ? Et quelle subjectivité contribuent-elles à produire ?

Contraindre au soin

Mais revenons d'abord sur ce que c'est que contraindre au soin en psychiatrie. Schématiquement, il y a deux paramètres à prendre en compte avant de soigner : le *consentement*, et l'*autorisation* à l'acte de soin. Soit le soin est consenti et autorisé, et ainsi dénué de contrainte. Soit le soin est non consenti, mais autorisé, ce qui correspond au soin sans consentement, sous contrainte. Le soin peut alors être mis en œuvre « à la demande d'un tiers », « en cas de péril imminent » ou « sur décision d'un représentant de l'État ». Bref, le non-consentement est légitimé par le danger que la personne à soigner représente, et il est médié par l'intervention à la fois d'une victime potentielle et d'une figure d'autorité. Dans ce cas, la volonté de la personne et la volonté de l'autorité se dissocient, s'entrechoquent. Les frontières de la loi scintillent : on ne sait plus bien faire la différence entre ce qui est légal et ce qui est légitime, et paradoxalement, là même où il y a soin, il y a violence.

À ce propos, on peut remarquer que les conditions établies par le RGPD (Règlement Général de Protection des Données, dans l'Union européenne) pour traiter les données personnelles sont sensiblement les mêmes. Comme l'indique le point 6 du Règlement, intitulé « Licéité du traitement », les conditions dans lesquelles l'utilisation des données est licite sont les suivantes : soit la personne concernée a consenti ; soit le traitement des données est nécessaire pour sauvegarder la vie de la personne ; ou encore pour respecter un contrat, une loi ou une mission de l'État. De même que le soin peut être dispensé sans le consentement de la personne, de même le traitement des données peut être exécuté sans le consentement de l'utilisateur·trice. La vie personnelle, la vie d'autrui et la vie publique semblent être les trois sources de cette exception.

Refus ou incapacité ?

Imaginons qu'un jour quelqu'un ne consente *pas* au soin qui lui est proposé. Comme ce soin est estimé être indispensable (tant à l'intégrité de la personne elle-même qu'à celle de la société), il lui est prodigué sans son consentement. En un sens, s'il n'y a pas de consentement direct de la personne concernée, il y a consentement indirect — de la personne qui endosse la responsabilité, et de la société tout entière qui se défend.

Là, il se passe quelque chose d'important. Le *non-consentement* se met à signifier autre chose que ce qu'il est, à savoir un refus, un acte qui consiste à ne pas consentir. Quoi donc ? Non pas simplement une *absence de consentement*, mais bien une *incompétence*, reposant sur une vulnérabilité dans la capacité à juger, vouloir et décider. En effet, il ne peut y avoir soin sans consentement qu'à partir du moment où l'on estime que la personne concernée souffre d'une altération du jugement et qu'elle est déconnectée de la réalité, voire de son propre trouble. Si le soin est imposé, c'est pour faire reprendre à cette personne contact avec la réalité et pour l'orienter vers sa propre

puissance d'agir. Si soin sans consentement il y a, c'est donc seulement en tant que prémisse à un soin potentiellement consenti. Qui, doté de jugement, refuserait d'aller vers un mieux-être ?

L'enjeu, pour nous, n'est pas la nécessité que le soin soit ou non dispensé à la personne, non plus que le fait qu'on ne soit pas toujours en état de prendre des décisions pour soi-même. C'est plutôt le détour rhétorique par le concept de consentement pour faire état d'un processus de contrainte, et la transversalité de ce détour rhétorique à bien d'autres domaines que la psychiatrie. C'est le glissement d'un registre permettant l'expression du conflit (consentir, refuser) à un registre incapacitaire. C'est la traduction d'un *refus* du soin en *incapacité* à consentir.

De l'hospitalisation sous contrainte au soin sans consentement

Voyons comment cette traduction se formule. Dans la loi de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, il est inscrit qu'« aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ». Ce consentement « peut être retiré à tout moment ». Mais « si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables » (art. l. 1111-4). Si aucun soin, donc, ne peut être dispensé sans le consentement libre et éclairé de la personne, c'est que le soin est conditionné par le consentement au soin. Mais ce consentement peut être mis en question si la « vie » est en danger. L'appréciation du danger encouru par la vie est non seulement collective, mais a aussi la priorité sur les autres types de danger. Si la vie est en danger, elle doit être secourue : à droit fondamental, soin « indispensable ». Coûte que coûte, s'agit de « faire vivre », comme le dit Michel Foucault à propos du « bio-pouvoir », cet ensemble de technologies de pouvoir qui prend la vie, le fait d'être en vie, pour objet (Foucault 1977).

