

UNE CERTAINE IDÉE DE LA CRIMINOLOGIE

Approche indisciplinaire du processus pénal

Sous la direction de Pierre V. Tournier

1

Soin, injonction de soin, obligation de soin

Par Eric Kania

Né en 1965, E. Kania est médecin psychiatre exerçant à la prison des Baumettes (Marseille) et en cabinet libéral. Titulaire d'un diplôme d'études spécialisées (mémoire sur Psychiatrie et justice : quelques considérations épistémologiques, éthiques et cliniques à propos de la prise en charge des auteurs d'abus sexuel). Thèse de doctorat en médecine sur Lecture de la pédophilie, entre médecine et société. Il est membre de la commission « Santé, éthique et idéologies » de l'Espace Ethique Méditerranéen. Dernière publication : « Logiques de la rétention de sûreté : précaution, neutralisation, élimination » in Tournier P. V. (dir.), Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement, L'Harmattan, 2012, 211-222.

Depuis une quinzaine d'années, nous assistons, en France, à une série de modifications législatives, visant une recomposition progressive du champ pénal, en fonction d'un objectif : la prévention de la récidive (avec son corollaire : la prise en charge de la dangerosité).

L'un des aspects les plus significatifs de cette évolution de la pénalité consiste en un nouveau dispositif d'articulation de la peine et du soin, qui se décline sous plusieurs modalités :

- En milieu carcéral : c'est l'imposition du soin, sous la forme d'une incitation, avec en particulier retrait de remises de peine en cas de refus ;
- En pré- ou post-carcéral : c'est l'obligation ou l'injonction de soins, couplées à des mesures d'assistance, mais surtout de contrôle.

Les soins obligés prolifèrent à tous les niveaux de la chaîne pénale. Le soin tend à devenir une technique d'administration de la peine, et une technique de surveillance, ou de gouvernement de très nombreuses populations criminelles. Ce phénomène a commencé dans notre pays il y a environ 15 ans, mais la France est loin de faire exception dans ce domaine. En réalité, cette recomposition progressive du champ de la pénalité, avec l'objectif de la prise en charge médicale de la dangerosité et de la récidive, traverse la plupart des pays occidentaux ; ce qui permet de supposer qu'il s'agit là d'un changement structurel qu'il convient d'analyser.

1 - Repères chronologiques

L'obligation et l'injonction de soins constituent, avec l'injonction thérapeutique, ce que l'on a coutume d'appeler soins pénalement ordonnés [LAMEYRE, 2002]. C'est dans les années 1950 que les

soins pénalement ordonnés ont été créés dans le droit français. Alors qu'ils concernaient initialement les alcooliques et les toxicomanes, ils se sont progressivement étendus à d'autres populations. Leur place dans le processus pénal s'est également modifiée, passant d'un objectif de traitement médical à un objectif de prévention de la récidive.

C'est la réforme de la libération conditionnelle de 1952 qui a introduit pour la première fois dans le droit français la possibilité d'un traitement médical obligatoire comme condition de libération. La loi du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux (peu usitée, puis abrogée en 2000) comportait un volet sanitaire pouvant être prononcé par la juridiction de jugement. En 1958, est créé le sursis avec mise à l'épreuve, pouvant comporter une obligation de soins, « même sur le mode de l'hospitalisation ». La loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures de lutte contre la toxicomanie créa l'injonction thérapeutique, c'est-à-dire l'obligation de se soigner contre une remise de peine.

A partir des années 1990, c'est un autre type de délinquants qui va retenir l'attention de l'opinion publique et des décideurs politiques. En septembre 1993, la France est en émoi après le viol et le meurtre, dans la région de Perpignan, de Karine Volkaert, une fillette de 8 ans, appelée par les médias « la petite Karine », par Patrick Tissier, un homme de 41 ans, « repris de justice », déjà condamné deux fois à 20 ans de réclusion criminelle pour meurtre et viols, et sorti de prison en libération conditionnelle. Le Parlement votera quatre mois plus tard la « loi Méhaignerie », du nom de Garde des Sceaux de l'époque, instaurant la perpétuité réelle, c'est-à-dire avec période de sûreté illimitée, ou « perpétuité incompressible ».

