



Anaïs Choulet-Vallet

Se réappropriier son corps et sa santé au moyen du toucher : pour une épistémologie féministe du corps sensible

CHOLET-VALLET, Anaïs. *Se réappropriier son corps et sa santé au moyen du toucher [en ligne] : pour une épistémologie féministe du corps sensible*. Sous la codirection d'Isabelle DELPLA et de Jérôme GOFFETTE. Thèse de doctorat : Philosophie mention philosophie des sciences et logique. Lyon : Université Jean Moulin Lyon 3, 2024.

Disponible sur : <https://www.theses.fr/2024LYO30072>



Document diffusé sous le contrat *Creative Commons* « **Attribution – Pas d'utilisation commerciale - Pas de modification** »
Vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.



N° d'ordre NNT : 2024LYO30072

THÈSE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ JEAN MOULIN LYON 3

Membre de la ComUE Université de Lyon

École doctorale n° 487 – Philosophie : histoire, représentation, création

Discipline : **Philosophie**

Mention : **Philosophie des sciences et logique**

Soutenue publiquement le 11/12/2024, par

Anaïs CHOULET-VALLET

Se réappropriier son corps et sa santé au moyen du toucher : pour une épistémologie féministe du corps sensible

Laboratoire de recherche :

IRPHIL, Institut de recherches philosophiques de Lyon

Codirectrice de thèse : **Mme Isabelle DELPLA**

Codirecteur de thèse : **M. Jérôme GOFFETTE**

Devant le jury composé de :

Mme Isabelle DELPLA

Professeure des universités, université Jean Moulin Lyon 3, France. Codirectrice de thèse

M. Jérôme GOFFETTE

Maître de conférences habilité à diriger des recherches,
université Claude Bernard Lyon 1, Villeurbanne, France. Codirecteur de thèse

Mme Hourya BENTOUHAMI

Professeure des universités,
université Toulouse - Jean Jaurès, France. Présidente du jury. Rapporteure

Mme Cynthia KRAUS

Maîtresse d'enseignement et de recherche, université de Lausanne, Suisse. Rapporteure

M. Sébastien CHARBONNIER

Maître de conférences, université de Lille, France. Examineur

Mme Marion CHOTTIN

Chargée de recherche, CNRS, école normale supérieure de Lyon, France. Examinatrice

Mme Céline LEFÈVE

Professeure des universités, université Paris Cité, France. Examinatrice

M. Julien NIZARD

Professeur des universités, Nantes université, France. Examineur

Remerciements

Par avance, je prie les lecteurs et lectrices de m'excuser pour la longueur de ces remerciements. Contrairement à ce que l'on peut croire, cette thèse n'a pas été une aventure solitaire. Beaucoup de personnes m'ont aidée, soutenue, supportée, nourrie, écoutée, relue, conseillée, corrigée, etc. Peut-être est-ce le cas de toutes les thèses. Ou peut-être cela vient-il de mon sujet de recherche. Quoi qu'il en soit, je reprends à mon compte la citation suivante de Claire Richard : « si le toucher nous expose constamment les un-e-s aux autres, interroge le contact et la frontière, alors une écriture à sa mesure doit, elle aussi, être constamment traversée d'autres mains que les miennes »¹.

Pour commencer, je remercie mes directeurs-rices de thèse Isabelle Delpla et Jérôme Goffette. Il et elle m'ont accompagnée durant ces longues années de doctorat et m'ont appris à aiguiser mon esprit critique, mes capacités argumentatives et mes compétences rhétoriques ; autant de qualités indispensables à une philosophe.

Je remercie vivement les membres de mon jury : Hourya Bentouhami, Sébastien Charbonnier, Marion Chottin, Cynthia Kraus, Céline Lefève et Julien Nizard. J'ai la chance de soutenir ma thèse de philosophie devant un jury de grande qualité, composé de spécialistes issus-es de différents champs disciplinaires ou de différentes écoles théoriques, ainsi que je l'ai souhaité depuis le début de l'aventure.

Je remercie Lucie Dalibert et Évelyne Lasserre, aux côtés desquelles j'ai pris grand plaisir à enseigner à la faculté de médecine Lyon Est de l'université Claude Bernard. Merci d'avoir été des enseignantes-chercheuses inspirantes.

1 RICHARD Claire. *Des mains heureuses : une archéologie du toucher*. Paris : Seuil, 2023. p. 45

Je remercie Shadia Desprès pour m'avoir transmis la pratique du shiatsu avec tant de minutie, de patience et de passion durant les cinq années de ma formation.

Je remercie No Anger pour m'avoir fait découvrir les théories féministes et antivalidistes, qui ont eu un écho au-delà de la recherche scientifique.

Je remercie profondément Léa Védie, Margot Giacinti, Charlie Brousseau, Pauline Clohec, Samantha Saïdi et Vanina Mozziconacci pour m'avoir fait découvrir ce que veut dire « théoriser en féministe » lors de l'organisation d'un colloque international portant ce nom, et pour avoir fait de la thèse une aventure collective. Ce colloque et ses suites ont été fondatrices pour cette thèse.

Je remercie également les membres du réseau d'études handi-féministes (REHF) auprès desquel-les j'ai beaucoup appris, tant sur le plan scientifique que personnel. Merci Margaux Nève, Alexia Boucherie, Mélina Germes, Lucie Camous, Sarah Heussaff, Marion Ink, Eléonore Mahout, Elena Pont et Irene Ramos.

Je remercie à nouveau Léa Védie pour m'avoir aidée à synthétiser ce qu'il y avait à synthétiser avec une acuité impressionnante. Je remercie Anaïs Bonanno pour avoir convoqué la méthode de la maïeutique philosophique lorsque les mots peinaient à sortir, et pour avoir entretenu le dialogue entre sociologie et philosophie à travers nos échanges. Je remercie Margot Abord et Lola Sinoimeri pour avoir fait de ma bibliographie un outil digne de ce nom. Je remercie de nouveau Anaïs Bonanno ainsi que Marine Jouve et Loretta Olianti pour leur aide et leurs relectures concernant les traductions.

Je remercie tout particulièrement Vanina Mozziconacci et Camille Blois pour leur aide incommensurable. Vanina, pour avoir fait office de guide et de modèle depuis le début du doctorat. Sans toi, cette thèse ne serait pas ce qu'elle est, et je ne sais comment te remercier, tant ta présence a été stimulante. Tout-e chercheur-euse devrait

avoir sa Vanina ! Camille, pour m'avoir aidée à remettre le pied à l'étrier quand il l'a fallu grâce aux trésors de l'éducation populaire et de ton imagination. Et, surtout, pour m'avoir lue, relue, rerevue, corrigée, recorrectée, rerecorrectée. Tu es une correctrice hors pair, en plus d'être une interlocutrice remarquable et une amie formidable.

Je remercie toutes les personnes qui ont rendu mes études et mes recherches plus accessibles, plus faciles et plus agréables. Merci aux chargées de mission du Pôle Handicap de l'université Lyon 3 (notamment Magali Lastricani-Jolivet et Flore Degueurce). Merci aux gestionnaires des unités de recherche IRPhiL, EVS et S2HEP, de l'École doctorale 487, du service de la recherche et des bibliothèques universitaires de Lyon 3.

Je remercie chaleureusement les membres de ma famille pour leur soutien indéfectible et leur présence réconfortante pendant toutes ces années. À mon père, Yann, et ma mère, Véronique, je souhaite dire que je me sens chanceuse d'avoir des parents aussi aimant-es, compréhensif-ves, impliqué-es et ouvert-es. Sans l'amour et l'éducation que vous m'avez offertes, je n'en serais pas là. Je me sens aussi chanceuse de savoir pourquoi je vous aime tant. À ma sœur, Cyrielle, je veux écrire que la sororité n'est pas qu'un concept abstrait pour moi. C'est une chose si précieuse et si rare que je trouve difficilement les mots pour l'exprimer. Non seulement tu es la meilleure des grandes sœurs, mais tu es aussi une fabuleuse femme. À mon beau-frère, Arnaud, je souhaite dire que c'est l'ensemble de la famille qui est chanceuse de te compter parmi nous, et particulièrement moi pour toutes les glissades et les dégustations partagées. À ma grand-mère, Marcelle, je veux témoigner mon amour et ma gratitude, car c'est si important les grands-mères. À mon neveu, Yonis, je veux souhaiter une vie pleine de joies et de découvertes, auxquelles je compte bien prendre part. Enfin, à ma filleule et

nièce, Sasha, je souhaite te construire un monde meilleur, et j'espère y contribuer un petit peu avec cette thèse.

Je remercie toutes les personnes qui constituent ma famille élargie et qui m'offrent une grande stabilité. Josse, pour nos interminables discussions au coin du feu ou sous le soleil de la terrasse de Flassieux, pour ton accueil généreux et ton soutien durant toutes les périodes de rédaction importantes depuis le master 1 ! Marco, Monica, et Giulia, pour faire vibrer la corde italienne qui est en moi.

Je remercie tous-tes les ami-es qui font de mon existence une source de joie et d'épanouissement, qui donnent un sens à l'expression de « famille choisie », et qui m'accompagnent depuis longtemps ou depuis quelques mois. Un grand merci à Lise, Mabou, Anaëlle, Agathe D, Hugo, Alice S, Raph, Valérian, Lau, Vanina, Margot G, Anaïs B, Camille S, Laura G, Agathe J, Fanette, Lola, Marge, Morgane, Agathe L, Camille B, Solène, Loretta, Anne GDS, Vico, Clémentine, Myriam, Mémé, Mar, Marine, Alice C, Maïté, Pauline, etc. L'amitié que vous me portez est inestimable. Ces quelques mots ne suffisent pas à en rendre compte.

Je remercie également toutes celles et ceux qui peuplent mon existence en dehors de la thèse, notamment sur les tatamis ou dans les rythmes et les harmonies, et qui m'ont aidée à tenir et à persévérer. Pour l'aïkido, merci à Pascal, Philippe B, Myriam, Daniel, Philippe D, Juta et toutes les participantes de la Women Aïkido Week. Pour la musique, merci à Blandine, Antoine, Émilie, Rose, Mathilde, les Foliepony, Marie C. Avec un boken ou un hakama, une harpe ou ma voix, ma vie a encore plus de sens grâce à vous.

Je remercie spécialement Lau et Morgane pour me permettre de réaliser l'un de mes plus beaux rêves, à savoir créer un chez-soi à la hauteur de nos espoirs et de nos utopies. J'espère que l'aventure se poursuivra longtemps au gourbi ...

Je remercie Gaïa et Buffy qui, en plus d'être des chiennes guides incroyables et des compagnes de route sans lesquelles je n'irais pas bien loin, éclairent mes journées de leur présence. Bon repos à Gaïa, et belle vie à Buffy.

Pour finir, je remercie Marine, pour la douceur, la tendresse, les éclats de rire et tout le reste qui nous appartient.

Avertissements

Avertissements relatifs à l'usage de l'intelligence artificielle

Dans le cadre de cette thèse, les outils d'intelligence artificielle qui ont été utilisés sont les suivants :

- le logiciel de revue d'écran NVDA (NonVisual desktop Access) : un lecteur d'écran utilisé en raison de ma cécité. <https://www.nvda.fr/> ;
- la plateforme de traduction en ligne DeepL : un site web utilisé pour m'aider à traduire les citations en anglais. <https://www.deepl.com/fr/translator>.

Avertissements relatifs à l'accessibilité numérique

En raison de l'inaccessibilité de certains outils ou de certaines ressources, je n'ai pas toujours pu suivre à la lettre les usages concernant la rédaction d'une thèse en philosophie.

- Le logiciel de référencement bibliographique Zotero n'est pas compatible avec le logiciel NVDA : j'ai réalisé ma bibliographie « à la main », référence par référence. Aussi est-il possible que certaines coquilles se soient glissées dans le processus.
- Certains articles ou ouvrages sur lesquels je travaille sont en version adaptée : la retranscription modifie la mise en page et la pagination. C'est pourquoi certains numéros de page ne sont parfois pas indiqués.
- La police de caractère utilisée est Luciole car il s'agit d'une police open source conçue pour faciliter la lecture aux personnes malvoyantes : <https://luciole-vision.com/>.
- Le manuscrit est rédigé en écriture inclusive non sexiste pour mettre en cohérence la forme et le contenu du texte. Par ailleurs, cette écriture est matérialisée par des traits d'union plutôt que des points médians, car ces derniers rendent la lecture fastidieuse avec un logiciel de synthèse vocale, contrairement aux premiers.

Sommaire

Remerciements.....	3
Avertissements.....	9
Avertissements relatifs à l'usage de l'intelligence artificielle.....	9
Avertissements relatifs à l'accessibilité numérique.....	9
Introduction générale.....	25
I.Toucher pour connaître : théoriser le toucher de soin en philosophe.....	27
II.Connaître le toucher : théoriser le toucher de soin en féministe.....	31
III.Repenser l'expérience du toucher : théoriser le toucher de soin en aveugle et <i>shiatsushi</i>	35
IV.Plan de la thèse.....	40
Premier préliminaire : Présentation du cadre théorique.....	45
Introduction du chapitre.....	46
I.Quel cadre théorique choisir pour faire une épistémologie du toucher de soin ?..	47
I.1.Définir l'épistémologie : entre tradition continentale et tradition anglo-saxonne	47
I.2. Choisir une tradition épistémologique : présentation de l'épistémologie historique.....	49
I.2.1.Contextualiser la connaissance : l'importance du concept d'obstacle épistémologique.....	52
I.2.2.Contextualiser la science : l'identification des principes scientifiques.....	54

I.3. Actualiser l'épistémologie historique : un enjeu pour penser le toucher.....	56
I.3.1.Penser le toucher : la place fondamentale de l'expérience.....	57
I.3.2.Construire une épistémologie critique du toucher : des sciences positives à la philosophie du corps.....	57
I.3.3.Conceptualiser le toucher : entre définition intensive et définition extensive.	58
II.Comment penser la relation de soin ?.....	60
II.1.Expliquer l'interprétation subjectiviste de la pensée de Canguilhem.....	61
II.1.1.Parler de l'expérience de la maladie ou de la santé en première personne....	62
II.1.2.Comment définir la maladie ? Distinguer le « normal » et le « pathologique »	64
II.1.3.Comment théoriser le vécu individuel de la maladie ? Se référer à une « normativité biologique individuelle ».....	69
II.2.Faire une analyse philosophique de la notion de soin.....	71
II.2.1.La dimension épistémologique du soin.....	72
II.2.2.La dimension relationnelle du soin.....	72
II.2.3.La dimension incarnée du soin.....	73
II.3.Politiser le travail du soin grâce à la pensée du <i>care</i>	75
II.3.1.Les liens entre l'éthique du <i>care</i> et la philosophie du soin.....	76
II.3.2.D'une éthique à une politique du <i>care</i>	79
III.Pourquoi mobiliser les épistémologies féministes en philosophie de la santé ?	88
III.1.Les épistémologies féministes : de quoi parle-t-on ?.....	88
III.2.L'expérience de la domination comme source des épistémologies féministes	94

III.2.1. Dénoncer l'oppression fondée sur le genre.....	95
III.2.2.Penser l'imbrication de diverses oppressions.....	99
III.2.3.La science n'est pas une sphère apolitique.....	103
III.3.Interroger l'activité et les valeurs scientifiques grâce aux épistémologies féministes.....	105
III.3.1.Critiquer la neutralité et insister sur l'inscription sociale des chercheurs-euses.....	105
III.3.2.Critiquer l'objectivité et valoriser le recours à la subjectivité.....	107
III.3.3.Critiquer la vérité et questionner la construction de l'ignorance.....	110
III.4.La place du corps dans les épistémologies féministes.....	115
III.4.1.Le corps comme réalité « vitale » et « relationnelle ».....	116
III.4.2.Le corps comme producteur de « sexes », « genres » et « sexualités »....	119
III.4.3.Le corps comme fondement du « privilège épistémique » et source d'« agentivité ».....	124
III.5.Les enjeux de santé soulevés par les épistémologies féministes.....	128
III.5.1.Le travail de <i>care</i> : un « sale boulot » ?.....	129
III.5.2.Quand la médecine reconduit les rapports de genre.....	132
III.5.3.« Quand la médecine fait le genre ».....	136
IV.En quoi les études critiques sur le handicap sont-elles pertinentes pour parler de santé et de corps sensible ?.....	140
IV.1.Qu'est-ce que le validisme ?.....	141
IV.2.Que proposent les études critiques sur le handicap ?.....	144

IV.2.1.L'apparition des <i>disability studies</i> : quand le handicap est un objet de lutte autant que de connaissance.....	144
IV.2.2.La complexification des <i>disability studies</i> : quand le handicap est une source de domination parmi d'autres.....	147
IV.2.3.Quelle est la spécificité d'une approche handiféministe ?.....	150
V.Comment construire une théorie de l'éducation à la santé à partir du corps sensible ?.....	156
V.1.La théorisation classique de l'éducation thérapeutique.....	160
V.1.1.Les bases théoriques de l'éducation thérapeutique.....	160
V.1.2.La définition institutionnelle actuelle de l'éducation thérapeutique.....	162
V.1.3.Le statut des patient-es expert-es dans l'éducation thérapeutique.....	166
V.2.Les théorisations de l'éducation émancipatrice applicables au cadre thérapeutique.....	168
V.2.1.La place de l'autoformation dans les pédagogies émancipatrices.....	169
V.2.2.Le rôle de la conscientisation dans les pédagogies émancipatrices.....	174
V.2.3.La construction de l'« empowerment » par les pédagogies émancipatrices...177	
V.2.4.Comment théoriser une éducation pour la santé non oppressive fondée sur l'ordinaire de l'expérience corporelle ?.....	184
Second préliminaire : Présentation de l'état de l'art.....	189
Introduction du chapitre.....	190
I.Études scientifiques sur le toucher et le corps sensible.....	192
I.1.Recherches neurocognitives et neuropsychologiques sur le toucher.....	193

I.1.1.Apprentissage du toucher : perceptions tactiles, haptiques et somesthésiques	193
I.1.2.Le toucher sous l'égide de la vue ?	196
I.2.Recherches biomédicales et psychothérapeutiques sur le toucher	197
I.2.1.Toucher et conscience de soi	198
I.2.2.Toucher et soins	202
I.2.3.Toucher et posture professionnelle	213
II.Études féministes sur le toucher	221
II.1.Comment la métaphysique féministe convoque-t-elle le toucher ?	223
II.1.1.La grossesse comme continuum entre soi et autrui	224
II.1.2.La sexualité lesbienne comme expérience d'un dénombrement impossible.	226
II.2.Comment les épistémologies du positionnement mobilisent-elles le toucher ?	229
II.2.1.Le toucher comme « métaphore des relations matérielles incarnées »	230
II.2.2.Le toucher comme modèle d'« intra-activité »	233
II.2.3.Le toucher comme condition d'une « observation réciproque » en sciences humaines et sociales	236
III.Études critiques sur le handicap concernant le toucher et le soin	240
Conclusion du chapitre	244
Chapitre 1 : Pour une histoire philosophique du toucher	245
Introduction du chapitre	246
I.Comment la philosophie classique pense-t-elle le toucher ?	248

I.1.L'origine des études philosophiques sur les sens : le toucher dans la classification aristotélicienne.....	249
I.2.La conception empiriste des sens : le toucher dans la pensée de Condillac.....	257
I.3.L'approche phénoménologique des sens : le toucher dans la pensée de Merleau-Ponty.....	264
I.4.Les paradoxes sur le toucher : la construction d'un chiasme philosophique.....	268
II.Est-ce qu'une ontologie du toucher permet de sortir du chiasme philosophique ?	270
II.1.Le toucher comme condition de possibilité de l'être en commun : l'ontologie tactile de Nancy.....	270
II.2.Le toucher comme « trope quelconque » : la rhétorique de l'intouchable chez Derrida.....	276
Conclusion du chapitre.....	281
Chapitre 2 : Pour une épistémologie critique du toucher.....	285
Introduction du chapitre.....	286
I.Recourir aux sciences pour construire une définition épistémologique du toucher	289
I.1.La place du toucher dans le développement de l'être humain.....	296
I.2.La place du toucher dans le fonctionnement organique.....	301
I.3.La place du toucher dans l'activité perceptive.....	307
I.4.La place du toucher dans les théories de la perception.....	315
II.Du fonctionnement à l'objet du toucher.....	318

II.1.Définir l'objet du toucher à partir d'une perspective phénoménologique.....	322
II.2.Définir l'objet du toucher à partir d'une approche interactionniste.....	325
II.3.Peut-on vraiment parler d'« objet » du toucher ?.....	331
Conclusion du chapitre.....	334
Chapitre 3 : Pour une épistémologie du corps sensible.....	339
Introduction du chapitre.....	340
I.Critique de l'épistémologie désincarnée.....	341
I.1.L'obstacle de l'obstacle épistémologique : hypertrophie de l'œil, visuocentrisme et visiocentrisme.....	341
I.1.1.La critique sociologique de l'hypertrophie de l'œil.....	343
I.1.2.La critique linguistique du visuocentrisme.....	348
I.1.3.La critique philosophique du visiocentrisme.....	351
I.2.Critique du visiocentrisme et de son rôle dans l'épistémologie désincarnée.....	354
I.2.1.Quand le visiocentrisme se nourrit d'une éthique de la mise à distance.....	355
I.2.2.Quand le visiocentrisme participe à l'effacement des conditions matérielles d'existence.....	359
I.2.3.Quand le visiocentrisme participe à la création d'ignorances et d'injustices. .	361
I.2.4.Quand le visiocentrisme influence le rejet du corps par la médecine.....	367
II.Les principes d'une épistémologie du toucher.....	374
II.1.Définir les principes de l'épistémologie du toucher.....	375
II.2.Les principes linguistiques pour dire le toucher.....	376
II.3.Les principes gnoséologiques pour penser le toucher.....	388

II.3.1.Penser le toucher à travers l'action, la relation et le corps-à-corps.....	388
II.3.2.Quelle objectivité pour l'épistémologie du toucher ?.....	390
III.D'une épistémologie du toucher somesthésique à une épistémologie du corps sensible.....	401
III.1.La somesthésie, entre intersensorialité et conscience du corps.....	402
III.2.Les limites de l'intersensorialité : la perception comme compétence pratico-sensible.....	405
III.2.1.Critiquer l'illusion unisensorielle et son lien avec le réflexe visiocentré.....	405
III.2.2.Valoriser la perception du diffus.....	407
III.2.3.Penser la perception comme un apprentissage pratico-sensible.....	409
III.3.Le paradigme du sensible : de l'outil phénoménologique au principe épistémologique.....	412
III.3.1.Le paradigme du Sensible : un modèle de relation soucieux des affects et du contexte.....	413
III.3.2.Le paradigme du Sensible : un modèle empathique ou sympathique ?.....	414
III.3.3.Le paradigme du Sensible : un modèle fondé sur le sens du toucher haptique plutôt que sur le sens du toucher somesthésique.....	418
Conclusion du chapitre.....	423
Chapitre 4 : Pour une définition féministe du toucher de soin.....	425
Introduction du chapitre.....	426
I.Comment définir le toucher de soin ?.....	428
I.1.Le toucher de soin, entre diagnostic et traitement.....	431

I.1.1.Définition du toucher diagnostic.....	431
I.1.2.Définition du toucher traitement.....	437
I.1.3.Spécificité du toucher de soin.....	442
I.2.Le toucher de soin, entre expérience singulière et approche holistique.....	456
I.2.1.Définition du holisme.....	457
I.2.2.Mobilisation du holisme en contexte thérapeutique.....	463
I.2.3.Le toucher de soin est holistique parce qu'il se réfère au corps sensible.....	468
II.Comment mettre en œuvre le toucher de soin ?.....	471
II.1.Le toucher de soin en contexte conventionnel : exemples de la kinésithérapie et des soins palliatifs.....	472
II.1.1.Le toucher kinésithérapeutique : un toucher « efficace ».....	472
II.1.2.Le toucher des soins palliatifs ou soins de support : un toucher qui engage	480
II.2.Le toucher de soin dans les thérapies non conventionnelles : alternative, complément ou continuité ?.....	489
II.2.1.Définir les thérapies complémentaires.....	490
II.2.2.La place du toucher dans les thérapies complémentaires.....	493
II.2.3.Quelle place pour le corps sensible dans les thérapies complémentaires ?..	498
III.Pourquoi recourir aux théories féministes pour définir le toucher de soin ?...503	
III.1.Comment théoriser la normativité du toucher de soin ?.....	508
III.1.1.La perception tactile : une expérience normative et relative.....	508
III.1.2.La relativité de la perception tactile au prisme des soins éducatifs.....	511

III.2.Comment problématiser la normativité perceptive du toucher de soin ?.....	514
III.2.1.Les normes du toucher de soin, entre prescriptions et interdictions.....	514
III.2.2.Les liens entre toucher et sexualité.....	516
III.2.3.Les enjeux de santé sexuelle qui traversent le toucher de soin.....	523
III.3.Un exemple de toucher de soin informé par les enjeux de santé sexuelle....	530
Conclusion du chapitre.....	539
Chapitre 5 : Pour une critique située du toucher de soin.....	545
Introduction du chapitre.....	546
I.L'expérience de la maladie : une réalité paradoxale.....	548
I.1.Quand l'expérience de la maladie ne permet pas aux femmes de problématiser leur oppression.....	551
I.2.Quand l'expérience des femmes est limitée par l'objectification sexuelle et sexuée.....	553
I.2.1.Définir l'objectification sexuelle et sexuée.....	554
I.2.2.Les troubles de l'intéroception comme conséquence de l'objectification sexuelle.....	556
I.2.3.Le visiocentrisme au cœur des mécanismes d'objectification sexuelle.....	560
I.2.4.Les incidences du visiocentrisme dans le milieu médical : l'exemple de l'endométriose.....	563
I.3.Pourquoi le toucher de soin peut-il devenir un outil de remédiation politique ?	567
I.3.1.Le rôle du toucher dans la conscience de soi.....	567

I.3.2.Utiliser le toucher thérapeutique pour remédier aux troubles de l'intéroception	570
I.4.Vers une « épistémologie du point de contact »	574
II.Le consentement en question : une réalité conflictuelle	577
II.1.Des « corps sous emprise » du toucher	579
II.1.1.L'emprise sur le corps des soigné-es	579
II.1.2.L'emprise sur le corps des soignant-es	587
II.2.Entre droit et devoir de toucher	595
II.2.1.Penser le toucher en contexte thérapeutique comme un risque	596
II.2.2.Penser le toucher comme un droit	597
II.2.3.Penser le toucher comme un devoir	599
II.3.Théoriser un consentement cohérent avec le toucher de soin	601
II.3.1.Théoriser un « consentement situé »	601
II.3.2.Repenser l'autonomie sexuelle	605
III.La critique handiféministe du toucher de soin : une réalité complémentaire	609
III.1.Repenser le prendre soin au moyen d'une épistémologie handiféministe	610
III.1.1.Critiquer les éthiques du <i>care</i> grâce à l'épistémologie handiféministe	613
III.1.2.Donner une autre consistance au toucher de soin au moyen de la cécité	622
III.2.Redéfinir l'endométriose à l'aide d'une approche handiféministe	629
III.2.1.Penser l'endométriose comme un handicap généré	629
III.2.2.Les corps endométriosiques : des corps non « alignés »	635

Conclusion du chapitre.....	638
Chapitre 6 : Pour une éducation à la santé sensible et émancipatrice.....	641
Introduction du chapitre.....	641
I.Comment éduquer le et au corps sensible ?.....	645
I.1.Une critique féministe de l'éducation thérapeutique.....	648
I.1.1.Partir de l'expérience des malades.....	650
I.1.2.Construire une autonomie thérapeutique relationnelle.....	661
I.1.3.Mettre du sensible dans l'éducation thérapeutique.....	668
I.1.4.Ancrer la pédagogie dans son contexte sociopolitique.....	674
II.Comment l'éducation à la santé peut-elle être une source d'émancipation ?.....	685
II.1.L'éducation somatique, une éducation pas si émancipatrice.....	686
II.2.Se réappropriier son corps et sa santé grâce aux pratiques d'auto-soin féministe : plus qu'un outil thérapeutique, un projet politique.....	700
II.2.1.Les pratiques d'auto-soin féministes : des pratiques ancrées dans une histoire des luttes pour l'émancipation.....	703
II.2.2.L'auto-soin féministe : une démarche <i>d'empowerment</i>	714
III.Quelques réflexions sur le statut de l'expérience intime et singulière dans une thèse de philosophie.....	727
Conclusion du chapitre.....	731
Conclusion générale.....	735
I.Le langage du toucher de soin : un problème philosophique.....	736

II.La critique du visiocentrisme : le point de contact entre épistémologie, éthique et politique.....	740
III.Repenser le toucher de soin à l'aune des éthique du <i>care</i> : le corps sensible est un objet d'éducation.....	744
IV.Les pratiques somatiques et l' <i>empowerment</i> : quand l'intime est politique.....	747
Annexes.....	753
Annexe du chapitre 5.....	754
Bibliographie.....	759
Résumé et mots-clefs.....	793

Introduction générale

« Nous ne savons rien, ou presque, de notre vie haptique. La dimension tactile du monde est souterraine et invisible, sauf en temps de pandémie. Alors, brièvement, tout le monde la redécouvre et la célèbre. Et encore : crier à l'indispensable ne vaut pas éclairage. Dire que sans toucher on meurt ne nous dit pas pourquoi »².

Cette déclaration de l'écrivaine Claire Richard apparaît dès les premières pages d'un ouvrage qu'elle a publié en 2023. Dans ce livre intitulé *Des mains heureuses : pour une archéologie du toucher*, l'autrice s'attache à questionner la place et la signification de l'expérience tactile dans la vie quotidienne de nombreuses personnes, après avoir elle-même vécu une expérience paradoxale à cet endroit, à savoir l'arrivée d'un enfant en 2020, durant la période des confinements instaurés pour lutter contre l'épidémie de Covid-19.

D'un côté, l'expérience de la grossesse puis les soins à délivrer au bébé ont mis le toucher au cœur des gestes et des pratiques relationnelles de cette journaliste. Cette reconfiguration des habitudes l'a amenée à se demander comment communiquer par l'intermédiaire du toucher, si l'on peut seulement communiquer avec des sensations tactiles, et quel type de langage ou de discours on convoque lorsqu'on touche.

D'un autre côté, les mesures prophylactiques visant à limiter la propagation du virus SARS-CoV-2 ont contribué à mettre à distance les formes dispensables de contact physique. Reste à savoir quels sont les touchers dispensables, selon quels critères ils le sont, et comment faire avec la singularité de chacun-e.

2 RICHARD Claire. *Des mains heureuses : une archéologie du toucher*. Paris : Seuil, 2023. p. 12

Claire Richard a été confrontée, de façon accentuée, à un élément caractéristique du sens du toucher : son ambivalence. La pandémie de Covid-19 a simplement exacerbé le problème et montré l'importance du sens du toucher dans l'existence quotidienne de tous-tes les individu-es, pas seulement dans celle des jeunes parents. . Indépendamment de cette crise sanitaire, le toucher semble cristalliser des enjeux de taille, tels que la relation, l'intimité, la pudeur, la perception, la communication, la souffrance, etc.

La déclaration de Claire Richard résume les premières interrogations qui ont motivé le présent travail : Qu'est-ce que le toucher ? Que signifie toucher ? Comment peut-on ou doit-on toucher ? En quoi le toucher est-il important ? Pourquoi sait-on si peu de choses sur le toucher ? Ces questions générales seront élaborées et détaillées dans la suite de l'introduction, mais montrent déjà l'ancrage philosophique de ce travail. Se demander comment l'on doit toucher, c'est s'interroger sur le rôle du discours prescriptif qui accompagne ce sens. Se demander ce qu'est le toucher et pourquoi on sait si peu de choses à son sujet, c'est s'intéresser à la théorie de la connaissance et à l'origine des concepts que l'on mobilise au quotidien.

Par ailleurs, ces questions générales semblent particulièrement importantes lorsqu'on se préoccupe de problèmes relatifs au soin, à la santé ou au corps, parce qu'elles mettent en évidence les liens entre la connaissance d'un phénomène corporel et l'usage que l'on peut en faire.

Dans la mesure où il est ici question de l'usage du toucher et de la place du corps sensible dans la relation de soin, ce travail s'inscrit dans le champ de l'épistémologie de la médecine et de la santé. Cette discipline se charge de questionner le contexte d'apparition, de diffusion et d'utilisation des savoirs et des savoir-faire concernant la

santé, la maladie, les institutions sanitaires, etc. Elle s'attache aussi à examiner la relation de soin à l'aune des pratiques en vigueur en contexte médical et thérapeutique.

I. Toucher pour connaître : théoriser le toucher de soin en philosophie

Théoriser le toucher de soin en philosophie, c'est tout d'abord construire une définition de ce qu'est et n'est pas le toucher de soin. Le toucher recouvre une multiplicité d'expériences : on peut toucher un objet, un être humain, un animal, etc. ; on peut ressentir le contact d'un vêtement, d'un meuble, du vent, de l'eau, d'une autre personne ; on peut sentir des mouvements, des pressions, des douleurs dans son organisme, etc. Toutes ces expériences relèvent du toucher, mais toutes n'interviennent pas dans le toucher de soin. Ce dernier peut être défini en première instance comme l'interaction physique entre une personne vulnérable et une personne chargée de la soulager. Reste à savoir où se joue la vulnérabilité, et comment se traduit le soulagement recherché.

En contexte thérapeutique, l'expérience tactile la plus évidente est celle du corps-à-corps entre soignant-e et soigné-e, bien que ce contact puisse être médiatisé par des instruments techniques ou organisé selon des protocoles. Toutefois, d'autres expériences tactiles peuvent advenir. C'est notamment le cas des sensations internes à l'organisme.

Dans ce travail, le toucher désigne majoritairement la sensibilité et les perceptions qui découlent des interactions entre des êtres humains. Dans la mesure où l'objectif du soin est ici tourné vers la réappropriation de son corps ou de sa santé, le contact avec des matières inertes ne semble pas central. Dans la notion de réappropriation, il y a l'idée d'une émancipation à l'égard de rapports sociaux à tout le

moins insatisfaisants, voire aliénants ou excluants. Or, il est difficile de faire des objets des acteurs de la domination. Il en va de même pour les animaux. Certes, il est possible d'admettre que l'on a des interactions épanouissantes ou dégradantes avec ces derniers. Mais il est plus compliqué d'interpréter le rôle qu'ils jouent, à leur corps défendant, dans une démarche de réappropriation. Loin d'exclure les animaux du régime de la sensibilité, cette précaution vise au contraire à les préserver d'une conception anthropomorphe de la relation. La question du toucher thérapeutique des animaux (qu'ils en soient les acteurs ou les récipiendaires) exige un travail à part entière qui ne sera pas mené dans cette thèse.

La philosophie, ou plus précisément l'épistémologie, permet de comprendre comment et pourquoi le toucher de soin intervient dans le régime de connaissance. En d'autres termes, elle contribue à identifier le rôle de ce sens dans la construction du savoir, ainsi que l'éventuelle spécificité des connaissances tactiles. C'est pourquoi il est intéressant de savoir au préalable ce que la philosophie dit elle-même du toucher. En effet, la pensée ne part jamais de nulle part et demeure informée par un paradigme théorique. De plus, les discours philosophiques sur le toucher ont soulevé des problèmes que les sciences expérimentales s'efforcent encore de résoudre, notamment en ce qui concerne les liens entre le sens du toucher et les idées abstraites. Doit-on, comme le suggèrent les spécialistes en psychologie neurocognitive Yvette Hatwell, Arlette Streri et Edouard Gentaz « toucher pour connaître »³ ? La connaissance tactile a-t-elle quelque chose de spécifique ? Peut-on théoriser à partir du toucher ?

Penser avec le toucher n'apparaît ni comme une méthode longuement éprouvée dans l'histoire de la philosophie, ni comme une entreprise facilement accessible dans la réalité ordinaire. D'après Claire Richard, « là où la théorie avance en fusée, défait des

3 HATWELL Yvette, STRERI Arlette, GENTAZ Edouard. (dir.) *Toucher pour connaître. Psychologie cognitive de la perception tactile manuelle*. Paris : Presses Universitaires de France, 2000

concepts comme des tricots (maille après maille, s'appuyant sur les déconstructions précédentes), les mains, elles, refusent. S'obstinent. Montrent combien les obstacles sont profondément ancrés »⁴. Si l'on en croit cette écrivaine, il semble plus facile de réagencer la pensée que de reconfigurer les gestes tactiles. Inversement, il semble difficile d'expliquer le rôle des gestes tactiles dans la démarche de théorisation.

Plus que les obstacles entravant l'expérience tactile, la philosophie peut mettre au jour les obstacles qui la rendent si peu intelligible. En référence à l'épistémologie historique des philosophes Gaston Bachelard⁵ et Georges Canguilhem⁶, il s'agit d'identifier les « obstacles épistémologiques » qui obstruent la compréhension du toucher ou, plus précisément, du toucher de soin.

En raison de sa rigueur méthodologique, la démarche épistémologique telle qu'elle est conceptualisée par ces deux philosophes contribue notamment à distinguer le caractère explicable et le caractère magique du toucher de soin. Pour le dire autrement, elle peut servir à mettre à distance l'un des obstacles épistémologiques qui le parcourent, à savoir la prédominance des récits hagiographiques et des phénomènes de charlatanisme au sein des représentations associant soin et toucher. De fait, l'association du toucher à la guérison miraculeuse est un motif important de l'histoire française. Il est difficile de parler de toucher de soin en France sans penser au toucher des rois thaumaturges, pratiqué entre le Xe et le XIXe siècles. Plus précisément, il est compliqué de ne pas mentionner la tradition dite du « toucher des écrouelles », qui désigne le soin miraculeux pratiqué par les rois et reines de France et d'Angleterre par

4 RICHARD Claire. *Des mains heureuses : une archéologie du toucher*. op. cit. p. 178

5 Cf. BACHELARD Gaston. *La formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*. Paris : Vrin, 1938

6 Cf. CANGUILHEM Georges. « Mort de l'homme ou épuisement du *cogito* ». *Critique*, vol. 24 n°242, 1967.

simple apposition des mains sur les personnes tuberculeuses⁷. Les pratiques ésotériques du toucher de soin n'ont d'ailleurs pas disparu avec la royauté et sont encore en vigueur dans certains contextes.

S'il faut toucher pour connaître, ce n'est pas au sens d'une intuition immédiate et omnisciente. De la même manière, s'il faut toucher pour soigner (cela restant encore à démontrer), ce n'est pas pour viser une guérison extraordinaire ou proposer une pratique prétendument miraculeuse. De même que le toucher n'est pas en soi une voie d'accès directe vers la vérité, le toucher n'est pas une condition suffisante du soin. À rebours des conceptions irrationnelles de ce sens, l'épistémologie du toucher présuppose une méthode minutieuse et attentive. D'où la nécessité de faire un important travail de cadrage théorique, afin d'examiner soigneusement les outils conceptuels avec lesquels ce travail va procéder. Il existe différentes théories pour expliquer la perception tactile, haptique ou somesthésique, mais toutes ne rendent pas compte de son caractère dynamique et processuel. Parmi elles, la théorie dite du « liage des traits » mérite d'être mentionnée, car elle fournit les explications les plus efficaces et convaincantes à propos de la dimension dynamique et processuelle de l'expérience tactile.