Ce qui porte véritablement préjudice, semble-t-il, c'est l'absence de soin bien plus que le soin sans consentement[4]. On observe ainsi un changement terminologique significatif dans les textes concernant la *Santé publique en Santé mentale* : l'*hospitalisation sous contrainte* est peu à peu remplacée par le *soin sans consentement* ; la *cellule d'isolement* devient la *chambre d'isolement* puis la *chambre de soins intensifs*. Ces « substitution[s] de mots » (Doron 2001) s'accompagnent d'un assouplissement des procédures d'hospitalisation, et rendent possible l'extension de la contrainte au soin en dehors de l'hôpital *stricto sensu*. La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 « relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, et aux modalités de leur prise en charge » fait ainsi état de modifications de certains articles du Code de Santé publique, et en particulier d'un remplacement (quasi) systématique du mot *hospitalisé* par *soigné* ou *faisant l'objet de soins psychiatriques*[5]. S'il est évident qu'on hospitalise au nom du soin, et s'il est

4 HAS [Haute Autorité de Santé], « Recommandations pour la pratique clinique, modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles. mentaux », avril 2005 : « La question de l'impact négatif de l'hospitalisation sans consentement a été posée. Il paraît utile de rappeler que les indications de cette hospitalisation doivent être limitées au strict nécessaire, même si l'hospitalisation sans consentement ne peut dans certains cas être dissociée du traitement, car elle en fait intégralement partie. […] *C'est donc l'absence de soins qui crée préjudice au patient dans les conditions prérequises, et non pas leur mise en œuvre autoritaire*. » (nous soulignons).

5 Exemple : « — à la première phrase, les mots « est hospitalisé sans son consentement » est remplacé par les mots « fait l'objet de soins psychiatriques », les mots « cette hospitalisation » sont remplacés par les mots « ces soins ».

tout aussi évident que l'*hospitalisation sous contrainte* est un cas de suspension de droits fondamentaux, la formule du *soin sans consentement* est autrement plus ambiguë. À la suite de Shoshana Zuboff et de ses méditations sur le « capitalisme de surveillance », nous dirions qu'il s'agit d'un « euphémisme » qui vise à égarer les usagers et usagères, et qui vide de sens l'appel à s'engager (« opt-in ») ou se désengager (« opt-out ») (Zuboff 2019 : 156). Qu'est-ce que cet euphémisme nous apprend sur nous-mêmes et sur les dispositifs dans lesquels nous sommes impliqué·e·s ?

Le consentement comme dispositif

Dans « L'asile illimité », Foucault écrit : « Nous allons, nous, vers une société extrajuridique où la loi aura pour rôle d'autoriser sur les individus des interventions contraignantes et régulatrices. La psychiatrie a été l'un des grands facteurs de cette transformation. » (Foucault 1977). S'intéressant ici à la généalogie du libéralisme, Foucault cherche à montrer en quoi l'autonomie des personnes à laquelle le libéralisme fait appel est le revers d'un mode de gouvernement qui vise à garantir la sécurité des populations en régulant cette autonomie. S'il parle de la psychiatrie du 19e siècle et du début du 20e siècle, c'est pour montrer qu'elle constitue une technologie centrale de ce mode de gouvernement : la psychiatrie permet de préserver autonomie et sécurité en prévenant le risque du passage à l'acte, en retirant en quelque sorte le danger de la circulation pour le mettre à l'asile. Le *soin sans consentement* s'inscrit dans cette lignée : non seulement il a toujours une fonction sécuritaire, mais il permet d'aller plus loin dans la problématisation de l'autonomie. À la suite de Foucault qui a pu faire de la psychiatrie un des envers du libéralisme, nous nous questionnons ici sur ce que la psychiatrie peut nous apprendre sur le néolibéralisme.

Que le soin soit conditionné par le consentement, mais que le consentement puisse être contourné par la nécessité du soin montre que le consentement auquel il est fait appel dans nos sociétés est en fait secondaire par rapport à un autre consentement, silencieux, informulé peut-être : le consentement au mieux-être, à la guérison, à la santé, à la vie. Et comment refuser de consentir à aller bien, être en bonne santé, vivre ? On n'est libre de consentir que pour autant que cette liberté est disciplinée par le mieux-être.

La psychiatrie apparaît comme le laboratoire d'un mode de gouvernement généralisable à toute la « démocratie sanitaire » et comme une technologie permettant de produire un type de subjectivité que nous appelons subjectivité sanitaire : une subjectivité qui ne peut que consentir, et donc, dont la position de refus est considérée comme une incapacité à consentir plutôt que comme un non-consentement. Que ce soit dans la démocratie sanitaire ou le capitalisme de surveillance, le consentement apparaît comme un dispositif de contrôle.