Par la suite, la lutte contre la récidive des auteurs d'agressions sexuelles a connu un tournant (peu de temps après l'affaire Dutroux en Belgique) avec la création du suivi socio-judiciaire et de l'injonction de soins, par la loi Guigou du 17 juin 1998. D'autres mesures n'ont cessé d'être votées depuis, aboutissant progressivement à un dispositif de contrôle de plus en plus serré, contrôle prenant souvent la figure privilégiée du soin.

2 - Obligation *versus* injonction de soins

Obligation et injonction de soins ne sont pas synonymes, et font référence à des dispositifs judiciaires distincts.

L'obligation de soins peut être prononcée avant la déclaration de culpabilité, par le juge d'instruction ou par le juge des libertés et de la détention, dans le cadre d'un contrôle judiciaire. Elle peut aussi être prononcée lors du jugement par la juridiction, ou après le jugement par le juge de l'application des peines, quel que soit le type de délit commis. Elle ne nécessite pas d'expertise médicale préalable ni de médecin coordonnateur.

L'injonction de soins, elle, créée par la loi du 17 juin 1998, ne peut être prononcée qu'en cas de condamnation, soit par la juridiction de jugement (tribunal correctionnel ou cour d'assises), soit par le juge de l'application des peines. Elle est prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, mais également (depuis la loi Dati du 10 août 2007) si le suivi socio-judiciaire n'a pas été prononcé alors qu'il était « encouru », lorsque le condamné est placé sous divers régimes de contrôle en milieu ouvert (libération conditionnelle, surveillance judiciaire, sursis avec mise à l'épreuve, surveillance de sûreté), ou fermé (rétention de sûreté). Le champ d'application de l'injonction de soins, initialement restreint aux principales infractions à caractère sexuel, s'est progressivement étendu à d'autres types d'infractions : meurtres et assassinats, tortures et actes de barbarie, enlèvements, séquestrations, certaines destructions ou dégradations, violences conjugales, violences sur mineurs par ascendant.

L'injonction de soins ne peut être prononcée qu'après une expertise médicale (sous-entendue psychiatrique) concluant, si ce n'est à la nécessité des soins, du moins à la possibilité de soins. Enfin, ce dispositif fait entrer un nouvel acteur permettant une « triangulation » : le médecin coordonnateur, interface entre le juge qui contrôle et le médecin (ou le psychologue) qui soigne.

Les soins pénalement ordonnés, qu'il s'agisse d'obligation ou d'injonction, présentent des caractéristiques communes qu'il convient de mentionner, pour mémoire : ils sont soumis aux règles du secret professionnel (secret non partagé entre les soignants, médecins ou psychologues, et les acteurs judiciaires, magistrats ou conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation). Seul le soin est imposé, pas son contenu. En outre, ils ne s'appliquent pas en prison, mais seulement en milieu ouvert.

3 - Qu'entend-on par « soin » ?

Il est nécessaire de constater qu'il s'agit là d'un vocable polysémique, un mot-valise pouvant contenir de multiples représentations, variables selon les acteurs concernés.

Pour le législateur, le soin n'est pas défini. Les notions d'obligation ou d'injonction de soins sont définies par leur cadre juridique, sans aucune définition du soin dont il s'agit. Mais il est clair que le soin visé n'est en aucun cas un soin médical somatique, qui est pourtant l'une des premières acceptions du terme. Le soin dont il est question est, de manière tacite, un soin psychique, dénommé simplement soin comme s'il s'agissait d'une évidence parce qu'il s'agirait du pur soin, qui n'a pas besoin d'être spécifié, le seul qui en vaille la peine, les autres espèces du soin n'étant que secondaires, ou en tout cas n'ayant rien à voir avec ce que vise la loi pénale. En fait, il n'existe, dans tous textes législatifs relatifs aux soins pénalement ordonnés, qu'un seul article où le soin est caractérisé : il s'agit de l'article 721-1 du Code de Procédure Pénale, créé par la loi du 12 décembre 2005, qui stipule que des remises de peine supplémentaires peuvent être octroyées aux condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale, notamment « en suivant une thérapie visant à limiter les risques de récidive ».