Par ailleurs, l'épistémologie du toucher suggère aussi d'effectuer des pas de côté méthodologiques. Elle invite par exemple à questionner la place du corps dans la production du savoir. Faire entrer le toucher dans le champ de l'épistémologie, à la fois comme objet d'étude et comme instrument d'analyse, c'est aussi donner de la place au corps sensible dans le processus de théorisation. Le corps sensible caractérise à la fois le corps sentant, c'est-à-dire capable de sensations, et le corps vulnérable, c'est-à-dire réceptif au contexte dans lequel il se trouve.

7 Pour une présentation détaillée du toucher des écrouelles et de sa fonction politique, cf. BLOCH Marc. *Les rois thaumaturges. Étude sur le caractère surnaturel attribué à la puissance royale particulièrement en France et en Angleterre*. Paris : Armand Colin, 1961. http://classiques.uqac.ca/classiques/bloch_marc/rois_thaumaturges/rois_thaumaturges.html

II. Connaître le toucher : théoriser le toucher de soin en féministe

Théoriser le toucher de soin en féministe, c'est ensuite réfléchir à la signification sociale et concrète d'un tel geste. Dans la mesure où ce travail s'attache à ancrer les concepts dans l'expérience, donc la théorie dans la pratique, il ne peut faire l'économie d'une analyse épistémologique, au sens critique du terme. L'épistémologie critique consiste à évaluer l'influence des conditions matérielles d'existence sur la production du savoir scientifique, et intègre les rapports sociaux de domination à sa grille de lecture.

Si l'examen épistémologique du toucher met en jeu l'ensemble du corps, alors il paraît judicieux d'analyser les modèles théoriques à partir desquels on envisage (ou pas) ce dernier, notamment en contexte de soin. En effet, c'est généralement sur le corps sensible que se traduisent les rapports de domination, mais aussi par lui qu'il est possible de les combattre ou de les contourner. Or, les théories féministes du positionnement, nommées « standpoint theories » en anglais, s'attachent, entre autres, à revaloriser la place de l'expérience corporelle dans les modèles théoriques – que cette expérience soit perçue comme le point de départ de la réflexion, ou comme l'objet d'étude. D'une certaine manière, les théories féministes du positionnement visent à se réapproprier ou reconquérir le corps, dans ce qu'il a de sensible, de trivial, de matériel, d'ordinaire, de pathologique, de vulnérable, etc. Cela ne les met néanmoins pas à l'abri des présupposés concernant l'accès à l'expérience corporelle, notamment aux perceptions internes à soi.

« Se réappropriier son corps » ou « se réappropriier sa santé » sont en effet des objectifs recherchés par les luttes féministes depuis les années 1960 et 1970. Toujours d'actualité, ces objectifs se sont complexifiés et enrichis au fil des décennies. Ils doivent désormais composer avec une médecine conventionnelle toujours plus performante à l'endroit des techniques, et avec une reconfiguration des mouvements féministes au contact d'autres luttes pour l'émancipation.

Se réappropriier le toucher de soin s'inscrit donc dans l'histoire de ces luttes féministes. Dans le sillage de la philosophe María Puig de la Bellacasa⁸, il est possible de considérer ce geste théorique comme étant doublement féministe. D'une part, il s'agit de reconquérir un sens bien souvent dévalué (notamment par l'histoire de la philosophie occidentale), en tant qu'il engage un contact avec la matérialité sensible, donc avec une réalité « trop » corporelle. D'autre part, il s'agit de revendiquer ce contact avec la matière, afin de réfléchir aux conséquences pratiques de la science, en assumant la responsabilité qui incombe aux chercheurs-euses à l'égard des connaissances qu'ils et elles produisent ou diffusent. Faire du toucher un modèle épistémologique, est-ce suffisant pour rappeler à la science qu'elle n'est pas en dehors de la société ? Est-ce forcément insister sur le caractère incarné, ou comme le diraient les traducteurs-rices de l'épistémologue Donna Haraway, sur le caractère « incorporé » de l'activité scientifique ?

En questionnant le rapport au corps par le biais du rapport au toucher, l'enjeu est de prendre au sérieux un slogan féministe diffusé en France depuis les années 1970, à savoir « l'intime est politique ». L'hypothèse est la suivante : le sens du toucher permet à la fois d'expliquer et d'actualiser ce slogan. Plus précisément, le toucher invite à

8 Cf. PUIG DE LA BELLACASA María. « Touching technologies, touching visions. The reclaiming of sensorial experience and the politics of speculative thinking ». *Subjectivity*. N°28, 2009. Pp. 297-315

renouveler les processus de conscientisation constitutifs des luttes féministes, en considérant l'ensemble des interactions sensibles plutôt que les seuls échanges verbaux, la sensibilité en général plutôt que la parole en particulier. Cela mène aux questions qui suivent : quels sont les liens entre le toucher et l'intimité, entre le toucher et le politique (entendu comme organisation du vivre ensemble) ?

Dans le champ des soins, l'usage du toucher paraît entouré d'ambiguïtés. Il existe aussi bien des touchers qui manipulent le corps, donc pouvant devenir intrusifs, que des touchers qui perçoivent le corps, donc pouvant faciliter la relation de soin. Par définition, l'expérience tactile est relationnelle : on ne peut toucher sans être touché-e en retour. Est-ce à dire que le toucher suffit à mettre en place une relation de soin constructive et bienveillante ? Sans doute que non. Tous les touchers ne s'accompagnent pas de réflexivité sur les modes de relation qu'ils engagent. Bien au contraire, certains gestes tactiles sont empreints de violence physique ou symbolique. C'est d'ailleurs suite à un scandale au sujet de touchers intimes sur patientes sous anesthésie générale à l'hôpital Lyon sud qu'il est apparu capital d'examiner ce sens au moyen d'une approche épistémologique.

Compte tenu de l'ambiguïté du contact physique, il semble important d'interroger le toucher de soin à l'aune du consentement, si tant est que ce dernier suffise à encadrer les gestes tactiles⁹. La relation thérapeutique, qui plus est lorsqu'elle recourt à des gestes physiques, crée nécessairement une interaction sensible, mais comment faire pour que cette interaction n'engendre ni contrainte ni souffrance ? Comment faire pour que le toucher soit partie prenante du soin et pas seulement un « supplément d'âme » ou, plus problématique, un vecteur de violence ?

9 À l'instar du philosophe Jérôme Goffette, il peut être préférable de repenser la relation de soin au prisme de l'accord et pas seulement du consentement. Cf. GOFFETTE Jérôme. *Nous - manifeste d'un nouvel humanisme*. Paris : BoD, 2020

L'ambivalence du toucher est à replacer dans un contexte sociopolitique : celui d'une société structurellement sexiste. Il convient alors d'étudier les incidences d'un tel contexte sur le toucher de soin. Le rôle des épistémologies féministes consiste justement à proposer une critique sociale des concepts, c'est-à-dire une analyse à partir des rapports sociaux de pouvoir. En quoi les épistémologies féministes peuvent-elles ainsi aider à problématiser le toucher de soin ? Parmi les préoccupations majeures de celles-ci, figurent le genre et la sexualité. Or, ces thématiques présentent un double problème concernant le toucher de soin : premièrement, la place de ce sens dans l'organisation sociale des rôles genrés ; deuxièmement, la charge sexuelle qui peut être contenue dans l'expérience tactile, y compris en contexte thérapeutique.

D'un côté, le toucher est généralement mobilisé dans les soins prodigués aux personnes dites vulnérables (les enfants, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap). Or, la reconnaissance de ce travail de soin et des compétences afférentes n'est pas toujours aisée. De fait, ces compétences sont parfois considérées comme des prérogatives naturelles et pas comme un travail à part entière d'une catégorie de la population, en l'occurrence les femmes, les minorités de genre, les personnes racisées, ou celles et ceux qui sont au croisement de ces catégories.

D'un autre côté, le toucher est souvent l'instrument par lequel s'exercent les violences sexuelles. Il peut aussi être relié à l'activité sexuelle sans qu'il soit question de violence, car certaines personnes ne font l'expérience de ce sens que dans ce cadre. C'est à ce titre que l'on peut parler d'une « charge sexuelle du toucher », et, par extension, que l'on doit s'y référer au sein d'une épistémologie féministe du toucher de soin.

En somme, les épistémologies féministes du positionnement participent à problématiser le toucher de soin en examinant les rapports de domination qui le traversent, et qui en font une réalité potentiellement ambiguë.

III. Repenser l'expérience du toucher : théoriser le toucher de soin en aveugle et *shiatsushi*

Théoriser le toucher de soin en aveugle et en *shiatsushi* – en prenant appui sur ma propre expérience de la cécité en première personne et de la pratique du shiatsu – c'est enfin vouloir surmonter les obstacles épistémologiques qui entravent aussi bien les modèles épistémologiques classiques, que les théories féministes du positionnement. Reprenant l'un des objectifs de l'épistémologie critique consistant à effectuer un pas de côté par rapport aux modèles théoriques classiques, il s'agit de nourrir cette enquête philosophique d'une expérience sensible en première personne.

Cela permet de réaliser, dans le sillage des épistémologies féministes, une critique « située » du toucher de soin. Par le biais d'un recours à l'expérience personnelle, peu usuel dans une thèse de philosophie, il est question d'introduire de la sensibilité dans la démarche épistémologique. Il est également question d'appliquer la méthode des théories féministes consistant à partir de soi, c'est-à-dire une méthode invitant à interroger son propre vécu durant le processus de fabrication des concepts et des connaissances.

Cela permet aussi de mettre au jour la prédominance des métaphores visuelles au sein des conceptions majoritaires du corps sensible, et la façon dont ces dernières produisent de l'ignorance ou des erreurs à ce propos.

En quoi l'expérience de la cécité invite-t-elle à repenser les modèles théoriques ? En soi, la cécité ne garantit pas de sortir des analogies visuelles qui sous-tendent la théorie de la connaissance, mais représente une occasion de les interroger. De fait, l'expérience de la déficience visuelle est généralement

corrélée à une plongée dans l'univers tactile. Or, cette expérience peut être considérée comme une voie d'accès privilégiée au savoir, ainsi que l'ont déjà envisagé certain-es philosophes empiristes des Lumières. D'après la philosophe Marion Chottin, « dans le cadre de l'empirisme du XVIIIe siècle, non seulement les aveugles ne sont pas privés, par le défaut de la vue, du "plus instructif de tous nos sens", non seulement ils possèdent, avec le toucher, celui qui véritablement instruit le mieux, mais ils le possèdent encore mieux, sans que ce mieux relève d'une compensation miraculeuse ni *a fortiori* d'une seconde vue »¹⁰.

Toutefois, la manière dont les philosophes du XVIIIe siècle conçoivent le toucher des aveugles ne correspond pas toujours à la réalité des personnes concernées et, ce faisant, participe à entretenir des légendes ou des mythes. Par conséquent, le toucher ne paraît ni véritablement réhabilité, ni pleinement compris. Peut-être est-ce le résultat d'un processus de réhabilitation d'une réalité mené sans les personnes faisant l'expérience de la cécité en première personne. C'est pourquoi, à rebours de la *Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient* du philosophe Denis Diderot, j'aimerais proposer la « lettre d'une aveugle à l'usage de celles qui soignent »¹¹. Il s'agit d'expliquer le lien entre la déficience visuelle et le toucher. La cécité est un handicap menant souvent à « développer » le sens tactile. En témoigne l'écriture en braille, conçue pour lire

10 CHOTTIN Marion. « Les aveugles des philosophes de l'Âge classique aux Lumières. Aléas d'une pensée de la cécité entre rationalisme et empirisme ». in ROUSSEL Céline, VENNETIER Soline (dir.). *Discours et représentations du handicap. Perspectives culturelles*. Paris : Classiques Garnier, 2019. p. 168

11 Cette expression est le titre d'un article publié dans la revue philosophique *Approche* en 2021. Cf. CHOULET-VALLET Anaïs. « Lettre d'une aveugle à l'usage de celles qui soignent ». *Approche*. n°183, 2021. pp. 71-89

de la façon la plus efficace et la plus cohérente avec les possibilités du toucher. En réalité, ce sens n'est pas plus développé chez les personnes aveugles que chez les personnes voyantes. C'est plutôt qu'il est davantage sollicité, donc davantage habitué et éduqué. Qu'apporte alors l'expérience de la cécité à la conceptualisation du toucher ? En quoi la notion d'éducation au toucher est-elle indispensable pour comprendre le toucher de soin ?

L'hypothèse est la suivante : qu'il s'agisse de toucher pour connaître ou de connaître le toucher, ce sens nécessite un apprentissage, une éducation. L'expérience du toucher ne se décrète pas, elle s'acquiert. De la même manière, l'épistémologie du toucher se construit au contact de l'expérience sensible. C'est à ce titre que la pratique du shiatsu peut enrichir celle de la cécité.

En quoi la pratique du shiatsu contribue-t-elle à construire une épistémologie du toucher de soin ? Le shiatsu est une forme de thérapie manuelle d'origine japonaise au croisement de la digipuncture et de l'ostéopathie. Pour cette pratique, le toucher constitue le vecteur principal des soins. Il est mobilisé soit à travers des points de pression avec les doigts – « shiatsu » signifiant littéralement « pression [*atsu*] avec les doigts [*shi*] » en japonais – soit par le biais de mobilisations ostéoarticulaires sur l'ensemble du corps. Pour soigner, il faut toucher. D'où l'importance de comprendre la signification ou la portée d'un geste tactile en contexte thérapeutique. Est-ce que le toucher du shiatsu est similaire aux autres formes de touchers de la vie quotidienne ? Sinon, quelle est sa spécificité ? Dans quel cadre le toucher peut-il être un support des soins ?

De même que la cécité n'est pas intrinsèquement une alternative aux modèles théoriques fondés sur la vision, le shiatsu ne propose pas nécessairement une posture

réflexive à l'égard du toucher de soin. Cette pratique permet néanmoins de saisir la manière dont le sens du toucher s'apprend, s'éprouve, s'affine à force d'entraînement et d'expériences. Autrement dit, elle met l'accent sur l'importance d'une pédagogie du toucher. D'où la nécessité d'aborder l'éducation au toucher et, plus largement, au corps sensible.

D'autres espaces et d'autres méthodes participent à cette éducation du et au toucher. C'est par exemple le cas des groupes d'auto-soin féministes, tels qu'ils ont pu exister dans les années 1970, et tels qu'ils se déroulent encore aujourd'hui. Dans ces groupes, comme dans la pratique du shiatsu, le toucher est mobilisé pour favoriser la conscience du corps ; laquelle peut sembler préalable à une lutte vers plus d'émancipation, aussi bien qu'à une relation de soin satisfaisante. L'enjeu est de comprendre pourquoi et comment le toucher favorise la conscience du corps, en quoi celle-ci participe de l'émancipation, et quel est le lien de ces deux questions avec la relation de soin.

En résumé, cette thèse souhaite contribuer à une théorisation du corps sensible tournée vers la réappropriation de son corps et de sa santé. Elle aspire à trouver dans le toucher de soin des pistes d'émancipation. La pratique du shiatsu et l'expérience de la cécité permettent d'envisager la perception tactile comme une compétence à éduquer. Les épistémologies féministes, quant à elles, replacent l'expérience du toucher dans un réseau tissé de rapports de domination. Enfin, l'épistémologie de la santé étudie les apports de ce dialogue entre expérience située et mécanismes structurels pour la relation de soin.

Pour le dire autrement, le premier objectif est d'explorer les voies sensibles suggérées par l'expérience tactile, afin de réinventer notre manière de théoriser,

de penser et même de sentir notre corps. Le deuxième objectif est de comprendre en quoi la manière dont est perçu ou utilisé le toucher en contexte thérapeutique dit quelque chose de la façon dont est envisagé le corps dans le champ des soins. Le troisième objectif est de concevoir un toucher de soin conscient des rapports de domination qui le traversent et, partant, capable d'en limiter les incidences néfastes sur la relation thérapeutique.

Pour mener à bien ces objectifs, la méthode épistémologique paraît pertinente, dans la mesure où elle répond à une double exigence : d'une part, celle d'une exposition détaillée du cadre théorique dans lequel s'inscrit cette enquête ; d'autre part, celle d'un recours à l'expérience soucieux de rendre compte de la complexité du réel auquel elle fait référence. Il s'agit néanmoins d'une méthode épistémologique hybride, associant l'épistémologie historique du philosophe et médecin Georges Canguilhem et les épistémologies féministes du positionnement. Parce qu'elle met l'accent sur le « vécu de conscience » de la maladie et de la santé, la première (l'épistémologie historique) permet d'identifier en quoi le sens du toucher est utile à la conscientisation de son corps et de ses capacités. Parce qu'elles mettent le genre et la sexualité au cœur de leur grille de lecture, les secondes (les épistémologies féministes) permettent d'interroger le toucher de soin à l'aune de son ancrage social, donc en tant qu'il met en jeu des rôles sociaux de genre et qu'il peut comporter une valence sexuelle.

Loin d'opérer de manière indépendante, ces deux traditions épistémologiques peuvent se rejoindre et s'enrichir mutuellement. L'une et l'autre insistent en effet sur la notion de « normativité » et sur ses implications concernant les individu-es. En d'autres termes, elles réfléchissent toutes deux au processus de fabrication des normes, à la manière dont celles-ci façonnent les corps et les comportements, et aux injonctions

contradictoires que cela peut engendrer. En ceci, elles se confrontent l'une et l'autre à la question des capacités et des incapacités à instaurer ses propres normes, ou à fonctionner avec celles qui proviennent de l'organisation sociale.

À cet égard, les études critiques sur le handicap peuvent affiner la méthode épistémologique, dans la mesure où elles font du problème des (in)capacités une question centrale – d'autant plus si le toucher est au cœur des réflexions, puisque l'expérience de la cécité est intimement liée à celle de l'expérience tactile.

IV. Plan de la thèse

En somme, cette thèse vise à examiner la signification du toucher et la manière dont elle résonne avec la conception du corps en contexte de soin, au moyen d'une méthode épistémologique rigoureuse, à la fois hybride et nourrie de l'expérience en première personne. L'enjeu de ce travail est de répondre aux trois questions suivantes : comment, en philosophe, théoriser le toucher de soin ? Comment, en féministe, replacer le toucher de soin dans un contexte sociopolitique traversé de rapports de domination, et ainsi ouvrir la voie vers une certaine émancipation ? Et comment, en praticienne de shiatsu et personne aveugle, rendre compte de l'importance du corps sensible et, par extension, défendre la nécessité d'une éducation capable d'en révéler la complexité ? Ces trois questions laissent pressentir la profondeur du problème que forme le toucher en contexte thérapeutique. Parler du toucher, ce n'est pas que parler de l'expérience tactile. C'est aussi, et peut-être surtout, parler du corps, de sa dimension sensible et de son ancrage social.

Pour répondre à l'exigence de la méthode épistémologique, les chapitres d'argumentation seront précédés de deux chapitres préliminaires, ayant pour fonction d'explicitier les choix théoriques qui accompagneront le cheminement argumentatif.

Le premier chapitre préliminaire présentera le cadre théorique sur lequel s'appuie l'ensemble de la thèse. Étant donnée la pluralité des courants épistémologiques, ce chapitre prendra le temps d'exposer chaque élément qui constitue les fondements conceptuels de ce travail. Cela témoigne également d'un souci de rendre la thèse intelligible au plus grand nombre, le bien connu des un-es étant le mal connu des autres.

Premièrement, je présenterai l'épistémologie de la santé issue de la pensée des philosophes Gaston Bachelard et Georges Canguilhem, afin d'effectuer une analyse critique de la philosophie de la santé. Deuxièmement, j'aborderai la philosophie du soin dans le but de penser la relation thérapeutique de différentes manières (en particulier par le biais de l'épistémologie dite subjectiviste de Canguilhem et des théories politiques du *care*). Troisièmement, je décrirai les épistémologies féministes du positionnement et la manière dont elles invitent à repenser l'objectivité, l'activité scientifique, la responsabilité des chercheurs-euses, ainsi que la façon dont elles participent à contourner les écueils de la philosophie du soin de Canguilhem à l'endroit du corps sensible. Quatrièmement, je convoquerai les études critiques sur le handicap qui permettent de souligner les propres écueils des éthiques du *care* concernant le corps sensible et la relation de soin. Cinquièmement, j'explorerai les pédagogies de l'émancipation et leurs outils pour théoriser une éducation du et au corps sensible.

Le second chapitre préliminaire aura pour fonction de dresser l'état des lieux des connaissances sur le toucher. Pour des questions de cohérence avec le chapitre précédent, il s'organisera autour des trois axes suivants :

Tout d'abord, il s'agira de présenter les connaissances scientifiques sur le toucher, issues d'une part des neurosciences cognitives et de la psychologie neurocognitive, d'autre part des recherches en éthique médicale. Il s'agira ensuite de montrer comment les théories féministes s'emparent de la question du toucher, soit sur un plan métaphysique, soit sur un plan épistémologique. Enfin, il s'agira de signaler les apports des études critiques sur le handicap, notamment des *blindness studies*, pour repenser le toucher.

Une fois le cadre théorique et l'état de l'art exposés, le cheminement argumentatif pourra débuter. Il se déploiera sur six chapitres.

Le premier chapitre consistera à faire une brève histoire philosophique du toucher afin d'identifier les principales conceptions qui sous-tendent toujours ce sens, voire qui orientent les recherches scientifiques à son sujet. Il s'agira d'étudier les auteurs incontournables pour établir une définition philosophique du toucher. Il s'agira aussi de vérifier si ces auteurs proposent des définitions du toucher compatibles les unes entre elles, ou bien si ces dernières produisent une sorte de hiatus ou de chiasme philosophique. Par suite, il s'agira de savoir si ces définitions résistent à l'épreuve du réel ou de l'expérience – et si ce n'est pas le cas, en quoi le chiasme philosophique engendré par des définitions plurielles en est responsable.

Le deuxième chapitre aura pour but de proposer une épistémologie critique du toucher, c'est-à-dire d'évaluer ce sens au prisme des connaissances neuroscientifiques et neurocognitives actuelles. Il s'agira de comprendre ce qu'est véritablement le toucher et comment il participe à la construction d'un sujet humain. À ce sujet, il s'agira de montrer en quoi ce sens intervient dans la perception de soi, de son corps, des autres, du réel, et pourquoi il demeure si intriqué à la matérialité sensible du corps. Cela

amènera en définitive à s'interroger sur le type de connaissances que le toucher permet de produire et à présenter les différentes théories qui permettent d'en rendre compte.

Le troisième chapitre proposera une épistémologie du corps sensible, à partir des acquis du chapitre précédent sur le sens du toucher et sur la théorie dite du « liage des traits ». Il s'agira d'expliciter la signification et l'objectif d'une épistémologie du corps sensible. Pour ce faire, il sera tout d'abord nécessaire de la distinguer d'une épistémologie dite désincarnée. Ensuite, il faudra évaluer le rôle que peut jouer le toucher dans une théorisation de l'épistémologie du corps sensible. Cela demandera enfin d'expliquer ce que sont le sensible et la sensibilité.

Le quatrième chapitre posera les jalons d'une définition féministe du toucher de soin, en s'appuyant sur les apports de l'épistémologie du corps sensible. Il s'agira de questionner la place du toucher en contexte médical, paramédical ou complémentaire. Cela permettra d'identifier les diverses sortes de toucher et, plus précisément, de savoir s'il y a une différence entre le toucher des soins conventionnels et le toucher des soins dits complémentaires ou alternatifs. De manière générale, cela permettra de préciser la spécificité du toucher de soin et de comprendre comment ce dernier se déploie dans la relation de soin. C'est à ce moment qu'interviendra la critique féministe, afin d'examiner le toucher de soin à l'aune des rapports sociaux de pouvoir qui traversent la relation de soin.

Le cinquième chapitre dressera une critique située du toucher de soin, c'est-à-dire une critique inspirée de ma pratique du shiatsu ainsi que de mon expérience de la cécité. Il s'agira tout d'abord de justifier l'intérêt d'une telle critique, en montrant notamment la manière dont elle permet de dépasser certains paradoxes concernant le rapport à l'expérience sensible. Ensuite, il s'agira d'approfondir l'analyse entreprise au chapitre précédent au sujet des dynamiques structurelles qui traversent le toucher de

soin. Cela permettra de faire entrer la question du consentement à laquelle toute relation engageant un contact physique devrait se confronter. Il s'agira enfin de présenter les apports des études critiques sur le handicap pour la théorisation du toucher de soin, et plus largement pour l'épistémologie de la santé.

Le sixième et dernier chapitre tentera de faire des ponts entre la théorie et la pratique en théorisant une éducation sensible et émancipatrice. Il n'est pas anodin de terminer par un discours prescriptif. Aussi sera-t-il important d'en expliciter les motifs. Seront présentées des propositions pédagogiques ou des expériences militantes réalisant déjà le projet d'une éducation au corps sensible et à la santé. L'originalité résidera dans le fait de se focaliser sur l'usage du toucher au sein de ces pratiques.

Premier préliminaire : Présentation du cadre théorique

Introduction du chapitre

Dans ce chapitre, je souhaite présenter les différents cadres théoriques sur lesquels ce travail de thèse s'appuie. J'ai identifié cinq cadres :

1. L'épistémologie de la santé issue de la pensée des philosophes Gaston Bachelard et Georges Canguilhem permettant d'effectuer une analyse critique de la philosophie de la santé ;

2. La philosophie du soin permettant de penser la relation thérapeutique de différentes manières (en particulier l'épistémologie subjectiviste de Canguilhem et les théories politiques du *care*) ;

3. Les épistémologies féministes du positionnement permettant notamment de contourner les écueils de la philosophie du soin de Canguilhem à l'endroit du corps sensible ;

4. Les études critiques sur le handicap permettant de souligner les propres écueils des éthiques du *care* concernant le corps sensible et la relation de soin.

5. Les pédagogies de l'émancipation permettant de théoriser une éducation du et au corps sensible

I. Quel cadre théorique choisir pour faire une épistémologie du toucher de soin ?

I.1. Définir l'épistémologie : entre tradition continentale et tradition anglo-saxonne

L'approche épistémologique revêt deux significations : l'une francophone et l'autre anglo-saxonne.

Dans le monde francophone, l'épistémologie désigne l'étude critique de la connaissance et de l'activité scientifiques. Elle s'applique aux sciences dites formelles (mathématiques, logique, etc.), aux sciences dites exactes (physique théorique, astrophysique, etc.), aux sciences dites expérimentales (physique appliquée, chimie, biologie, etc.) et aux sciences dites sociales (sociologie, anthropologie, etc.), ainsi qu'aux sciences qui sont au croisement de plusieurs disciplines et qui demeurent par conséquent plus difficilement classables (médecine). Elle se charge d'interroger le contexte d'apparition, le contexte de production et le contexte de justification du savoir scientifique. Autrement dit, elle analyse aussi bien les « paradigmes »¹² qui soutiennent la compréhension du monde, de la nature et des phénomènes, que les outils de vérification et de validation des connaissances scientifiques¹³.

L'épistémologie francophone est une branche de la philosophie des sciences et s'intéresse autant à ce qui fait l'unité de la science générale qu'à ce qui représente la spécificité de chaque science régionale¹⁴. Au sein de cette branche se trouve

12 cf. KUHN Thomas Samuel. *La structure des révolutions scientifiques*. Paris : Flammarion, 1962

13 cf. HEMPEL Karl. *Éléments d'épistémologie*. Paris : Armand Colin, 1972

14 Pour une description détaillée de la philosophie des sciences, cf. BARBEROUSSE Anouck, BONNAY Jean, COZIC Mickaël. *Précis de philosophie des sciences*. Paris : Vuibert, 2011 ; CHALMERS Alan. (trad. De BIECZUNSKI Michel). *Qu'est-ce que la science, Récents*

l'épistémologie dite du « style français » qui se distingue par son caractère historiciste et constructiviste, et sur laquelle s'appuie ce travail.

Dans le monde anglo-saxon, l'épistémologie désigne l'étude de la connaissance en général. Bien qu'elle se distingue de l'histoire de la connaissance ou de la théorie de la connaissance, elle cherche à décrire la nature, les origines, les contenus, les outils et les limites de la connaissance humaine. L'épistémologie anglo-saxonne est une approche transdisciplinaire, qui intègre les apports des neurosciences, de la sociologie, des études de genre, des *mind-body studies*¹⁵ etc., mais qui reste encore assimilée à la philosophie de la connaissance. Cette dernière est à la rencontre de la philosophie du corps, de la philosophie de l'esprit et de la philosophie des sciences (exactes ou sociales) et se trouve parfois appelée « gnoséologie ».

Comme l'indique un détour par l'étymologie, la gnoséologie désigne littéralement l'étude (du grec ancien *logos*, qui signifie à la fois le discours et l'analyse) de la connaissance (du grec ancien *gnosis*, qui signifie la connaissance, tandis que *épistémè* signifie la science)¹⁶.

développements en philosophie des sciences : Popper, Kuhn, Lakatos, Feyerabend. Paris : La découverte, 1987

15 Les *mind-body studies* s'intéressent aux interactions entre les processus du système nerveux central et les réactions à la fois organiques et psychologiques. Elles postulent une continuité de nature entre le cerveau et le reste du corps et s'attachent à comprendre la relation entre les phénomènes cérébraux et les phénomènes affectifs, physiologiques, hormonaux etc. Elles ont donné lieu à la création des *MBS therapies* (enseignées à la Mind Body Studies Academy à Volta Redonda, au Brésil) ainsi qu'à la *mind-body medicine* (pratiquée dans une clinique de Mayo, au Canada). Elles s'inscrivent dans le champ de la médecine intégrative et ont recours à des outils aussi bien issus de l'allopathie conventionnelle que des thérapies complémentaires et alternatives (méditation, *qi-gong* etc.).

16 Pour une présentation détaillée de la théorie de la connaissance, cf. MORIN Edgar. « La connaissance de la connaissance » in *La méthode*. Tome 3. Paris : Seuil, 1986

I.2. Choisir une tradition épistémologique : présentation de l'épistémologie historique

Quelle que soit la tradition de pensée choisie, l'épistémologie consiste, d'une part, à interroger les conditions de production, de justification et de diffusion des connaissances et, d'autre part, à analyser les paradigmes sociaux, culturels, scientifiques qui sous-tendent l'activité et le discours scientifiques. Dans la tradition continentale, la démarche épistémologique s'inscrit dans l'héritage de l'épistémologie historique ou, en termes plus folkloriques, du « style français »¹⁷. L'épistémologie historique désigne une méthode critique, dont les principaux représentants sont Gaston Bachelard, Georges Canguilhem et Michel Foucault. Parmi les concepts importants de cette tradition, il y a celui de « rupture épistémologique »¹⁸ forgé par le premier, celui de « cohérences épistémiques »¹⁹ développé par le deuxième, et celui d'« épistémè »²⁰ construit par le dernier. Globalement, ces trois penseurs rejettent la théorie d'une évolution continue de la science et de la raison et insistent sur les conditions de possibilité (historiques, anthropologiques et philosophiques) des connaissances.

Par exemple, l'épistémè foucauldienne ne décrit pas à proprement parlé la façon de penser ou « l'esprit » d'une époque, mais rend plutôt compte d'un dispositif stratégique

17 Dans le sillage du philosophe des sciences Ronan de Calan, je préfère parler d'« épistémologie historique », voire d'« histoire épistémologique », plutôt que de « style français ». Il s'agit non seulement de se défaire de l'illusion folklorique du génie français dans le champ de la philosophie des sciences, mais aussi de contester les frontières spatiales et temporelles qui délimitent, non sans dommage, ce courant de pensée. Cf. CALAN Ronan de. « L'épistémologie historique : Du label à la méthode ». 2014. <https://ronandecalan.files.wordpress.com/2014/01>. [Consulté le 22/04/2020]

18 BACHELARD Gaston. *La formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*. Paris : Vrin, 1938

19 CANGUILHEM Georges. « Mort de l'homme ou épuisement du *cogito* ». *Critique*, vol. 24 n°242, 1967.

20 FOUCAULT Michel. *Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines*. Paris : Gallimard, 1966

qui permet, scientifiquement parlant, de distinguer l'inqualifiable du qualifiable. Au-delà des catégories historiques et de la bipolarité vrai/faux, l'épistémè tend à mettre en évidence les normes épistémologiques, généralement implicites, qui influencent le discours savant. Toutefois, l'émergence d'une épistémè demeure, y compris sous la plume de Foucault, un processus « énigmatique »²¹. Malgré tout, cette notion ainsi que celles de ses prédécesseurs a l'avantage de proposer une approche holistique en épistémologie, selon laquelle tout concept participe d'un système de pensée cohérent et intelligible. Elles mettent en lumière le caractère contextuel et normatif du discours scientifique. Contextuel, en tant qu'il dépend d'une époque particulière. Normatif, en tant qu'il est travaillé par un régime de normes qui le précèdent ou le dépassent, et qu'il produit à son tour un ensemble de normes permettant de discriminer l'acceptable de l'inacceptable, le dicible de l'indicible.²²

Au sein de cette recherche, je recourrai principalement à l'épistémologie canguilhémienne, pour les raisons suivantes.

En premier lieu, les travaux de Georges Canguilhem s'inscrivent explicitement dans la philosophie de la médecine. En tant que philosophe et médecin, Canguilhem s'est interrogé sur les liens entre la médecine, la biologie et la philosophie. Il a mis la vie et le vivant au centre de ses recherches et a investigué non seulement la manière dont ces concepts sont investis par la science et la pratique médicales, mais aussi la façon dont ils questionnent eux-mêmes les catégories mobilisées dans ce domaine. Le corps vivant diffère naturellement du corps inerte et exige un traitement spécifique.

21 FOUCAULT Michel. *Les mots et les choses*. Op. cit. p. 113

22 Il est malgré tout important de préciser que Foucault s'est aussi attaché à penser la naissance de la clinique ou de la psychiatrie moderne. Cf. FOUCAULT Michel. *naissance de la clinique*. Paris : Presses Universitaires de France, 2009 ; cf. FOUCAULT Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard, 1972

Par « traitement » s'entend d'un côté la dimension discursive, c'est-à-dire celle qui s'intéresse aux discours et au langage et de l'autre la dimension thérapeutique, c'est-à-dire celle qui s'attache à prendre soin. Comme l'explique la philosophe Céline Lefève, la philosophie de la médecine de Canguilhem participe à fonder la philosophie du soin médical. D'après elle, « la santé selon Canguilhem consiste dans la capacité du sujet d'instituer ses normes de vie, au plan physiologique comme aux plans psychologique et social, au lieu de se conformer à des normes imposées. »²³. Puisqu'il est ici question de prendre soin des corps, il paraît évident d'emprunter la méthode canguilhémienne.

En deuxième lieu, mon travail présente plusieurs accointances avec la pensée de Canguilhem, notamment sur le plan méthodologique. Par exemple, son concept d'« histoire épistémologique »²⁴ permet de mettre l'accent sur le contexte de justification de la connaissance, tout en intégrant la notion bachelardienne d'« obstacle épistémologique »²⁵. De plus, sa théorie de la « normativité biologique individuelle »²⁶ permet d'aborder le sujet dans son rapport à lui-même, ainsi que dans son rapport aux normes sociales. Si Foucault s'est aussi intéressé au contexte d'émergence et de diffusion du savoir, au travers de son travail sur l'épistémè, de même qu'il s'est aussi intéressé au processus de normalisation des corps, des sujets, des représentations²⁷, ainsi qu'à la place du soin de soi²⁸, je reste davantage sensible à la pensée canguilhémienne. De fait, Foucault ne laisse guère la porte ouverte à un dialogue avec

23 LEFÈVE Céline. « De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical ». *Revue de métaphysique et de morale*. N°82. Presses universitaires de France, 2014. p. 216

24 Cf. CANGUILHEM Georges. *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*. Paris : Vrin. 1968

25 Cf. BACHELARD Gaston. *La formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*. Op. Cit.

26 Cf. CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses Universitaires de France. 2011

27 Cf. FOUCAULT Michel. *Les mots et les choses*. Op. Cit.

28 FOUCAULT Michel. *Histoire de la sexualité*. Tome III *Le souci de soi*. Paris : Gallimard, 1984

les institutions médicales. Or, ce dialogue semble nécessaire pour coconstruire un soin qui convienne au plus de monde possible et qui ne produise pas des discriminations spécifiques. De plus, Foucault peut parfois laisser croire que toute forme de normativité est néfaste. Pourtant, sortir des logiques normatives paraît être une entreprise à la fois impossible et peu souhaitable. Il est non seulement difficile d'imaginer un monde sans norme, mais il est de plus important de rappeler que certaines normes sont protectrices et indispensables au bon fonctionnement d'une société.

Nonobstant la pertinence d'un recours à la philosophie du soin de Canguilhem, ce travail va non seulement devoir sortir du seul cadre de la philosophie du soin et de la santé à certaines occasions, mais également se charger de pointer les limites de la pensée canguilhémienne.

I.2.1. Contextualiser la connaissance : l'importance du concept d'obstacle épistémologique

La notion d'« obstacle épistémologique », telle qu'elle a été définie par le philosophe Gaston Bachelard, est incontournable pour comprendre l'enjeu de mon travail : elle structure en grande partie la philosophie de Canguilhem et représente un héritage bachelardien assumé et revendiqué par cet auteur.

C'est dans un ouvrage paru en 1938 et intitulé *La formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective* que Bachelard propose le concept d'« obstacle épistémologique »²⁹ pour la première fois. Cette notion désigne les soubassements inconscients ou impensés gnoséologiques conduisant les chercheurs-euses à mal interpréter les faits et à commettre des erreurs de compréhension, principalement dans le champ des sciences exactes ou expérimentales.

29 Cf. BACHELARD Gaston. *La formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*. op. Cit.

Pour le dire autrement, cette notion met le doigt sur les préjugés non questionnés, et parfois non questionnables, qui structurent la perception et l'interprétation des données scientifiques.

Il ne s'agit pas d'un obstacle externe, dû à un problème lié aux instruments techniques ou à une insuffisance de la perception humaine. Il s'agit d'un obstacle interne, présent dans l'esprit du ou de la chercheur-euse. Pour Bachelard, « c'est dans l'acte-même de connaître, intimement, qu'apparaissent, par une sorte de nécessité fonctionnelle, des lenteurs et des troubles »³⁰.

Source de régression ou d'inertie, l'obstacle épistémologique peut être de différentes sortes (l'expérience première, la connaissance générale, l'obstacle verbal, la connaissance pragmatique, l'obstacle substantialiste, le réalisme, l'obstacle animiste, le mythe de la digestion, la libido et la connaissance quantitative) et agit comme une barrière au progrès de la connaissance. Il est inutile de détailler ici chaque type d'obstacle épistémologique. Il convient seulement d'en retenir le mode opératoire. Étymologiquement, l'obstacle est ce qui est posé devant ou, plus insidieusement, ce qui vient se placer entre le désir de connaître du ou de la scientifique et l'objet étudié par celui ou celle-ci³¹.