D'un côté, le sujet est légalement défini par sa liberté de consentir (dire oui ou non). De l'autre, le refus qu'iel oppose aux soins qui lui sont proposés n'est pas pris au sérieux comme un non-consentement. Répondre au sujet qu'iel n'est pas capable de consentir au moment même où iel refuse, c'est rendre « mineur » quelqu'un dont l'identité est justement définie comme majorité, c'est-à-dire comme autonomie et pleine jouissance des droits. Tu es autonome ; en tant que tel, je te demande de dire oui ou non ; mais si tu dis non, alors je te retire ton autonomie. Ce processus de minorisation repose plus largement sur ce que Colette Guillaumin appelle le « noyau constant » de

la notion de minorité : « l'incapacité — ou [la] non totale capacité — juridique et coutumière », c'est-à-dire un « moindre pouvoir » (Guillaumin 1985). Dès lors, le soin sans consentement a pour effet de constituer les personnes souffrant d'un trouble psychique en groupe dominé, en les dépossédant de leur autonomie. Et de la disjonction entre la capacité à dire non et l'incapacité à dire oui résulte une subjectivité dissociée. Pas dans un sens psychologique, mais dans un sens politique. La subjectivité est dissociée entre le sujet que réclame le consentement et le sujet que le recours au consentement permet de contourner. Elle est dissociée par une demande qui est aussi une injonction. À la suite d'Erving Goffman, on pourrait dire que c'est le fondement du « soi psychiatrisé », c'est-à-dire d'une subjectivité est médiée par un rapport de dépendance au soin. Ainsi, le dispositif du consentement permet de contourner le non-consentement au nom du soin. Au final, l'enjeu n'est pas de savoir s'il faut ou non soigner, mais de déterminer ce qui nous presse si fort de prendre soin de soi et des autres.

Soin carcéral

Prenons l'exemple du soin psychiatrique en contexte (post-) carcéral, où il n'est plus question de *soin sans consentement* mais d'*obligation de soin*, et où le soin est une technique parmi d'autres de prévention de la récidive. La ministre française Rachida Dati, lors de l'inauguration du centre de rétention de Fresnes (Île-de-France) en novembre 2008, disait ainsi : « Si vous ne voulez pas vous soigner, vous ne sortirez pas ». En prison, le soin est hybridé à la peine dans une logique de contrôle et d'optimisation. Par exemple, à partir de la loi de 1998 relative à la prévention et la répression des infractions sexuelles, le soin psychologique est utilisé pour pénétrer l'intimité psychique du/de la détenu·e et pour obtenir qu'iel adhère à son crime et consente à sa peine (Doron 2010). Le soin ne sert pas directement à punir, mais à traiter le sujet et à évaluer son consentement, c'est-à-dire sa résistance ou sa conciliance vis-à-vis du soin. Le consentement n'ouvre pas l'accès au soin. Le soin, plutôt, rend le consentement obligatoire. C'est une technologie de contrôle. Drôle d'équivocité.

Dans ce cadre, le soin ne sert pas juste à prévenir un danger et éviter un risque, mais à empêcher ce qui irait à l'encontre du mieux-être. Dans ce cadre, évidemment, refuser de se soigner, ce n'est pas un acte, c'est déjà un symptôme. Rappelons les observations d'Erving Goffman en 1962 à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Élisabeth (États-Unis) : « Et plus l'individu est privé de moyens efficaces pour manifester son refus de l'hôpital, plus son acte apparaît comme un symptôme psychotique ». Drôle de cercle, extensible en dehors des institutions d'enfermement et dont l'extensivité a quelque chose de terrifiant. Si le double impératif du contrôle social et de l'optimisation pathologise le refus de soin, par répercussion, il rend la notion de consentement inopérante.

Des citoyen·ne·s pathologiques pour une population en pleine santé

Pour Gramsci, le pouvoir politique repose à la fois sur la coercition et sur le consentement : sans coercition, le consentement n'aurait aucune valeur, mais sans consentement, la coercition n'aurait aucune force. Les soins sans consentement en psychiatrie sont un exemple parmi d'autres de ce pouvoir politique : l'appel au consentement est une incitation à consentir et le choix informé une

technique de gouvernement (O'Malley 2004). Pour que la « démocratie sanitaire » fonctionne, il ne faut pas juste rendre les citoyen·ne·s acteutrices de leur santé. Il faut que des gens pathologisé·e·s et vulnérabilisé·e·s, persuadé·e·s de leur fragilité forment volontiers le support actif d'une société promouvant la puissance d'une population en pleine santé. Il faut atteindre les gens dans leurs capacités psychiques, c'est-à-dire leurs affects, leur attention, leur intelligence. C'est pourquoi le soin est présenté si tenacement comme une technique d'émancipation : gain d'autonomie, libération de la souffrance, empuissantement des sujets vulnérables, etc. Et c'est aussi pourquoi il est imposé : le contournement du consentement est légitimé par le *surplus d'autonomie* que le soin peut procurer. À nouveau, comment aller contre un argument en faveur de l'amélioration et de l'émancipation ? Si on suit cette logique, et si la subjectivité sanitaire est une subjectivité vulnérable, consciente de sa vulnérabilité et prête à se soigner, l'étape suivante est la pathologisation de tous les sujets.