Pour les soignants, le soin a une acception sensiblement différente. Pour le médecin, le soin vise avant tout le traitement d'une pathologie. En ce qui concerne le soin psychique, pour ses différents acteurs (psychiatres, psychologues, psychothérapeutes, autres types de cliniciens), au-delà du traitement des maladies psychiatriques avérées et répertoriées, le soin peut aussi concerner la prise en charge d'un trouble (comme les fameux troubles de la personnalité). Il peut aussi s'agir de la tentative de soulagement d'une souffrance (terme bien équivoque, il faut l'admettre), voire d'un processus d'auto-observation par la parole, d'un accès à une forme de subjectivation ou de « conscientisation ». C'est le cas en particulier avec toutes les formes de thérapies plus ou moins héritées de la psychanalyse freudienne, dont l'objectif n'est pas, en soi, la recherche d'une « guérison », encore moins la prévention d'une récidive, qui ne peut survenir que de surcroît.

Pour le magistrat prescripteur, puisque c'est bien un magistrat, ou une juridiction, qui prescrit le soin obligé, il ne fait pas de doute que, dans bien des cas, le soin est perçu comme une boîte noire aux objectifs flous, mais évidemment tournés vers leurs avantages supposés en termes de prévention de la criminalité. On peut en donner un exemple, certes caricatural, mais représentatif de l'esprit dans lequel travaille un certain nombre de magistrats, en citant le cas d'un auteur d'infraction à caractère sexuel, pour qui l'expert avait conclu à la non-indication de l'injonction de soins. Comme nous l'avons dit plus haut, l'injonction de soins, dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, ne peut être prononcée que sur la base d'une expertise médicale, contrairement à l'obligation de soins. Le juge a ainsi pu prononcer un suivi socio-judiciaire sans injonction de soins, mais avec une obligation de soins. Interrogé sur cette décision subtile, le juge a pu se justifier en arguant du fait que ce qui était visé, ce n'était pas le soin « restreint sur les déviances sexuelles », mais le soin « en général », puisque, de toutes façons, « ça ne mange pas de pain ».

Au fil des modifications successives de la loi, l'injonction de soins, conçue initialement par la loi de 1998 comme facultative, dans le cadre du suivi socio-judiciaire, réservé aux seuls cas d'infractions à caractère sexuel, a vu son champ s'élargir à toute une série de délits et de crimes non sexuels, pour devenir (depuis la loi Dati du 10 août 2007) systématique (certes si l'expert l'indique et si le juge n'y renonce pas). Il faut noter que le fusible qui, pour l'instant, permet peut-être d'empêcher l'asphyxie du dispositif, c'est la pénurie chronique d'experts et de soignants, ainsi que le difficile recrutement de médecins coordonnateurs. [LECERF, 2008], [GEOFFROY, CARESCHE, 2008]

Cette extension progressive du champ du soin pénalement obligé est symptomatique de notre époque, tourmentée par l'obsession de la sécurité et le principe de précaution. Les limites entre le traitement et la punition sont de plus en plus floues, le traitement étant souvent considéré comme une alternative, voire comme une continuité du contrôle social s'appuyant sur un dispositif de savoir.

4 - Savoir médical : *doxa* et *épistémê*

Dès le début de son histoire moderne au XIX^e siècle, la psychiatrie s'est trouvée investie de responsabilités particulières à l'égard de sujets considérés comme criminels, délinquants ou déviants.

Elle s'est vue attribuer une tâche multiple de diagnostic, d'explication des conduites déviantes, et de traitement, voire de rééducation, ou plus simplement d'enfermement. La demande sociale adressée à la psychiatrie depuis ses débuts jusqu'à nos jours s'est considérablement accrue, avec un élargissement conséquent de son champ de savoir et d'action. L'exemple de la dite « délinquance sexuelle » va nous permettre de mettre en relief un certain nombre de traits caractéristiques des évolutions du soin psychiatrique.