Ce concept représente un instrument épistémologique puissant, dans la mesure où il permet non seulement d'enrichir la liste des précautions méthodologiques dont les scientifiques doivent tenir compte, mais également d'induire une attention particulière au contexte social et idéologique qui sous-tend l'activité scientifique. En résumé, il prend en considération le cadre psychologique et sociologique qui entoure la science.

30 Ibid. p. 12

31 Je remercie Vanina Mozziconacci pour avoir mis à ma disposition des outils pédagogiques et des références bibliographiques pertinentes, afin de m'aider à décrire de manière concise et synthétique le concept bachelardien d'« obstacle épistémologique ».

D'après Canguilhem, « tant que la philosophie n'a pas fourni à l'histoire des sciences ce concept-clé d'obstacle épistémologique, l'épistémologie risque d'être la victime d'une histoire des sciences trop candide "qui ne restitue presque jamais les obscurités de la pensée" qui fait que "nous prenons pour des lumières toutes les lueurs du passé". L'épistémologue est alors incliné-e à une psychologie statique de l'esprit scientifique. »³².

I.2.2. Contextualiser la science : l'identification des principes scientifiques

La méthode de l'histoire épistémologique, telle qu'elle est définie par Canguilhem, doit notamment sa spécificité à la notion bachelardienne d'obstacle épistémologique. À l'instar de l'épistémologie historique, elle consiste à examiner les principes qui soutiennent le développement de la connaissance scientifique, mais elle insiste particulièrement sur les obstacles épistémologiques dans lesquels s'enlisent parfois les chercheurs-euses.

Ceci est valable aussi bien pour les scientifiques étudié-es par les épistémologues, que pour les épistémologues eux et elles-mêmes. De fait, si un principe est identifié ainsi par un-e épistémologue, il n'est pas nécessairement reconnu comme tel dans l'époque et la tradition dont provient ce principe. Faire l'histoire des principes de la science, c'est aussi veiller à ne pas imposer des problématiques de manière anachronique ou « chronocentrée »^{33 34}.

32 CANGUILHEM Georges. *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*. Op. cit. p. 178

33 J'emprunte l'adjectif « chronocentré » au travail de Jean-Félix Gross, dont la thèse n'est malheureusement pas arrivée à son terme.

34 Cf. CALAN Ronan de. « L'épistémologie historique : du label à la méthode ». art. Cit.

Dans son article concernant la genèse et l'héritage de l'épistémologie historique, le philosophe Ronan de Calan précise d'ailleurs que le principe est une notion polysémique, voire contradictoire. Selon lui, « la notion de principe [peut avoir] deux sens opposés : un principe peut être un principe empirique, soit une généralisation opérée par induction à partir de l'expérience (ceci, du côté des empirismes de la genèse) ; ce peut être un principe transcendantal, soit une proposition synthétique a priori énonçant une condition de possibilité de la connaissance des objets de la physique [et du reste de la science] (ceci du côté des empirismes de la constitution). »³⁵.

Qu'il soit empirique ou transcendantal, le principe fonctionne néanmoins de la même manière : il participe à orienter la perception et l'interprétation des faits et des théories. Il constitue ce que Thomas Kuhn appelle un « paradigme »³⁶, ou Michel Foucault une épistémè³⁷.

Dans une perspective constructiviste, Canguilhem considère que l'histoire des sciences n'est pas une compilation de faits historiques, mais une reconstruction de principes historiographiques ; de sorte que les données de l'histoire des sciences sont interprétées à l'aune des questions de la science contemporaine. Cette position philosophique relève de ce que le philosophe Jean-François Braunstein, entre autres, appelle « présentisme »³⁸. En quelques mots, le présentisme affirme qu'il n'est pas possible de bien connaître le passé de la science, si on ne comprend pas correctement son présent. Cependant, le présentisme de Canguilhem reste prudent quant à l'usage des principes explicatifs.

35 Ibid.

36 Cf. KUHN Thomas Samuel. *La structure des révolutions scientifiques*. Op. cit.

37 Cf. FOUCAULT Michel. *Les mots et les choses*. Op. Cit.

38 Cf. BRAUNSTEIN Jean-François. « Les trois querelles de l'histoire des sciences ». in BRAUNSTEIN Jean-François (dir.). *L'histoire des sciences – méthodes, styles et controverses*. Paris : Vrin, 2008. pp. 98-103

En résumé, faire une histoire épistémologique de la médecine, du soin, de la santé ou du corps, c'est non seulement contextualiser le savoir médical, mais c'est aussi questionner les « principes » de cette connaissance, grâce au concept bachelardien d'« obstacle épistémologique ». C'est se soucier à la fois de l'historicité et de la réflexivité de la connaissance.

I.3. Actualiser l'épistémologie historique : un enjeu pour penser le toucher

Dans ce travail, il s'agit de tenir ensemble l'acception francophone et l'acception anglo-saxonne de l'épistémologie et ce pour plusieurs motifs. En premier lieu, le toucher est autant un objet de la connaissance scientifique que de la connaissance en général. Il fait aussi bien appel à des discours issus des sciences exactes ou expérimentales qu'à des réflexions plus larges quant au statut du vécu et de l'expérience corporelles. En second lieu, articuler l'épistémologie francophone et l'épistémologie anglo-saxonne permet d'évaluer la profondeur philosophique de ce sens. En d'autres termes, il s'agit d'identifier les obstacles épistémologiques qui traversent le toucher de soin, ainsi que les principes qui président à sa conceptualisation.

L'acception francophone propose de questionner le toucher à partir des savoirs neuroscientifiques et biomédicaux. Ce sont ces deux disciplines qui produisent le plus de contenu sur ce canal sensoriel ; ce sont encore ces deux disciplines qui se confrontent le plus aux applications de ce sens dans la pratique (dans le domaine de l'éducation pour les neurosciences et dans celui des soins pour la biomédecine).

L'acception anglo-saxonne, quant à elle, invite à critiquer les usages de ce sens, non seulement au sein des théories de la connaissance traditionnelles, mais aussi dans

le champ des pratiques. Plus qu'un outil de l'expérience en général, le toucher est une expérience en soi.

I.3.1. Penser le toucher : la place fondamentale de l'expérience

L'enjeu d'une approche épistémologique du toucher est de construire un discours qui provienne d'un côté de la science, de l'autre de l'expérience, et qui retourne *in fine* à la mise en œuvre de ces savoirs scientifiques et expérientiels. Autrement dit, le but de cette recherche est de questionner la production des savoirs théoriques sur le toucher et de réfléchir à leur application pratique.

Il s'agit, pour le dire globalement, de produire un travail efficace, tant au niveau de l'analyse, qu'à celui de la réalisation. Cela s'inscrit par exemple dans le sillage de l'« empirisme contextuel », tel qu'il est défini par l'épistémologue Helen Longino³⁹. Plus précisément, il s'agit de constituer une épistémologie du toucher utile à la relation de soin. D'une part, parce que c'est dans le domaine de la santé et des soins que le toucher reste le plus problématique, et d'autre part, parce que ce sont les outils de la philosophie de la santé et du soin qui permettent un traitement véritablement épistémologique de ce sens.

I.3.2. Construire une épistémologie critique du toucher : des sciences positives à la philosophie du corps

Ce travail sur le toucher en contexte de soin comporte une dimension triplement épistémologique : il analyse des discours scientifiques, il questionne les théories de la connaissance et il concerne le milieu de la santé. Au croisement de la philosophie des

39 Cf. LONGINO Helen. *Science as social knowledge*. Princeton University Press. 1990

sciences et de la philosophie du corps, ainsi qu'avec certains outils des théories de la connaissance, cette recherche propose, en résumé, de bâtir une épistémologie critique du toucher, afin de résoudre une certaine asymétrie qui s'est installée dans la tradition philosophique occidentale au sujet de l'expérience sensorielle. Partant, cette recherche permet d'explorer la portée critique du toucher.

Recourir à une étude épistémologique du toucher, c'est mobiliser les connaissances positives et spécialisées issues des sciences expérimentales, pour nourrir une réflexion plus large sur le toucher. S'intéresser aux mécanismes du sens du toucher dans une perspective scientifique, ce n'est pas se cantonner à des questionnements relatifs à la philosophie de l'esprit (sources de la connaissance, production des idées, fonctionnement de la réflexion etc.), c'est ouvrir la voie vers une philosophie du corps dans son entièreté. Autrement dit, c'est sortir d'une approche spéculative qui consisterait à faire des hypothèses philosophiques et des expériences de pensée, et, pour y parvenir, c'est revendiquer une méthode interdisciplinaire qui se nourrit des acquis des sciences positives, parfois pour mieux les critiquer.

Les neurosciences cognitives, la psychologie neurocognitive ou encore la neurophysiobiologie fournissent une multitude d'informations au sujet des outils, des organes, des objets, des procédés du toucher. Elles aident à déterminer la place et l'intérêt de ce sens pour comprendre le corps autant que la pensée. Produire une épistémologie du toucher, c'est donc en même temps nourrir l'épistémologie du corps.

I.3.3. Conceptualiser le toucher : entre définition intensive et définition extensive

Penser le toucher à partir d'une approche épistémologique a deux avantages.

Premièrement, cela permet d'étudier le toucher en propre, dans une perspective aussi bien intensive qu'extensive. La définition intensive interroge la caractérisation a priori du fonctionnement interne du sens du toucher. La définition extensive, quant à elle, questionne la description de ce sens par les objets auxquels il s'applique. Dans le premier cas, l'acte de définition part de l'expérience tactile pour aller vers les objets tangibles, tandis que dans le second, la démarche est inversée. Loin de se contredire, ces deux approches se complètent et permettent d'enrichir la compréhension générale du toucher. Parce qu'il demeure un canal sensoriel, le toucher participe à construire des connaissances sur soi, les autres et le monde. Néanmoins, ce sens produit un type de savoirs spécifique. Ces derniers possèdent une valeur à part entière, et ne jouent pas seulement un rôle instrumental au sein d'une théorie générale de la connaissance.

Deuxièmement, cela permet de mettre au jour et de déconstruire les biais qui président à la compréhension traditionnelle du toucher. Parce qu'il a principalement été étudié au prisme de la pensée aristotélicienne par les philosophes, ce sens demeure décrit de manière à la fois partielle et partielle. Pourtant, le toucher recouvre des questions emblématiques de la philosophie (en dehors des seules philosophie de la perception et philosophie de la connaissance) et suggère des réponses inédites et originales. Au chapitre suivant, l'état de l'art sur les connaissances concernant le sens du toucher permettra de saisir l'originalité d'une épistémologie fondée sur ce sens. Pour le moment, je souhaite montrer en quoi la philosophie du soin semble notamment proposer une analyse intéressante du toucher, ainsi que des réponses qui mettent en évidence le caractère relationnel de ce sens.

II. Comment penser la relation de soin ?

Dans ce passage, il s'agit d'étudier le toucher, non plus à l'aune de l'épistémologie de la santé, mais à partir de la philosophie du soin. D'une certaine manière, la philosophie du soin vient confronter les problèmes théoriques soulevés par l'épistémologie à la pratique thérapeutique. Encore faut-il trouver un cadre philosophique pertinent pour penser le soin, et plus précisément la relation de soin. De fait, le toucher est un acte relationnel. Il semble alors pertinent de l'interroger par ce prisme.

Pour ce faire, je mobiliserai deux courants emblématiques de la philosophie du soin que sont l'interprétation subjectiviste de la pensée de Canguilhem et les théories ou éthiques du *care*.

Il existe d'autres courants philosophiques pour penser le soin. Je pense notamment à l'approche dite centrée patient-e (*patient centered medicine* en anglais), telle qu'elle a été développée par une équipe de médecins-ciennes généralistes (*family medicine* en anglais) canadien-nes menée par Moira Stewart, Judith Belle Brown et Wayne Weston au début des années 2000⁴⁰, et telle qu'elle est préconisée par la Haute Autorité de Santé française⁴¹. Si cette approche revêt un intérêt pour la pratique médicale, elle ne constitue pas ici une grille de lecture optimale. De fait, elle est focalisée sur la relation soignant-e/soigné-e, tandis que ce travail est davantage axé sur l'activité normative qui encadre la relation de soin.

40 STEWART Moira, BROWN Judith Belle, WESTON Wayne, al. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Oxon : Radcliff medical press, 2014 (3^e éd.)

41 HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. « Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi ». 2015. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi

II.1. Expliquer l'interprétation subjectiviste de la pensée de Canguilhem

Le terme « subjectiviste » n'est pas à comprendre comme une critique. Sont qualifiées de subjectivistes les théories qui mettent le sujet au cœur de la pensée. Il n'est pas question de discréditer un contenu scientifique, sous prétexte qu'il serait le fruit d'une simple subjectivité et, partant, exempt d'objectivité. Il est question de la place du sujet conscient dans l'organisation du système théorique.

Il existe différents modèles épistémologiques pour penser la maladie. Soit on l'analyse selon une approche externe, c'est-à-dire, par exemple, d'après un modèle dit objectiviste, qui propose une étude théorique des fonctions biologiques⁴², ou, autre exemple, d'après un modèle dit normativiste, qui prend en compte les jugements de valeur⁴³ ; soit on l'analyse suivant une approche en première personne, pour laquelle on privilégie le vécu des individus. C'est cette seconde voie que suit Georges Canguilhem.

Canguilhem développe une approche à la fois épistémologique et subjectiviste de la maladie. Le concept de « normativité biologique individuelle » fait de la maladie une expérience éminemment sociale, en tant qu'elle configure le rapport aux normes collectives et individuelles et, plus particulièrement, la manière dont les normes individuelles s'accommodent des normes collectives. La « normativité biologique individuelle » permet d'envisager la santé comme une capacité à s'adapter aux normes extérieures (soit aux normes sociales et institutionnelles) et à créer ses propres normes intérieures. En contrepartie, elle permet également de définir la maladie comme une rupture au sein de ce régime de double influence. Dans les deux cas, elle conserve un

42 Cf. BOORSE Christopher. « Health as a theoretical concept ». *Philosophy of Science*. N°44, 1977. Pp. 542-573

43 Cf. NORDENFELT Lennart. *On the nature of health : An action-theoretic account*. Boston : Kluwer Academic Publishers, 1995

fondement biologique, en tant qu'elle est attentive au fonctionnement organique, et un fondement individuel, en tant qu'elle est consciente du positionnement des individu-es dans leur contexte social.

C'est le concept de « vécu de conscience » qui donne sa consistance subjectiviste à la philosophie canguilhémienne⁴⁴. De fait, il rend compte de la dimension subjective de la maladie – en mettant au centre de l'analyse l'expérience de la souffrance –, tout en gardant à l'esprit la dimension objective de la maladie – en évoquant l'expérience de l'incapacité. Le vécu de conscience conditionne l'adaptabilité des individus, car il mesure la manière dont les malades s'approprient leur maladie et la façon dont il est possible de composer avec elle. La maladie est avant tout un événement individuel dont seules les personnes concernées peuvent rendre compte.

II.1.1. Parler de l'expérience de la maladie ou de la santé en première personne

Mobiliser la pensée de Georges Canguilhem dans ce travail n'est pas un hasard ou une coquetterie. Pour reprendre les mots de Marie Gaille coordonnant un numéro de la Revue de métaphysique et de morale en 2014 sur cet auteur, « présenter un dossier sur la philosophie de la médecine [...] sans aborder d'une manière ou d'une autre la place essentielle qu'y occupe la pensée de Georges Canguilhem [...], paraît difficilement concevable. Quand bien même tout le monde s'accorde à reconnaître l'évolution du savoir médical, des pratiques de soin et des politiques de santé, la référence à sa pensée est très fréquente et n'a rien de superficielle »⁴⁵. De la même manière, présenter une thèse de doctorat en épistémologie de la santé sur le thème de

44 Cf. CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF, 2011/1966

45 GAILLE Marie. « Introduction : La philosophie de la médecine après G. Canguilhem ». *Revue de métaphysique et de morale*. N°82, 02/2014. Pp. 155-165. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01309024>

l'expérience du corps sensible ne peut se faire sans présenter et se positionner vis-à-vis de cet auteur.

Canguilhem s'est attaché à cerner l'unité de l'expérience dans nombre de ses écrits. En philosophe, il n'a toutefois pas cherché à instituer une vérité sur l'expérience, soit à déterminer une vérité universelle. Il a davantage tenu à interroger la place de l'expérience dans le discours et l'activité médicales, donc, en ses propres termes, à identifier la « vérité-finalité » de cette notion dans un contexte donné et changeant. Comme l'explique le philosophe Xavier Roth décrivant les travaux de Canguilhem, « l'enjeu de la philosophie ne consiste plus à instituer ce qui est, c'est le travail des sciences, mais à juger ce qui est, c'est-à-dire apprécier un fait à la lumière d'une valeur. [...] C'est au philosophe que revient la tâche de questionner la "finalité de la vérité", en rapportant cette finalité à une totalité qui n'est pas donnée de fait, mais à construire et à reconstruire chaque jour »⁴⁶. En l'occurrence, la finalité du concept d'expérience est, en quelque sorte, d'enrichir celui de maladie.

Canguilhem s'est intéressé à la définition de la maladie, non pas d'après la science médicale, mais d'après le vécu des malades. Cette définition participe à reconfigurer l'activité médicale autour de la relation de soin. Elle apparaît en effet comme l'occasion de questionner l'expérience des malades et, partant, d'améliorer l'efficacité thérapeutique. Mais cette définition dispose aussi d'une valeur thérapeutique à part entière. Céline Lefève l'explique comme suit : « la compréhension de l'expérience du malade et la relation personnelle qu'elle suppose valent autant comme instruments de connaissance des normes de vie du patient orientés vers la thérapeutique et la réparation que comme soutien dans l'épreuve de la maladie orienté vers l'accompagnement. La relation médicale ne peut être conçue seulement comme un

46 ROTH Xavier. *Georges Canguilhem et l'unité de l'expérience, Juger et agir, 1926-1939*. Paris : Vrin, 2013. P. 240

instrument de la clinique et de la thérapeutique, elle est aussi à elle-même sa propre fin et possède une vertu soignante »⁴⁷. L'important est de comprendre ce que signifient ces « normes de vie » des patient-es : à quoi font-elles référence ? Comment interviennent-elles dans la définition de la maladie ? Qu'impliquent-elles dans l'activité médicale ?

II.1.2. Comment définir la maladie ? Distinguer le « normal » et le « pathologique »

Pour comprendre la définition canguilhémienne de la maladie, il faut expliquer la distinction entre le normal et le pathologique. Cette distinction est à la fois centrale dans le modèle épistémologique de cet auteur, et fondatrice dans la formation médicale actuelle⁴⁸. Elle apparaît pour la première fois dans sa thèse de doctorat en médecine soutenue en 1943, intitulée *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*. Elle est de nouveau abordée dans son article « Le normal et le pathologique » en 1965, publié au sein d'un ouvrage intitulé *La connaissance de la vie*⁴⁹. En 1966, Canguilhem republie sa thèse de médecine en y ajoutant deux chapitres et un avant-propos, dans un livre sobrement nommé *Le normal et le pathologique*⁵⁰.

47 LEFÈVE Céline. « De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical ». *Revue de métaphysique et de morale*. N°82, 02/2014. Pp. 197-221. <https://www.cairn.info/revue-de-metaphysique-et-de-morale-2014-2-page-197.htm>

48 Dans le cadre d'une activité complémentaire d'enseignement à la faculté de médecine Lyon Est de l'Université Claude Bernard Lyon 1 entre 2017 et 2020, j'ai repéré la présence de Georges Canguilhem dans de nombreux enseignements, des travaux dirigés en épistémologie en FGSM2 (2^{ème} année de la Formation Générale aux Sciences Médicales), aux cours magistraux de SSH (Sciences, Société, Humanités) en PACES (Première Année Commune aux Études de Santé). Cf. par exemple GIROUX Elodie. « Normal et pathologique : une définition est-elle possible ? ». Enseignement délivré à l'occasion du cours magistral « Humanités et santé : par-delà les dualités ». (coord. LECHOPIER Nicolas, BRAYE Fabienne). Dans le cadre du parcours PACES. 17/01/2019

49 CANGUILHEM Georges. « Le normal et le pathologique ». in *La connaissance de la vie*. Paris : Vrin, 1965

50 CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF, 2011/1966

Dans ces différents textes, Canguilhem met en évidence la relativité des concepts de « normal » et de « pathologique », et s'appuie pour cela sur la diversité des expériences de la maladie. Comme l'expliquent les philosophes et épistémologues Élodie Giroux et Maël Lemoine, « son principal objectif était de critiquer la conception scientifique dominante de la maladie, quantitative et objectiviste, qu'il baptisa le "dogme positiviste", et de défendre la relativité individuelle de la santé, et l'impossibilité consécutive d'une définition objective et absolue du normal. Son analyse introduisit aussi un grand nombre d'importantes et précieuses distinctions conceptuelles entre la maladie, le pathologique, l'anomalie, l'anormalité, l'anormal. »⁵¹.

Pour Canguilhem, la différence entre le normal et le pathologique n'est pas uniquement quantitative, c'est-à-dire qu'elle ne concerne pas seulement des mesures numériques au sujet de l'organisme (tel le taux de glycémie pour le diabète, le taux d'œstrogènes pour l'endométriose, le taux de testostérone pour le syndrome des ovaires polykystiques, etc.). Dans une approche quantitative, la santé réside dans l'équilibre des données physiologiques. C'est notamment le cas du diabète de type 2, dont le diagnostic est effectif dès lors que le taux de glycémie est supérieur à 7 mmol par litre.

La différence entre le normal et le pathologique est aussi, et peut-être surtout, qualitative. Elle relève d'un changement d'état, voire de nature, ou, pour reprendre les termes de Canguilhem, d'« univers ». Selon lui, « quand un individu commence à se sentir malade, à se dire malade, à se comporter en malade, il est passé dans un autre univers, il est devenu un autre homme [ou une autre femme]. [...] Considéré dans son tout, un organisme est "autre" dans la maladie et non pas le même aux dimensions près [...] »⁵².

51 GIROUX Elodie, LEMOINE Maël (dir.). *Philosophie de la médecine. Santé, maladie, pathologie*. Paris : Vrin, 2012

52 CANGUILHEM Georges. « Le normal et le pathologique ». art. Cit.

Si Canguilhem s'intéresse à l'organisme en tant que lieu d'expression de la vie, la plupart de ses commentateurs-rices estiment qu'il parle de la personne toute entière. Pour Canguilhem, un sujet exprime la vie à travers son organisme. Ce n'est pas le sujet (entendu comme personne) à proprement parler qui s'exprime à travers son organisme. Les interprétations subjectivistes de la pensée canguilhémienne commettent peut-être une généralisation abusive à cet endroit. Cette généralisation s'inscrit néanmoins dans l'économie générale de la pensée canguilhémienne, selon laquelle la maladie se mesure avant tout à partir du vécu de conscience des malades.

La maladie est à comprendre comme une altération du « milieu » des malades. Le milieu désigne ici l'environnement individuel (organique, social, écologique) de chaque personne. En d'autres termes, il caractérise les « normes de vie » de chaque individu-e, soit le cadre habituel, confortable, connu de l'existence. Comme l'écrit Canguilhem, « les normes de vie pathologiques sont celles qui obligent [...] l'organisme à vivre dans un milieu "rétréci", différant qualitativement, dans sa structure, du milieu antérieur de vie, et dans ce milieu rétréci exclusivement, par l'impossibilité où l'organisme se trouve d'affronter les exigences de nouveaux milieux, sous forme de réactions ou d'entreprises dictées par des situations nouvelles »⁵³. Ici, Canguilhem parle bien de l'organisme biologique, non pas de la personne sociale. La normativité vitale dont il est question s'applique aux phénomènes physiologiques. Mais peut-on véritablement discriminer l'expérience organique liée au rétrécissement du milieu de vie d'avec le vécu social lié à la diminution des capacités ?

Un milieu n'est pas normal en soi. Sa normalité correspond aux êtres vivants qui vivent en son sein. Réciproquement, un être vivant n'est pas non plus normal dans l'absolu. Sa normalité dépend du milieu dans lequel il se trouve. D'après Canguilhem,

53 Ibid.

« ni le vivant, ni le milieu ne peuvent être dits normaux si on les considère séparément, mais seulement dans leur relation »⁵⁴. La maladie est donc à envisager avec une grille de lecture relativiste et relationnelle : l'état pathologique est relié aux normes de vie d'un organisme vivant.

La maladie est une impossibilité à jouir pleinement de son existence habituelle. De plus, elle est une incapacité à s'adapter à de nouvelles normes, soit à des changements de milieux ou d'habitudes. En bref, la maladie est une véritable crise existentielle pour les malades. Car « vivre, [...] ce n'est pas seulement végéter et se conserver, c'est affronter des risques et en triompher », comme l'écrit Canguilhem⁵⁵. Être malade, c'est donc réduire à la fois le nombre de risques qui composent le quotidien, et les chances de réussir. Être malade, ce n'est pas être anormal-e, mais c'est devoir se contenter de normes inhabituelles et restreintes. Comme l'explique la philosophe Sarah Troubé, la maladie n'est pas l'absence de norme, mais une réalité propre⁵⁶.

À l'inverse, la santé est la capacité à jouer avec les normes, c'est-à-dire à s'adapter à plusieurs normes. Autrement dit, et pour paraphraser Canguilhem, la santé représente une capacité normative large. Elle est un luxe quant aux possibilités de jouer avec les variations du milieu. Comme l'explique cet auteur, « la mesure de la santé c'est une certaine capacité de surmonter des crises organiques pour instaurer un nouvel ordre physiologique, différent de l'ancien. Sans intention de plaisanterie, la santé c'est le luxe de pouvoir tomber malade et de s'en relever. Toute maladie est au contraire la réduction du pouvoir d'en surmonter d'autres »⁵⁷.

54 Ibid.

55 Ibid.

56 Cf. TROUBE Sarah. « Penser l'être malade. Canguilhem et la psychopathologie ». *Les cahiers philosophiques*. N°125, 02/2011. Pp. 64-79. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-philosophiques1-2011-2-page-64.htm>

57 CANGUILHEM Georges. « Le normal et le pathologique ». art. Cit.

Certes, les propos de l'auteur concernent à nouveau l'expérience organique davantage que le vécu psychologique de la maladie. Toutefois, les mots choisis à titre de comparaison, tels que « tomber malade », ou bien « s'en relever », ou encore « le pouvoir de surmonter », laissent supposer que l'analogie opère à une échelle plus large que l'échelle strictement biologique. Le vocabulaire employé est peut-être aussi une marque de l'orientation vitaliste de la pensée Canguilhémienne, selon qui la vie possède sa dynamique propre. Si l'analyse de Canguilhem se polarise sur le vivant, elle recourt à un langage ou à des métaphores qui débordent la biologie. Il n'est donc pas étonnant d'appliquer une grille de lecture subjectiviste à la pensée de Canguilhem.

La distinction entre le normal et le pathologique est relative à chaque individu-e. Cependant, si la relativité est de mise à l'échelle interindividuelle, elle n'opère pas à l'échelle intra-individuelle. Autrement dit, s'il est impossible de dresser une frontière universelle entre le normal et le pathologique, qui serait valable pour tous-tes les individu-es, il est possible d'en tracer une pour chaque être vivant, qui s'y réfère de manière absolue. Comme le souligne Canguilhem, « la relativité du normal ne doit aucunement être pour le médecin un encouragement à annuler dans la confusion la distinction du normal et du pathologique »⁵⁸. La différence entre le normal et le pathologique est un outil diagnostique et thérapeutique important, dans la mesure où elle permet de cerner le milieu de chaque personne, et de comprendre le vécu individuel de la maladie.

58 Ibid.

II.1.3. Comment théoriser le vécu individuel de la maladie ? Se référer à une « normativité biologique individuelle »

Pour décrire la relativité de la norme à l'échelle interindividuelle mais son absoluité à l'échelle intra-individuelle, Canguilhem construit le concept de « normativité biologique individuelle ».

La normativité est la capacité à instituer des normes et, surtout, à s'y conformer. La norme peut avoir deux sens. Premièrement, un sens descriptif : est normal ce qui est le plus fréquent. Dans ce cas, la norme est un fait. Deuxièmement, un sens prescriptif : est normal ce qui est le juste milieu, ce qui est bien. Dans ce cas, la norme est une règle. La normativité est donc la possibilité de reproduire des habitudes jugées bonnes ou convenables.

Cependant, la normativité biologique n'est pas qu'une affaire de jugements. Comme l'expliquent Giroux et Lemoine, « pour Canguilhem, la normativité est précisément factuelle, naturelle et biologique avant d'être le résultat d'un jugement et de prendre une dimension sociale et culturelle ; la vie est valeur et les catégories de santé et de maladie sont introduites dans la conscience humaine à partir d'une polarisation intrinsèque à la vie »⁵⁹.

La valeur opère ici comme un repère. Elle a davantage une signification statistique qu'axiologique, c'est-à-dire qu'elle s'examine au prisme d'une règle numérique plutôt que d'un jugement moral. La normativité, quant à elle, est la faculté de mesurer les valeurs. Bien que la vie humaine réside dans la prise de risque et dans les actes de résistance, elle reflète avant tout les valeurs biologiques des individu-es, soit leurs fonctions

59 GIROUX Elodie, LEMOINE Maël (dir.). *Philosophie de la médecine. Santé, maladie, pathologie*. Op. cit.

physiologiques, organiques, anatomiques, etc. C'est à ce titre que Giroux et Lemoine parlent d'une « polarisation intrinsèque à la vie ». Parler d'une « normativité naturelle », c'est donc se référer à la polarité des valeurs biologiques à l'œuvre dans chaque organisme.

L'individualité de chaque organisme repose sur l'unité des normes. Par « unité », on entend à la fois l'homogénéité et la singularité. Les normes participent donc à définir les individu-es et à identifier leur singularité. De plus, elles sont le résultat d'une construction et d'une reconfiguration constantes. C'est pourquoi Canguilhem en parle comme d'un processus « dynamique » et « polémique » : dynamique, parce qu'une norme est fluctuante ; polémique, parce qu'elle est perpétuellement en question. D'après lui, « une norme se propose comme un mode possible d'unification d'un divers, de résorption d'une différence, de règlement d'un différend. Mais se proposer n'est pas s'imposer. À la différence d'une loi de la nature, une norme ne nécessite pas son effet. [...] Une norme, en effet, n'est la possibilité d'une référence que lorsqu'elle a été instituée ou choisie comme expression d'une préférence et comme instrument d'une volonté de substitution d'un état de choses satisfaisant à un état de choses décevant »⁶⁰.

Il y a une part de choix dans les normes et, par extension, dans la définition de la santé. Il ne s'agit pas de dire que l'on choisit ou non d'être en bonne santé. Il s'agit de préciser que les critères de normalité, donc de santé, sont dépendants des aspirations, des besoins et des expériences de chacun-e. La santé résulte autrement dit d'une autodétermination personnelle et non de jugements extérieurs. Lefève le résume de la manière suivante : « la santé selon Canguilhem consiste dans la capacité du sujet

60 CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. op. cit. p. 177

d'instituer ses normes de vie, au plan physiologique comme aux plans psychologique et social, au lieu de se conformer à des normes imposées »⁶¹.

À ce titre, la question de la résistance est prépondérante dans la pensée de Canguilhem. Il s'agit de résister, d'un côté, à la polarisation de la vie. Cette polarisation rend le processus d'unification du sujet fastidieux et permanent. D'un autre côté, il s'agit de résister aux normes qui tendent à s'imposer. L'autodétermination apparaît alors comme un effort face à cette tendance⁶². Mais si les normes de santé sont l'apanage des malades, comment envisager le rôle des soignant-es dans la relation de soin ?

61 LEFÈVE Céline. « De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical ». art. Cit.

62 Je remercie Élodie Giroux qui, en tant qu'enseignante rencontrée au cours de mes études de philosophie à l'Université Lyon 3, m'a fait découvrir la pensée de Canguilhem dans le détail. Je lui suis reconnaissante de m'avoir permis de cerner le concept de « normativité biologique individuelle » de manière précise et pertinente.

II.2. Faire une analyse philosophique de la notion de soin

Instituer ses propres normes de vie n'est pas qu'une affaire de force ou d'indépendance de la volonté. Bien au contraire, c'est une capacité largement influencée par le contexte médical et social. C'est-à-dire que le cadre d'exercice des soins (les institutions de santé, les relations interpersonnelles, etc.) est partie prenante de la normativité biologique individuelle. Cette dernière ne suppose pas un-e individu-e isolé-e, mais un sujet en relation. En d'autres termes, la notion de soin semble contenir une dimension intrinsèquement relationnelle. Cela ne signifie pas qu'il est impossible de faire preuve d'autodétermination à l'endroit du normal ou du pathologique. Cela signifie que l'environnement social ou psychologique peut intervenir lors du processus d'autodétermination.

La relation de soin n'est pas qu'une interaction dyadique entre deux personnes (le ou la soignant-e et le ou la soigné-e). Elle est le fruit d'un contexte social, politique, économique, institutionnel, etc. D'où l'intérêt d'adopter une approche épistémologique dans ce travail.

II.2.1. La dimension épistémologique du soin

En premier lieu, la notion de soin permet d'aborder l'activité médicale dans une perspective éminemment épistémologique. Comme l'explique Lefève, « interroger la médecine à l'aide de la notion de soin implique de la considérer, à l'instar de Canguilhem, comme une "introduction à des problèmes humains concrets", comme un

carrefour où se croisent et se construisent pratiques scientifiques, relations morales et normes sociales »⁶³.

La médecine est modelée par le cadre sociopolitique et socioculturel dans lequel elle s'inscrit. Qu'elle soit envisagée comme une science ou comme un art, elle est dépendante des discours et des représentations qui la traversent et qui la sous-tendent.

II.2.2. La dimension relationnelle du soin

En deuxième lieu, la notion de soin met l'accent sur la relation, entendue comme une interaction symétrique et épanouissante. Le binôme soignant-e/soigné-e est chargé de collaborer, en vue d'une autonomisation du ou de la malade à l'endroit de sa santé. Par « autonomisation » je n'entends pas « responsabilisation », qui tendrait à culpabiliser les personnes d'être malades, mais plutôt « appropriation », qui revient à s'appuyer sur les ressources corporelles, psychologiques et sociales des malades pour guérir ou, si cela n'est pas possible, pour vivre avec la maladie du mieux possible.

Le soin représente l'occasion de mettre en œuvre cette démarche d'autonomisation. Il consiste à favoriser l'activité normative plutôt qu'à prescrire des normes. Comme l'écrit Lefève, reprenant les travaux de l'anthropologue Annemarie Mol⁶⁴, « le soin ne vise pas un état d'autonomie, mais consiste dans un processus d'autonomisation, partagé et sans fin, qui, face à l'incontrôlable, demande au soignant de transformer l'asymétrie en collaboration, et au soigné de prendre appui sur ses activités propres (corporelles et sociales) pour vivre une vie pacifiée avec sa maladie »⁶⁵.

63 LEFÈVE Céline. « De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical ». art. Cit.

64 Cf. MOL Annemarie. *Body multiple – Ontology in medical practice*. Durham : Duke University Press, 2003

65 LEFÈVE Céline. « De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical ». art. Cit.

II.2.3. La dimension incarnée du soin

En troisième lieu, la notion de soin engage la philosophie à faire montre d'une approche pragmatique et sensible de la médecine. Pragmatique en tant qu'elle s'intéresse à des objets concrets, et ce avec une certaine humilité. La philosophie du soin, comme d'autres démarches philosophiques, met de côté les prétentions universalistes et moralisatrices. Cela ne veut pas dire qu'elle renonce à une visée prescriptive. Elle peut tout à fait chercher à évaluer les bonnes et les mauvaises pratiques. Cela signifie plutôt qu'elle exige une réflexivité quant à la portée et la cohérence de ses discours à l'égard du réel. Elle conserve une ambition critique, mais avant tout vis-à-vis d'elle-même. Pour Lefève, « la philosophie du soin se donne des objets d'étude concrets : l'expérience de la maladie, les pratiques cliniques, les organisations et relations de soin, les politiques de santé, dont elle tente de mettre au jour les liens et qui lui demandent de s'ouvrir aux apports critiques des sciences sociales. Elle consiste à décrire et interroger la médecine telle qu'elle est, y compris dans ses valeurs et ses orientations morales, sans lui faire de leçon de morale, ainsi que Canguilhem l'avait engagé »⁶⁶.

En outre, la philosophie du soin suggère une approche sensible de la médecine, dans la mesure où elle met en valeur l'expérience – et particulièrement l'expérience corporelle – des malades. D'après Lefève, « la philosophie du soin médical prescrit l'attention à la singularité des patients et de leur situation, et l'accès sensible, dans tous les sens du terme, à leur parole, leur corps et leur expérience »⁶⁷. « L'accès sensible » désigne tout à la fois le fait de rendre audible l'expression de la souffrance, la possibilité de se laisser affecter par cette souffrance, et la prise en charge corporelle de celle-ci.

66 Ibid.

67 Ibid.

Ici, le corps caractérise l'expérience incarnée, au sens d'expérience sensitive, perceptive, réflexive. Cette définition peut d'ailleurs poser des problèmes quant à l'identification de la maladie, notamment dans le cas des maladies asymptomatiques ou des troubles de la perception corporelle. Quoi qu'il en soit, cette définition envisage le corps comme un tissu de relations : à soi, aux autres et au monde. Et le soin a pour mission de s'occuper de ce corps. On parle de « soin médical » quand il est question de la santé. Mais on l'emploie aussi dans un cadre domestique (effectuer les tâches ménagères) ou éducatif (s'occuper des enfants). Dans ce cas, on parle de *care* ou de travail domestique, voire de travail reproductif chez les féministes marxistes. Tous types de soins sont nécessaires au fonctionnement de la société. Mais le soin médical est spécifiquement impliqué dans la survie des individu-es. Comme l'explique Lefève, « le soin médical est vital au sens où non seulement il porte sur la vie biologique du patient mais aussi où il requiert de prendre soin de ses relations (familiales, amicales, sociales). Ce soin, doublement vital car toujours aussi social, ne peut par ailleurs être conçu sans un soin du social lui-même tendu vers la justice, reposant sur la recherche de la liberté et de l'égalité, incluant le souci de la santé collective et de l'environnement »⁶⁸.

En somme, le soin possède une double dimension morale. D'une part, le maintien ou le rétablissement des fonctions physiologiques : le soin s'occupe de la vie biologique. D'autre part, l'accompagnement dans le processus d'individuation : le soin se charge de soutenir la capacité normative. Le tout avec une perspective élargie : soigner, c'est prendre soin non seulement des individu-es, mais aussi de la société et de l'environnement.