Étape à vrai dire bien entamée. Pour l'anecdote, en 1947, un psychiatre anonyme écrit dans *L'information psychiatrique* (l'organe d'information principal de la profession, à l'époque) une petite « Lettre de New York » qui fait état de « la prophylaxie des maladies mentales aux États-Unis ». On peut y lire : « Le nombre de ces malheureux [les malades mentaux] est si grand, et grandit si vite, qu'il n'y a pas assez d'institutions pour eux. »[6]. Dramatique inflation de la maladie mentale, qui dure depuis le milieu du 20 e siècle jusqu'à nos jours ? On a de quoi être suspicieux·ses et interroger, à la suite de Barbara Stiegler, la production d'une population « de mauvaise qualité ». D'après elle, ce qui caractérise le néolibéralisme, c'est que « les désirs de l'espèce humaine » y sont « présentés comme défectueux, mal ajustés ou inadaptés au nouvel environnement ». Cette « mauvaise qualité » de la population rend alors nécessaire de « fabriquer le consentement afin de rééduquer l'humanité » et donner un « soin constant (*constant care*) » à la souffrance (Stiegler 2019 : 227). Rééduquer l'humanité ou rendre à la population sa santé.

La santé, ce n'est pas « la vie dans le silence » : « Care to struggle, care to win »[7] !

Enquêter sur les soins sans consentement en psychiatrie est une manière pour nous de faire émerger un ensemble de technologies transversales à bien d'autres domaines que la psychiatrie. Ces technologies ont en commun de transformer notre consentement en ressource, capturant ainsi notre autonomie. Et cette capture n'est pas juste une procédure d'exception. C'est bien un élément central de l'accumulation capitaliste, dont le domaine de la santé, et *a fortiori* de la santé mentale, n'est pas immune. Pour Shoshana Zuboff, il s'agit même d'une « nouvelle logique d'accumulation », dans laquelle le capital se donne le droit de se saisir des informations dont il a besoin pour assurer sa pérennité. Google, par exemple, « discovered this necessary element of the new logic of accumulation: it must assert the rights to take the information upon which its success depends. » (Zuboff 2019:90). Notre enquête nous met face au type de subjectivité fabriquée par cette extraction du consentement. Cette subjectivité, nous l'avons appelée subjectivité sanitaire. Ce qui la caractérise principalement, c'est qu'elle ne peut pas et ne sait pas dire non. Peut-elle même le vouloir ? Comme le dit Shoshana Zuboff dans l'interview qu'elle a donnée à *The Intercept* en février 2019 : « We've

6 *L'information psychiatrique* (24 e année, 3 e série), n° 1, oct. 1947, p.40

7 Corina Dross et CrimthInc, « Self as Other. Reflections on self-care ». Disponible en français et en anglais à l'adresse suivante : http://www.zinzinzine.net/etranger.e-a-soi-reflexion-sur-le-self-care.html

to get to a place where we are willing to say no ». En lieu et place de la démocratie sanitaire, c'est sans doute à ce lieu que nous devrions faire attention.

Textes cités :

Claude-Olivier Doron. 2001. « Ce que 'soin' veut dire. Quelques réflexions à propos d'une substitution de mots dans la loi du 5 juillet 2013 ». *Journal français de psychiatrie* n° 38

Claude-Olivier Doron. 2010. « La volonté de soigner. D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales » in *La Philosophie du Soin. Éthique, Médecine et Société.* Paris : PUF

Michel Foucault. 1994 [1976]. *Histoire de la Sexualité* T.1 *La Volonté de Savoir.* Paris : Gallimard

Michel Foucault. 2001 [1977] « L'asile illimité ». *Dits et Écrits* n° 202. Paris : Gallimard

Erving Goffman. 2007 [1962]. *Asylums. Essays On The Social Condition Of Mental Patients And Other Inmates.* Somerset : Taylor & Francis Inc.

Antonio Gramsci. 1996. *Cahiers de Prison.* Paris : Gallimard

Colette Guillaumin.1985. « Sur la notion de minorité ». *L'Homme et la société* N. 77-78

Pat O'Malley. 2004. *Risk, Uncertainty and Government.* London : The GlassHouse Press

Barbara Stiegler. 2019. « Il faut s'adapter ! » *Sur un nouvel impératif politique.* Paris : Gallimard

Shoshana Zuboff. 2019. *The Age Of Surveillance Capitalism: The Fight For A Human Future At The Frontier Of Power.* New York : PublicAffairs