La proximité du domaine de la psychiatrie et de celui de la déviance fait apparaître la difficulté que rencontre la médecine pour déterminer son rôle véritable auprès de sujets qualifiés de délinquants. Ainsi, la psychiatrie a connu bien des changements dans ses conceptions et ses pratiques, non seulement du fait des progrès scientifiques, mais aussi en raison de l'ampleur des mutations sociales et culturelles. La médecine, la psychiatrie, la psychologie, sont « interpellées » par le corps social, parce qu'elles sont supposées détenir un savoir. « Dites-nous qui sont ces monstres », semble dire la société. « Qui sont ces monstres ? Et faites quelque chose, si ce n'est pour nous en débarrasser, ou si ce n'est pour les guérir, au moins pour les soigner, et les rendre moins dangereux ».

De quel savoir s'agit-il, et comment s'est-il constitué ? Pour la philosophie des sciences, faisant référence à Platon, le savoir serait une sorte de pièce de monnaie à deux faces : la *doxa* et l'*épistémê*. La *doxa*, pourrait-on traduire, c'est l'opinion. La société, c'est-à-dire la société populaire avec ses traditions et ses préjugés, mais aussi la société cultivée (celle des journalistes, des magistrats, des hommes et femmes politiques) a un certain nombre d'opinions sur la folie, la déviance, la délinquance, la perversion: la *doxa*, c'est l'ensemble de ces représentations sociales, de ces opinions, en soulignant que ce mot n'a rien de péjoratif et que l'opinion, c'est souvent l'opinion éclairée. La science, de son côté, a pour fonction de découvrir une connaissance des phénomènes (connaissance vraie ou présumée vraie) et d'énoncer une certaine vérité relative à ses objets : le discours scientifique appartient, à cet égard, à l'ordre de l'*épistémê*.

En ce qui concerne les « délinquants sexuels », nous tendons à nous retrouver dans une situation où la *doxa* créerait une catégorie clinique pour laquelle la médecine devrait fournir, sur-le-champ, l'*épistémê*, sans que cette *épistémê* remette en cause, de quelque façon que ce soit, la *doxa*. Or, il importe de remarquer, avec Georges Lantéri-Laura, que la *doxa* précède et enveloppe l'*épistémê* [LANTERI-LAURA, 1996]. C'est la *doxa* qui délimite le champ des phénomènes dont l'*épistémê* traitera : l'opinion indique quel est le domaine des comportements pervers ou déviants, et la connaissance reste tributaire de l'opinion, même si elle modifie l'étendue de ce champ. La culture ambiante tend ainsi à forcer le savoir à produire une justification scientifique de ses opinions, justification qui, à l'âge classique, était laissée à la religion.

Le savoir « scientifique », épistémique, détenu par les sciences du psychisme, s'est construit à partir des injonctions de la *doxa*. Et c'est en s'étant vus à nouveau indiqué, ou prescrit, comme objet de connaissance le « déviant » ou « pervers sexuel », que les cliniciens se retrouvent sommés, non seulement d'élaborer, de construire, de compléter leurs savoirs, mais aussi de parfaire leur « savoir-faire » et faire évoluer les pratiques de soin, non pas en fonction des « progrès de la science », mais en fonction d'une nouvelle *doxa*, et des nouvelles demandes sociales.

Le savoir (*doxa* et *épistémê*) concernant le domaine de la sexualité humaine, et de ses déviances, a connu un ensemble de bouleversements récents, avec en particulier une double transformation : transformation du regard porté sur la victime ; transformation du regard moral de la société. La victime, longtemps silencieuse et reniée, ayant pendant des siècles connu une sorte de négationnisme, a vu son nouveau statut (ou au moins une nouvelle attention) émerger dans les années 1980, sous la forme d'une sacralisation, concomitante d'une pénalisation accrue des auteurs de violences sexuelles. Parallèlement à ce nouveau statut de la victime, la morale sexuelle a aussi connu une évolution, avec l'apparition d'un nouveau libéralisme sexuel à partir des années 1960, marqué par la dépénalisation de l'homosexualité, la banalisation des pratiques intimes entre adultes consentants, et jusqu'à l'expression du nouveau dogme d'une jouissance et d'un épanouissement sexuel sans entrave [THERY, 2002].