Lefève le résume de la façon suivante : « les deux orientations morales du soin sont présentes dans chaque terme du soin médical, traitement et accompagnement,

68 Ibid.

chacune pouvant l'emporter sur l'autre ou la mettre à mal. Le traitement (les gestes diagnostiques et thérapeutiques fondés sur les sciences et destinés à lutter contre la maladie) est polarisé par le secours porté à la vie et la réparation du malade, mais il supporte aussi son individuation – en termes canguilhémiens, l'instauration (ou la restauration) de sa normativité »⁶⁹. À ces deux orientations s'ajoute le souci de la justice, de l'équité, de la liberté. Soigner des individu-es dans une société pathologique n'a pas de sens, car le milieu de vie pèse trop lourd sur les existences individuelles le cas échéant.

II.3. Politiser le travail du soin grâce à la pensée du *care*

J'aime à croire que la théorie du *care* – si tant est qu'on puisse en parler au singulier – tient compte de la dimension épistémologique (au sens d'ancrage sociopolitique), relationnelle (au sens d'interdépendance de l'ensemble des acteurs et actrices) et incarnée (au sens d'expérience sensible) du travail du soin. C'est pourquoi ce courant me paraît résonner avec les enjeux de la philosophie du soin.

II.3.1. Les liens entre l'éthique du *care* et la philosophie du soin

La pensée du *care* est née aux États-Unis dans les années 1980, notamment sous la plume de la philosophe et psychologue Carol Gilligan. Elle prend sa source dans les critiques féministes de la psychologie du développement moral telle qu'elle est exposée par le psychologue Lawrence Kohlberg. Dans son ouvrage intitulé *Une voix différente – Pour une éthique du*

69 Ibid.

care publié en 1982⁷⁰, Gilligan conteste la théorie de Kohlberg, selon qui le raisonnement logico-déductif est au sommet de l'échelle de maturité intellectuelle et morale. Contre cette morale rationnelle fondée sur une justice perçue comme patriarcale, elle promeut une éthique relationnelle et empathique que d'aucuns qualifient d'éthique féminine. Ce faisant, elle récuse l'idée selon laquelle les filles atteindraient un niveau de développement moral moins important que celui des garçons. Aux valeurs morales d'indépendance et de rationalité prônées par Kohlberg, Gilligan oppose les valeurs d'entraide et de souci des autres.

Gilligan considère le *care* comme la « capacité à prendre soin d'autrui », ou bien le « souci prioritaire des rapports avec autrui »⁷¹. Le *care* est tantôt une disposition, tantôt une activité. Le terme reste difficile à traduire en français car il recouvre plusieurs réalités et diverses pratiques (les soins de santé, l'éducation des enfants, une épistémologie relationnelle, etc.). Il présente néanmoins un trait caractéristique qui, selon les philosophes Sandra Laugier et Marie Garrau, consiste en un intérêt pour les « pratiques ordinaires ». Comme l'écrit Garrau, « la perspective du *care* se développe en effet comme une attention aux pratiques qui forment la texture des vies ordinaires et dont font partie les pratiques langagières des agents eux-mêmes. »⁷². Or, cet intérêt pour les pratiques ordinaires, qu'on souhaite mettre en évidence et auxquelles on accorde une valeur épistémique à part entière, représente un parti pris philosophique.

Cependant, la polysémie du *care* en fait un objet philosophique par excellence. Les différentes définitions (résultats de différentes traductions) rendent possibles les

70 GILLIGAN Carol . (trad. KWIATEK Annick & NUROCK Vanessa). *Une voix différente – Pour une éthique du care*. Paris : Flammarion, 2008

71 Ibid. p. 37

72 GARRAU Marie. *Care et attention*. Paris : Presses Universitaires de France, 2014. p. 43

nombreuses perspectives théoriques qui gravitent autour de ce concept. Les trois principales définitions sont les suivantes :

1. le *care* comme sollicitude (en anglais : « to care for ») : le *care* est compris comme une disposition éthique ou morale. L'accent est mis sur la dimension affective.

2. Le *care* comme attention (en anglais : « to care about ») : le *care* est compris comme une faculté cognitive. L'accent est mis sur la dimension perceptive.

3. Le *care* comme soin (en anglais : « to take care of ») : le *care* est compris comme une activité ou un travail. L'accent est mis sur la dimension pratique.⁷³

Par ailleurs, si la philosophie morale et politique tend parfois à laisser de côté « l'espace domestique » (en tant qu'il est l'espace des pratiques ordinaires), la philosophie de la santé et du soin n'est pas non plus tout à fait à l'aise avec la pensée du *care*. D'une part, les théories du *care* sont loin d'être majoritaires en épistémologie de la santé. Le travail de la philosophe Fabienne Brugère⁷⁴ et de l'anthropologue Annemarie Mol⁷⁵, consistant à analyser les institutions de santé, la décision médicale et la relation soignant-e/soigné-e à l'aune des éthiques du *care*, font office d'exception, comme le souligne la philosophe Marie Gaille-Nikodimov⁷⁶. D'autre part, l'exploration des

73 Je remercie vivement Vanina Mozziconacci de m'avoir donné accès à sa thèse de doctorat en philosophie pour identifier ces trois définitions principales. Cf. MOZZICONACCI Vanina. *Le sujet du féminisme peut-il faire l'objet d'une éducation ? Essai sur les théorisations féministes de la relation et de l'institution*. Thèse en philosophie. ENS Lyon. 2017. <https://theses.fr/2017LYSEN044>

74 Cf. BRUGÈRE Fabienne. « L'éthique du care : entre sollicitude et soin, dispositions et pratiques ». in BENAROYO Lazare, LEFÈVE Céline, MINO Jean-Christophe, WORMS Frédéric (dir.). *La philosophie du soin – éthique, médecine et société*. Paris : Presses Universitaires de France, 2010. pp. 69-86

75 Cf. MOL Annemarie. (trad. DEBAUCHE Monique & DEBAUCHE Chantal). *Ce que soigner veut dire*. Paris : Presses des mines, 2009

76 Cf. GAILLE-NIKODIMOV Marie. « Les ressources de la pensée du *care*. Pour un soin plus humain ». Archives de Philosophie vol. 83, 04/2020. pp. 41-58. <https://www.cairn.info/revue-archives-de-philosophie-2020-4-page-41.html>

institutions médicales ou médicalisées ne semble pas constituer un accès privilégié aux différentes formes de *care*. De fait, le soin entendu comme activité permettant de maintenir ou d'améliorer la santé ne représente qu'une dimension partielle des éthiques du *care*.

Les pratiques médicales n'ont pas un statut privilégié dans l'ensemble des pratiques de *caring*, et les institutions médicales ou médicalisées ne sont pas les lieux du *care* par excellence. Partout où il y a de la dépendance et de la vulnérabilité, il y a du *care*. Or, la dépendance et la vulnérabilité caractérisent, selon la pensée du *care*, la condition humaine. En d'autres termes, « la pensée du *care* réinscrit les gestes du soin à la personne malade et/ou en perte d'autonomie dans tout un ensemble d'activités et de pratiques qui renvoient à ces aspects de la condition humaine », comme l'écrit Gaille-Nikodimov⁷⁷. C'est pourquoi le terme « *care* » est utilisé tel quel et n'est pas traduit par « soin » ; ce dernier étant trop imprégné d'une connotation médicale en français.

Les activités de soin sont fréquemment exposées à des situations complexes sur le plan éthique. Cette complexité résulte souvent d'un brouillage de frontières entre la sphère intime (celle de l'espace domestique) et la sphère publique (celle des espaces institutionnels). Pour Gaille-Nikodimov, « il est possible que la prise en charge de personnes à l'état de santé dégradé, requérant des soins intimes et au long cours, fasse entrer les acteurs [et surtout les actrices] du soin dans une zone grise, située entre relations personnelles et

77 Ibid.

professionnalité »⁷⁸. Cette « zone grise » est précisément ce que les éthiques du *care* visent à interroger.

II.3.2. D'une éthique à une politique du *care*

Le *care* n'est pas uniquement un outil épistémologique permettant d'étudier les valeurs ou les actes entourant le soin, l'éducation, etc. Ce n'est pas non plus un cadre concernant exclusivement les personnes minoritaires au sens sociologique du terme, soit les personnes qui disposent d'un moindre pouvoir. Le *care* est avant tout un ensemble de principes s'appliquant à tout le monde. Par conséquent, ce concept a, pour ses théoriciennes⁷⁹, une portée universelle : il se rapporte à « la vie humaine avec le quotidien des corps, l'affection et ses ratés, l'apprentissage du souci d'autrui dans la famille ou son échec, l'éducation morale du futur membre de la société », pour reprendre les mots de Laugier⁸⁰.

Le *care* est partout, tout en étant discret, voire imperceptible. Et pour la philosophe Vanina Mozziconacci, « l'invisibilité du *care* vient précisément de son évidence, de son omniprésence »⁸¹. L'universalité du *care* reste néanmoins paradoxale, dans la mesure où elle ne s'exprime pas sous la forme d'une théorie, mais sous celle d'une action et d'un travail, aussi bien que d'une attitude et d'une perception. En somme, l'éthique du *care*, comme l'écrit Laugier citée par

78 Ibid.

79 J'utilise le terme « théoriciennes » au féminin, car les penseuses du *care* sont très majoritairement des femmes.

80 LAUGIER Sandra. « Le sujet du *care* : vulnérabilité et expression ordinaire ». in MOLINIER Pascale, LAUGIER Sandra, PAPERMAN Patricia (dir.). *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2010

81 MOZZICONACCI Vanina. *Le sujet du féminisme peut-il faire l'objet d'une éducation ? Essai sur les théorisations féministes de la relation et de l'institution*. op. Cit.

Mozziconacci, est cette « attention aux détails non perçus, ou plutôt présents sous nos yeux, mais non remarqués parce que trop proches »⁸². Je souligne qu'à l'instar de nombreux-ses épistémologues, les théoriciennes du *care* font appel à une métaphore visuelle pour illustrer leur théorie.

Le *care* représente l'ensemble du travail de soin et du travail domestique que les théoriciennes féministes, notamment d'influence marxiste, appellent « travail reproductif ». Le travail reproductif désigne dans ce cadre la reproduction de la force de travail (faire des enfants, les éduquer ; nourrir, soigner, vêtir ... les membres de la famille, etc.). Nommer cela un « travail » est un double geste politique : d'un côté, il s'agit de considérer l'ensemble des activités reproductives comme des tâches organisées socialement, et pas comme des dispositions naturelles. D'un autre côté, il s'agit de critiquer la place de la production à l'égard de la reproduction dans l'organisation sociale ; la première étant bien plus valorisée que la seconde. Or, les théoriciennes du *care* souhaitent « démocratiser » le travail de *caring*. Et cette démocratisation ne va pas sans une reconfiguration de la société, et notamment des rôles sociaux attribués aux femmes et aux hommes. Comme l'explique la philosophe Elsa Dorlin, citée par Mozziconacci, « la concentration massive des femmes dans les métiers du service et du soin apparaît comme la projection dans la sphère publique de la **division sexuelle du travail domestique** : tout se passe comme si les femmes effectuaient les mêmes tâches au travail ou à la maison, où elles restent largement en charge des tâches domestiques »⁸³. Cette division sexuée du travail est la conséquence d'un choix

82 Ibid.

83 Ibid.

politique et non d'une loi naturelle. L'association des femmes au travail de *caring* n'a rien d'absolu. Comme l'écrit Gilligan, « la voix différente que je décris n'est pas caractérisée par son genre mais par son thème »⁸⁴.

Si je paraphrase Mozziconacci, les théories du *care* sont des théories politiques radicales, parce qu'elles mettent en question les fondements d'un système social et parce qu'elles ne se contentent pas de chercher à l'aménager en conservant les mêmes principes. De fait, ces théories ne visent pas seulement un changement des valeurs. Elles visent surtout un changement des « conditions qui déterminent l'ordre des valeurs »⁸⁵. Comme l'explique Mozziconacci, « dans une perspective féministe, "revaloriser" le *care* de façon seulement symbolique est au mieux un vœu pieu, au pire contre-productif, puisque cela entérinerait l'assignation du travail domestique aux femmes »⁸⁶. Le *care* n'est pas qu'un processus moral ; ce peut (ou ce doit) aussi être un processus politique.

L'enjeu est de « procéder à une autre distribution du pouvoir et du travail de *care*, à une autre distribution entre pouvoir et travail de *care* », comme l'écrit Mozziconacci⁸⁷. Le combat ne se situe pas seulement au niveau des valeurs. Il se situe surtout sur le plan du pouvoir politique. D'où le fait de parler de « politique du *care* », pour reprendre l'expression de la politiste Joan Tronto⁸⁸. Pour Tronto, le *care* n'est pas une disposition de la « moralité des femmes », mais une

84 GILLIGAN Carol . (trad. KWIATEK Annick & NUROCK Vanessa). *Une voix différente – Pour une éthique du care*. op. Cit.

85 MOZZICONACCI Vanina. *Le sujet du féminisme peut-il faire l'objet d'une éducation ? Essai sur les théorisations féministes de la relation et de l'institution*. op. Cit.

86 Ibid.

87 Ibid.

88 TRONTO Joan. (trad. MAURY Hervé). *Un monde vulnérable*. Paris : La Découverte, 1993

pratique organisée socialement. Ce n'est pas une affaire personnelle, c'est-à-dire qui ne concerne que les personnes privées. C'est une réalité politique qui engage la prise en charge collective d'un travail.

Tronto apporte une richesse supplémentaire à la définition tripartite du care. Selon elle, cette réalité se décline en quatre volets :

1. le *caring-about* : reconnaître un besoin ainsi que la nécessité de le satisfaire ;

2. le *taking-care-of* : assumer la responsabilité de répondre à des besoins identifiés ;

3. le *care-giving* : pratiquer le soin en lui-même ;

4. le *care-recviving* : prendre en charge la réaction de la personne destinataire des soins.

Le *care* comporte une dimension éminemment dynamique et relationnelle, dans la mesure où il implique de concilier le souci des autres avec le souci de soi. Cela demande par conséquent de faire face aux conflits et aux tensions susceptibles de surgir dans le travail de *caring*. Pour Gaille-Nikodimov, la culture du *care* est une « culture du conflit »⁸⁹. Intégrer le conflit dans la relation de soin permet de renoncer à une approche dichotomique du bien et du mal et, partant, de mieux écouter les personnes vulnérables. Ceci rejoint le concept de « compromission », tel qu'il est mobilisé par Molinier pour parler des accommodations auxquelles se résolvent parfois les aides-soignantes lorsque le cadre d'exercice ne correspond pas au cadre moral édicté par les normes sociales ou les institutions⁹⁰.

89 GAILLE-NIKODIMOV Marie. « Les ressources de la pensée du *care*. Pour un soin plus humain ». art. Cit.

90 Cf. MOLINIER Pascale. *Le travail du care*. Paris : La Dispute, 2013

Examiner les institutions de santé à partir d'une théorie politique du *care* consiste, dans un premier temps, à effectuer une quadruple critique de ce qui est aujourd'hui en vigueur.

En premier lieu, cela permet de dénoncer ce que Tronto appelle le « privilège d'irresponsabilité ». Cette notion caractérise la tendance à déléguer le travail de *caring* à des personnes issues de classes sociales défavorisées ou socialement dominées. Dans un article paru il y a déjà plus de vingt ans, les sociologues Marguerite Cognet et Sylvie Fortin illustrent ce « privilège d'irresponsabilité » (sans mobiliser pour autant cette expression), en décrivant la stratification du travail en santé d'après des critères de genre, de classe sociale et d'ethnicité. Elles montrent que ce sont généralement les femmes racisées et migrantes, c'est-à-dire les femmes non blanches, pauvres et sans patrimoine, qui effectuent les travaux les plus pénibles et les moins bien rémunérés dans le champ de la santé, en l'occurrence les soins à domicile auprès des personnes dépendantes ou âgées⁹¹.

En deuxième lieu, cela permet de mettre en évidence les logiques de « privatisation du *care* », pour reprendre l'expression de Gaille-Nikodimov⁹². La privatisation du *care* désigne le transfert des politiques de solidarité et de soins primaires sur les proches (la sphère privée) des malades, plutôt que sur des services publics. Or, cette logique demeure un choix politique et non une loi

91 COGNET Marguerite, FORTIN Sylvie. « Le poids du genre et de l'ethnicité dans la division du travail en santé ». *Social et politique* n°49, 2003. pp. 155-172. <https://www.erudit.org/fr/revues/lsp/2003-n49-lsp689/007911ar/>

92 GAILLE-NIKODIMOV Marie. « Les ressources de la pensée du *care*. Pour un soin plus humain ». art. Cit.

naturelle incontournable. Dans un rapport publié en 2014, la HAS (Haute Autorité de Santé) estime à 8,3 millions le nombre de proches aidant-es de seize ans ou plus chargé-es d'accompagner de façon régulière et à domicile une ou plusieurs personnes de leur entourage pour des raisons de santé⁹³. Or, ces proches aidant-es ne sont généralement ni formé-es correctement, ni rémunéré-es pour le travail qu'ils ou elles effectuent.

En troisième lieu, cela permet de critiquer les mécanismes de fragmentation des soins, c'est-à-dire le manque de coordination entre les différentes prestations de *caring*. Ces dernières peuvent être prodiguées par l'entourage familial, des aides administratives, des ressources institutionnelles, etc. et sont censées favoriser le maintien d'une situation clinique acceptable pour les malades, à condition d'être reliées les unes aux autres. De fait, « considérer les activités et les gestes de soin isolément les uns des autres contribue à gommer des options de prise en charge pertinentes dans certaines situations de soin », comme l'explique Gaille-Nikodimov⁹⁴. De plus, chaque échelle d'intervention (échelle inter-individuelle, échelle intermédiaire, échelle collective) dispose d'une organisation propre et, en conséquence, repose sur des logiques de domination spécifiques. De sorte que chaque prestation est teintée de dynamiques de pouvoir qui peuvent desservir le soin.

93 HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. « Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapés ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile ». 2014. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-trans-rbpb-soutien_aidants-interactif.pdf

94 GAILLE-NIKODIMOV Marie. « Les ressources de la pensée du *care*. Pour un soin plus humain ». art. Cit.

En quatrième lieu, cela permet de mettre en lumière la temporalité propre au travail de soin, lequel s'inscrit dans la quotidienneté, la répétition, la constance et, de ce fait, est incompatible avec l'organisation conventionnelle du travail productif. Pour le dire autrement, le temps du travail de *caring* est incompressible. Comme l'écrit encore Gaille-Nikodimov, « les temps du *care* ne peuvent être contrôlés et compressés de la même façon que d'autres temps de travail »⁹⁵. Leur fractionnement ou leur compression est synonyme de perte de sens pour les pourvoyeurs-euses de *care* ainsi que de perte de repère et de dignité pour les récipiendaires.

Dans un second temps, politiser le soin à partir de la pensée du *care* exige, d'après Tronto, de déconstruire trois frontières morales et politiques. Premièrement, la frontière entre public et privé, ce qui n'équivaut pas à l'abandon de toute forme d'intimité. Cela comprend en revanche une revalorisation économique et symbolique du travail de *caring* exercé par les proches, de même qu'une meilleure redistribution de ces activités au sein d'institutions publiques. Deuxièmement, la frontière entre morale et politique. Cela signifie qu'une reconnaissance symbolique doit être accompagnée d'une reconfiguration sociale et économique. Comme je l'ai écrit plus haut, il n'est pas possible de changer les valeurs, si l'on n'intervient pas sur l'ordre social qui détermine ces valeurs. Troisièmement, la frontière entre subjectivité éthique et objectivité morale. Cela consiste, dans le sillage de Gilligan, à ne pas opposer, voire à ne pas distinguer, les valeurs fondées sur la rationalité et le calcul et celles qui proviennent de la sensibilité et de l'empathie.

95 Ibid.

En résumé, le chemin qui mène d'une éthique à une politique du *care* revient, comme le montre Mozziconacci, à légitimer le célèbre slogan féministe : « le personnel est politique »⁹⁶. De sorte que la politique du *care* devient une théorie matérialiste, dans la mesure où elle s'attache à penser et à adapter les moyens économiques, légaux et institutionnels du travail du soin. Par conséquent, la meilleure manière de faire du *care* un enjeu politique et, ce faisant, un enjeu proprement féministe, réside peut-être dans le fait de l'aborder principalement à travers le travail de *caring* (« to take care of »), soit à travers les pratiques sociales plutôt que les valeurs morales.

C'est dans ce cadre que Gaille-Nikodimov envisage la politique du *care* comme la clef de voûte de la réhumanisation des soins dans les institutions de santé. De fait, cette théorie permet, d'une part, de prendre en compte la vulnérabilité et l'interdépendance intrinsèques aux relations humaines. D'autre part, la théorie politique du *care* envisage l'existence humaine comme faite de variations et de ruptures. Comme l'écrit Gaille-Nikodimov, « toutes les activités de *caring* constituent des soutiens à la vie, mais la vie humaine n'est pas linéaire, elle connaît des accidents et lorsque les gestes du soin interviennent, c'est parfois pour la soutenir dans des moments critiques ou de façon continûment indispensable »⁹⁷. Tout ceci fait écho à la position de Mol, laquelle considère les personnes malades, non pas uniquement comme des citoyen-nes raisonnables capables de faire des choix, mais comme des membres de communautés

96 MOZZICONACCI Vanina. *Le sujet du féminisme peut-il faire l'objet d'une éducation ? Essai sur les théorisations féministes de la relation et de l'institution*. op. Cit.

97 GAILLE-NIKODIMOV Marie. « Les ressources de la pensée du *care*. Pour un soin plus humain ». art. Cit.

multiples et variées⁹⁸. Pour Mol, la « logique du soin » réside dans le fait de participer au monde, par lequel nous sommes « absorbé-es », avec notre corps et tout le reste⁹⁹.

La politique du *care* est donc un outil théorique et pratique pertinent pour penser la relation de soin, et notamment la vulnérabilité, l'interdépendance et la sensibilité à l'œuvre dans cette relation. Mais les théories du *care* s'inscrivent dans un cadre épistémologique plus large qu'est celui des épistémologies féministes, aussi appelées « épistémologies du positionnement » ou « standpoint theories ». Or, ces dernières constituent un instrument critique important pour mettre au jour les écueils de l'épistémologie de la santé, et notamment de l'épistémologie historique de Canguilhem, et demeurent un outil philosophique incontournable pour penser le corps sensible en contexte thérapeutique.

98 Cf. MOL Annemarie. (trad. DEBAUCHE Monique & DEBAUCHE Chantal). *Ce que soigner veut dire*. op. Cit.

99 Ibid.

III. Pourquoi mobiliser les épistémologies féministes en philosophie de la santé ?

Ce n'est pas uniquement parce que les théories politiques du *care* prennent appui sur les épistémologies féministes que je suggère de les mobiliser dans cette étude. C'est aussi parce qu'elles permettent de dépasser certains écueils de l'épistémologie subjectiviste de Canguilhem, notamment pour ce qui est de replacer le vécu de conscience de la maladie dans un cadre social plus vaste. L'expérience de la maladie paraît effectivement conditionnée par des dynamiques structurelles. De même que la relation de soin comporte des enjeux politiques, la perception du normal et du pathologique semble dépendre de l'organisation sociale.

III.1. Les épistémologies féministes : de quoi parle-t-on ?

Les épistémologies féministes, aussi appelées épistémologies du point de vue, théories du positionnement, savoirs situés ou, en anglais, *standpoint theories*, qualifient un ensemble de théories critiques apparues dans les années 1970-1980 dans le sillage des mouvements pour la libération des femmes. Elles consistent à interroger la place des femmes et des minorités de genre dans les activités et les discours scientifiques, à dénoncer les biais sexistes ou androcentriques présidant à l'établissement des critères de scientificité ainsi qu'aux choix des contenus scientifiques.

Les épistémologies féministes ont une visée politique de transformation de la science et de la société. Elles s'inscrivent donc dans les luttes féministes, tout en demeurant un pan à part entière de la recherche scientifique. Le sociologue Damien Simonin l'exprime de la manière suivante : « dans un double mouvement, il s'agit de replacer cette politisation des sciences dans l'histoire du féminisme et d'interroger les

conceptions de la science et de la politique qui s'en dégagent. Les approches féministes proposent notamment une critique de l'objectivité conçue comme distanciation et neutralité, à laquelle elles opposent diverses modalités de prise en compte des conditions de la recherche et des subjectivités des chercheuses, en particulier la proposition du *standpoint feminism* (féminisme du positionnement). »¹⁰⁰.

Les épistémologies féministes désignent une approche transdisciplinaire dont le but est de critiquer la conception abstraite de l'objectivité et l'idéal d'une science détachée des intérêts particuliers des scientifiques. En cela, elles poursuivent le travail de Gaston Bachelard, Thomas Kuhn, Paul Feyerabend, Alexandre Koyré, Bruno Latour, etc. Mais leur spécialité est d'aborder l'activité scientifique au prisme du genre. Avant d'aller plus loin, il me paraît donc important de définir le concept de genre tel qu'il est mobilisé par les épistémologues du positionnement, et tel qu'il se distingue des concepts de sexe et de sexualité, tout en y étant relié d'une certaine façon.

Quand elles parlent de « sexe », les théories féministes désignent généralement le sexe biologique. Le sexe biologique est assigné à la naissance selon des critères variables. Ce peut être en fonction de l'anatomie périnéale : présence d'un phallus ou bien d'une vulve. Mais ce peut aussi être en fonction de principes génétiques : présence de deux chromosomes X ou bien d'un chromosome X et d'un chromosome Y ; de données hormonales : taux de testostérone, d'œstrogènes ou de progestérone ; du rôle des gonades dans la procréation : production de spermatozoïdes ou bien d'ovules. Le sexe biologique est donc envisagé d'après un modèle binaire chez l'espèce humaine. Il y a d'un côté les mâles, de l'autre les femelles. Cette répartition n'est toutefois pas indiscutable, en raison de l'instabilité des critères mobilisés pour justifier une

100 SIMONIN Damien. « Maria Puig de la Bellacasa, Politiques féministes et construction des savoirs ». *Lectures. Les comptes rendus.* 30/04/2013. <http://journals.openedition.org/lectures/11397>

bicatégorisation, ainsi que de la trop grande fréquence d'exceptions biologiques à l'égard de ce qui est perçu comme la norme¹⁰¹.

Quand les théories féministes parlent de genre, elles caractérisent l'ensemble des comportements et des rôles censés correspondre, découler ou dépendre du sexe biologique. D'après les auteurs-rices d'une introduction aux études sur le genre parue en 2012, « le genre est un processus social de construction de représentations d'une différence biologique ayant comme but de déterminer des territoires sociaux distincts et de dominer l'autre. »¹⁰². Parfois appelé « sexe social », le genre est autrement dit une construction culturelle qui opère comme un système de division et de hiérarchisation. C'est à ce titre qu'il est question du genre au singulier, et non des genres au pluriel. Comme l'explique la sociologue Isabelle Clair, « l'usage du terme genre au singulier permet ainsi de souligner la démarche selon laquelle le genre est un "diviseur", au sens d'un système de relations sociales produisant deux sexes posés comme antagonistes : les hommes et les femmes. »¹⁰³.

101 Il existe différentes critiques de la conception binaire de la sexuation humaine : l'argument du continuum des sexes, qui consiste à dire qu'il y a une variété infinie de sexes entre mâle et femelle ; l'argument constructiviste, qui consiste à dire que le sexe, même biologique, est une construction sociale ; l'argument que je qualifie de « critique », qui consiste à distinguer clairement le sexe des sexes et, ce faisant, le genre du sexe. L'argument du continuum a certes une grande force théorique, mais l'argument critique est plus pertinent sur le plan politique et linguistique. Pour une remise en cause du dimorphisme humain à partir de l'argument du continuum des sexes, cf. FAUSTO-STERLING Anne (trad. BOTERF Anne-Emmanuelle). *Les cinq sexes : pourquoi mâle et femelle ne suffisent pas ?* Paris : Payot, 2013 ; HOQUET Thierry. *Des sexes innombrables. Le genre à l'épreuve de la biologie*. Paris : Seuil, 2016. Et pour une critique affûtée des mésusages des notions de « sexe », « sexes » et « genre », cf. TOURAILLE Priscille. « Déplacer les frontières conceptuelles du genre ». *Journal des anthropologues*. N°124-125, 2011. Pp. 49-69. <http://jda.revues.org/5267>

102 BERENI Laure, CHAUVIN Sébastien, JAUNAIT Alexandre, al. *Introduction aux études sur le genre*. Bruxelles : De Boeck , 2012. pp.30-31

103 CLAIR Isabelle. *Sociologie du genre*. Paris : Armand Colin , 2015. pp.8-9

Quand elles parlent de sexualité, les théories féministes ne qualifient pas uniquement une stimulation physique des zones génitales, mais, pour reprendre les termes du sociologue Michel Bozon, une « sphère spécifique mais non autonome du comportement humain, qui comprend des actes, des relations et des significations » telle que « le non sexuel donne sa signification au sexuel »¹⁰⁴. D'une certaine manière, la sexualité est un marqueur social. Les pratiques sexuelles (gestes, partenaires, désirs, fréquence, etc.) tendent à catégoriser les individu-es et, ce faisant, à les assigner à des rôles sociaux donnés. En outre, les logiques de genre utilisent la sexualité pour jouer le rôle de diviseur. Certaines pratiques sont attribuées à un sexe plutôt qu'à l'autre, entretenant ainsi cette dichotomie. C'est pourquoi la question de la sexualité est intriquée à celle du genre.

En somme, les théories féministes analysent comment le genre, entre autres diviseurs sociaux (par exemple la race, le handicap, la classe sociale, etc.) assigne des rôles sociaux particuliers et, de ce fait, confère une perception et une compréhension du monde influencées par ces rôles. C'est de cette perception ou compréhension que résulte la subjectivité.

Si les épistémologies féministes considèrent la subjectivité comme partie prenante de la science, elles ne renoncent cependant pas à toute forme d'objectivité. Par conséquent, elles proposent une alternative à l'opposition entre relativisme (les critères de scientificité n'auraient pas de valeur parce qu'ils sont uniquement relatifs à leur contexte d'apparition) et universalisme (les critères de scientificité seraient valables en tout temps et en tout lieu parce qu'ils sont indifférents à leur contexte d'apparition). D'après Simonin, « pour interroger les distinctions entre féminin et masculin et entre privé et public, la division sociale et politique du travail, l'articulation entre autorité

104 BOZON Michel. *Sociologie de la sexualité*. Paris : Armand Colin, 2009. P. 7

politique et scientifique, les militantes et chercheuses féministes mettent donc en relation le plus subjectif (l'expérience personnelle) avec le plus objectif (les savoirs scientifiques). »¹⁰⁵. Autrement dit, les épistémologies féministes tendent à identifier, dans le sillage des critiques du courant positiviste et néopositiviste, la dimension subjective des principes scientifiques.

Plus précisément, les théories féministes du positionnement s'attachent à analyser les mécanismes de domination fondés sur le genre qui sous-tendent les expériences subjectives et ce afin de les combattre plus efficacement. C'est pourquoi elles sont porteuses d'une visée politique et transformatrice. La sociologue Artemisa Flores Espínola le résume de la façon suivante : « L'objet de l'analyse féministe est de faire advenir une connaissance qui procède d'une combinaison de critères subjectifs, liés notamment au projet féministe de changement social et de certains critères objectifs. C'est là le défi premier des épistémologies féministes [...]. Les théories du "point de vue" ont été les premières à présenter des arguments et propositions solides afin de lutter contre le sexisme et l'androcentrisme tels qu'ils se manifestent dans le domaine scientifique. »¹⁰⁶.

Les épistémologies féministes ne constituent toutefois pas un champ de recherche et de lutte homogène, tant sur la forme que sur le contenu. Elles se confrontent à une multiplicité de problématiques et d'expériences. Leur caractère transdisciplinaire peut les rendre difficiles à cerner, ou bien tendre à uniformiser des vécus pourtant très différents, ou encore lisser des points de désaccord entre théoricien-nes et/ou activistes. Comme l'explique la philosophe Delphine Frasch, « les

105 SIMONIN Damien. « Maria Puig de la Bellacasa, Politiques féministes et construction des savoirs ». Art. Cit.

106 ESPÍNOLA Artemisa Flores. « Subjectivité et connaissance : réflexions sur les épistémologies du "point de vue" ». *Cahiers du Genre*. N°53, 02/2012. pp. 99-120. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2012-2-page-99.html>

épistémologies du *standpoint* peuvent ainsi sembler, non sans paradoxe, bien difficiles à situer. Sans doute sont-elles en cela victimes de leur succès. Dans le monde anglophone mais aussi désormais francophone, on les mobilise dans un nombre impressionnant de disciplines et plus récemment dans certains milieux militants. Ces usages parfois très inventifs occultent néanmoins la pluralité des théories invoquées et les conflits qui les traversent. »¹⁰⁷.

Par exemple, les épistémologies féministes mobilisent le concept de « privilège épistémique » pour mettre l'accent sur la pensée critique émergeant du vécu de la discrimination et, plus précisément, de la communauté d'expériences. Ce privilège épistémique, sur lequel je reviendrai ci-après, est aussi appelé « point de vue » par certain-es chercheurs-euses. Bien que ce concept permette de valoriser la perspective des personnes discriminées, il paraît compliqué, comme l'écrit Espínola, « de reconnaître un tel privilège dans les pratiques d'un groupe socialement marginalisé, même si ce groupe a été identifié. De même, il semble pour le moins malaisé de soutenir l'idée qu'un groupe puisse détenir un privilège épistémique sans risquer d'idéaliser ses pratiques. »¹⁰⁸.

En résumé, les théories du positionnement se confrontent à un double écueil : d'un côté celui de la fétichisation des expériences marginales et, de l'autre, celui de l'idéalisation des pratiques de conscientisation de la domination. D'où l'importance de dresser les contours de cette domination.

107 FRASCH Delphine. « Les féminismes du *standpoint* sont-ils matérialistes ? ». *Nouvelles questions féministes*. Vol. 39, 01/2020. Pp. 66-80. <https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2020-1-page-66.htm?contenu=resume>

108 ESPÍNOLA Artemisa Flores. « Subjectivité et connaissance : réflexions sur les épistémologies du "point de vue" ». art. Cit.

III.2. L'expérience de la domination comme source des épistémologies féministes

L'un des points de convergence des épistémologies féministes est de faire du vécu de la domination le fondement de la théorie. Par « fondement », j'entends l'origine, la structure et la spécificité. L'expérience des minorités (au sens sociologique du terme¹⁰⁹ est donc à la fois ce qui rend possible et ce qui justifie l'élaboration d'une théorie critique. D'après la philosophe Maria Puig de la Bellacasa, « ce qui caractérise la plupart des approches [...], ce serait l'engagement à penser à partir de l'expérience des femmes et plus généralement des vies matérielles non dominantes – voire minoritaires –, et donc à réhabiliter ces ressources (données empiriques y compris) rendues invisibles ou dévalorisées, pour enrichir, voire transformer, certaines théories. »¹¹⁰.

Parmi les terrains de lutte et de débat principaux des épistémologies féministes se trouvent la biologie et la médecine. Non seulement parce que d'éminentes épistémologues féministes proviennent de ces disciplines (telle Donna Haraway), mais aussi parce que ces domaines scientifiques participent grandement à « faire le genre » (pour paraphraser le titre du numéro 27 de la revue *Clio* paru en juillet 2013). Les

109 À l'inverse de la minorité au sens démographique ou statistique du terme, qui désigne un groupe quantitativement moins important, la minorité au sens sociologique du terme caractérise un groupe dominé socialement. Voici la définition qu'en donne le sociologue Pierre-Jean Simon : « le concept sociologique de minorité doit donc être nettement démarqué de tout contenu quantitatif – quelles que soient les incidences, qui sont bien sûr par ailleurs à prendre en compte dans les analyses, de cet aspect du nombre. Il ne réfère pas à des ensembles collectifs moins nombreux, mais à des ensembles collectifs dominés. De même que le concept de majorité, dans cette sélective ne signifie pas le plus nombreux, mais le dominant ». in SIMON Pierre-Jean. *Pour une sociologie des relations interethniques et des minorités*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2006. P. 145. Cité dans RACHAD Antonius. « Repenser les catégories de "majorité" et de "minorité" : l'islamisme comme phénomène minoritaire dans les sociétés occidentales ». *Revue européenne des migrations internationales*. vol. 31 n°2, 2015. Pp. 11-30. <https://journals.openedition.org/remi/7238>

110 PUIG DE LA BELLACASA Maria. *Politiques féministes et construction des savoirs*. « Penser nous devons » ! Paris : L'Harmattan, 2013. p. 113

théories du positionnement s'intéressent néanmoins à l'ensemble des sciences (sociales, expérimentales et exactes). Mais, comme l'explique Simonin, il est vrai que « la biologie y joue un rôle particulier, pour son rôle historique de justification de l'oppression des femmes et comme domaine social des sciences de la nature. »¹¹¹. D'où l'intérêt de déconstruire la domination des femmes et des minorités de genre dans et par ces disciplines scientifiques.

III.2.1. . Dénoncer l'oppression fondée sur le genre

Selon Espínola, reprenant les travaux de la philosophe Elizabeth Anderson¹¹², « deux objectifs centraux guident le projet épistémologique féministe. Il s'agit, d'une part, de détailler les apports de la critique féministe à la mise en évidence du sexisme et de l'androcentrisme dans la pratique scientifique en définissant ce qu'est une théorie sexiste ou androcentrique et en identifiant les biais qui la caractérisent à tous les stades de la recherche. D'autre part, il s'agit de soutenir des pratiques féministes qui impliquent un engagement à la libération des femmes dans une perspective d'égalité sociale et politique, afin d'expliquer les façons par lesquelles de tels projets moralement et politiquement engagés peuvent permettre la production d'un nouveau mode de connaissance. »¹¹³. La préoccupation première (tant au sens chronologique qu'axiologique) des épistémologies féministes est la domination fondée sur le genre.

D'un côté, il s'agit de mettre au jour le sexisme et l'androcentrisme des théories scientifiques hégémoniques. Le sexisme est une idéologie structurelle qui non seulement postule l'existence de deux sexes ou genres uniquement, mais présume de plus la

111 SIMONIN Damien. « Maria Puig de la Bellacasa, Politiques féministes et construction des savoirs ». art. Cit.

112 Cf. ANDERSON Elizabeth. « Feminist Epistemology : An Interpretation and a Defense ». *Hypatia*. vol. 10 n°3, 1995. Pp. 54-80

113 ESPÍNOLA Artemisa Flores. « Subjectivité et connaissance : réflexions sur les épistémologies du "point de vue" ». art. Cit.

supériorité intrinsèque d'un sexe (au sens de sexe social ou de genre) sur un autre, en l'occurrence du sexe masculin sur le sexe féminin. Le sexisme se traduit par des discriminations, des inégalités, des violences (physiques, symboliques, économiques, etc.) et infuse l'ensemble des comportements, dans la mesure où il est une domination structurelle¹¹⁴. Malgré tout, le sexisme prend des formes différentes : il est dit « hostile » quand il se manifeste par des violences frontales (par exemple les violences conjugales), et « bienveillant » quand il se manifeste par des violences insidieuses (par exemple la galanterie). L'association de ces deux formes crée une situation ambivalente qui entretient une confusion permanente et, partant, maintient les victimes dans une posture minoritaire¹¹⁵.

L'androcentrisme est, pour reprendre la formule de la philosophe Michèle Le Dœuff, un ensemble de « principes limitatifs tacitement acceptés mais non examinés »¹¹⁶ consistant à faire de la perspective masculine une perspective centrale et majoritaire. L'androcentrisme est, selon les mots de la philosophe et spécialiste en science de l'éducation Nicole Mosconi commentant le travail de Le Dœuff, un « système de répartition des rôles sexués qui implique la prépondérance intellectuelle masculine »¹¹⁷. Par conséquent, l'androcentrisme agit comme un biais sociologique et cognitif. Sociologique, parce que ce sont les hommes qui décident comment construire le savoir, et comment instruire les femmes. Cognitif, en tant qu'il oriente la manière de percevoir comme la manière d'analyser le réel.

114 Cf. SWIM Janet, CAMPBELL Bernadette. *Sexism : Attitudes, beliefs, and behaviors*. Oxford : Blackwell Publishers, 2001

115 Cf. GLICK Peter, FISKE Susan. « An Ambivalent Alliance : Hostile and Benevolent Sexism as Complementary Justifications for Gender Inequality ». *American Psychologist*. vol. 56 n°2, 2001. Pp. 109-118

116 LE DŒUFF Michèle. *Le sexe du savoir*. Paris : Marie Aubier, 1998. P. 56

117 MOSCONI Nicole. « Compte-rendu de lecture : Michèle LE DŒUFF, *Le sexe du savoir*, Paris, Aubier, coll. Alto., 1998 ». *Travail, genre et sociétés*. N°2, 02/1999. Pp. 186-192. <https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-1999-2-page-186.htm>

D'un autre côté, il s'agit de mettre en évidence le gain de connaissance offert par les épistémologies féministes. Les théories majoritaires reposent sur une perception – et par extension sur une compréhension – partielle et partielle du réel. Leur posture dominante ne leur permet pas d'avoir accès à un grand pan de l'expérience, notamment celle des dominé-es. Le Dœuff appelle cela la « clôture de la raison masculine » : l'opresseur impose son imaginaire et demeure imperméable à celui de celles et ceux qu'il opprime. Plus encore, Le Dœuff dénonce cette prétention de la « raison creuse » à exclure symboliquement ou physiquement celles et ceux qui ne lui ressemblent pas. D'après elle, « on peut tout à fait sauver l'idée modeste, potentiellement épïcène et transnationale, d'efforts rationnels en sciences ou en philosophie et déclarer que l'allégorie d'une Raison creuse n'a aucun intérêt, sauf pour qui y cherche un bénéfice narcissique ou le moyen symbolique d'exclure du débat un bon nombre d'Autres »¹¹⁸.

Dans une veine similaire, la philosophe Sandra Harding précise que les théories hégémoniques prennent pour référence davantage la vie des hommes que celle des femmes. D'une part, l'expérience des femmes n'a pas inspiré les modèles théoriques conventionnels. De l'autre, cette expérience n'a pas non plus été prise en compte pour faire émerger des problèmes de recherches spécifiques¹¹⁹. Comme l'écrit Espínola, commentant les travaux de Harding, « les théories avec lesquelles il faut actuellement compter ont avant tout été développées pour expliquer l'expérience des hommes, plus particulièrement de certains d'entre eux, "occidentaux, bourgeois, blancs et hétérosexuels" »¹²⁰.

118 LE DŒUFF Michèle. *Le sexe du savoir*. Op. cit. p. 281

119 Cf. HARDING Sandra. *The Science Question in Feminism*. Ithaca : Cornell University Press. 1986

120 ESPÍNOLA Artemisa Flores. « Subjectivité et connaissance : réflexions sur les épistémologies du "point de vue" ». art. cit ; HARDING Sandra. *The Science Question in Feminism*. Op. cit. p. 646

D'après Espínola, « la théorie féministe du "point de vue" est réellement apparue avec la publication, en 1983, de l'article "The Feminist Standpoint" de la politologue Nancy Hartsock. »¹²¹. Dans cet article, Hartsock reprend et approfondit la théorie marxienne selon laquelle les opprimé-es (originellement le prolétariat) dispose d'un point de vue privilégié pour analyser le réel et penser le changement social. C'est ce qu'exprime le concept de « privilège épistémique », dont il a été question plus haut. Pour la théorie marxienne, l'existence matérielle, c'est-à-dire la position que l'on occupe dans l'organisation économique de la société, structure l'appréhension et la compréhension du réel. Par conséquent, il existe des points de vue opposés sur la réalité sociale.

Toutefois, si Hartsock reprend l'idée de lutte des classes, elle pointe l'insuffisance de la théorie marxiste pour penser l'expérience des femmes. Elle explique que Marx envisage le prolétariat comme étant dans un rapport d'échange avec la nature, tandis que les femmes sont, de par l'expérience et la charge de la reproduction, dans un rapport d'union avec la nature. Autrement dit, les hommes utilisent la nature pour la transformer et l'intégrer au système de production, alors que les femmes font l'expérience de l'union avec la nature, notamment à travers la grossesse. De ce fait, c'est l'activité des femmes, davantage que celle des travailleurs, qui est caractéristique de l'activité humaine. Comme l'écrit Espínola, décrivant les travaux de cette politiste, « le fait de donner le jour à des enfants et de les élever constitue une expérience d'unité entre le corps et l'esprit plus forte que celle de l'activité instrumentale du travailleur »¹²². La grossesse est perçue comme l'exemple paradigmatique de la

121 Ibid. Cf. HARTSOCK Nancy C. M. « The Feminist Standpoint : Developing the Ground for a Specifically Feminist Historical Materialism ». In HARDING Sandra, HINTIKKA Merrill B. (dir.). *Discovering Reality : Feminist Perspectives on Epistemology, Metaphysics, Methodology and Philosophy of Science*. Dordrecht & Boston : Reidel, 1983. 283-310

122 ESPÍNOLA Artemisa Flores. « Subjectivité et connaissance : réflexions sur les épistémologies du "point de vue" ». art. cit. p. 646

production la plus naturelle possible. Il s'agit d'une production sans intervention industrielle, donc sans instrumentalisation de la nature.

Cependant, l'importance accordée à l'expérience procréative, de même que le primat attribué au genre, tendent à homogénéiser le vécu des « femmes » et, par suite, à effacer la diversité des expériences et des rapports de domination autres que le sexisme.

III.2.2. Penser l'imbrication de diverses oppressions

Si l'expérience du sexisme représente le point de départ des épistémologies féministes, elle peut aussi en constituer le point d'achoppement. En conceptualisant la théorie du point de vue, Hartsock a tenu à insister sur le vécu commun des femmes, plutôt que sur leurs différences. Cependant, la catégorie « femmes » peut sembler à la fois trop générique et trop essentialiste. Générique, dans la mesure où elle tend à uniformiser le vécu des femmes sous la seule bannière du genre. Or, l'expérience d'une femme lesbienne est différente de celle d'une femme hétérosexuelle, de même que l'expérience d'une femme racisée et d'une femme blanche, d'une femme transgenre et d'une femme cisgenre, d'une femme valide et d'une femme handicapée, d'une femme riche et d'une femme pauvre, etc. Essentialiste, parce qu'elle tend à réduire les femmes à leur sexe ou à leur genre, parce qu'elle découle d'une approche binaire du genre (hommes versus femmes), parce qu'elle minimise ou passe sous silence l'ensemble des rapports sociaux qui participent à modeler un-e individu-e. De plus, le genre se réduit, dans ce cadre, à la question de la procréation, qui est elle-même envisagée d'après une perspective très naturaliste. Par nature, il y a ceux qui ne procréent pas, et celles qui procréent. Or, le racisme, la transphobie, le validisme, etc. sont autant d'oppressions structurelles qui, par définition, organisent les rapports sociaux.

Les théories du positionnement se doivent donc de prendre en compte l'articulation des différents mécanismes de domination. Par « articulation », j'entends non pas une juxtaposition – une femme noire fait l'expérience du racisme en plus du sexisme – mais une spécification : l'oppression des femmes noires est spécifique. Une approche en termes d'articulation ou d'imbrication est davantage holistique que cumulative. Et pour parler de cette imbrication des rapports de domination, il existe divers outils conceptuels et politiques. Les plus connus sont la « consubstantialité » et l'« intersectionnalité »¹²³. Les deux ont un objectif double : penser la complexité des rapports sociaux et proposer une voie émancipatrice. Les deux ont néanmoins une focale et une méthodologie différentes.

C'est en 1978 que la sociologue Danièle Kergoat forge le concept de « consubstantialité » des rapports de pouvoir, afin de penser leur articulation¹²⁴. Ce concept a été pensé pour décrire la réalité des femmes ouvrières en lutte. De sorte qu'il s'intéresse principalement aux catégories de sexe et de classe sociale.

La consubstantialité aborde la réalité des femmes ouvrières, non pas en se référant à une logique additive, mais en évaluant la réalité sociale de ces femmes, laquelle s'inscrit de manière originale dans les rapports de sexe comme de classe. Cette notion sous-entend que les rapports sociaux possèdent des propriétés communes bien qu'ils soient distincts. Elle s'attache alors à examiner conjointement le même et le différent.

123 GALERAND Elsa, KERGOAT Danièle. « Consubstantialité vs intersectionnalité ? À propos de l'imbrication des rapports sociaux ». *Nouvelles pratiques sociales*. Vol. 26 n°2, 2014. Pp. 44-61. <https://www.erudit.org/fr/revues/nps/2014-v26-n2-nps01770/1029261ar/>

124 Cf. KERGOAT Danièle. « Ouvriers = ouvrières ? Propositions pour une articulation théorique des deux variables : sexe et classes sociales ». *Critiques de l'économie politique*. N°5, 1978. Pp. 65-97

C'est en 1991 que le concept d'« intersectionnalité » des violences a été théorisé par la juriste Kimberlé Crenshaw, dans le sillage du mouvement pour les droits civiques et la libération noire et du *black feminism* (féminisme noir) aux États-Unis¹²⁵. Les théoricien-nes de l'intersectionnalité reprennent généralement les analyses marxistes de l'oppression patriarcale, mais y ajoutent la variable raciale. Pour Crenshaw, les discours féministes et antiracistes des années 1980-1990 ne repèrent pas suffisamment les points d'intersection du racisme et du patriarcat.

À partir d'une « cartographie des marges », l'intersectionnalité vise à montrer comment le racisme et le patriarcat s'influencent réciproquement. Cette notion contribue également à décrire la position des personnes diversement opprimées, en l'occurrence les « femmes de couleur » (sic). Ces dernières sont à la fois placées dans des systèmes de subordination qui se recoupent et aux marges des luttes féministes et antiracistes. D'où la métaphore géographique pour saisir la spécificité de cette situation.

L'intersectionnalité a donc une triple fonction : premièrement, montrer que l'expérience concrète des femmes de couleur est qualitativement différente de celle des femmes blanches à l'endroit des violences sexistes et sexuelles (notamment les violences conjugales et le viol) et des moyens pour y remédier. Deuxièmement, dénoncer la marginalisation des violences contre les femmes de couleur induites par les politiques féministes et antiracistes institutionnelles. Troisièmement, repenser les politiques de l'identité, c'est-à-dire les outils catégoriels d'autodétermination. L'intersectionnalité est en somme un outil de lutte intracommunautaire et sociale. Crenshaw, traduite par Oristelle Bonis, le résume de la façon suivante : « Je voudrais suggérer que

125 Cf. CRENSHAW Kimberlé. « Mapping the Margins of Intersectionality, Identity Politics and Violence Against Women of Color ». *Stanford Law Review*. vol. 43 n°6, 1991. Pp. 1241-1299

l'intersectionnalité permet d'alléger un peu la tension entre les revendications de l'identité multiple et la nécessité jamais démentie d'une politique identitaire. »¹²⁶.

Ajouter la question de la race à celle du genre vient complexifier non seulement l'analyse du réel, mais aussi l'analyse des concepts. C'est notamment ce à quoi s'adonne la sociologue Patricia Hill Collins¹²⁷ lorsqu'elle souligne, selon la formule d'Espínola, « l'influence durable de l'histoire de l'esclavage dans la formation racialisée du genre et des rapports sociaux de sexe »¹²⁸. De la même manière, affirmer que les personnes au croisement de plusieurs oppressions ont une expérience qualitativement différente, c'est reconfigurer les jalons épistémologiques des théories du positionnement. Pour Collins, il est en effet nécessaire de faire « la distinction entre une épistémologie du "point de vue des femmes noires" et les épistémologies afrocentriques et féministes, situant l'expérience singulière des femmes noires en tant que point de relais entre ces différents positionnements. », comme l'écrit Espínola¹²⁹.

Le vécu des femmes noires, parce qu'il peut être doublement effacé (par les luttes féministes comme par les luttes antiracistes), prouve que ce n'est pas seulement l'expérience qui est socialement située, mais aussi le crédit et la place qu'on accorde à cette expérience dans le régime de construction des connaissances. En d'autres termes, marginaliser l'expérience des femmes noires, c'est faire un choix politique.

126 CRENSHAW Kimberlé (trad. BONIS Oristelle). « Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur ». *Cahiers du Genre*. N°39, 02/2005. pp. 51-82. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2005-2-page-51.htm>

127 Cf. COLLINS Patricia Hill. « Learning from the Outsider Within : The Sociological Significance of Black Feminist Thought ». *Social Problems*. vol. 33 n°6, 1986. Pp. 14-32

128 ESPÍNOLA Artemisa Flores. « Subjectivité et connaissance : réflexions sur les épistémologies du "point de vue" ». art. Cit.

129 Ibid.

III.2.3. La science n'est pas une sphère apolitique

Selon la formule de Puig de la Bellacasa, pratiquer les épistémologies féministes, c'est « continuer à faire de la science dans leurs pratiques spécifiques sans acquiescer à son modèle apolitique »¹³⁰. Cela signifie deux choses : tout d'abord que la science prétend, dans sa définition conventionnelle ou hégémonique, être apolitique. Ensuite, que les épistémologies féministes ne sont pas contre ou en dehors des sciences, mais une pratique scientifique à part entière, tout en revendiquant une visée politique : lutter contre le sexisme.

S'agissant de la prétention apolitique des sciences, à laquelle toutes les sciences sont exposées, y compris les sciences humaines et sociales, les épistémologies féministes mettent en évidence le caractère illusoire et réducteur d'une telle position.

L'apolitisme peut qualifier plusieurs choses : premièrement, une affirmation active d'indépendance vis-à-vis du terrain politique. Deuxièmement, un désintérêt à l'endroit de la chose politique. Troisièmement, un rejet du caractère politique de quelque chose ou de la conscience politique de quelqu'un-e. Quatrièmement, une conservation de l'ordre établi afin d'éviter les conflits. Cinquièmement, une opposition à l'organisation politique par partis ou par représentant-es.

Il n'est pas question ici de trancher ou de critiquer ces définitions. Il est toutefois loisible de préciser que l'apolitisme présumé des sciences se fonde sur les trois premières acceptions (l'affirmation d'indépendance, le désintérêt pour la chose politique, le rejet de tout caractère politique). Ce sont donc sur ces trois acceptions que se concentrent les critiques féministes des sciences.

130 PUIG DE LA BELLACASA Maria. *Politiques féministes et construction des savoirs*. « *Penser nous devons* » ! op. cit. p. 145

S'agissant de la portée politique des épistémologies féministes, elle se structure autour de mobilisations sociales dont elles proviennent et vers lesquelles elles s'orientent. Mais les théories du positionnement sont politiques pour deux raisons majeures : la première réside dans leur visée transformative ; la seconde dans leur dimension collective.

Pour ce qui est de la visée transformative, Puig de la Bella Casa affirme que la théorie féministe « vise à produire des effets transformateurs en tentant de communiquer non pas uniquement un état de fait mais le processus de sa transformation. »¹³¹. C'est-à-dire qu'elle ne se contente pas de décrire, mais s'attache aussi à prescrire ou imaginer des modes d'action.

Et pour ce qui est de la dimension collective, je me réfère à l'éditorial du numéro trente-neuf de la revue *Nouvelles questions féministes* (NQF), rédigé par Marie Mathieu, Vanina Mozziconacci, Lucile Ruault et Armelle Veil, selon qui « les expériences des femmes sont, dans une société patriarcale, capitaliste et raciste, morcelées. Pour autant, les *standpoint* ne sont pas (des agrégats) individuels ils sont une construction critique et collective dont la finalité est politique et dont l'unification se manifeste dans la mobilisation et l'action. La question du collectif est centrale : comment articuler (et comment s'articulent) les expériences individuelles et les expériences collectives dans la construction des savoirs ? »¹³². Cela signifie que les épistémologies féministes ne s'occupent pas uniquement d'expliquer le vécu individuel, mais cherchent également à le remettre en lien avec le collectif et, par suite, à améliorer l'expérience collective. Il s'agit à la fois de légitimer l'expérience individuelle en la replaçant au cœur de dynamiques structurelles, et d'agir sur ces mêmes dynamiques. Pour y parvenir, elles

131 Ibid. pp. 213-214

132 MATHIEU Marie, MOZZICONACCI Vanina, RUAULT Lucile, VEIL Armelle. « Pour un usage fort des épistémologies féministes ». *Nouvelles questions féministes*. Vol. 39 n°1, 2020. <https://journals.openedition.org/lectures/43367>

interrogent les représentations et les valeurs qui président à la construction des savoirs hégémoniques.

III.3. Interroger l'activité et les valeurs scientifiques grâce aux épistémologies féministes

III.3.1. Critiquer la neutralité et insister sur l'inscription sociale des chercheurs-euses

La première valeur à faire l'objet des critiques féministes est la neutralité. Les épistémologies du positionnement ont en partage le scepticisme par rapport à l'idéal d'une théorie de la connaissance qui serait indifférente au contexte social et à la situation du sujet connaissant.

Cela suppose d'envisager le sujet connaissant comme étant lui-même modelé et influencé par son ou ses groupes sociaux d'appartenance. Il n'est pas un atome isolé et indépendant. Les rédactrices du trente-neuvième éditorial de NQF l'expliquent de la manière suivante : « Les épistémologies du *standpoint* visent à reconnaître que le lieu depuis lequel on produit des savoirs est en partie subi et hérité (on est "mises en situation"). Il ne s'agit pas de relativiser les points de vue, mais de se ressaisir activement et collectivement des identités sociales depuis lesquelles on parle [...]. »¹³³

Cela suppose encore de reconnaître que les méthodes scientifiques sont orientées par l'inscription sociale de ce sujet. Elles ne sont ni imperméables à la subjectivité de leurs créateurs-rices, ni même créées *ex nihilo* dans un monde abstrait et idéal. Il y a une interaction entre le sujet connaissant et l'objet de la connaissance. Et parce qu'ils

133 Ibid.

font le pont entre les deux, les outils scientifiques sont nécessairement affectés par cette interaction.

Dans un article paru en 2016, la sociologue Isabelle Clair interroge ce que veut dire « faire du terrain en féministe ». C'est-à-dire qu'elle réfléchit au rôle de l'engagement féministe d'un-e chercheur-euse dans son travail d'enquête. Loin de constituer un obstacle scientifique, cet engagement apporte une certaine lucidité. Il enjoint le ou la chercheur-euse à assumer ses biais cognitifs et politiques et, par extension, à admettre que toute démarche de théorisation est biaisée d'une manière ou d'une autre. D'où la critique de la valeur de neutralité.

D'après Clair, « non seulement parce que ce-tte dernier-e ne peut se rendre "invisible" ni partir du principe que la relation d'enquête serait "une situation de communication transparente"[...], mais plus fondamentalement parce que la problématisation, le choix de la méthode, la façon de mener son terrain et d'en analyser le contenu sont déterminés par la position sociale et par le positionnement politique du ou de la chercheur-e. »¹³⁴.

En somme, les théories du *standpoint* forment, pour reprendre la formule de Frasc, « une invitation à ne pas masquer la spécificité de la trajectoire depuis laquelle on parle et, partant, les limites de son point de vue. »¹³⁵. Autrement dit, les épistémologies du positionnement revendiquent un usage fort de la réflexivité et, ce faisant, rejettent l'illusion de la neutralité.

134 CLAIR Isabelle. « Faire du terrain en féministe ». *Actes de la recherche en sciences sociales*. N°213, 03/2016. Pp. 66-83. <https://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2016-3-page-66.htm>

135 FRASCH Delphine. « Les féminismes du *standpoint* sont-ils matérialistes ? ». art. cit.

III.3.2. Critiquer l'objectivité et valoriser le recours à la subjectivité

Questionner la situation du sujet épistémologique, ce n'est pas renoncer au principe d'objectivité ou bien tomber dans un relativisme radical. C'est plutôt interroger les standards de l'objectivité. Cela signifie que les théories du positionnement ne se réduisent pas au subjectivisme, c'est-à-dire, selon le dictionnaire philosophique Lalande de 1968, à la « tendance philosophique qui consiste à ramener tout jugement de valeur ou de réalité à des actes ou des états de conscience individuels ». Elles suggèrent en revanche de « dissoudre la hiérarchie entre objet et sujet de connaissance, conférant la même autorité au chercheur et aux sujets de l'investigation »¹³⁶, comme l'écrit Espínola en parlant des travaux de Harding. Elles incitent par conséquent à faire un usage cohérent de la subjectivité.

Critiquer la définition hégémonique de l'objectivité, c'est également explorer des territoires méconnus (parce que méprisés) de la science. L'exemple le plus édifiant concerne l'organisation du travail domestique. Il s'agit donc faire surgir un gain de connaissance. Les épistémologies féministes ne consistent pas à se détourner de la connaissance en général, ou bien à rejeter les connaissances déjà produites. Elles se contentent d'en dénoncer le caractère restrictif et orienté. Comme l'écrit Clair, « les féministes ont produit et produisent des connaissances nouvelles, incluant des vies qui jusqu'à ce qu'elles en parlent dans leurs travaux n'étaient pas problématisées, et se trouvaient dès lors exclues du savoir légitime, parce qu'elles sont intéressées par les finalités de la recherche et les contraintes dans lesquelles celle-ci s'élabore, et parce que leur regard s'est formé dans des expériences inconnues de la plupart des savants. »¹³⁷.

136 ESPÍNOLA Artemisa Flores. « Subjectivité et connaissance : réflexions sur les épistémologies du "point de vue" ». art. cit.

137 CLAIR Isabelle. « Faire du terrain en féministe ». art. cit.

Selon Harding, les épistémologies féministes doivent éviter, non seulement l'écueil du subjectivisme, mais aussi l'écueil de l'objectivisme. L'objectivisme est une certaine conception de l'expérience scientifique issue du positivisme historique de la fin du XIXème siècle, selon lequel la connaissance découle de faits bruts et purs, soit de faits exempts d'interprétation. L'objectivisme est aussi une certaine approche de l'observation scientifique, selon laquelle l'appréciation du réel est dénuée de valeur et de concepts préalables.

Pour critiquer cette définition objectiviste des sciences, Harding emprunte à l'épistémologue Thomas Kuhn la notion de « paradigme »¹³⁸. Un paradigme est un ensemble de catégories et de théories qui opèrent comme une grille d'analyse et qui influencent la perception et la compréhension des phénomènes. L'activité scientifique est toujours articulée à des paradigmes interprétatifs. D'après Harding, « ce que l'objectivisme ne peut pas conceptualiser est l'urgence de procéder à un examen critique de l' "intentionnalité de la nature" – j'entends par là l'idée que la nature comme objet se présente à nous "nue", lorsqu'elle se présente toujours déjà constituée dans les catégories sociales. »¹³⁹.

Pour Harding, la doctrine de la neutralité propose une « objectivité faible ». Prenant le contre-pied des détracteurs-rices des théories féministes, elle affirme qu'une science engagée n'affaiblit pas les critères de scientificité mais, au contraire, les renforce. La conception de l'objectivité se trouve enrichie. C'est pourquoi elle parle d'« objectivité forte » (« strong objectivity » en anglais).

138 Cf. KUHN Thomas Samuel. *La structure des révolutions scientifiques*. Paris : Flammarion, 1962

139 HARDING Sandra. « "Strong Objectivity" : A Response to the New Objectivity Question ». *Synthese*. Vol. 104 n°3, 1995). pp. p.

L'objectivité forte réside d'abord dans la reconnaissance des biais socioculturels des scientifiques, et ensuite dans l'analyse de l'influence de ces biais sur la manière de connaître le monde. C'est une forme de lucidité et de réflexivité. Mais l'objectivité forte n'a pas qu'une visée descriptive. L'enjeu est de trouver un critère permettant de sélectionner les biais que l'on souhaite utiliser et de neutraliser ceux qui relaient des rapports de domination. S'il est illusoire de mettre à distance sa position sociale, alors il faut savoir comment celle-ci influence la compréhension, mais surtout comment elle s'inscrit dans les rapports sociaux de pouvoir. Dans le sillage des analyses marxistes, le cadre est celui d'une société traversée par des inégalités et des rapports de domination. En somme, Harding refuse à la fois le principe du relativisme absolu et l'idée d'une objectivité neutre et prône, à l'inverse, une objectivité forte et une responsabilité sociale. En mettant l'accent sur la position sociale des scientifiques, elle ne propose pas une conception pacifiée des différences culturelles, mais envisage la société comme un lieu de luttes¹⁴⁰.

Selon l'épistémologue Helen Longino, l'objectivité ne peut être accomplie que par « l'inclusion d'une plus grande pluralité et diversité de perspectives »¹⁴¹, pour reprendre la description qu'Espínola fait des travaux de cette autrice¹⁴². Il ne s'agit plus de substituer un sujet féminin ou féministe à un sujet masculin et universaliste. Il s'agit plutôt de multiplier les sujets de connaissance.

D'après Longino, la production de connaissances scientifiques repose sur le consensus de la communauté scientifique. Pour valider et authentifier un savoir

140 Je tiens à remercier vivement Léa Védie pour m'avoir fait découvrir et étudier la pensée de Sandra Harding à l'occasion d'un séminaire sur les épistémologies féministes à l'ENS de Lyon qu'elle a animé de 2016 à 2018.

141 ESPÍNOLA Artemisa Flores. « Subjectivité et connaissance : réflexions sur les épistémologies du "point de vue" ». art. cit.

142 Cf. LONGINO Helen E. *Science as Social Knowledge : Values and Objectivity in Scientific Inquiry*. Princeton : Princeton University Press, 1990

scientifique, il faut que des perspectives diverses coexistent et s'expriment. En ce sens, l'objectivité procède de la diversité et de la multiplicité des perspectives. Par ailleurs, les valeurs ne sont pas incompatibles avec l'objectivité, dès lors qu'elles sont replacées dans leur contexte. Dans ce cadre, l'objectivité n'est pas tant une caractéristique des modèles théoriques, mais une fonction des pratiques d'une communauté scientifique donnée. C'est pourquoi Longino qualifie son approche d'« empirisme contextuel ». Et comme le résume Espínola, « rejoignant ainsi d'autres positions, l'empirisme contextuel revendique l'abandon d'idéaux scientifiques tels que le caractère permanent de la connaissance et la certitude. »¹⁴³. Les théoricien-nes féministes acceptent la vérité, mais en pointent aussi les limites.

III.3.3. Critiquer la vérité et questionner la construction de l'ignorance

Les épistémologies féministes ne cèdent aucunement à un relativisme radical, c'est-à-dire à un rejet du principe de vérité. Cependant, elles mettent en exergue le caractère partial, partiel et transitoire de la vérité produite par la science. L'exclusion des activités et des expériences des femmes et des minorités de genre du modèle scientifique traditionnel participe à créer un vide conceptuel, méthodologique, voire perceptif. Il manque des mots, des idées, des outils pour observer et comprendre cette partie du réel. Comme l'écrivent les rédactrices de l'éditorial de NQF, « alors que les épistémologies du *standpoint* invitent à réfléchir sur les savoirs que nous produisons, il est sans doute nécessaire d'accorder la même attention aux savoirs que nous ne produisons pas »¹⁴⁴.

143 ESPÍNOLA Artemisa Flores. « Subjectivité et connaissance : réflexions sur les épistémologies du "point de vue" ». art. cit.

144 MATHIEU Marie, MOZZICONACCI Vanina, RUAULT Lucile, VEIL Armelle. « Pour un usage fort des épistémologies féministes ». art. cit.

Pour expliquer les difficultés à percevoir le réel des groupes sociaux minorisés, notamment par les membres de ces mêmes groupes, la sociologue Dorothy Smith construit le concept de « conscience bifurquée »¹⁴⁵. Parce qu'elles sont aliénées par leur propre expérience, les femmes n'ont pas conscience de cette aliénation et des conséquences de celle-ci sur leur expérience.

De même, parce que les sciences sociales ont été théorisées ou accaparées par des personnes sociologiquement dominantes, elles peinent à rendre compte des expériences minoritaires. D'après Espínola, « en ne reconnaissant pas ou en occultant les expériences incarnées de celles et ceux qui en appellent à la prétendue généralisation revendiquée par la sociologie, la connaissance actuelle apparaît incomplète et biaisée, ne prenant en compte ni les tensions idéologiques qui traversent la sociologie, ni les relations de pouvoir qui existent dans sa pratique. »¹⁴⁶.

Pour comprendre le vide conceptuel et méthodologique entourant la réalité des groupes minorisés, il peut être intéressant de penser, non pas en termes de manque de connaissances, mais de production d'ignorance. Pour les rédactrices de l'éditorial 39 de NQF, « appréhender les savoirs au prisme de leurs fondements et de leurs conditions sociales de production invite, en miroir, à se questionner sur l'ignorance comme résultat d'un processus social et politique, tout autant située que peut l'être la connaissance. »¹⁴⁷. Il s'agit d'emprunter le chemin de l'épistémologie de l'ignorance, ou, pour reprendre le terme consacré, de l'« agnotologie ».

145 Cf. SMITH Dorothy. « Women's Perspective as a Radical Critique of Sociology ». *Sociological Inquiry*. Vol. 44 n°1, 1974. Pp. 7-13

146 ESPÍNOLA Artemisa Flores. « Subjectivité et connaissance : réflexions sur les épistémologies du "point de vue" ». art. cit.

147 MATHIEU Marie, MOZZICONACCI Vanina, RUAULT Lucile, VEIL Armelle. « Pour un usage fort des épistémologies féministes ». art. cit.

Comme l'écrit la chercheuse en *science and technology studies* (STS) Nathalie Jas, « l'agnotologie est un champ d'étude qui a émergé progressivement au cours de la première moitié des années 2000. Il prend pour objet la production culturelle de l'ignorance qui n'est alors plus simplement conçue comme l'absence de connaissance, mais comme le résultat d'un travail actif et organisé d'acteurs dominants cherchant à protéger leurs intérêts. »¹⁴⁸.

L'ignorance n'est pas qu'un manque de connaissance. Elle peut aussi être un outil visant à perpétuer des rapports de pouvoir, à protéger des intérêts particuliers, etc. Cependant, il serait caricatural de prétendre que l'ignorance comme manque de connaissance est involontaire, tandis que l'ignorance comme processus actif est volontaire. La première peut-être intentionnelle, et la seconde inconsciente, et réciproquement. L'ignorance produite peut résulter d'impensés culturels (par exemple le sexisme structurel) comme de pratiques malhonnêtes voire malveillantes (par exemple la falsification de données). Elle peut aussi provenir d'un manque d'attrait pour certains sujets de la part des scientifiques, peut-être en raison de leurs consciences bifurquées. Dans ce cas, l'ignorance relève de tout ce qui n'est pas fait ou, pour reprendre la formule en anglais, de *l'undone science*. Comme le souligne Jas, « la production d'ignorance est en effet aussi le résultat de formes d'organisations sociales et d'agencements politiques et sociaux qui permettent à certains groupes de contrôler la fabrication ou la circulation d'informations qui s'inscrivent dans des rapports de domination et de force »¹⁴⁹.

La méthode de l'agnotologie se retrouve dans les analyses des théories du positionnement, de manière plus ou moins explicite. Lorsque Le Dœuff parle de

148 JAS Nathalie. « Agnothologie ». in HENRY Emmanuel, GILBERT Claude, JOUZEL Jean-Noël, al. (dir.). *Dictionnaire critique de l'expertise. Santé, travail, environnement*. Presses de Sciences Po, 2015. P. 34

149 Ibid. p. 37

l'androcentrisme des sciences, elle dénonce la compartimentation des savoirs et, par conséquent, l'absence de curiosité scientifique et de publication académique au sujet des problèmes jugés triviaux ou attribués aux femmes. Plus précisément, elle dénonce la manière dont l'imaginaire sur les femmes occulte leur expérience et le savoir qui en découle. Pour Le Dœuff, « les philosophes ont produit des images de femmes plus que des connaissances sur la vie concrète des femmes »¹⁵⁰. Lorsque Gilligan récuse la définition rationaliste de la justice, elle met en lumière le discrédit et l'évacuation des valeurs morales supposées féminines. Lorsque Harding revendique une « objectivité forte », elle déplore l'égarement des scientifiques qui se prétendent universalistes. Ces chercheuses ont en commun de révéler le manque d'expertise et de connaissances en ce qui concerne les expériences et les valeurs d'une bonne moitié de la population humaine.

Les épistémologies féministes contribuent à pallier l'ignorance de la science – que cette ignorance soit le produit de jugements de valeur ou le résultat d'un défaut de connaissance. Il s'agit, comme l'écrivent les rédactrices de NQF, de « mettre en lumière plusieurs processus concomitants : la construction sélective de connaissances, la fabrication active de l'ignorance, totale ou partielle, l'effacement ou la délégitimation de savoirs existants, jugés dangereux ou indésirables, et finalement la hiérarchisation des ignorances – il est jugé moins "grave" de méconnaître tel concept féministe plutôt que tel concept foucaldien. »¹⁵¹.

Pour expliquer ce phénomène de production d'ignorance (volontaire ou non consciente), la philosophe Miranda Fricker introduit le concept d'« injustice

150 MATHIEU Marie, MOZZICONACCI Vanina, RUAULT Lucile, VEIL Armelle. « Michèle Le Dœuff, une philosophe féministe. Cheveux courts, idées longues ». *Nouvelles questions féministes*. Vol. 39, 01/2020. Pp. 95-118. <https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2020-1-page-66.htm?contenu=resume>

151 MATHIEU Marie, MOZZICONACCI Vanina, RUAULT Lucile, VEIL Armelle. « Pour un usage fort des épistémologies féministes ». art. cit.

épistémique ». Ce concept sert à désigner les inégalités (entendues comme injustices) quant à l'accès, la diffusion, la reconnaissance et la production des savoirs¹⁵². Selon elle, les inégalités sociales engendrent des déficits épistémologiques. C'est-à-dire qu'il existe un manque de ressources cognitives et linguistiques pour penser et percevoir l'oppression des femmes et des minorités de genre. En d'autres termes, il y a une forme d'indicibilité des mécanismes de domination. Or, cette indicibilité participe à singulariser l'expérience ou à provoquer une idiosyncrasie, c'est-à-dire une propension au repli sur soi.

L'injustice épistémique se décline sous deux formes. Premièrement l'injustice herméneutique : en l'absence d'un langage disant l'oppression, il est difficile de la percevoir. Les luttes entourant les évolutions linguistiques (par exemple l'écriture non-sexiste, les mots épécènes, etc.) constituent alors un enjeu politique majeur. Deuxièmement l'injustice testimoniale : en raison d'une privation d'autorité épistémique de la part des groupes dominants, le discours des groupes dominés est discrédité. Pour Fricker, la collectivisation, soit le partage, des expériences est néanmoins une manière d'enrayer l'ignorance structurelle, donc de légitimer les savoirs des groupes sociaux opprimés.

Pour prendre un exemple concret, je suggère d'examiner la manière dont la philosophe Nancy Tuana recourt aux outils de l'agnotologie pour expliquer l'occultation de l'orgasme féminin dans les études scientifiques et médicales sur la sexualité¹⁵³. D'après elle, l'analyse des conceptions de l'orgasme féminin révèle des pratiques supprimant ou effaçant l'ensemble des connaissances concernant les plaisirs sexuels des femmes et des minorités de genre. De fait, les études majoritaires sur la sexualité

152 Cf. FRICKER Miranda. *Epistemic Injustice : Power and the Ethics of Knowing*. Oxford : Oxford University Press, 2007

153 Cf. TUANA Nancy. « The values of science : Empiricism from a feminist perspective ». *Synthese*. Vol. 104, 1995. Pp. 441-461

assignent aux femmes un rôle principalement reproducteur et, partant, négligent la fonction du clitoris.

C'est pourquoi, selon l'historienne Delphine Gardey, Tuana fait du clitoris « l'emblème de l'épistémologie de l'ignorance » féministe¹⁵⁴. Cette épistémologie féministe de l'ignorance consiste à montrer comment l'indifférence des groupes dominants se transforme en disqualification des savoirs issus des groupes dominés¹⁵⁵. Or, ces savoirs concernent bien souvent le corps des femmes et des minorités de genre.

III.4. La place du corps dans les épistémologies féministes

En prônant une attention à l'expérience concrète, les épistémologies du positionnement valorisent les récits de la matérialité sensible. Ce faisant, elles s'inscrivent en faux contre la pensée occidentale hégémonique, qui s'organise autour d'un dualisme ontologique (différences en termes de nature) et épistémologique (différence en termes de savoirs) opposant le corps et l'esprit, et subordonnant le premier au second. En cela, elles poursuivent le travail de rupture d'avec le dualisme ontologique corps/esprit entrepris par de nombreux-ses penseurs-euses depuis le XVIII^e siècle, tel-les que Pierre Maine de Biran avec le concept de « corps propre », Henry Head avec celui de « schéma corporel », Francisco Varela avec la notion d'« enaction », et Maurice Merleau-Ponty avec celle de « chair ».

La spécificité des théories féministes réside cependant dans le fait d'adopter une lecture politique fondée sur le genre afin d'explicitier la disqualification philosophique du

154 Cf. GARDEY Delphine. *Politique du clitoris*. Paris : Textuel, 2019

155 Je tiens à nouveau à remercier vivement Léa Védie pour m'avoir fait découvrir et étudier la pensée de Miranda Fricker et Nancy Tuana à l'occasion d'un séminaire sur les épistémologies féministes à l'ENS de Lyon qu'elle a animé de 2016 à 2018.

corps et ses conséquences sur l'organisation sociale. Pour de nombreuses féministes, le corps représente non seulement le lieu sur lequel s'exerce la domination, mais aussi celui par lequel il est possible de la subvertir.