À côté de ce nouveau libéralisme sexuel, est apparue une plus forte répression pénale des crimes et des délits à caractère sexuel, avec des peines plus lourdes, entraînant par ailleurs le vieillissement et la sur-suicidité de cette part de la population pénale, ainsi que la stigmatisation au sein même de la prison, de ceux qu'on appelle « pointeurs ». Cette répression pénale accrue, en France comme ailleurs, est concomitante de l'émergence de nouvelles mesures de sûreté rétroactives, indéterminées et

théoriquement révisables, fondées sur la notion, évanescence et discutable, de dangerosité, « notion criminologique séculaire et mutante » [DANET, 2008], construction sociale plutôt qu'entité ontologique.

Cette évolution du système pénal s'inscrit dans ce que l'on a appelé, depuis les années 1990 aux Etats-Unis, la « nouvelle pénologie », d'après laquelle le crime est un risque social mesurable, le criminel présente un profil de risque, classifié de manière actuarielle, la protection est assurée par une gestion structurée des groupes à risque, par des professionnels au rôle bureaucraté avec des protocoles stricts et standardisés, mêlant nouveaux savoirs et formes d'exercice d'un pouvoir [FEELEY, SIMON, 1992 ; MARIE, 2001 ; CAUCHIE, CHANTRAINE, 2005 ; SLINGENEYER, 2007 ; CLIQUENNOIS, 2006].

En ce qui concerne les traitements psychothérapeutiques qui sont proposés, ou imposés, aux auteurs de violences sexuelles, on observe une multiplicité des approches et des techniques, avec une prédominance, dans certains pays comme les Etats-Unis, le Canada et la Grande-Bretagne, de programmes standardisés cognitivo-comportementalistes, assez opposés aux prises en charges psychiatriques françaises classiques d'inspiration psychanalytique. L'évaluation des modes de traitement fait l'objet d'études controversées, les méthodes inspirées des techniques cognitivo-comportementales se prêtant plus aisément à l'évaluation que les thérapies psychanalytiques, rétives à toute forme de contrôle [LOSEL, SCHMUCKER, 2005].

En réalité, au-delà des polémiques d'ordre théorique concernant tel ou tel mode d'approche thérapeutique, la logique sous-jacente est la même : appuyer ce dispositif de contrôle et de gestion de la criminalité sur un dispositif de soin permet dans une certaine mesure de légitimer son indétermination fondamentale et son absence de limites, témoignant de ce que le philosophe Claude-Olivier Doron appelle la « volonté de soigner » [DORON, 2010].

5 - La volonté de soigner

Ce qui est à l'œuvre dans cette nouvelle justice pénale où le soin fait partie intégrante de la peine, c'est une formidable volonté de soigner. Selon Doron, on ne peut pas opposer simplement d'un côté les thérapies qui seraient humanistes ou humanisantes, qui seraient compréhensives de la souffrance du sujet et de sa singularité, qui seraient le *bon* soin, ou le *vrai* soin, et d'autre part les autres formes de thérapies qui seraient un *faux* soin ou un *mauvais* soin, un soin qui s'inscrirait dans une idéologie néolibérale, gestionnaire, un soin qui évalue les risques, qui transforme les comportements et vise à les ajuster à leur environnement social, un soin qui gère la déviance pour le compte de la société. Cette ligne de clivage, entre le *vrai* soin et le *faux* soin, est une illusion, d'autant plus que pour la justice, ces différentes thérapies sont équivalentes, l'important étant que ces personnes soient soignées. On pourrait même faire l'hypothèse que le versant humanisant de la prise en charge accomplit souvent les mêmes tâches de contrôle social, et il les accomplit même mieux, parce qu'il s'efforce de leur donner une légitimité incontestable.

C'est ce que l'on observe lorsque l'on considère l'évolution et l'adaptation des psychothérapies d'inspiration psychanalytique, qui, depuis les travaux du psychanalyste Claude Balier, ont opté pour une approche psycho-criminologique indéniable, et qui, il faut l'admettre, viennent redoubler les mécanismes de la procédure pénale, et cela d'une manière redoutablement efficace en ce qui concerne ce que l'institution judiciaire recherche et valorise depuis des siècles : la procédure de l'aveu. Doron donne de cela l'exemple du QICPAAS (Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Auteurs d'Aggressions Sexuelles), créé par une équipe de thérapeutes d'orientation psychanalytique et qu'il compare à un manuel de confession.