III.4.1. Le corps comme réalité « vitale » et « relationnelle »

Pour les théoriciennes du *standpoint feminism*, et notamment du courant dit radical, ce sont les relations qui font la réalité. Ces relations sont elles-mêmes pensées selon un modèle d'« interaction locale », c'est-à-dire d'actions conjointes entre des termes qui se produisent, se reproduisent et se transforment constamment, ainsi que l'explique la philosophe Delphine Frasch¹⁵⁶. D'une certaine manière, les théoriciennes féministes reprennent à leur compte l'analogie de l'unité dynamique entre un organisme et son environnement. Autrement dit, elles fondent leur théorie sur une définition on ne peut plus canguilhémienne de la vie, à savoir les rapports entre un organisme et son milieu.

La notion de « vie » est fréquemment employée par les épistémologues féministes, à travers des expressions telles que « l'activité de la vie matérielle » (Nancy Hartsock), ou bien « les effectivités de nos vies » (Dorothy Smith), ou encore « interactions vitales » (Dona Haraway). Mais au-delà de la notion de « vie », c'est celle d'« activité » qui est prépondérante chez ces autrices. Dans une veine tout à fait marxienne, elles envisagent la réalité comme une pratique relationnelle entre les organismes humains et leur environnement, ainsi que les organismes humains entre eux.

156 FRASCH Delphine. *Sujets de connaissance dans les théories du Standpoint*. Mémoire d'histoire de la philosophie. ENS LYON. 2017

Pour la philosophe Nancy Hartsock, la réalité consiste d'ailleurs en une « activité humaine sensitive »¹⁵⁷.

Autrement qu'à travers la définition de la vie comme interaction entre un organisme et son milieu, les théoriciennes féministes radicales font écho, peut-être involontairement, à la pensée de Canguilhem. De fait, elles convoquent la distinction entre normal et pathologique. Plus précisément, c'est parce qu'elles mobilisent une telle définition de la vie qu'elles envisagent la réalité, et notamment les comportements humains, à l'aune du normal ou du pathologique. « Si la réalité est avant tout constituée par un ensemble d'interactions vitales ; alors l'évaluation des comportements ne peut se faire que selon des normes immanentes de santé et de maladie », comme le souligne Frascch¹⁵⁸.

Dans ce cadre, évaluer les « attitudes », c'est-à-dire les interactions entre individu-es, c'est évaluer la manière dont ces attitudes sont des négations ou affirmations de l'activité vitale. En d'autres termes, c'est se demander si elles contraignent voire détruisent cette activité ou, à l'inverse, si elles la préservent voire lui permettent de se déployer.

Pour Hartsock, l'inadéquation d'une attitude (en l'occurrence celle des personnes dominantes), à la réalité des interactions vitales (c'est-à-dire l'interdépendance des organismes entre eux et avec l'environnement), demeure une « perversion ». Comme l'écrit Frascch, « voir dans la réalité un ensemble de marchandises caractérisées par une valeur d'échange, c'est ne voir partout que des surfaces ou des scléroses, des

157 HARTSOCK Nancy C. M. « The Feminist Standpoint : Developing the Ground for a Specifically Feminist Historical Materialism ». In HARDING Sandra, HINTIKKA Merrill B. (dir.). *Discovering Reality : Feminist Perspectives on Epistemology, Metaphysics, Methodology and Philosophy of Science*. Dordrecht & Boston : Reidel, 1983. cité et traduit in FRASCH Delphine. *Sujets de connaissance dans les théories du Standpoint*. op. Cit.

158 FRASCH Delphine. *Sujets de connaissance dans les théories du Standpoint*. op. Cit.

pétrifications pathologiques de l'essence active et vitale de la réalité »¹⁵⁹. Or, le patriarcat consiste, selon les féministes radicales, en une vaste opération de marchandisation des corps féminins, dont la valeur d'échange est pourtant niée. Ces corps sont évalués au même titre que d'autres marchandises et ne sont pas considérés comme des sources à part entière de production. En témoigne par exemple la non reconnaissance symbolique et économique du travail domestique. Le travail fourni par les femmes n'est pas perçu comme tel, car les femmes sont elles-mêmes des marchandises.

Inversement, l'adéquation d'une attitude (en l'occurrence celle des personnes dominées) à l'activité vitale est un gage de santé et, par suite, d'émancipation. Là où il y a de l'activité, du dynamisme, du mouvement, il y a de la vie. Selon les féministes radicales, ce que veulent les dominants (la classe des hommes), c'est l'inertie des dominées (la classe des femmes).

Si la réalité est constituée d'échanges dynamiques entre un organisme et son environnement ou d'autres organismes, alors le fait de vouloir les séparer est à la fois vain et paradoxal. Pour les théoriciennes du *standpoint feminism* radical, « l'établissement d'entités figées, nettement séparées et hiérarchisées, peut être pensée [...] comme une forme de perversion, c'est-à-dire de renversement "profondément problématique", pathologique et sclérosant, de l'essence relationnelle et vitale de la réalité », ainsi que l'écrit Frasc¹⁶⁰. Penser les « entités » qui constituent le réel selon le mode de la séparation et de la hiérarchisation demeure une modalité partielle et partielle de compréhension de ce réel.

Pour le dire autrement, ce mode de connaissance qui s'appuie sur la séparation et la hiérarchisation caractérise l'épistémologie dominante, qui n'est autre qu'une

159 Ibid.

160 Ibid.

épistémologie que je qualifierais de négative. Négative, parce qu'elle s'édifie sur les négations suivantes : déni du corps, attaque contre la nature, combat entre « le soi » et « l'autre » ; si l'on s'en tient aux négations identifiées par Hartsock.

Derrière l'image de l'organisme et de son environnement, il y a celle du sujet et de l'objet : l'organisme représente le sujet, tandis que l'environnement représente l'objet. Pour l'épistémologie dominante (celle que j'ai nommée « épistémologie négative »), la finalité du développement humain réside dans la distinction entre sujet et objet. Pour l'épistémologie féministe radicale, une connaissance accordée à la réalité ne discrimine pas sujet et objet. Plus encore, elle en indique les dynamiques relationnelles et corporelles. Les dynamiques relationnelles désignent les interactions constantes entre un organisme et son environnement. Les dynamiques corporelles, quant à elles, qualifient la consistance sensitive et matérielle des interactions.

III.4.2. Le corps comme producteur de « sexes », « genres » et « sexualités »

C'est à dessein que les termes « sexes », « genres » et « sexualités » sont ici accordés au pluriel, bien que cela contrevienne à ce que j'ai écrit précédemment concernant l'importance du concept de « genre » au singulier. Cela vise à mettre en avant la plasticité corporelle ou, plus précisément, « la plasticité de la chair des corps sexués », ainsi que l'écrit la philosophe Elsa Dorlin¹⁶¹. Contrairement à ce que la biologie a prétendu pendant longtemps, la dualité des sexes au sein de l'espèce humaine n'est pas incontestable. De fait, la biologiste Anne Fausto-Sterling a montré que les corps

161 DORLIN Elsa. *Sexe, genre et sexualités. Introduction à la théorie féministe*. Paris : PUF, 2008

humains sont pluriels dans ce qu'ils produisent comme sexes¹⁶² et, par extension, comme genres et sexualités.

La bicatégorisation du sexe biologique humain selon le féminin et le masculin est une construction politique davantage qu'un donné scientifique. Comme écrit plus haut, le sexe biologique ondule entre le sexe humoral (les tempéraments), le sexe gonadique (l'anatomie génitale), le sexe hormonal (œstrogènes, progestérones, testostérone), et le sexe génétique (les chromosomes X et Y). Le sexe (au singulier), de même que le genre et la sexualité (au singulier aussi), ne sont autres que des projections idéologiques sur la réalité biologique. Pour autant, ce n'en sont pas moins des outils d'organisation sociale.

Les épistémologies féministes, parce qu'elles s'opposent au sexisme, récuse l'idée d'une différenciation et d'une hiérarchisation naturelle entre les femmes et les hommes, qui seraient au bénéfice de ces derniers. Ce faisant, elles rejettent l'opposition entre la nature (qui produirait le sexe biologique) et la culture (qui produirait le genre et la sexualité).

Au contraire, de nombreuses théoriciennes féministes (en sciences humaines et sociales comme en sciences expérimentales) montrent qu'il y a une coconstruction du sexe et du genre, voire que la fabrication sociale du genre préside à la conceptualisation scientifique du sexe. C'est parce que la société s'organise selon une distribution binaire des rôles sociaux de genre, que le savoir scientifique adopte une grille de lecture bicatégorielle pour étudier le sexe biologique.

Dorlin va encore plus loin et affirme que le genre est lui-même déterminé par la sexualité (entendue comme système politique). Par « sexualité », s'entend ici « l'hétérosexualité reproductive, qui définit le féminin et le masculin par la polarisation

162 Pour plus de détails, cf. FAUSTO-STERLING Anne (trad. BOTERF Anne-Emmanuelle). Les cinq sexes : pourquoi mâle et femelle ne suffisent pas ? Paris : Payot, 2013

sexuelle socialement organisée des corps », ainsi que l'écrit cette autrice¹⁶³. Il s'agit de dire que non seulement le genre précède le sexe, mais aussi que la sexualité précède le genre. En d'autres termes, il s'agit de signaler la prépondérance de l'hétérosexualité dans la construction des individu-es comme sujets, et notamment comme sujets sociaux.

En faisant de la sexualité le moteur de répartition des rôles sociaux de genre, Dorlin entend critiquer l'ordre symbolique (celui des valeurs), aussi bien que l'ordre dit naturel (celui des données biologiques). Ici, la philosophe s'attaque à un courant particulier du féminisme, à savoir le féminisme dit différentialiste ou essentialiste, dont les figures principales en France sont Luce Irigaray, Julia Kristeva et Antoinette Fouque. Ce courant fait de la binarité de genre (parfois confondu avec le sexe) un postulat ontologique : il existerait une essence masculine et une essence féminine. Cette essence n'est pas nécessairement naturelle et peut se déployer à un niveau purement symbolique. Mais cette essence structure les comportements et les rôles sociaux.

Si cette théorie peut paraître séduisante lorsqu'elle promeut le « pouvoir féminin », elle exclut par là-même toutes les personnes qui ne sont pas conformes à cette binarité (sur le plan biologique comme identitaire). Pour se défaire de « l'emprise du sexe », il faut, selon Dorlin, impérativement déconstruire l'opposition entre nature et culture, et, surtout, cesser d'envisager le savoir biologique comme la transcription brute de la nature. De fait, la connaissance scientifique de la biologie répond souvent à l'exigence sociale de l'hétérosexualité. Cela signifie que l'hétérosexualité est généralement prise comme modèle pour expliquer des phénomènes biologiques qui n'ont pas nécessairement de lien avec la sexualité reproductive. Les valeurs symboliques agencent tout autant, si ce n'est plus, le réel.

163 DORLIN Elsa. *Sexe, genre et sexualités. Introduction à la théorie féministe*. op. Cit.

Dans le sillage des travaux de Bachelard sur la notion d'« obstacle épistémologique », Dorlin envisage l'ensemble des savoirs et des pratiques sur le sexe à l'aune d'un régime de crise. Ici, la crise ne désigne ni le hiatus entre l'opinion commune et le savoir scientifique, ni le moment de changement de paradigme scientifique. La crise est analysée comme un état permanent : le régime hétérosexuel n'est pas une phase transitoire de conflits, mais un élément constitutif, quoique défailant, du système politique. En termes bachelardiens, l'hétérosexualité représente un obstacle épistémologique que les théories féministes se doivent de questionner et, si possible, de surmonter. C'est bel et bien la crise du régime hétérosexuel qui tend à engendrer une confusion épistémologique à l'endroit des concepts de genre, sexe et sexualité et qui, par extension, peut entraîner des pratiques discriminatoires, violentes et sclérosantes sur les corps humains.

Mais parce qu'elles ont une visée émancipatrice, les théories féministes ne peuvent pas se contenter d'une crise épistémologique et, partant, doivent contribuer à des actions politiques. Dorlin prend l'exemple des personnes intersexes pour illustrer cela : bien que les études sur l'intersexualité montrent que la bicatégorisation du sexe biologique est fallacieuse, elles ne font pas disparaître les interventions chirurgicales dites de réassignation auprès des enfants considéré-es comme ambigu-es. Dans ce cas, la médecine opère davantage sur le genre que sur le sexe de ces enfants. Peu importe les définitions scientifiques du sexe tant que les individu-es sont déterminé-es par des règles morales répondant à l'ordre social. Reconfigurer les catégories de sexe n'est donc pas synonyme de récuser les rapports de genre. Or, c'est ici que se trouve le nœud du problème.

Penser le sexe d'après un régime de crise présente en définitive un double intérêt. Premièrement, cela permet d'historiciser les rapports de domination ; ce qui évite d'en

faire des réalités inébranlables. C'est ce à quoi s'adonne Dorlin à travers l'exemple de la médicalisation de l'intersexualité. Deuxièmement, cela permet d'identifier les moteurs des mouvements de contestation, de subversion, de libération ; ce qui revient à comprendre comment et pourquoi la lutte politique est possible. C'est ce que fait de nouveau Dorlin en montrant comment la critique du sexe ne suffit pas, voire peut consolider les rapports de genre avec les théories féministes différentialistes. Les épistémologies féministes, quant à elles, s'attachent à comprendre les rapports de domination fondés sur le genre et la sexualité. Leur finalité est de les mettre au jour et de les critiquer et, conséquemment, de déstabiliser la domination.

En résumé, Dorlin s'applique à politiser l'intime, c'est-à-dire à faire entrer les comportements jusqu'alors tenus hors du politique (la sexualité, les désirs, le travail domestique, etc.), dans la sphère du savoir scientifique. Là où on parlait de choix individuels, de lois naturelles ou morales, de structures psychiques, cette autrice parle de rapports de pouvoir et de conflits, de paradigmes. Elle s'engage pleinement dans le projet féministe, dont le but est de penser collectivement ce qui a été individualisé.

En analysant l'intrication du sexe, du genre et de la sexualité, Dorlin signale qu'il est impossible de penser le corps, et encore moins les relations entre les corps, en dehors du régime sexuel. Cette hypothèse est particulièrement pertinente pour cette étude. En effet, la relation tactile, y compris dans un cadre thérapeutique, est bien souvent traversée par des enjeux érotiques, voire sexuels, car, pour certaines personnes, la sexualité est l'unique lieu où expérimenter ce type de relation.

En politisant l'intime, Dorlin participe également à reconnaître la multiplicité des pratiques culturelles liées au sexe, au genre et à la sexualité. Elle attire ainsi l'attention sur les pratique subversives et émancipatrices qui expriment le potentiel communicationnel, créatif et relationnel des corps humains.

III.4.3. Le corps comme fondement du « privilège épistémique » et source d'« agentivité »

Pour reprendre en quelques mots ce que les épistémologies féministes disent du corps humain, je rappelle qu'il est perçu comme la cellule organique par laquelle s'effectuent les interactions avec l'environnement et les autres organismes, notamment humains. De ce fait, il rend davantage compte que l'intellect de la dimension vitale et relationnelle de la vie, même si, dans cette perspective, l'intellect est aussi une affaire de sensibilité. En outre, le corps est l'endroit où se rencontrent et se coconstruisent nature et culture et ce, parce qu'il est l'assise du sexe, du genre et de la sexualité. Par conséquent, il constitue le lieu où se forment les expériences et les connaissances sur les mécanismes de domination et, par extension, l'outil par lequel il est possible de les subvertir. Pour toutes ces raisons, le corps des personnes dominées dispose de ce que les théoriciennes féministes appellent « privilège épistémique ».

Le privilège épistémique, tel qu'il a été théorisé par Hartsock est une forme d'expertise sur le réel. Vivre dans une position sociale opprimée ou discriminée influence la capacité d'analyse et, plus largement, la façon d'être au monde. Le privilège épistémique est une sorte de « conscience prépolitique », pour reprendre l'expression du philosophe Léo Thiers-Vidal¹⁶⁴, permettant de s'orienter au sein d'une organisation sociale donnée. En d'autres termes, le privilège épistémique est un type de conscience pratique permettant de mettre en exergue les rapports de force sociaux.

Comme l'écrit Thiers-Vidal, « les femmes accumulent des informations, sentiments, intuitions et analyses qui partent des conséquences violentes de l'oppression qu'elles subissent pour remonter vers la source de celle-ci, élaborant ainsi

164 THIERS-VIDAL Léo. « De la masculinité à l'anti-masculinisme : penser les rapports sociaux de sexe à partir d'une position sociale oppressive ». *Nouvelles Questions Féministes* n°21, 03/2002. pp. 71-83. <https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2002-3-page-71.htm>

des connaissances sur les rapports concrets qu'elles vivent »¹⁶⁵. Dans une société sexiste, le vécu de la domination est permanent. Il est donc possible de supposer que l'expertise politique qu'est le privilège épistémique jouit dans ce cas d'une certaine force théorique. Souvent consciente, cette expertise concerne la dynamique discriminatoire en tant que telle, en l'occurrence le sexisme. Elle ne s'applique pas à la totalité du réel. On peut imaginer que le privilège épistémique est une capacité à comprendre ce que les personnes dominantes ne connaissent même pas, du moins pas de façon intime.

Disposer d'un privilège épistémique n'est toutefois pas une condition suffisante pour posséder ce que la philosophe Kristie Dotson appelle une « agentivité épistémique ». Pour cette autrice, l'agentivité épistémique désigne « l'aptitude à utiliser de manière persuasive des ressources épistémiques propres à une communauté donnée de sujets connaissant, afin de participer à la production des savoirs et, si besoin est, à la mise à jour de ces ressources. »¹⁶⁶.

Au-delà de la position sociale que l'on occupe, il y a la possibilité d'en rendre compte. La notion d'agentivité présuppose en effet une capacité à s'autodéterminer et à s'autonomiser, c'est-à-dire une capacité à s'affirmer comme sujet social connaissant. Mais pour les philosophes Sue Campbell, Letitia Meynell et Susan Sherwin, le concept d'agentivité est généralement théorisé à l'aune de l'autonomie, soit en opposition à l'hétéronomie. Par là-même, ce concept est bien souvent pensé à travers un prisme dualiste¹⁶⁷. Si l'on schématise cette approche dualiste de l'agentivité, on pourrait dire que, d'un côté, il y aurait la faculté rationnelle de l'esprit (l'autonomie), et de l'autre, les passions incontrôlables et la dépendance au corps (l'hétéronomie).

165 Ibid.

166 DOTSON Kristie. « Conceptualiser l'oppression épistémique ». *Recherches féministes*. vol. 31 n°2, 2018. <https://www.erudit.org/fr/revues/rf/2018-v31-n2-rf04300/1056239ar/>

167 Cf. CAMPBELL Sue, MEYNELL Letitia, SHERWIN Susan. *Embodiment and Agency*. University Park: Pennsylvania State University Press, 2009

Ces autrices s'inscrivent en faux contre cette définition parcellaire et dichotomique de l'agentivité. À l'instar de la politiste Lois McNay, elles envisagent la capacité d'agir comme un « phénomène situé, incarné et relationnel »¹⁶⁸. Dans ce cadre, l'agentivité épistémique repose sur l'aptitude à utiliser de manière persuasive ses ressources corporelles et sensibles. Plus encore, elle nécessite une mise en commun des expériences corporelles de l'oppression, cette collectivisation formant le terreau d'une conscientisation politique.

La notion de conscientisation, telle qu'elle est développée par certaines épistémologues féministes (par exemple Hartsock), est cruciale pour cette étude, dans la mesure où elle décrit le processus par lequel une expérience sensible peut devenir un savoir scientifique, dès lors qu'elle est collectivisée. Pour les théoriciennes féministes, c'est en effet par la conscientisation que peut avoir lieu la réappropriation de soi. C'est aussi par elle qu'un groupe social peut se penser comme tel et, par suite, déstabiliser les rapports de force. C'est encore par elle que l'expérience corporelle peut se transformer en expertise sur le réel. En résumé, la conscientisation demeure une condition nécessaire pour parvenir à s'affirmer comme sujet politique.

Lorsque des individu-es font l'expérience des mêmes dynamiques oppressives, ils et elles disposent d'un privilège épistémique commun. C'est-à-dire qu'ils et elles appréhendent le réel depuis une position sociale similaire et, ce faisant, ont la possibilité de révéler des rapports de pouvoir imperceptibles par les oppresseurs-euses. En l'occurrence, le phénomène de conscientisation féministe permet de comprendre comment une personne est devenue une femme, soit comment la socialisation de cette personne l'a assignée à un rôle social particulier. Plus largement, la conscientisation

168 MCNAY Lois. « Agency ». *The Oxford Handbook of Feminist Theory*. Oxford: Oxford University Press, 2016. p.

féministe permet de comprendre comment le groupe social des femmes est devenue une minorité au sens sociologique du terme.

Les groupes de conscientisation féministe ont pour mission de valoriser l'expérience féminine, et de replacer celle-ci dans un contexte social plus vaste, à savoir les violences patriarcales. C'est pourquoi l'écoute et la solidarité sont des valeurs mises en avant par les groupes de conscientisation. Elles illustrent la centralité de la sensibilité et de la relationalité dans la construction du savoir féministe. Pour Dorlin, elles forment le fondement des « expertises sauvages »¹⁶⁹ que sont les connaissances féministes.

La place de la conscientisation forme un critère de démarcation entre les épistémologies féministes à tendance matérialiste et les épistémologies féministes à tendance différentialiste. Pour une matérialiste comme Hartsock, le privilège épistémique devient effectif lorsqu'il y a, au préalable, un processus de conscientisation collectif et féministe. Pour la sociologue Hilary Rose, en revanche, toutes les femmes, parce qu'elles sont femmes, détiennent un privilège épistémique. La première propose une épistémologie féministe, tandis que la seconde propose davantage une épistémologie féminine¹⁷⁰.

Dans les deux cas, le but est de renoncer à la distinction du travail productif rationnel associé au masculin et du travail domestique corporel associé au féminin et, surtout, de revaloriser l'importance du dernier non seulement dans l'exercice scientifique, mais aussi dans l'organisation politique. Ce n'est pas sans faire écho à la théorie politique du *care* évoquée plus haut.

169 DORLIN Elsa. *Sexe, genre et sexualités. Introduction à la théorie féministe*. op. Cit.

170 ROSE Hilary. « Hand, Brain, and Heart : A Feminist Epistemology for the Natural Sciences ». *SIGNS : Journal of Women in Culture and Society* n°9, 1983. pp. 73-90

III.5. Les enjeux de santé soulevés par les épistémologies féministes

Si la santé intéresse les épistémologies féministes, c'est parce qu'elle semble être un outil épistémologique opératoire. Par exemple, Hartsock considère que l'évaluation des comportements sociaux doit s'effectuer à l'aune du normal et du pathologique. Dorlin, quant à elle, suggère que l'historicisation de l'intersexualité rend compte de l'intrication du genre, du sexe et de la sexualité au sein de la domination sexiste. Rose, pour sa part, estime que l'activité scientifique gagnerait à prendre davantage modèle sur le travail reproductif (le travail de soin) exercé par les femmes, en unissant le travail de « la main, du cerveau et du cœur »¹⁷¹.

Dans tous les cas, les questions de santé sont présentes, certes plus ou moins explicitement. Mais au-delà de la dimension épistémologique, la santé est un enjeu politique pour les théoriciennes féministes. Un enjeu politique dans la mesure où elle concerne l'organisation de la société à travers son institutionnalisation, et dans la mesure où elle a une incidence concrète sur les conditions matérielles d'existence des individu-es. Or, parler de la santé comme d'une institution politique, revient à parler de la médecine conventionnelle qui est la ressource principale pour maintenir ou améliorer la santé dans les pays occidentaux. La santé ne se réduit cependant pas à la médecine car, ainsi que l'écrivent Marilène Vuille, Séverine Rey, Catherine Fussinger et Geneviève Cresson dans l'introduction du numéro de la revue *Nouvelles Questions Féministes* consacré à la santé paru en 2006, « la santé et les soins reposent surtout sur

171 Ibid.

les épaules des profanes, et parmi eux surtout sur celles des femmes »¹⁷². Pour autant, les épistémologies féministes de type matérialiste interrogent majoritairement la médecine, en ce qu'elle peut reconduire les rapports sociaux de genre, voire participer à construire le genre. Les soins de santé non médicalisés, quant à eux, sont davantage questionnés au prisme des théories politiques du *care*.

III.5.1. Le travail de *care* : un « sale boulot » ?

Comme indiqué plus haut, les théories du *care* cherchent à revaloriser le travail de soin (aux enfants, aux personnes malades, aux personnes âgées, etc.) tant sur le plan symbolique que socioéconomique. Dans le milieu médical, cette critique s'adresse principalement au fonctionnement hiérarchique du travail, tel que ce sont les personnes qui sont en bas de la hiérarchie qui s'occupent des soins corporels, tandis que les personnes qui sont à son sommet entrent rarement en contact avec le corps des malades (en dehors des actes de chirurgie).

Cette organisation hiérarchique du travail médical repose sur ce que le sociologue Everett Hughes identifie comme la « délégation du sale boulot »¹⁷³. Dans l'économie générale du travail sensible, le « sale boulot » désigne, pour reprendre les termes plus récents de la sociologue Anne-Marie Arborio, le

172 VUILLE Marilène, REY Séverine, FUSSINGER Catherine, CRESSON Geneviève. « La santé est politique ». *Nouvelles Questions Féministes* n°25, 02/2006. pp. 4-15. <https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2006-2-page-4.htm>

173 HUGHES Everett. « Work and the Self ». in ROHRER J. H., HARPER Sherif M. (dir.). *Social psychology at the crossroads. the university of oklahoma lectures in social psychology*, 1951. pp. 313-323.

« travail sur l'intime et sur l'indigne »¹⁷⁴. Autrement dit, il prend en charge les soins d'hygiène et de confort et, de ce fait, engage souvent un contact corporel. Ce travail s'avère parfois littéralement sale, dans la mesure où il s'occupe par exemple des excréments corporels lors des toilettes, et régulièrement violent, parce qu'il doit composer avec une maltraitance institutionnalisée en raison des cadences imposées et du manque de personnel. Mais comme le montre Arborio, il reste peu valorisé et peu mis en avant, alors qu'il demeure technique et pénible. Au nom de ce que cette sociologue appelle des « impératifs de discrétion socialement construits »¹⁷⁵, les aides-soignant-es, les auxiliaires de vie, etc., doivent soigner le corps, pour que les catégories supérieures (les médecins-ciennes) puissent le guérir.

Plus récemment, les sociologues Christelle Avril et Irene Ramos Vacca ont proposé une critique du concept de sale boulot à partir d'une approche sociologique ancrée dans les études de genre. Elles suggèrent d'étudier le travail de care à l'aune d'une division morale plutôt que d'une division par tâches. Certes, elles envisagent toujours le sale boulot comme l'ensemble des tâches insignifiantes, peu prestigieuses, donc dévalorisées, mais elles réfléchissent plus en termes d'organisation du travail plutôt que de compétences spécifiques. Comme elles l'expliquent, « un métier de femme est un métier qui se définit moins par la licence spécifique de faire certaines tâches que par le fait "de faire ce qu'il reste à faire" et qu'il est nécessaire de faire dans une organisation du

174 ARBORIO Anne-Marie. « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du "sale boulot" ». in DEMAZIERE Didier (dir.). *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*. Paris : La Découverte, 2009. pp. 51-61.

175 Ibid.

travail donnée »¹⁷⁶. Appréhender le travail sensible à l'aune d'une division morale plutôt que d'une division par tâches, c'est insister sur la répartition de ce travail au sein des institutions. Contrairement à la division par tâches qui est envisagée selon des compétences techniques apprenables et transférables, la division morale concerne l'ordre des valeurs et des représentations. Or, les valeurs comme les représentations semblent plus difficiles à modifier ou à abandonner que les compétences techniques. C'est à ce titre que Ramos Vacca et Avril insistent sur la division morale qui régit l'organisation du travail.

Les soins d'hygiène et de confort viennent brouiller les frontières professionnelles, dans la mesure où ils ne répondent pas à la temporalité « normale » du travail et sont relégués à la sphère de la nécessité. À ce titre, ils sont perçus à tort comme des compétences transférables au sein des professions dévaluées, bien qu'ils demeurent indispensables au bon fonctionnement de l'institution. Par exemple, Avril et Ramos Vacca montrent que le sale boulot est effectué autant par des infirmières que par des aides-soignantes dans les services hospitaliers durant la nuit, et ce malgré les différences de statuts, à cause du manque de personnel ainsi que des reconfigurations managériales de l'hôpital. Il y a une forme de « déspécification » des métiers lorsqu'il s'agit de réaliser le travail qui dérange. Les personnes qui pratiquent les soins corporels ne sont pas considérées au prisme de leurs compétences professionnelles, mais de leur statut dans l'organisation du travail. Il y a par conséquent une forme d'externalisation du

176 AVRIL Christelle, RAMOS VACCA Irene, « Se salir les mains pour les autres. Métiers de femmes et division morale du travail ». *Travail, genre et sociétés*. N°43, 01/2020. pp. 98-99

travail de *caring* : le brouillage des frontières professionnelles entraîne un manque de reconnaissance des compétences spécifiques par les institutions, donc une évacuation de ce travail hors de ces mêmes institutions. Plus globalement, il y a une substitution des rapports de genre aux rapports professionnels. Les femmes et les minorités de genre font ce qu'il est nécessaire de faire à l'hôpital ou à domicile, parce que l'accent est mis sur leur identité de femme, plutôt que sur leurs compétences techniques.

III.5.2. Quand la médecine reconduit les rapports de genre

Avant tout, il est important de préciser que si la médecine reproduit les rapports de genre, elle n'en est pas l'unique génératrice. L'état de santé des populations est le résultat d'un ensemble de rapports sociaux et de conditions matérielles. Les études en santé publique parlent à ce propos de « déterminants de la santé » pour expliquer certaines inégalités face aux maladies ou affections.

En outre, médicaliser un problème politique (en l'occurrence les rapports de genre) reviendrait à prétendre que seule l'institution médicale en possède la solution. Hypothèse hautement inconcevable et simpliste : « le monde de la médecine est pluriel et parcouru de divisions », comme l'écrivent les coordinatrices du numéro 25 de NQF¹⁷⁷. Les institutions de santé ne forment pas un bloc homogène au sein duquel l'ensemble des acteurs-rices partagent les mêmes valeurs, les mêmes opinions et les mêmes pratiques. De par cette hétérogénéité, elles ne peuvent ni ne veulent résoudre des problèmes politiques extérieurs aux enjeux médicaux.

177 VUILLE Marilène, REY Séverine, FUSSINGER Catherine, CRESSON Geneviève. « La santé est politique ». art. cit.

Malgré tout, la médecine (entendue comme institution politique) participe des rapports de genre. En premier lieu, j'ai déjà montré grâce à la pensée du *care* qu'il y avait une division sexuée du travail du soin. Cette division a également cours dans les institutions médicales et paramédicales, où la place des femmes est prépondérante. Plus encore, la présence des femmes « médecins » a été longtemps dédaignée par les historien-nes de la médecine. En témoigne la tombée en désuétude des formes féminines du terme « médecin » qui étaient autrefois « médecienne » ou « médecinesse ». Pour la philosophe Michèle Le Dœuff, cette éviction des médeciennes de l'histoire de la médecine est la conséquence d'une distinction entre les hommes considérés comme « sujets discourants » et les femmes envisagées comme objets du savoir ou, pire encore, « objets savamment méprisables »¹⁷⁸.

Cette éviction s'est également manifestée à travers une confiscation par les hommes des savoirs et savoir-faire féminins sur le corps et la santé. La professionnalisation du corps médical s'est faite sur un double mouvement d'appropriation des connaissances détenues par les femmes et d'exclusion de ces dernières. En témoigne par exemple la disparition de la profession de sage-femme aux États-Unis durant la période de la chasse aux sorcières. À ce propos, le travail historique et historiographique de Barbara Ehrenreich et Deirdre English publié dès 1973 est édifiant. Comme le montrent ces autrices, la médecine moderne s'est construite sur un processus de monopolisation politique et économique au profit des hommes, et, en contrepoint, sur un phénomène de relégation des femmes à des métiers subalternes¹⁷⁹.

En deuxième lieu, la médecine reconduit les rapports de genre lorsqu'elle écarte les femmes de la production des connaissances. Il y a une inégalité non seulement pour

178 LE DŒUFF Michèle. *Le sexe du savoir*. Paris : Marie Aubier, 1998. P. 163

179 Cf. EHRENREICH Barbara, ENGLISH Deirdre (trad. LAME L.). *Sorcières, sages-femmes et infirmières. Une histoire des femmes soignantes*. Paris : Cambourakis, 2016

savoir qui est digne de fabriquer ou de détenir du savoir médical, mais aussi pour faire des femmes un objet respectable de ce savoir. En d'autres termes, les femmes sont doublement absentes de la médecine : à la fois comme sujets et comme objets. Pour Le Dœuff, on parle des femmes plutôt qu'on ne les pense. Et cela n'est pas sans risque, car cela permet souvent à l'imaginaire de prendre le pas sur le réel. Selon cette autrice, la tendance à imaginer plutôt qu'à décrire la réalité sanitaire des femmes est le reflet d'une forme d'« acognition masculiniste »¹⁸⁰. L'accaparement de la médecine par un groupe social (ici les hommes) peut aboutir à un « déni de réalité »¹⁸¹ des autres groupes sociaux (ici les femmes). Or, ainsi que l'écrit la philosophe Nicole Mosconi commentant les travaux de Le Dœuff, « pour qu'un groupe humain soit connu dans sa réalité effective, il faut d'abord qu'il soit reconnu et respecté [...] »¹⁸².

Les biais sexistes, androcentrés ou masculinistes de la médecine ont des incidences concrètes sur la santé des femmes. Si l'étalon de la médecine occidentale est l'homme blanc d'âge moyen, alors une grande partie de la population n'est pas prise en compte. Ceci pose des problèmes d'ordre nosographique (classification des maladies) aussi bien que d'ordre clinique (traitement des maladies). C'est notamment grâce à la création du *Office of Research on Women's Health* (ORWH) en 1990 que les protocoles de test des médicaments ont évolué. Jusqu'alors, les essais cliniques étaient conduits uniquement sur des hommes et les résultats extrapolés aux femmes, alors qu'il était connu que ces dernières métabolisent différemment les produits et qu'elles sont en outre deux fois plus susceptibles de présenter des effets indésirables.

180 LE DŒUFF Michèle. *Le sexe du savoir*. op. Cit. p. 179

181 Ibid. p. 172

182 MOSCONI Nicole. « Compte-rendu de lecture : Michèle LE DŒUFF, *Le sexe du savoir*, Paris, Aubier, coll. Alto., 1998 ». *Travail, genre et sociétés*. N°2, 02/1999. Pp. 186-192. <https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-1999-2-page-186.htm>

Un exemple majeur de cette « acognition masculiniste » demeure la prise en charge différenciée des infarctus. Comme l'a souligné la cardiologue Bernadine Healy en 1991, la sémiologie des crises cardiaques masculines (paralysie du bras gauche, douleurs thoraciques) est mieux connue que celle des crises cardiaques féminines (douleurs diffuses, difficultés respiratoires, nausées). De sorte que les infarctus des femmes sont moins bien diagnostiqués, donc moins bien pris en charge¹⁸³. Healy utilise l'expression de « syndrome de Yentl » pour parler de cette inégalité de suivi et de traitement entre femmes et hommes ; expression désormais utilisée pour d'autres pathologies que l'infarctus. Un autre exemple célèbre concerne une étude sur le rôle de l'aspirine dans la prévention des maladies cardiovasculaires menée en 1982 sur des hommes uniquement, malgré le grand nombre de sujets testés : 22071¹⁸⁴.

En troisième lieu, la médecine reproduit les rapports de genre quand elle cantonne les femmes à des questions de santé sexuelle et reproductive, c'est-à-dire quand elle les réduit à leur santé dite génésique. Privilégier l'aspect génésique revient toutefois à négliger la santé des femmes dans la globalité, ainsi que l'explique le rapport de la première réunion de la Commission Mondiale pour la Santé des Femmes qui s'est tenue en avril 1994¹⁸⁵.

Pourtant, il a fallu attendre cette même année pour que soient définies et reconnues les notions de santé sexuelle et reproductive. Auparavant, les questions de sexualité et de procréation ne paraissaient pas centrales pour les institutions de santé. Par ailleurs, c'est seulement durant la deuxième moitié des années 1990 que l'OMS a

183 Cf. HEALY Bernadine. « The Yentl Syndrome ». *New England Journal of Medicine*. vol. 325, 25/07/1991. pp. 274-276

184 Cf. VUILLE Marilène, REY Séverine, FUSSINGER Catherine, CRESSON Geneviève. « La santé est politique ». art. Cit.

185 COMMISSION MONDIALE POUR LA SANTÉ DES FEMMES. « La santé des femmes : vers un monde meilleur ». Genève : Organisation Mondiale de la santé, 04/1994. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/59546/WHO_DGH_94.4_fre.pdf?sequence=1

créé un département nommé « genre, femmes et santé », et mis en place des plans d'action dévolus à la thématique dite de « gender health ». Les politiques de *gender health* ont pour but de promouvoir l'égalité des chances dans le domaine de la santé entre femmes et hommes , en tenant compte, d'une part, de la spécificité de chaque groupe social et, d'autre part, de l'impact des discriminations sexistes sur la santé des femmes¹⁸⁶. Il est intéressant de noter qu'aucune politique de ce type n'a été mise en place à un niveau institutionnel en France.

III.5.3. « Quand la médecine fait le genre »

L'expression « quand la médecine fait le genre » est un emprunt au trente-septième numéro de la revue d'histoire féministe *Clio* paru en 2013, dont elle était le titre¹⁸⁷. Ce numéro n'affirme pas que les rapports de pouvoir fondés sur le genre sont créés uniquement par les instances médicales. Il interroge plutôt la façon dont ces dernières participent à construire le genre, à la fois sur le plan des représentations et des rôles sociaux.

De la même manière, je propose d'analyser l'influence des discours médicaux sur les discriminations sexistes. Parce qu'elle jouit d'une importante légitimité sociale en revendiquant des valeurs scientifiques, la médecine contribue fortement à façonner les identités. En l'occurrence, elle a participé à la définition pathologisante du corps des femmes, ainsi que le montrent les travaux de la philosophe Elsa Dorlin ou de l'historienne Delphine Gardey. Dès lors que le corps féminin est devenu un objet médical, il a été considéré comme naturellement pathogène, faible ou fragile. En outre, la médecine a été utilisée comme un instrument de contrôle sur ces corps. C'est pourquoi

186 Pour plus de détails sur les politiques de *gender health*, cf. VUILLE Marilène, REY Séverine, FUSSINGER Catherine, CRESSON Geneviève. « La santé est politique ». art. Cit.

187 Cf. <https://journals.openedition.org/hms/754>

médicalisation peut rimer avec naturalisation. Pour le dire autrement, c'est pour cela qu'il est légitime de critiquer le rôle de la médecine occidentale conventionnelle et de ses outils techniques et technologiques dans la construction des identités sexuées. Car, comme l'écrit Gardey, ces identités sont « tributaires des ressources biomédicales et des technologies. »¹⁸⁸.

En résumé, il s'agit, pour reprendre les mots des coordinatrices du numéro 25 de NQF, « d'attirer l'attention sur les effets politiques de notions chargées d'une puissante caution scientifique, dans un système de genre où la domination masculine sur les femmes est légitimée entre autres par l'opération idéologique de naturalisation de ces dernières »¹⁸⁹.

Le processus de naturalisation opéré par la médecine s'accompagne bien souvent d'un processus de « sexualisation » des corps, au sens où l'entend l'historienne des sciences Ilana Löwy. Comme l'écrivent les historiennes Leslie Fonquerne et Marie Walin, la sexualisation est « un processus de socialisation binarisant et hiérarchisant engendré par la médecine »¹⁹⁰.

Cela signifie que la médecine, loin d'être indifférente aux discriminations sexistes, peut participer à les entretenir, voire à les produire. Elle a donc une part de responsabilité dans la diffusion de la binarité de genre, et plus largement dans la hiérarchisation des sexes.

188 GARDEY Delphine. « Comment écrire l'histoire des relations corps, genre, médecine au XX^e siècle ? ». *Clio. Femmes, Genre, Histoire*. Vol. 37, 2013. Pp. 143-162. <http://clio.revues.org/11031> ; DOI : 10.4000/clio.11031

189 VUILLE Marilène, REY Séverine, FUSSINGER Catherine, CRESSON Geneviève. « La santé est politique ». art. Cit.

190 Cf. GARDEY Delphine, LOWY Ilana (dir.). *L'invention du naturel : les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Paris : Éditions des archives contemporaines, 2000 ; FONQUERNE Leslie, WALIN Marie. « Introduction ». Communication entendue à l'occasion du colloque *Savoirs situés, savoirs sur le corps*. Toulouse : 15/10/2016. <https://efigies-ateliers.hypotheses.org/2433>

Selon Dorlin, la médecine occidentale moderne des XVI^e et XVII^e siècles s'est construite sur une glorification du corps masculin et, en contre-point, sur une pathologisation du corps féminin. Cette distinction repose sur deux postulats : d'une part, certains organismes seraient naturellement plus pathogènes que d'autres, car déficitaires à l'égard du principe de vie. D'autre part, certains organismes induiraient des comportements pathologiques, dans la mesure où ils favoriseraient la perte de contrôle ou, plus précisément, la dictature des pulsions, au détriment de l'activité de la raison. En somme, la médecine des XVI^e et XVII^e siècles s'est construite suivant le processus de sexualisation qui, dans ces circonstances, constitue une sorte de traduction médicale du dualisme corps/esprit, dont se nourrissent notamment les inégalités femmes/hommes. Les femmes sont considérées comme étant sujettes et soumises à leurs pulsions et leurs passions corporelles, tandis que les hommes seraient des êtres raisonnables et réfléchis.

En retraçant la généalogie des conceptions médicales au fondement des représentations sociales sur les corps des femmes et des personnes racisées, Dorlin montre l'importance du concept de « tempérament ». Ce concept participe en effet de la pathologisation, donc de la domination, de ces corps¹⁹¹. Issue de la théorie hippocratique des humeurs, la notion de tempérament s'attache à classer les maladies selon quatre types de déséquilibre (colérique, mélancolique, flegmatique, sanguin), eux-mêmes reliés à quatre phénomènes chimiques (froid, chaud, humide, sec). Or, le concept de tempérament véhicule une perspective dichotomique sur les corps humains. Cette classification nosographique s'accompagne en effet de jugements axiologiques, dans la mesure où elle a tendance à valoriser le chaud et le sec et, réciproquement, à dévaloriser le froid et l'humide. Par exemple, le principe de vie est catégorisé comme

191 Cf. DORLIN Elsa. *La matrice de la race : généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*. Paris : La Découverte, 2009

chaud et sec, à l'instar des hommes ; alors que les femmes sont associées au froid et à l'humidité, comme de nombreuses maladies.

Ainsi que l'écrit Dorlin, c'est à partir du XVII^e siècle que les corps féminins (et plus tard les corps racisés) sont envisagés comme des corps pathogènes par essence. Cette catégorisation est provoquée par une résurgence de la théorie hippocratique des humeurs. Et selon cette théorie, il y aurait d'un côté les corps naturellement valétudinaires (les femmes, les esclaves, etc.), de l'autre les corps intrinsèquement vigoureux (les hommes, les blancs, etc.).

Parmi les pathologies décrites par la théorie humorale, l'hystérie fait office d'exemple paradigmatique de maladie dite « froide », c'est-à-dire de maladie typiquement féminine. Dans cette grille de lecture, l'hystérie proviendrait d'un écoulement de l'utérus en dehors de la matrice et engendrerait à la fois une perte globale de chaleur, ainsi qu'une effraction des frontières organiques. En d'autres termes, l'hystérie serait à la fois un refroidissement généralisé de l'organisme et une colonisation des organes par des cellules de l'utérus. Il est intéressant de signaler que cette explication ressemble étrangement à la théorie du reflux menstruel, parfois convoquée pour décrire l'étiologie de l'endométriose¹⁹². Je mentionne cette similitude ici car l'endométriose sera longuement examinée dans un prochain chapitre, notamment en ce qui concerne les obstacles épistémologiques qui président à son diagnostic.

L'interprétation humorale de l'hystérie s'appuie sur un modèle dualiste. Une hystérique serait une femme dépossédée d'elle-même, soit une femme qui ne serait plus en mesure de maintenir un contrôle sur son corps, et particulièrement sur sa sexualité. La théorie des tempéraments a donc favorisé le processus de sexualisation des corps et ce, à un double niveau. D'un côté, cette théorie induit une appréhension binarisante et

192 Pour plus de détails sur la « théorie du reflux menstruel » appliquée à l'endométriose, cf. <https://endofrance.org/la-maladie-endometriose/qu-est-ce-que-l-endometriose/>

hiérarchisante des corps selon leur sexe biologique. De l'autre, elle tend à confiner les femmes au stade des pulsions sexuelles.

En conclusion, les épistémologies féministes se retrouvent confrontées à des enjeux de santé dans la mesure où elles font du corps sensible un point de départ ainsi qu'un terrain de lutte. Qu'il s'agisse de dénoncer la manière dont la médecine conventionnelle peut participer à construire la binarité de genre ou à relayer les scripts hétérosexuels, qu'il s'agisse de valoriser les savoirs induits par les expériences intimes ou personnelles, qu'il s'agisse de revendiquer une reconnaissance et une répartition du travail domestique, etc., le corps et ses représentations, ses activités, ses capacités demeurent le nœud du problème. La variable du genre ne semble néanmoins pas suffisante pour interroger ou déconstruire les présupposés attachés aux capacités du corps sensible. Les notions de « capacité » et de « santé » sont en effet davantage problématisées par les études critiques sur le handicap. La grille de lecture féministe reste toutefois pertinente pour poursuivre l'étude. C'est pourquoi je propose de dresser les contours d'une théorisation handiféministe du corps sensible.

IV. En quoi les études critiques sur le handicap sont-elles pertinentes pour parler de santé et de corps sensible ?

De toute évidence, les théories féministes font la part belle au corps et à la santé, sur un plan épistémologique aussi bien que politique. Mais elles manquent parfois de profondeur pour penser la complexité de la relation de soin, ou bien les inégalités en termes de capacités sensibles. Par exemple, les théories politiques du *care* de même que les féministes matérialistes s'intéressent principalement au travail des pourvoyeuses de

soin, sans pour autant nier que chaque personne peut devenir récipiendaire de ce soin. Les études critiques sur le handicap, quant à elles, s'attachent à penser la position singulière des personnes handicapées qui peuvent en même temps prodiguer et recevoir des soins.

Cet impensé des épistémologies féministes s'inscrit dans des dynamiques structurelles plus vastes concernant le handicap. Faire du handicap un objet politique et, surtout, identifier les discriminations spécifiques au handicap représentent deux tâches majeures des études sur le handicap (« disability studies » en anglais). C'est pour cela qu'il paraît nécessaire de comprendre les rapports de pouvoir fondés sur le handicap, avant de souligner les intérêts épistémologiques et politiques des *disability studies* et, plus précisément, d'une approche handiféministe¹⁹³.

IV.1. Qu'est-ce que le validisme ?

Pour expliquer le validisme, je recours souvent à l'analogie suivante : le validisme est au handicap ce que le sexisme est au genre. Cela présuppose une norme différentielle qui distingue les valides des non valides, et qui pense les premier-es supérieur-es aux second-es. Moins connu que le sexisme, le validisme, appelé capacitisme au Québec, est une domination systémique qui consiste à penser, d'une part, que l'absence de handicap doit être la norme et participe, d'autre part, à normaliser les corps et les existences considérées comme anormales. L'analogie a

193 Les néologismes « handiféminisme » et « handiféministe » s'écrivent aussi avec un trait d'union (handi-féminisme ; handi-féministe). Je préfère la version sans trait d'union, car elle matérialise, dans le langage, la spécificité de l'expérience handiféministe, laquelle n'est pas seulement une juxtaposition de rapports de pouvoir, mais une réalité sociologique à part entière. Je remercie vivement les membres du Réseau d'Études Handi-Féministes (REHF), avec qui j'ai eu la chance de travailler sur ces questions. Cf. <https://www.rehf.org/>

néanmoins des limites, car dans certains cas, le handicap peut être résorbé ou atténué, sans qu'interviennent des mécanismes de domination.

Certes, la conceptualisation du handicap a évolué, de sorte qu'il est désormais défini comme le retentissement d'une incapacité fonctionnelle dans une situation donnée. Cette définition invite à la fois à une analyse des situations sociales et des déficiences physiologiques. Ce faisant, elle enjoint les stratégies dites de remédiation à agir sur différents plans ou sur le plan le plus opportun : faut-il agir sur le corps biologique par le biais d'interventions chirurgicales ou de traitements médicamenteux ? Faut-il agir sur les technologies biomédicales de compensation telles que les prothèses ou les orthèses ? Faut-il agir sur l'environnement physique et matériel de la personne handicapée ? Faut-il agir sur les normes socioculturelles d'inclusion ? Etc. Si cette conceptualisation du handicap ne le réduit pas à une déficience biologique ou psychologique qu'il faudrait réparer, elle n'en demeure pas moins validiste, dans la mesure où elle insiste sur les stratégies de remédiation.

Comme l'écrit la géographe Méлина Germes, « le validisme ou capacitisme désigne une forme de domination envers les personnes handicapées. Au-delà de l'archétype du "handicapé", le terme "personnes handicapées" (ou handi-es) inclut ici les malades chroniques, personnes aveugles, sourdes, neuroatypiques, neurodivergentes, dismorphiques... sans distinction de diagnostic. Le validisme est l'idéologie selon laquelle la norme de l'existence humaine est l'absence de maladie et d'infirmité. La capacité à être productif-ve est la condition pour mériter de (bien) vivre. [...] En même temps les fictions et discours bienveillants parent les personnes handies de vertus exceptionnelles, parmi lesquelles le courage d'exister, les valorisant en tant que sources d'inspiration pour les personnes valides. Le validisme est, comme toute oppression, à double tranchant : il peut se faire bienveillant, tout en conservant son pouvoir de nuire. Cette

notion révèle le caractère socialement et historiquement construit de l'assignation des handi-es à une condition dominée. »¹⁹⁴.

Et comme l'écrit la socio-anthropologue Dominique Masson, de l'autre côté de l'Atlantique, le capacitisme est « une structure de différenciation et de hiérarchisation sociale fondée sur la normalisation de certaines formes et fonctionnalités corporelles et sur l'exclusion des corps non conformes et des personnes qui les habitent. »¹⁹⁵.

À l'instar du sexisme, le validisme¹⁹⁶ est une domination structurelle. Non seulement il relève d'une idéologie, mais il se traduit également par des inégalités en termes de conditions matérielles d'existence. De plus, il est en partie véhiculé voire construit par le discours médical. Le handicap est généralement perçu comme une infirmité ou une déficience à corriger.

La médecine est chargée de réhabiliter les corps infirmes ou déficients afin de les rendre productifs, c'est-à-dire utiles à la société. D'après Germes, « les enseignements et pratiques médicales sont centraux dans la catégorisation et la (dé)valorisation des existences handies. La médecine occidentale s'est donnée pour but de réparer les corps (et esprits) qu'elle considère comme défailants, avec la finalité de leur (re)mise au travail. »¹⁹⁷.

La responsabilité de la médecine dans la construction de la domination validiste repose sur des mécanismes similaires à ceux qui interviennent dans la fabrication de la

194 GERMES Mélina. « Handi-Féminisme ». in DORLIN Elsa (dir.). *Feu ! Abécédaire des féminismes présents*. Paris : Libertalia, 2021. <https://www.revue-ballast.fr/handicap-et-feminisme-luttes-contre-le-validisme/>

195 MASSON Dominique. « Femmes et handicap ». *Recherches féministes*. Vol. 26 n°1, 2013. Pp. 111-129. <https://id.erudit.org/iderudit/1016899ar>

196 Dans une volonté d'ancrer ma recherche sur le territoire français, qui demeure le lieu depuis lequel j'écris, je préfère parler de validisme que de capacitisme. Ce dernier terme est en effet davantage usité dans les recherches outratlantiques.

197 GERMES Mélina. « Handi-Féminisme ». art. cit.

domination sexiste. D'une part, les discours médicaux se réfèrent à des conceptions normatives étroites à l'endroit des corps. D'autre part, l'activité médicale méprise trop souvent la parole des malades, bien que, à la marge, des professionnel-les de santé ou des approches éthiques résistent ou s'opposent à cette tendance. Mais, justement, il s'agit ici de décrire la tendance de la médecine à nier les différences et à s'adresser à un idéal typique : l'homme blanc, valide, bourgeois, cisgenre, etc. Pour Germes, « ce que les mouvements féministes contemporains redécouvrent, d'autres groupes le savent dans leur chair depuis longtemps : il s'agit ici d'un problème structurel de la médecine occidentale contemporaine qui concerne tous les groupes dominés de la société »¹⁹⁸.

Cela signifie que le vécu du handicap constitue lui aussi un « privilège épistémique » (cf. supra). Un privilège fondé sur l'habitude ou, plus spécifiquement, sur l'expérience répétée de la violence (qu'elle soit frontale ou insidieuse). Un privilège ancré dans « la chair », soit dans le corps sensible. D'où la naissance des études sur le handicap faite par et pour les personnes concernées.

IV.2. Que proposent les études critiques sur le handicap ?

IV.2.1. L'apparition des *disability studies* : quand le handicap est un objet de lutte autant que de connaissance

Les *disability studies* (DS) apparaissent aux États-Unis dans les années 1960-1970 dans le sillage du mouvement handicapé pour les droits civiques. Sur les traces des *women studies* et des *cultural studies*, les études sur le handicap

198 Ibid.

ont acquis une légitimité académique en insistant sur la communauté d'expériences des personnes handicapées, et ce malgré les disparités en termes d'identités catégorielles (personnes sourdes, personnes à mobilité réduite, personnes autistes, personnes aveugles, etc.). Elles sont indissociables d'un activisme politique soucieux d'affirmer le droit à une citoyenneté égale et de faire valoir la spécificité de la perspective handie¹⁹⁹ sur la vie. Les *disability studies* envisagent les personnes en situation de handicap comme un groupe social à part entière ou, plus précisément, comme un groupe minoritaire (au sens sociologique du terme). Dans ce cadre, les personnes handicapées forment un groupe social dans la mesure où elles partagent le même type d'expériences ou, pour le dire autrement, parce qu'elles subissent le même genre de discriminations.

La singularité des DS est d'avoir introduit le « modèle social du handicap », contre le traditionnel « modèle biomédical ». Dans le modèle biomédical, le handicap est un problème biologique que la médecine se doit de réparer. Autrement dit, l'infirmité ou la déficience est une déviance à l'égard d'une prétendue norme naturelle. Dans le modèle social, le handicap n'est pas un donné biologique, mais une construction sociale à partir de la réalité biologique.

Le modèle social du handicap s'attache à critiquer une confusion structurante et pourtant dramatique entre incapacité et invalidité. C'est bel et bien l'inadaptation de la société à la diversité des expériences qui fait advenir le handicap. Comme l'explique Masson, « cette critique repose sur une distinction entre la notion d'incapacité, vue comme limitation fonctionnelle relevant de la biologie, et la notion de handicap, comprise comme l'ensemble des situations de désavantage, de

199 Plus qu'une abréviation du mot « handicapé-e », le terme « handi-e » provient du vocabulaire militant antivalidiste et donne de ce fait une portée politique au discours théorique.

discrimination et d'oppression subies par les personnes vivant avec des incapacités »²⁰⁰. Dans ce cadre, l'incapacité est entendue comme une caractéristique parmi d'autres, tandis que le handicap est perçu comme un état global.

En 1998, l'artiste, activiste et chercheur Simi Linton a proposé une définition des DS qui fait généralement consensus. Cette définition est la suivante :

« Les *disability studies* restructurent l'approche du handicap en se centrant sur lui en tant que phénomène social, construction sociale, métaphore et culture, utilisant un modèle du groupe minoritaire. Elles examinent les idées relatives au handicap sous toutes les formes de représentations culturelles tout au long de l'Histoire, et analysent les politiques et pratiques de toutes les sociétés afin de comprendre les déterminants sociaux plutôt que physiques ou psychologiques de l'expérience du handicap. Les *disability studies* tout à la fois émanent du, et soutiennent le mouvement pour les droits des personnes handicapées, qui plaide pour les droits civiques et l'autodétermination. Ce point de vue détourne l'attention portée au paradigme prévention/traitement/remède en faveur du paradigme social/politique/culturel. Ce changement ne signifie pas le déni de l'existence de déficiences ni le rejet de l'utilité d'interventions et de traitements. Au lieu de cela, les *disability studies* se sont développées pour dégager les déficiences du mythe, de l'idéologie et du stigmatisme qui influencent interactions et pratiques sociales. Cette discipline conteste ainsi l'idée que les statuts économiques et sociaux ainsi que les rôles assignés aux personnes handicapées sont des conséquences inévitables de leur condition »²⁰¹.

200 MASSON Dominique. « Femmes et handicap ». art. Cit.

201 LINTON Simi. « Disability studies/not disability studies ». *Disability and Society*. N°13, 1998. Pp. 525-540. Cité dans ALBREICHT Gary L., RAVAUD Jean-François, STIKER Henri-Jacques. « L'émergence des *disability studies* : état des lieux et perspectives ». *Sciences sociales et santé*. Vol. 19 n°4, 2001. pp. 43-73. https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-

Depuis le début des années 2000, il est fréquent de retrouver le handicap dans la liste des oppressions structurelles. J'en veux pour preuve la citation suivante de la sociologue Sirma Bilge, selon qui l'intersectionnalité « réfute le cloisonnement et la hiérarchisation des grands axes de la différenciation sociale que sont les catégories de sexe/genre, classe, race, ethnicité, âge, handicap et orientation sexuelle »²⁰². Malgré tout, les recherches sur le handicap demeurent toujours balbutiantes dans l'espace francophone, ainsi que le montrent Marion Chottin et Corinne Doria dans un ouvrage à paraître chez ENS éditions²⁰³. Or, le manque d'intérêt entraîne, selon la juriste Laurence Parent, un déficit conceptuel, notamment pour traduire les concepts anglais de *disablism* et *ableism*²⁰⁴. S'il ne me paraît pas pertinent de parler d'intersectionnalité lorsqu'il n'est pas question de rapports de domination fondés sur la race²⁰⁵, il me paraît néanmoins important de mettre en lumière le besoin, voire la nécessité de complexifier et de problématiser davantage l'identité et l'expérience handie.

IV.2.2. La complexification des *disability studies* : quand le handicap est une source de domination parmi d'autres

Dès leur apparition dans les années 1970, les DS sont critiquées pour leur manque de radicalité et de lucidité. Si elles dénoncent la naturalisation des corps et des

[0337_2001_num_19_4_1535](#)«

202 BILGE Sirma. « Théorisations féministes de l'intersectionnalité ». *Diogène*. n°225, 01/2009. Pp. 70-88. <https://www.cairn.info/revue-diogene-2009-1-page-70.htm>

203 DORIA Corinne, CHOTTIN Marion. *Introduction aux disability studies*. Lyon : ENS Editions. À paraître.

204 PARENT Laurence. « Ableism/disablism, on dit ça comment en français ? ». *Revue canadienne sur le handicap*. vol. 6 n°2, 2017. Pp. 183-212. <https://doi.org/10.15353/cjds.v6i2.355>

205 L'intersectionnalité est un concept forgé par et pour les femmes racisées. Étant une femme blanche, je ne souhaite pas m'approprier ce concept.

compétences sociales dites « normales », les études sur le handicap ont tendance à minimiser l'expérience personnelle, et plus particulièrement l'expérience corporelle. D'après l'essayiste et chercheuse en études féministes sur le handicap (*feminist disability studies* en anglais, abrégées FDS) Jenny Morris, la notion de modèle social ne prend pas assez en compte le vécu intime du corps. L'expérience sensorielle est dédaignée, au profit de l'activité rationnelle. La définition-même du handicap ou des incapacités s'en trouve limitée : le handicap n'est pas que physique ou moteur. Il peut être cognitif, social, etc. Comme l'écrivent les auteurs-rices d'un article sur les études critiques sur le handicap publié dans le Dictionnaire du genre en traduction, « ces discussions ont pour effet de faire réapparaître le corps fragile, non maîtrisable, qui avait disparu du tableau promu par les DS. Dans le récit forgé par le modèle social du handicap, ce sont les barrières sociales, institutionnelles, culturelles qui sont handicapantes contre l'idée reçue – essentialisante – du handicap produit par un corps malade, défaillant, fragile. Or c'est ce corps-là qui revient au centre des préoccupations et des réflexions des féministes handies qui dévoilent ainsi les présupposés de genre des DS »²⁰⁶.

Les FDS ne se contentent pas de mettre en lumière des impensés à l'endroit du corps. Comme le soulignent les auteurs-rices de l'article cité ci-dessus, « elles mettent en question les présupposés genrés des DS qui posent au centre de leurs réflexions et de leurs actions un personnage masculin handicapé en bonne santé et en pleine possession de ses moyens intellectuels. »²⁰⁷. En d'autres termes, elles rejettent les « conceptions masculinistes d'un corps maîtrisable », pour reprendre la formule des

206 MADIOT Justine, DOE Marion, PUISEUX Charlotte, DAMMAME Aurélie, PAPERMAN Patricia. « *Disability Studies/Études critiques du handicap* ». *Dictionnaire du Genre en Traduction*. 24/05/2021. <https://worldgender.cnrs.fr/notices/disability-studies-etudes-critiques-du-handicap/>. [Consulté le 29/06/2021]

207 Ibid.

mêmes auteurs-rices. Il s'agit, dans le sillage des luttes et des recherches intersectionnelles, de rappeler l'importance de la position sociale du sujet, en l'occurrence du sujet handi. Il s'agit, par conséquent, de comprendre le handicap comme un mécanisme structurel transversal qui est influencé par les autres rapports sociaux, autant qu'il les influence. Pour Germes, « lutter contre le validisme implique de le comprendre comme un rapport de pouvoir structurel – qui traverse nos sociétés, dans l'histoire, l'idéologie, la culture, les institutions, l'économie, et qui s'inscrit dans nos corps. De plus, la question de l'invalidation fait système avec celle de la race, de la classe et du sexe. Les personnes racisées, les personnes exploitées dans le monde du travail ou usées par l'impossibilité de trouver un travail sont plus exposées à l'apparition de maladies chroniques, physiques et psychiques et aux accidents invalidants, alors même que les biais racistes et classistes de notre système de santé conduisent à sous-estimer l'intensité de leurs symptômes »²⁰⁸.

En résumé, les populations précarisées, minorisées, paupérisées en raison de leur race, leur sexe, leur genre, leur orientation sexuelle, etc., non seulement risquent davantage de développer des maladies chroniques, des handicaps ou des infirmités, mais subissent de plus davantage de violences validistes entre autres dans le milieu médical (soit par défaut de prises en charge, soit par excès d'assignments). C'est à ce titre que le handicap doit être envisagé comme une source de domination à part entière, en tant qu'il engendre des formes spécifiques de violences, mais aussi comme une source de domination imbriquée à d'autres, en tant qu'il ne peut être dissocié du reste de l'existence sociale. D'où l'intérêt d'une approche handiféministe, qui prend en compte à la fois le genre et le handicap, et qui s'inscrit de ce fait dans les études critiques sur le handicap (« critical disability studies » en anglais).

208 GERMES Mélina. « Handi-Féminisme ». art. Cit.

IV.2.3. Quelle est la spécificité d'une approche handiféministe ?

À l'origine de l'approche handiféministe réside non seulement une mise en évidence des impensés des DS, mais aussi une critique des courants féministes majoritaires. Ces derniers tendent en effet à marginaliser l'expérience du handicap et, ce faisant, à présupposer la validité des sujets féministes. Il s'agit donc de questionner les féminismes existants, notamment en interrogeant leur relation au handicap et aux personnes handicapées. Ces questions sont principalement adressées aux théories du *care*.

Pour reprendre les mots des auteurs-rices du Dictionnaire du genre en traduction, « l'handiféminisme s'inscrit ainsi dans l'élargissement du spectre féministe en y adjoignant des particularités propres aux questions des handicaps. La croisée des perspectives intersectionnelles et des DS permet à l'handiféminisme d'appréhender le vécu des femmes et minorités de genre handies au prisme de l'interaction de plusieurs oppressions (sexisme, validisme, capacitisme, transphobie, etc.) à partir de leur point de vue situé et dans un souci de visibilisation de leur parole. »²⁰⁹.

Inclure la question du handicap dans la pensée féministe n'est pas qu'une simple expérience de pensée. Au contraire, le « handicap est un enjeu féministe » à plusieurs titres, comme l'explique Masson.

Tout d'abord, et pour reprendre les mots de Masson, le handicap est un enjeu féministe « parce que de 11 à 16 % de la population féminine vit aujourd'hui avec des incapacités [...] et que les frontières de cette catégorie sont fluides, poreuses. »²¹⁰. Certes, le handicap concerne aussi la population masculine, mais, en France, 56% des

209 MADIOT Justine, DOE Marion, PUISEUX Charlotte, DAMMAME Aurélie, PAPERMAN Patricia.

« Disability Studies/Études critiques du handicap ». art. Cit.

210 MASSON Dominique. « Femmes et handicap ». art. cit.

personnes en situation handicap sont des femmes, comme le souligne une étude de l'INSEE parue en mars 2022²¹¹. Selon Masson, « le handicap est une catégorie identitaire dans laquelle nous pouvons entrer à tout moment, et dans laquelle nous nous retrouverons toutes si nous vivons assez longtemps. »²¹². À l'argument basé sur les probabilités, s'ajoute celui de la vulnérabilité. Rappelant l'avertissement des théories du *care* selon lequel toute personne peut devenir récipiendaire de soins et l'a été en tant qu'enfant, les FDS vont plus loin et affirment que la vulnérabilité est constitutive de l'existence humaine. Il n'y a pas besoin d'un accident, d'une maladie, de la vieillesse ou autre événement invalidant pour recevoir des soins, et notamment des soins corporels qui, de par leur caractère intime, reconfigurent les frontières de la sphère privée et de la perception de soi. De sorte que les soins corporels nécessaires à la survie humaine remettent la question de la dépendance au cœur des interactions.

Ensuite, le handicap est un enjeu féministe parce que les mécanismes validistes sont similaires aux mécanismes sexistes. Si les personnes handicapées sont exclues, c'est en raison de discours visant à pathologiser, et donc à délégitimer, leur corps. Les discours validistes considèrent les corps handicapés comme des corps monstrueux, misérables, improductifs. Or, « les féministes devraient toutefois considérer comme éminemment suspecte toute explication de l'exclusion sociale qui s'ancre dans la nature des corps ou qui repose sur des caractéristiques du corps », comme l'écrit Masson²¹³. De

211 « En 2018, les femmes représentent 52% de la population âgée de 16 ans ou plus, mais 56% des personnes handicapées [...] âgées de 16 ans ou plus et vivant à domicile [...]. Elles sont en particulier surreprésentées entre 50 et 64 ans : à ces âges, 59% des personnes handicapées vivant à domicile sont des femmes, alors qu'elles représentent 52% de la population âgée de 50 à 64 ans. Les hommes handicapés sont en revanche plus nombreux parmi les plus jeunes : ils représentent 57% des personnes handicapées vivant à domicile entre 16 et 34 ans ». INSEE RÉFÉRENCES. « Handicap et dépendance ». 02/03/2022. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047753?sommaire=6047805>

212 MASSON Dominique. « Femmes et handicap ». art. cit.

213 Ibid.

fait, ces explications ne sont pas sans rappeler les clichés concernant les corps féminins et les corps racisés, comme cela a été montré plus haut par le biais des travaux de la philosophe Elsa Dorlin.

Enfin, le handicap est un enjeu féministe parce qu'il permet de réaliser le projet intersectionnel tel qu'il est décrit par Masson : « celui de développer des discours et des pratiques permettant de mettre fin aux oppressions "à l'endroit de TOUTES les femmes" »²¹⁴. Il ne s'agit pas seulement de mettre en œuvre des solidarités féministes au nom du but commun qu'est la lutte contre l'oppression ; il s'agit aussi de renouveler les outils et les cadres d'analyse du féminisme. Par exemple, selon Masson, « les luttes des groupes de femmes handicapées [...] offrent l'occasion d'explorer un univers encore largement ignoré des féministes jouissant des privilèges de la normalité corporelle »²¹⁵. Dans la même veine, le philosophe et chercheur en études de genre et *disability studies* Alexandre Baril estime que les recherches sur le handicap, associées aux recherches sur la transidentité, incitent à critiquer et à repenser la normativité corporelle et, plus largement, la méthode intersectionnelle qui, selon lui, ne prend pas suffisamment en compte les injonctions liées au corps valide²¹⁶.

En somme, « il est important pour les féministes de réaliser que les femmes handicapées ne sont pas "les Autres", mais "Nous" », comme l'écrit Masson²¹⁷. Cela demande de renoncer à l'idée d'un corps « normal », tout en tenant compte de l'expérience de chaque corps. Et cela s'inscrit dans le projet canguilhémien de repenser

214 Ibid.

215 Ibid.

216 Cf. BARIL Alexandre. *La normativité corporelle sous le bistouri : (Re) penser l'intersectionnalité et les solidarités entre les études féministes, trans et sur le handicap à travers la transsexualité et la transcapacité*. Thèse en études des femmes. Université d'Ottawa. 12/11/2013.
https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/30183/1/Baril_Alexandre_2013_these.pdf

217 MASSON Dominique. « Femmes et handicap ». art. cit.

la santé et la maladie à l'aune de la normativité biologique individuelle, plutôt que selon des règles universelles.

Pour le philosophe Georges Canguilhem, un corps n'est pas en soi déficitaire ou infirme. Selon lui, « il ne peut rien manquer à un vivant, si l'on veut bien admettre qu'il y a mille et une façons de vivre »²¹⁸. Grâce à une lecture handiféministe de cette citation, on peut percevoir dans la diversité des corps une multiplicité d'expériences.

Cela ne signifie pas que certaines expériences ne sont pas plus difficiles que d'autres. Canguilhem lui-même précise que la maladie entraîne une restriction de la normativité biologique individuelle. En d'autres termes, la capacité normative des personnes malades est inférieure à celles des personnes non malades. Est-ce à dire qu'il y a une hiérarchisation des formes de normativités selon les capacités ? Il semblerait que non, car de cette gradation objective, Canguilhem ne tire pas de jugement axiologique. Malgré tout, il ne semble pas prendre en compte les situations extrêmes lors desquelles l'organisme est incapable d'établir une norme, par exemple lors de la survenue de maladies qui évoluent ou dégénèrent trop rapidement, donc qui ne permettent pas une adaptation organique.

Cela veut dire qu'il n'y a pas un modèle corporel au nom duquel on peut justifier l'exclusion ou la domination de certaines existences. D'après la formule de Canguilhem, « on peut donc conclure ici que le terme de "normal" n'a aucun sens proprement absolu ou essentiel »²¹⁹. À l'inverse, le terme de « normal » dissimule souvent des rapports de domination.

En conclusion, les études critiques sur le handicap, et plus particulièrement les approches handiféministes, permettent de problématiser la notion de corps sensible au

218 CANGUILHEM Georges. « Le normal et le pathologique ». in *La connaissance de la vie*. Paris : Vrin, 1965

219 Ibid.

prisme des capacités. Ces capacités sont fonction de l'organisation sociale : plus une société est inaccessible, plus les capacités sont restreintes. À cet égard, le modèle social du handicap invite à situer les normes capacitaires dans un contexte social donné, à savoir un environnement validiste. Les *feminist disability studies*, quant à elles, redonnent un contenu sensible à l'expérience de l'anormalité corporelle. C'est pourquoi elles me paraissent intéressantes pour questionner la relation de soin impliquant le toucher : d'une part, elles interrogent le principe-même de normes corporelles ; d'autre part, elles tiennent compte des effets du corps-à-corps thérapeutique sur la perception de soi-même.

D'une certaine manière, les *feminist disability studies* réalisent le projet que la philosophe Camille Froidevaux-Metterie appelle de ses vœux, à savoir « révéler les contraintes et les normes qui asservissent les femmes tout en reconnaissant leur capacité subjective à l'émancipation »²²⁰. Cette autrice estime que la méthode phénoménologique demeure la voie la plus pertinente pour y parvenir. Pour ma part, je redoute l'écueil du solipsisme²²¹ qu'une telle méthode peut induire. Je préfère donc me tourner vers des théories visant la réappropriation politique du corps sensible, soit

220 FROIDEVAUX-METTERIE Camille. « Le féminisme et le corps des femmes ». *Pouvoirs* n° 173, 02/2020. pp. 63-73. https://www.cairn.info/revue-pouvoirs-2020-2-page-63.htm?ora.z_ref=li-46446595-pub

221 En philosophie, le solipsisme désigne traditionnellement une posture épistémologique (au sens de théorie de la connaissance). Selon cette posture, l'unique certitude que l'on peut avoir est celle d'un sujet pensant qui s'interroge et, partant, qui a conscience de s'interroger. Tout ce qui relèverait de la matière sensible ou des interactions sociales serait trompeur. Seule la conscience, ou plus précisément la conscience de la conscience, serait indéniable.

Sans dire que le courant phénoménologique est nécessairement solipsiste, le glissement est néanmoins facile. La phénoménologie classique, telle qu'elle a été instituée par le philosophe Edmund Husserl au début du XXe siècle, repose sur deux méthodes : la description et la réduction. La description consiste à faire le récit de ce qui est observé par un sujet donné. La réduction (ou « époque » en grec) consiste à remonter des phénomènes observés jusqu'aux essences qui en structurent l'apparition. L'écueil solipsiste réside dans ce geste qui se veut transcendantal, c'est-à-dire universel et a priori.

visant simultanément la « réalisation de soi » (expression que j'emprunte à la chercheuse et militante bell hooks^{222 223} et la transformation sociale. Or, c'est du côté des théories de l'éducation émancipatrice que l'on trouve des manières de combattre ou de contourner les injustices dont les corps font l'expérience dans l'espace social. Une éducation tournée vers l'émancipation se caractérise, selon Hourya Bentouhami, Adrien Chassain, Gilles Couffignal, Clémence Fourton, Chloé Le Meur, etc. (coordinateurs-rices du numéro 25 de la revue *Tracés*), par « la réappropriation que le sujet fait de son corps et de sa puissance affective »²²⁴. Il s'agit d'apprendre à affirmer « la fierté d'être ce que l'on nous reproche d'être »²²⁵ ; ce qui n'est pas sans faire écho aux luttes féministes, antivalidistes, antiracistes, LGBTQIA+, soit aux luttes contre les rapports de domination de toute sorte.

L'enjeu est de trouver une forme d'éducation pour la santé fondée sur le corps sensible. Une éducation qui tient compte des normes corporelles capacitaires et qui tente de les subvertir, afin de parvenir à une plus grande émancipation. Il existe déjà

Il est toutefois important de souligner, ainsi que le fait la philosophe Clara Chaffardon, que la phénoménologie féministe tient à rompre avec la méthode classique. Pour cette autrice, « les féministes détournent les méthodes phénoménologiques, qui reposaient selon elles sur un idéal descriptif de l'expérience, pour en faire les outils politiques d'une critique sociale dont l'objectif est moins la description que la transformation de l'expérience ».

CHAFFARDON Clara. « Qu'est-ce que le féminisme fait à la méthode phénoménologique ? De l'inventaire descriptif à la pratique normative ». in CHOULET-VALLET Anaïs, CLOCHEC Pauline, FRASCH Delphine, GIACINTI Margot, VEDIE Léa (dir.). *Théoriser en féministe*. Lyon : Hermann, 2021. p. 182

222 HOOKS bell (trad. FOURTON Clémence). « La pédagogie engagée ». *Tracés* n°25, 2013. pp. 179-190. <https://journals.openedition.org/traces/5852>

223 bell hooks est le nom de plume de Gloria Jean Watkins. Il a été choisi en femmage à sa grand-mère Bell Blair et s'écrit sans majuscule, conformément à la volonté de cette autrice.

224 BENTOUHAMI Hourya, CHASSAIN Adrien, COUFFIGNAL Gilles, FOURTON Clémence, LE MEUR Chloé, al. « L'éducation au prisme de l'émancipation ». *Tracés* n°25, 2013. pp. 7-21. <https://journals.openedition.org/traces/5866>

225 Ibid.

des théories de l'éducation à la santé. Je n'en ai néanmoins pas trouvé qui ambitionne explicitement une transformation sociale.

V. Comment construire une théorie de l'éducation à la santé à partir du corps sensible ?

Dans le champ de la santé, l'éducation s'inscrit d'ordinaire dans des logiques de prévention. L'éducation pour la santé vise en effet à « réduire la mortalité prématurée par maladies ou accidents en partie liés aux comportements et habitudes de vie », ainsi que l'écrivent les membres du Réseau des Comités d'Éducation pour la Santé (RCES) Fabienne Bonnin et Anne-Marie Palicot²²⁶. Cette promotion à la santé s'attache à améliorer le bien-être et développer la qualité de vie à une échelle individuelle et collective, à prendre en compte la santé dans le développement local, à favoriser la participation des citoyen-nes aux décisions concernant leur santé.