Quelle que soit l'orientation théorique envisagée, les thérapeutes acceptant d'entrer dans ce dispositif de soins sont agis, qu'ils le veuillent ou non, par la formidable volonté de soigner de la machine pénale, puisque il va s'agir, par une série de processus complexes, de faire entrer le sujet, d'une manière ou d'une autre, dans un parcours de soins, alors que le plus souvent il n'est pas en

demande (même si tout un pan du travail va consister à tenter de faire advenir une forme de demande), et que la pathologie dont il souffre n'a rien d'une évidence.

Il convient de faire ici deux remarques :

- d'abord, quand la thérapie est centrée sur l'agir et le passage à l'acte (et toute une psychanalyse de l'agir s'est développée), elle exige une position active des thérapeutes, un *forçage thérapeutique*, par opposition à l'attitude passive qui se contente d'écouter le discours du sujet, dans une bienveillante neutralité. Ici, écouter simplement le discours du sujet serait en un sens mortifère, parce qu'on risquerait d'entretenir le déni et le rapport faussé à l'acte. Un certain nombre de thérapeutes travaillent donc avec le dossier judiciaire du patient, confrontant donc ses dires à la réalité des faits, et aux diverses expertises qui se sont accumulées sur lui.

- le développement des techniques groupales va jouer un très grand rôle dans ce forçage, en permettant de faire émerger la vérité de l'acte, et l'aveu par le sujet de cette vérité, à travers le jeu immanent des différences entre les sujets du groupe, plutôt que dans la confrontation duelle du thérapeute et du sujet : la technique groupale va permettre de produire un aveu qui ne soit pas imposé dans une relation duelle, et d'améliorer ainsi la reconnaissance de l'acte.

Les techniques soignantes viennent produire un type d'aveu bien particulier, non pas un aveu formel de l'acte et de la culpabilité, mais une liaison du sujet à la vérité de son acte, ceci étant compris comme ayant un rôle thérapeutique décisif.

Pourquoi le soin est-il devenu une pièce essentielle au fonctionnement de la machine pénale ? Selon Doron, le soin vient jouer comme une « fantastique technique de redoublement des mécanismes légaux » que sont la loi et la prison. Lors de la condamnation, la justice sanctionne un acte délictueux ; elle doit par ailleurs adapter la condamnation à la personnalité d'un sujet (on ne punit pas le crime, mais le criminel). La prison va venir ensuite comme sanction de l'acte, et comme instance de transformation et de réinsertion du sujet, comme lieu où on peut travailler sur lui, et avec lui.

Mais plusieurs constats s'imposent. D'abord les *limites profondes des mécanismes légaux eux-mêmes* : la loi agit à la surface de l'individu. Elle ne peut le contraindre dans son intériorité à éprouver certains affects, à modifier son rapport intime à son acte. Par exemple le système pénal peut condamner un sujet et le reconnaître coupable d'un acte, mais il ne peut exiger du sujet qu'il se subjective comme coupable, qu'il intériorise sa faute et accepte sa peine. De même, la loi ne peut exiger que le condamné reconnaisse pleinement les victimes, elle peut obtenir qu'il les indemnise, mais elle ne peut obtenir de lui de la compassion envers elles et des regrets sincères. Par ailleurs, *la capacité de la prison comme mécanisme disciplinaire* à transformer effectivement le sujet, à agir sur son for interne, a été disqualifiée depuis bien longtemps. Autrement dit, la machine pénale, par ses instruments classiques, peut obtenir des aveux formels, qui valent tant que la justice se satisfait avant tout d'établir une vérité sur des actes et de départager des responsabilités. Elle peut à la rigueur obtenir, grâce à des savoirs externes, psychologiques ou psychiatriques, des énoncés sur la psychologie du sujet, qui vont lui permettre d'ajuster la peine à la personne. Mais si elle prétend transformer effectivement le sujet, afin de s'assurer notamment qu'il ne récidive pas, ou même si elle prétend savoir quel est réellement le rapport du sujet à son acte afin d'évaluer la menace qu'il représente, alors elle ne peut se satisfaire des mécanismes légaux traditionnels, qui doivent alors être redoublés par les techniques de soin.

Pour Michel Foucault, la psychiatrie permet de transformer « le vilain métier de punir » en « gentil métier de guérir » [FOUCAULT, 1999]. Mais que dire d'une justice qui s'érigerait en thérapeute du corps social ? C'est pourtant le rôle qui lui est de plus en plus souvent assigné [FRANCO, 2005]. Tout se passe comme si une justice de plus en plus répressive rechignait à s'assumer comme telle, d'où l'illusion que si l'on fait du mal au condamné en le privant de sa liberté d'aller et venir et d'autres droits élémentaires (notamment le droit à la sexualité et à une vie familiale normale), c'est pour son

bien autant que pour celui de la société. Or, la fonction de la peine d'emprisonnement n'a jamais été de soigner, mais de restaurer la loi et de défendre la société.

La société disciplinaire décrite par Michel Foucault, se trouve aujourd'hui concurrencée par l'émergence d'une société de contrôle, (comme l'a soutenu le philosophe Gilles Deleuze), caractérisée par la continuité de la surveillance. Principes de précaution, de traçabilité, de normalisation et de spécialisation : tels sont les points cardinaux de cette nouvelle géographie pénale. L'implication croissante de la médecine dans le processus judiciaire s'est souvent faite sous l'impulsion de dirigeants politiques soucieux d'émettre des signaux rassurants en direction de l'opinion publique « travaillée » par une forte demande de sécurité. L'annexion du soin par la machine pénale, rendue possible par le brouillage des repères et des cultures professionnels, aboutit à une modalité de ce que Foucault a appelé le *bio-pouvoir*.

Références bibliographiques

Cauchie J.F., Chantraine G., 2005, « De l'usage du risque dans le gouvernement du crime. », *Champ pénal / Penal field, nouvelle revue internationale de criminologie* [En ligne], vol. II.

Cliquennois G., 2006, « Vers une gestion des risques légitimante dans les prisons françaises », *Déviance et Société*, vol.30 n°3, 355-371.

Danet J., 2008, « La dangerosité, une notion criminologique, séculaire et mutante », *Champ pénal / Penal field, nouvelle revue internationale de criminologie* [En ligne], vol. V.

Doron C.O., 2010, « La volonté de soigner. D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales », in Benaroyo L., Lefève C., Mino J.-C., Worms F., *La philosophie du soin*, PUF, 283-300.

Feeley M., Simon J., 1992, « The New Penology: Notes on the Emerging Strategy of Corrections and its Implications », *Criminology*, vol. 30, n°4, 449-474.

Foucault M., 1999, « Les Anormaux », Cours au Collège de France, 1974-1975, Ed. EHESS, p.22.

Franco H., 2005, « Punir n'est pas guérir », *Pratiques*, n° 31.

Geoffroy G., Caresche C., 2008 « Rapport sur la mise en application de la loi n°2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs », 37-38, rapport Assemblée Nationale n°1310 du 9 décembre 2008, 62 p.

Lameyre X., 2002, « Une poétique des soins pénalement ordonnés », *Forensic*, n°12, 47-57.

Lanteri-Laura G., 1996, « L'épistémologie en psychiatrie », *Confrontations psychiatriques*, n°37, 29-45.

Lecerf J.-R., 2008, « Rapport sur le projet de loi relative à la rétention de sûreté », p.25, Commission sénatoriale des lois n° 174, 23 janv. 2008.

Losel F., Schmucker M., 2005, «The effectiveness of Treatment for Sexual Offenders: a comprehensive metaanalysis», *Journal of Experimental Criminology*, 117-14.

Marie P., 2001, « Pénalité et gestion des risques : vers une gestion actuarielle en Europe ? », *Déviance et Société*, vol. n°25, 33-51.

Slingeneyer T., 2007, « La nouvelle pénologie, une grille d'analyse des transformations des discours, des techniques et des objectifs dans la pénalité. », *Champ pénal / Penal field, nouvelle revue internationale de criminologie* [En ligne], vol. IV.

Théry I., 2002, « Les trois révolutions du consentement. Pour une approche socio-anthropologique de la sexualité », in *33ème congrès français de criminologie, Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente*, Dalloz, Actes thèmes et commentaires, 29-51.