L'éducation pour la santé se décline de différentes manières. Premièrement, il y a l'éducation à la santé en milieu scolaire, dont le but est de transmettre les gestes fondamentaux de prévention sanitaire, de créer des lieux d'étude et de vie sociale cohérents avec les besoins des enfants et adolescent-es, et de faire du lien entre les établissements et les familles. Deuxièmement, il y a l'action communautaire, dont le but est d'agir sur l'environnement social et urbanistique afin de renforcer le bien-être et la santé des communautés au niveau local. Troisièmement, il y a la lutte contre l'exclusion, dont le but est de soutenir les personnes en situation de grande précarité financière ou

226 BONNIN Fabienne, PALICOT Anne-marie. « L'éducation pour la santé : un service au public, un enjeu de la modernisation du système de santé. Proposition du réseau des comités d'éducation pour la santé ». *Santé Publique* n°13, 03/2001. pp. 287-294. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2001-3-page-287.htm>

sociale pour minimiser les incidences sur leur santé. Quatrièmement, il y a la santé au travail, dont le but est d'inciter les entreprises ou les institutions à construire des espaces de travail sains et en conformité avec le code du travail et les lois visant la prévention sanitaire. Cinquièmement, il y a l'éducation thérapeutique des patient-es, dont le but est d'accompagner les personnes vivant avec une maladie chronique afin d'améliorer l'observance des traitements ou de construire un cadre de vie acceptable malgré la maladie.

Dans le cadre de cette étude, c'est principalement la dernière déclinaison qui est intéressante : l'éducation thérapeutique. En s'interrogeant sur le rôle du toucher dans la relation de soin, il s'agit en effet de comprendre la manière dont les gestes tactiles interviennent ou configurent la relation thérapeutique. En d'autres termes, il s'agit d'analyser ce que le rapport au toucher dit du rapport au corps dans le contexte du parcours de soin, avec ce que cela comporte de chronicité et de complexité. L'endométriose constitue l'exemple filé de ce travail, parce qu'il s'agit d'une maladie chronique traversée par des représentations ambiguës sur le corps des femmes.

L'enjeu est de théoriser une éducation pour la santé émancipatrice fondée sur le corps sensible, et non d'évaluer la légitimité des expériences sensibles au sein des théorisations de la santé. Ceci a déjà été effectué dans les travaux portant sur les patient-es expert-es, notamment par Fabienne Boudier, Faouzi Bensebaa et Adrienne

Jablanczy²²⁷ ; Olivia Gross et Rémi Gagnayre²²⁸ ; Catherine Tourette-Turgis et Sabine Dutheil²²⁹, etc.

La taxinomie des savoirs portés par les patient-es expert-es établie par Gross et Gagnayre constitue d'ailleurs une ressource importante de ce travail. Selon ces auteurs-trices, les patient-es expert-es mobilisent cinq types de savoirs différents : « des savoirs expérientiels implicites qui visent une auto-adaptation, des savoirs expérientiels explicites qui visent une hétéro-adaptation, des savoirs situés qui permettent aux patients de se constituer en communauté épistémique et des savoirs savants qui soutiennent les précédents et peuvent leur permettre d'accéder à des savoirs experts »²³⁰. Cette taxinomie est très précieuse sur le plan épistémologique. Non seulement elle propose une conceptualisation fine des savoirs expérientiels et profanes, mais elle permet en outre une contextualisation des outils pédagogiques en fonction des situations envisagées. Elle interroge également les liens entre les types de savoirs et les pouvoirs d'action dans la sphère thérapeutique.

Par ailleurs, cette taxinomie fait référence aux deux corpus théoriques majeurs de cette étude : une référence à Canguilhem, à travers la notion d'adaptation (auto-adaptation et hétéro-adaptation) ; une référence aux théories féministes, par la mention des savoirs situés et des communautés épistémiques. Ce sont précisément ces deux

227 Cf. BOUDIER Fabienne, BENSEBAA Faouzi, JABLANCZY Adrienne. « L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante ». *Innovations* n°39, 03/2012. pp. 13-25. <https://www.cairn.info/revue-innovations-2012-3-page-13.htm>

228 Cf. GROSS Olivia, GAGNAYRE Rémi. « Caractéristiques des savoirs des patients et liens avec leurs pouvoirs d'action : implication pour la formation médicale ». *Revue française de pédagogie* n°201, 2017. pp. 71-82. <https://journals.openedition.org/rfp/7266>

229 Cf. TOURETTE-TURGIS Catherine, DUTHEIL Sabine. « Patients experts : une place enfin acquise ». *La revue du praticien* n°73, 11/2023. pp. 943-948. <https://www.larevuedupraticien.fr/article/patients-experts-une-place-enfin-acquise>

230 GROSS Olivia, GAGNAYRE Rémi. « Caractéristiques des savoirs des patients et liens avec leurs pouvoirs d'action : implication pour la formation médicale ». art. cit.

références qui vont être utiles pour théoriser une éducation à la santé sensible et émancipatrice.

L'intérêt est de comprendre comment les théories d'éducation à la santé peuvent subvertir les normes corporelles capacitaires sans les reproduire. Une théorie d'éducation pour la santé émancipatrice concerne par définition la libération des corps dans un espace social déterminé. À cet égard, elle ne peut faire l'économie, d'une part des pédagogies de l'émancipation et, d'autre part d'un apprentissage somatique. Si je reprends l'argumentation des coordinateurs-trices du numéro 25 de la revue *Tracés*, j'affirme qu'il y a un lien indéniable et indénouable entre réappropriation de son corps et émancipation politique. Le rôle de l'éducation du corps sensible est de contribuer à actualiser et potentialiser ce lien.

Les mots de Bentouhami, Chassain, Fourton, etc. (déjà cités quoique de façon réduite) décrivent avec justesse la manière dont la réappropriation de son corps participe de l'émancipation. Pour elles et eux, « associer éducation et émancipation n'implique pas nécessairement de voir en cette dernière un simple arrachement à une minorité sous tutelle intellectuelle, doublé de la conquête d'un libre exercice du jugement détaché des influences hétéronomes, il s'agit bien plutôt de la caractériser par la réappropriation que le sujet fait de son corps et de sa puissance affective : agir à sa propre libération serait d'abord se réapproprier les conditions de son affirmation, telles que la fierté d'être ce que l'on nous reproche d'être »²³¹.

231 BENTOUHAMI Hourya, CHASSAIN Adrien, COUFFIGNAL Gilles, FOURTON Clémence, LE MEUR Chloé, al. « L'éducation au prisme de l'émancipation ». art. Cit.

V.1. La théorisation classique de l'éducation thérapeutique

V.1.1. Les bases théoriques de l'éducation thérapeutique

Avant d'aborder les fondements théoriques d'une éducation à la santé sensible et émancipatrice, il paraît judicieux de présenter la formulation classique de l'éducation thérapeutique des patient-es (ETP). Comme énoncé plus haut, l'ETP intervient dans un contexte d'augmentation des maladies chroniques. Contrairement aux pathologies aiguës, les affections chroniques ne peuvent se satisfaire d'une approche dite techniciste des soins, soit d'une médecine de l'efficacité prétendant localiser les causes précises de la maladie et y remédier rapidement.

Parce qu'elles s'inscrivent dans la durée et nécessitent des prises en charge pluridisciplinaires (médication, rééducation, nutrition, etc.), les maladies chroniques reconfigurent les trajectoires thérapeutiques. Elles interrogent à la fois la formation du personnel soignant chargé d'accompagner les personnes malades et l'implication de ces dernières dans le processus des soins. C'est pour réagir à cette reconfiguration que l'institution médicale développe depuis une vingtaine d'années l'éducation thérapeutique des patient-es. Selon Anne Lacroix, psychologue et précurseuse de l'ETP en Europe, la notion d'éducation thérapeutique est apparue pour pallier les problèmes liés à la formation et à la pratique médicale hautement technicisées. Or, ces dernières ont tendance à ne considérer les malades qu'à travers leur maladie, voire à les réduire à leur maladie²³².

232 Cf. LACROIX Anne. « Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? ». *Santé publique*. N°19, 04/2007. Pp. 271-282. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-4-page-271.htm>

L'éducation thérapeutique prend sa source dans les théories psychologiques behavioristes et cognitivistes. D'après Lacroix, la pédagogie behavioriste est fondée sur les notions d'objectif et de motivation, et se concentre, en théorie, sur le comportement de l'apprenant-e. Cependant, cette pédagogie reste basée sur le traitement de l'information et, en pratique, se focalise davantage sur le rôle de l'intervenant-e. Pour Lacroix, « cette approche s'inspire des méthodes behavioristes du couple stimulus, réponse qui repose sur les présupposés suivants : la répétition, en fait, la reformulation du comportement souhaité et la perspective d'une récompense en évoquant les satisfactions liées à un projet désirable »^{233 234}.

L'éducation thérapeutique incite les usager-es à se réapproprier leur maladie pour mieux gérer leur traitement et leurs souffrances. Pour ce faire, elle vise à diffuser les savoirs utiles à ces personnes et à développer des dispositifs de soin tournés vers l'action. D'après Lacroix, l'éducation thérapeutique doit être une négociation entre les soignant-es qui éduquent et les soigné-es qui apprennent. Cette négociation s'organise autour des trois éléments suivants :

1. Opérationnaliser, c'est-à-dire identifier les objectifs concrets et précis de la part des soignant-es.
2. Déconstruire, c'est-à-dire critiquer le langage médical conventionnel, toujours de la part des soignant-es.
3. Impliquer, c'est-à-dire réintroduire l'action pour les apprenant-es.

233 Ibid.

234 Pour une présentation détaillée de la conception behavioriste et cognitive de l'éducation, cf. PERRET-CLERMONT Anne-Nelly. « Recherche en psychologie sociale expérimentale et activité éducative ». *Revue française de pédagogie*. N°53, 1980. Pp. 30-38.

Ici, l'éducation thérapeutique est entendue comme le développement de l'autogestion des malades, aussi appelée « self-management » en anglais, comme le soulignent les spécialistes en science de l'éducation Catherine Tourette-Turgis et Joris Thievenaz. Selon ces dernier-es, l'ETP vise à « mettre l'accent sur le renforcement du sentiment d'auto-efficacité »²³⁵.

L'ETP constitue une forme d'autoformation des patient-es supervisée par les soignant-es. De fait, elle doit en même temps favoriser la résolution de problèmes rencontrés par les malades dans la vie quotidienne et renoncer à un enseignement de type « vertical » délivré par les soignant-es. La méthode privilégiée est celle de la collaboration. Et cette collaboration exige la reconnaissance des expertises de chacun-e, sans pour autant nier les différences entre ces expertises.

V.1.2. La définition institutionnelle actuelle de l'éducation thérapeutique

En théorie, la pédagogie thérapeutique est une démarche relationnelle. Mais en pratique, « il s'agit d'une stratégie qui se focalise sur le rôle de l'intervenant plus que sur celui du patient », comme le pense Lacroix²³⁶. Pour cette autrice, l'éducation des usager-es se résume bien souvent à un « reformatage cognitif » des apprenant-es, dans le but de modifier les comportements de ces dernier-es, mais selon les ambitions des soignant-es. D'après elle, « difficile, pour les soignants d'abandonner la position de celui qui sait le bien de l'autre. Se confronter à la chronicité revient pour les soignants à envisager une nouvelle attitude en vivant les difficultés de l'accompagnement que les

235 TOURETTE-TURGIS Catherine, THIEVENAZ Joris. « L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche ». *Savoirs*. N°35, 02/2014. Pp. 9-48. <https://www.cairn.info/journal-savoirs-2014-2-page-9.htm>.

236 LACROIX Anne. « Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? ». art. Cit.

outils et les techniques ne suffisent pas à résoudre. Reste à trouver cet autre positionnement entre le sentiment d'impuissance et le risque d'emprise. »²³⁷.

Définie ainsi, l'éducation thérapeutique repose sur un paradoxe. D'un côté, elle promeut l'autonomisation des malades et, de l'autre, elle favorise la prescription de protocoles préétablis par les soignant-es, plutôt que la co-construction de ceux-ci par le personnel soignant et les usager-es. Pour Lacroix, les programmes en éducation thérapeutique restent majoritairement construits de manière univoque et unilatérale. Mais en plaçant deux des trois prérequis de l'ETP du côté des professionnel-les de santé (opérationnaliser et déconstruire), cette autrice participe à reconduire l'asymétrie de la relation de soin et, par extension, à valider le paternalisme médical qu'elle déplore pourtant.

L'ambivalence des propos de Lacroix provient probablement de sa posture ambiguë : elle est à la fois précurseuse et critique de l'ETP. Elle contribue à la définir, tout en pointant les zones de friction entre cette définition et la pratique médicale conventionnelle. De plus, ses travaux, bien que novateurs dans les années 2000, ont été largement repris et approfondis.

Par exemple, la Haute Autorité de Santé (HAS) française intègre l'ETP à ses recommandations depuis le début des années 2010. Ce faisant, elle prend part à la redéfinition de cette notion et élabore des stratégies concrètes pour la mettre en application. En témoignent les trois rapports publiés à ce sujet dès l'année 2007²³⁸. En octobre 2012, la définition classique de l'ETP est reprise dans les « principes de bientraitance » établis par la HAS. La relation de soin doit « garantir à l'utilisateur d'être

237 Ibid.

238 Cf. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. « Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation ». art. Cit. ; « Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ». 2007.

coauteur de son projet en prenant en compte sa liberté de choix et de décision »²³⁹. Depuis 2013, la HAS promeut, comme écrit ci-avant, le modèle thérapeutique de la décision partagée. À cet égard, il est important que « le professionnel de santé et le patient partagent de manière bilatérale une information médicale, notamment les éléments de preuve scientifique et de décision »²⁴⁰.

Il n'est pas anodin que la plus haute instance normative en médecine défende le modèle de l'éducation thérapeutique et s'efforce de le faire adopter par les professionnel-les de santé. Cet effort se concrétise par la publication de recommandations, par les programmes de formation des futur-es professionnel-les du soin ou de la médecine, et même par l'édiction de lois ; à l'instar de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite loi Kouchner)²⁴¹.

Les propos de Lacroix et de la HAS divergent néanmoins sur trois points. Premièrement, le deuxième principe de l'ETP selon Lacroix consiste à déconstruire et critiquer le langage médical conventionnel. Pour la HAS, il n'est pas tant question de déconstruire le langage que de réfléchir aux sens des mots et des décisions. L'échange entre les malades et les professionnel-les est prioritaire. Une attention particulière est portée sur la communication et l'écoute.

239 HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. « Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte ». 10/2012. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_charte_guide.pdf

240 HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. « Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la "décision médicale partagée" ». art. Cit.

241 Cf. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00000227015/>

Deuxièmement, Lacroix envisage l'ETP d'après un modèle de négociation, tandis que la HAS considère le ou la patient-e comme le ou la principal-e décisionnaire. La pratique de la décision partagée n'est pas une confrontation agonistique d'opinions. Au contraire, elle s'attache à réduire la conflictualité parfois à l'œuvre dans la relation de soin. Elle vise la co-construction d'un accord satisfaisant l'ensemble des parties, certes, mais surtout la personne concernée par les soins. En résumé, l'identification des objectifs du soin, de même que la clarification du langage s'élaborent selon un processus de co-participation.

Troisièmement les fondements théoriques de l'ETP telle qu'elle était pratiquée dans les années 1980-1990 étaient, ainsi que le souligne Lacroix, ancrés dans la psychologie behavioriste. Dorénavant, c'est moins le paradigme behavioriste que la tradition humaniste qui inspire les recommandations de la HAS. Les travaux du psychologue Carl Rogers au sujet de l'approche « centrée sur la personne », ainsi que le rejet de l'attitude paternaliste des médecins-ciennes, ont conduit les instances normatives à valoriser le récit de vie et l'action des malades.

Les divergences apparentes entre Lacroix et la HAS proviennent vraisemblablement d'une différence d'approche. Lacroix adopte une perspective en partie descriptive, en relatant et critiquant les pratiques telles qu'elles sont souvent mises en œuvre dans les institutions de santé. Quant à la HAS, elle adopte une perspective prescriptive, en établissant un ensemble de normes visant à améliorer les pratiques. Dans les deux cas, il semble y avoir une volonté de changer ces pratiques.

V.1.3. Le statut des patient-es expert-es dans l'éducation thérapeutique

Les reconfigurations théoriques qui ont traversé l'éducation thérapeutique ont notamment mené à la création et à la reconnaissance du statut de patient-e expert-e dans les années 2010. Comme le montrent Gross et Gagnayre, l'engagement des patient-es expert-es reste un phénomène en construction et protéiforme. Si la loi Kouchner de 2002 avait accordé 20000 mandats à des usager-es du système de santé pour en évaluer la qualité et la sécurité, leur engagement débordait en général le cadre prévu par cette loi. De sorte que la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patient-es, à la santé et aux territoires (dite loi « Hôpital, patients, santé et territoire ») du 21 juillet 2009 vise à reconnaître la figure des patient-es co-éducateurs-rices de leurs pairs dans l'éducation thérapeutique²⁴². Certaines institutions vont jusqu'à recruter des usager-es pour coordonner le développement du partenariat avec les patient-es (par exemple aux Hospices Civils de Lyon), voire pour participer aux soins des patient-es (par exemple dans des services psychiatriques).

Cette institutionnalisation du rôle des patient-es expert-es ne constitue pas un contre-pouvoir vis-à-vis des professionnel-les de santé. Leur rôle est de compléter, voire de contrebalancer, la perspective de ceux et celles-ci à partir de leur expérience de malade. Ces patient-es apportent un « éclairage unique » ou une « source d'informations précieuses » visant à perfectionner les connaissances sur les maladies. Ils et elles disposent d'un « savoir expérientiel » utile, pour ne pas dire nécessaire, au « savoir expert » des professionnel-les.

La reconnaissance des savoirs expérientiels des patient-es expert-es n'est cependant pas aisée. Peut-être est-ce dû au caractère variable et protéiforme de ces

242 Cf. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475>

savoirs. Ou bien à la distinction entre des savoirs dits « experts » et d'autres dits « expérientiels ». Comme le soulignent Gross et Gagnayre, « la science s'étant construite contre le sens commun, l'octroi de savoirs seulement expérientiels aux patients pourrait expliquer l'effet paradoxal qui conduit à les discréditer ou à les cantonner à un statut subalterne »²⁴³.

Mais faire des patient-es des « experts de l'expérience », non seulement contrevient à l'observation, mais de plus brouille la définition du concept d'expérience. D'une part, les professionnel-les de santé s'appuient sur leur propre expérience de soignant-e pour construire leur expertise. L'expérience n'est donc pas l'apanage des malades. D'autre part, les patient-es expert-es cultivent leurs connaissances en santé : ils et elles se forment auprès de leurs pairs, dans des espaces virtuels ou physiques ; ils et elles font des recherches référencées et sourcées, notamment sur Internet ; ils et elles fréquentent même des institutions scientifiques légitimes, telles que l'université²⁴⁴, pour asseoir leur discours. Les savoirs des malades sont donc loin de l'expérience « brute ». Ils relèvent davantage d'un apprentissage et, partant, redessinent les contours des notions d'expérience comme de savoir.

L'enjeu est alors d'identifier et de trouver le « bon profil » de patient-e expert-e, c'est-à-dire le ou la malade qui a le bon statut (membre d'une association ou pas, représentant-e d'utilisateur-es ou pas), ou qui apparaît suffisamment authentique ; une distinction étant faite entre les malades qui ressemblent à ceux et celles rencontrés-

243 GROSS Olivia, GAGNAYRE Rémi. « Caractéristiques des savoirs des patients et liens avec leurs pouvoirs d'action : implication pour la formation médicale ». art. Cit.

244 En 2010, Catherine Tourette-Thurgis a fondé l'Université des patients Sorbonne dans le but « concevoir et animer des parcours diplômants à destination des personnes atteintes d'une maladie qui désirent transformer leur expérience vécue de la maladie en expertise au service de la collectivité ». Plus de 200 patient-es ont été diplômé-es depuis cette date. Cf. UNIVERSITÉ DES PATIENTS. « Reconnaître l'expérience et l'expertise des malades : un enjeu pour la santé publique ». in Université des patients. <https://universitedespatients-sorbonne.fr/>.

durant l'exercice médical et les malades dit-es « engagé-es » qui sont soupçonné-es de porter un discours militant et, par conséquent, d'être moins représentatifs-ves de tous-tes les patient-es. D'où la nécessité d'effectuer une épistémologie des savoirs médicaux, et notamment des savoirs dits profanes, afin de comprendre les catégories qui président à leur classification, et d'examiner les valeurs morales ainsi que les représentations sociales qui sous-tendent cette entreprise de catégorisation. Ce travail ayant déjà été effectué par Gross et Gagnayre au sujet des patient-es expert-es, il n'est pas utile de le refaire ici. Il reste malgré tout important pour théoriser une éducation à la santé sensible et émancipatrice.

V.2. Les théorisations de l'éducation émancipatrice applicables au cadre thérapeutique

Les personnes malades ont la possibilité de créer différents types de savoirs, ainsi que l'avancent Gross et Gagnayre. Leur taxinomie des savoirs portés par les patient-es expert-es en identifie cinq, dont trois sont significatifs pour cette étude :

1. les savoirs expérientiels implicites visant une auto-adaptation ;
2. les savoirs expérientiels explicites visant une hétéro-adaptation ;
3. les savoirs situés visant la construction de communautés épistémiques.

Ces trois savoirs reposent eux-mêmes sur trois caractéristiques pédagogiques incontournables pour forger une théorie de l'éducation à la santé émancipatrice : L'autoformation, la conscientisation et le pouvoir d'agir.

De fait, l'expérience répétée des épreuves suscitées par la maladie permet aux malades d'acquérir des connaissances de leur maladie, de leur corps, du parcours de

soin, etc. qui sont éminemment singulières donc ne sont jamais enseignées. D'où l'autoformation pour y parvenir. De plus, l'adaptation de soi-même aux normes édictées par la maladie, ou bien l'adaptation des autres à la réalité de la maladie, ou encore l'identification d'injustices jonchant le parcours de soins, sont autant de gestes réflexifs exigeant de prendre conscience de ce que l'on vit, comment on le vit, et où on le vit. À l'échelle individuelle, il s'agit d'un processus maïeutique (au sens socratique du terme) : les individu-es examinent leur propre vécu. À l'échelle collective, il s'agit plutôt d'un processus de conscientisation (au sens où l'entend le pédagogue Paulo Freire²⁴⁵) : un groupe critique les normes en vigueur et cherche à les transformer. Enfin, l'autoformation et la conscientisation n'ont d'autre but que renforcer le pouvoir d'agir (sur soi, sur les autres, sur le monde). Le pouvoir d'action est d'ailleurs ce qui relie les différents types de savoirs entre eux. Pour reprendre les mots de Gross et Gagnayre, « les cinq types de savoirs identifiés se construisent et se valident en fonction des pouvoirs d'action ou d'influence qu'ils permettent d'acquérir sur la vie quotidienne, sur les autres et le monde. La vérité sert non seulement à organiser le monde, mais aussi à prendre du pouvoir sur lui »²⁴⁶.

V.2.1. La place de l'autoformation dans les pédagogies émancipatrices

Avant de décrire ce qu'est l'autoformation pour les pédagogies de l'émancipation, il me paraît important de dire ce qu'elle n'est pas. L'autoformation n'est donc pas solipsiste, que ce soit sur le plan épistémologique, moral ou politique.

245 Cf. FREIRE Paulo. Pédagogie des opprimés. Paris : La Découverte, 2001 ; Conscientisation et révolution. Paris : Maspéro, 1974

246 GROSS Olivia, GAGNAYRE Rémi. « Caractéristiques des savoirs des patients et liens avec leurs pouvoirs d'action : implication pour la formation médicale ». art. Cit.

Au niveau épistémologique, le solipsisme caractérise la méthode du doute radical, selon laquelle la seule certitude indéniable réside dans la conscience de soi, ou plus spécifiquement dans la conscience de soi en train de penser. Or, l'autoformation se veut relationnelle : le sujet pense ou se pense en relation avec les autres et avec le monde et acquiert des connaissances grâce à cette relation.

Au niveau moral, le solipsisme qualifie une forme d'universalisme. Pour une morale universaliste, les valeurs qui guident le comportement sont valables en tout temps et en tout lieu, indépendamment du contexte social, matériel, etc. Comme l'écrit la philosophe Isabelle Delpla, « le solipsisme moral désigne la croyance que l'agent moral pourrait être le seul, et que les concepts moraux ne seraient pas différents si les autres étaient réduits au statut de victimes passives »²⁴⁷. Loin de l'universalisme, l'autoformation se présente comme une méthodologie ancrée dans un contexte socio-politique et, de ce fait, soucieuse de l'idiosyncrasie des valeurs morales .

Au niveau politique, le solipsisme peut désigner deux choses. D'une part, une volonté ethnocentrique de « se couper du monde », et de penser l'organisation politique d'après les seules frontières nationales²⁴⁸. D'autre part, le solipsisme politique reflète la tendance à vouloir arracher les individu-es à leur groupe social d'appartenance et ne prétendre percevoir que des sujets universels. Pour la philosophe Elsa Dorlin, ce type de solipsisme est une forme de négation de la diversité socioculturelle au

247 DELPLA Isabelle. « La réalité morale du terrain ». in DJIGO Sophie, DELPLA Isabelle, RAZAC Olivier, VOLAIRE Christiane (dir.). *Des philosophes sur le terrain*. Paris : Creaphis, 2022. pp. 75-134

248 Cf. DELPLA Isabelle. *Du pays vide : réfuter le solipsisme politique*. Paris : Vrin, 2023

nom d'un idéal universaliste. D'après elle, ce type de solipsisme est fréquent dans l'université française, dans la mesure où cette institution préfère s'adresser à des sujets savants plutôt qu'à des représentant-es de groupes sociaux minorisés. Ainsi que l'écrit Dorlin, « le solipsisme universaliste et universitaire recouvre les conditions matérielles, socio-historiques, à partir desquelles une vision du monde, une compréhension de la réalité sociale, s'impose – à partir desquelles un savoir fait autorité. Cela permet, par exemple, d'énoncer qu'il n'y a pas de différence entre les êtres humains (qu'ils sont égaux en droits et devoirs), que la race n'existe pas, que les expériences du racisme, leurs expressions et intellections, nécessitent d'être traduites en des termes et des cadres "scientifiques" mais sans la référence à la notion critique de race »²⁴⁹. L'autoformation, quant à elle, propose précisément le contraire. Le but est de partir de l'ancrage des individu-es pour ensuite le problématiser, c'est-à-dire le remettre dans un cadre plus vaste, où les significations divergent et interrogent le point de départ.

Ensuite, il me paraît important de rappeler le contexte d'émergence de l'autoformation, pour comprendre son lien avec la notion d'émancipation. L'autoformation s'inscrit dans le mouvement d'éducation des adultes né au tournant des XVIIIe et XIXe siècles, dans le sillage de l'éducation populaire et de l'éducation ouvrière.

249 DORLIN Elsa. « Race contre classe ? Conceptum sacer ou la vie nue des concepts ». *Pouvoirs* n°181, 02/2022. pp. 5-19. <https://www.cairn.info/revue-pouvoirs-2022-2-page-5.htm>

Intimement liée au mouvement ouvrier, l'autoformation présente une double finalité éducative : d'un côté une finalité individuelle visant la constitution de citoyen-nes autonomes et responsables ; de l'autre une finalité politique visant la libération de la classe ouvrière du joug de l'ordre social. Dans les deux cas (finalité individuelle et politique), l'émancipation est au cœur du projet éducatif. Le chercheur en sciences de l'éducation Jérôme Eneau le résume de la façon suivante : « les enjeux du développement de l'autonomie de l'apprenant, comme facteur d'émancipation possible à l'âge adulte, sont [...] au cœur de la problématique de l'autoformation »²⁵⁰.

L'autoformation s'appuie sur une définition paradoxale de l'autonomie, dans la mesure où cette capacité « se construit à la fois par soi-même mais aussi par les autres, dans un processus d'interdépendance qui relève d'une autonomisation, comme émancipation »²⁵¹, ainsi que l'écrit Eneau. Dans cette perspective, le pouvoir et le savoir ne se donnent pas, ils s'acquièrent à la fois individuellement et collectivement. Ceci est particulièrement valable dans le champ de la santé. Comme le soulignent Gross et Gagnayre, l'existence des droits des usager-es ne va pas systématiquement de pair avec leur application. Selon elle et lui, « c'est parce que le consentement aux soins est un droit que certaines pratiques peuvent être remises en question. Mais encore faut-il connaître les droits »²⁵². La connaissance formelle du droit, et par suite la connaissance des leviers d'action que cela représente sont nécessaires à la transformation sociale. D'où l'importance de la transmission de savoirs dans les pédagogies émancipatrices.

250 ENEAU Jérôme. « Autoformation, autonomisation et émancipation : De quelques problématiques de recherche en formation d'adultes ». *Recherche & Éducation* n°16, 10/2016. pp. 21-38. <https://journals.openedition.org/rechercheseducations/2489>

251 Ibid.

252 GROSS Olivia, GAGNAYRE Rémi. « Caractéristiques des savoirs des patients et liens avec leurs pouvoirs d'action : implication pour la formation médicale ». art. Cit.

Actuellement, les méthodes de l'autoformation en santé sont parfois décriées car elles ont pu être dévoyées par certains mécanismes dits néolibéraux. Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, l'autoformation peut être perçue comme un dispositif de *self-management* visant à contrôler davantage les corps. Pour la spécialiste en sciences de l'éducation Jacqueline Descarpentries, « il s'agirait de reconnaître le pouvoir doxique d'une fabrique néo-libérale du contrôle des corps par la mesure, par les dispositifs éducatifs de l'auto contrôle qui touchent à l'autoformation »²⁵³.

Cette critique rejoint en partie celle de la philosophe Émilie Hache, qui met en garde contre la confusion entre autonomisation et autogestion. Il est important de ne pas transformer le concept d'autonomie en outil de responsabilisation individuelle²⁵⁴, particulièrement lors de l'élaboration d'une pédagogie émancipatrice. C'est pourquoi, selon Descarpentries, les modèles d'émancipation pour l'éducation à la santé doivent adopter une attitude critique à l'égard de l'usage du concept d'autonomie. L'autonomie n'a de sens que si elle garantit l'émancipation collective et pas lorsqu'elle prétend augmenter la performativité des individu-es²⁵⁵. D'où l'importance du processus de conscientisation dans les dispositifs d'éducation à l'autonomie.

253 DESCARPENTRIES Jacqueline. « L'utopique attitude critique d'une éducation à la santé émancipatrice ». *Recherche & Éducation* n°16, 10/2016. pp. 123-139. <https://journals.openedition.org/rechercheseducations/2535>

254 Cf. HACHE Émilie. « La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale ? ». *Raisons politiques*. N°28, 2007. <https://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2007-4-page-49.htm>

255 DESCARPENTRIES Jacqueline. « L'utopique attitude critique d'une éducation à la santé émancipatrice ». art. Cit.

V.2.2. Le rôle de la conscientisation dans les pédagogies émancipatrices

Le processus de conscientisation est partie prenante des pédagogies émancipatrices, qu'elles soient populaires, ouvrières, féministes, antiracistes, etc. Comme l'écrit Eneau, la conscientisation s'efforce de « déconstruire, par le dialogue et l'échange, les processus incorporés de domination tout comme les représentations socialement acceptées »²⁵⁶.

Dans le sillage de la pédagogie des opprimé-es de Freire, les diverses formes d'éducation émancipatrice reconnaissent et travaillent différents degrés de conscientisation. Premièrement, il y a la « prise de conscience individuelle » de ses propres connaissances et savoirs expérientiels, qui sont bien souvent implicites et non valorisés, si ce n'est dévalorisés. Deuxièmement, il y a la « prise de conscience collective » durant laquelle les individu-es se rendent compte qu'ils et elles ne sont pas seul-es à rencontrer des difficultés, notamment en termes de reconnaissance ou de légitimité sociale. Troisièmement, il y a la « prise de conscience sociale » du rôle de la société dans la production, reproduction d'une hiérarchie des savoirs et des expériences, c'est-à-dire de la manière dont l'organisation sociale influence (volontairement ou non) l'accès et le rapport à ces savoirs et expériences. Quatrièmement, il y a la « prise de conscience politique » lors de laquelle une action visant la transformation sociale est organisée, car seule l'action peut permettre une résolution des problèmes individuels et collectifs²⁵⁷.

Les luttes féministes des années 1970 se sont largement réapproprié les dispositifs de prise de conscience à travers les « groupes de conscientisation »

256 ENEAU Jérôme. « Autoformation, autonomisation et émancipation : De quelques problématiques de recherche en formation d'adultes ». art. Cit.

257 cf. Ibid.

(« consciousness raising groups » en anglais). Toutefois, ces groupes n'ont pas tellement pour but de prendre des décisions collectives en vue d'actions, mais plutôt de partager des expériences qui ont trait au quotidien ou à l'intime. Ces moments de partage n'avaient effectivement pas leur place dans les organisations politiques classiques (notamment d'extrême-gauche) fréquentées par les féministes. D'une part ils allaient à l'encontre de la volonté de construire une vérité générale, d'autre part il y était question de thèmes jugés insignifiants et bourgeois.

Malgré tout, les groupes de conscientisation féministes ont un double objectif politique. En premier lieu, ils visent à forger une solidarité spécifiquement féministe (aussi appelée sororité), ou, pour reprendre l'expression de la juriste Catharine MacKinnon, une « conscience de sexe »²⁵⁸. Cette conscience de sexe qualifie, dans l'héritage des théories marxistes, une solidarité politique entre les femmes parce qu'elles sont des femmes. En second lieu, ces groupes permettent de découvrir ce que l'expérience a de partagé et partageable. Il s'agit de prendre conscience que son mal-être, sa colère, son sentiment d'insatisfaction, etc., n'est pas une donnée strictement personnelle (de type psychologique), mais la manifestation d'une situation commune d'oppression (de type politique). D'où le slogan féministe suivant déjà cité : « le personnel est politique », qui jouit d'une double signification. D'un côté, il remet en question l'opposition entre sphère publique (qui serait politique) et sphère privée (qui serait apolitique). Loin d'être un refuge contre les violences structurelles, la sphère intime est l'un des lieux où s'exerce le plus la domination sexiste (violences conjugales, exploitation domestique, etc.). D'un autre côté, ce slogan insiste sur la communauté d'expériences entre les membres d'un même groupe social. Les expériences personnelles ne sont jamais totalement singulières, et toujours en parties communes à d'autres. Des

258 MACKINNON Catharine. « Consciousness raising ». in *Toward a feminist theory of the state*. Cambridge : Harvard University Press, 1989

deux côtés, la perspective est matérialiste, aux deux sens du terme : en tant qu'elle porte attention à l'ancrage sociohistorique de chaque expérience, et en tant qu'elle s'appuie sur la matérialité sensible et affective de cette expérience.

La conscientisation est par conséquent un mode de connaissance du réel à part entière. Mais elle est aussi un outil de lutte et de transformation du réel. MacKinnon résume cette double force (épistémologique et politique) de la façon suivante : « la "conscientisation" montre aux femmes leur situation d'une manière qui affirme le fait qu'elles peuvent agir afin de la changer. La conscientisation socialise le savoir des femmes. Elle produit une analyse du monde des femmes qui n'est pas objective au sens positiviste d'une réflexion parfaite de la réalité conçue comme un objet abstrait ; elle n'est certainement pas distanciée, sans point de vue. Elle est collective et critique. Elle incarne des sentiments partagés, des manières de comprendre, et des expériences des femmes comme produits de leur condition, bien qu'en même temps critique de cette même condition. En faisant cela, elle construit un cadre de référence commun qui reformule le contenu perçu de la vie sociale, dans la mesure où elle modifie les relations entre le "je", "l'autre" et le "nous". La conscientisation, en socialisant la connaissance des femmes, la transforme, créant ainsi une réalité partagée qui "dégage un espace dans le monde" au sein duquel les femmes peuvent commencer à se mobiliser. »²⁵⁹ .²⁶⁰

Cependant, à l'instar des processus d'autoformation, les dispositifs de conscientisation peuvent être détournés en outils de normalisation du pouvoir. Autrement dit, ils peuvent être mobilisés pour raffermir les rapports de domination, notamment à l'endroit du corps. Pour Descarpentries, « la conscientisation de ces

259 Ibid. p. 101.

260 Je tiens à remercier vivement Léa Védie pour m'avoir fait découvrir et étudier la pensée de Catharine MacKinnon à l'occasion d'un séminaire sur les épistémologies féministes à l'ENS de Lyon qu'elle a animé de 2016 à 2018.

normations ne fait que renforcer la conscientisation des formes d'aliénation et ne libère pas [...] l'individu des dominations ordinaires du quotidien sur le corps »²⁶¹.

Prendre conscience des rapports de domination n'entraîne pas automatiquement de nourrir la volonté de les combattre, et encore moins de trouver les outils pour le faire. Selon Descarpentries, le contenu concret de l'éducation à la santé ne peut jamais être prédéfini et, ce faisant, ne peut être un gage d'émancipation. Pour le dire autrement, la finalité de l'éducation à la santé peut aussi bien engendrer la résignation, l'abattement, la soumission, que la subversion des normes sociales qui rendent l'expérience de la maladie difficile. De sorte que le processus de conscientisation doit veiller au développement du pouvoir d'action, s'il tend réellement vers l'émancipation.

V.2.3. La construction de l'« empowerment » par les pédagogies émancipatrices

Le pouvoir d'agir, ou bien pouvoir d'action, ou encore empouvoirement (« empowerment » en anglais) demeure la pierre angulaire des pédagogies émancipatrices. Leur but étant la transformation sociale (à travers la lutte contre les rapports de domination), elles sont de facto tournées vers l'action. Encore faut-il trouver les ressources et les moyens d'agir. C'est précisément ce que recouvre le concept d'*empowerment*, dont la traduction en français reste compliquée. Tantôt « autonomisation », « empouvoirement », tantôt « capacitation », « habilitation », l'*empowerment* désigne de manière générale la capacité à mobiliser son pouvoir d'agir sur soi ou sur le monde. Pour éviter les confusions, il me paraît judicieux de conserver le terme en anglais, à l'instar de celui de *care*.

261 DESCARPENTRIES Jacqueline. « L'utopique attitude critique d'une éducation à la santé émancipatrice ». art. Cit.

Comme l'explique Eneau, la notion d'*empowerment* a d'abord été popularisée en France dans le champ du travail social à partir des années 1970. Dans ce cadre, elle fait explicitement référence à la lutte des populations opprimées pour l'obtention ou l'égalité des droits civiques, ou bien à la lutte sociale contre les inégalités et les discriminations à l'endroit de la race, du genre, du handicap, de la classe sociale, etc. L'*empowerment* s'attache alors à la transformation collective des rapports sociaux après la conscientisation de ces derniers.

L'*empowerment* recouvre trois dimensions possibles de l'action. Premièrement, la dimension individuelle : le pouvoir d'agir des personnes prises indépendamment les unes des autres. Deuxièmement, la dimension collective : le pouvoir d'agir qui émerge des relations interpersonnelles ou organisationnelles. Troisièmement, la dimension politique et sociale : le pouvoir d'agir sur les mécanismes structurels de domination (les représentations culturelles et les discriminations matérielles). Eneau résume cela en distinguant le « pouvoir de » (dimension individuelle), le « pouvoir avec » (dimension collective) et le « pouvoir sur » (dimension politique)²⁶².

Dans son application pédagogique, la notion d'*empowerment* est intriquée à celle de vulnérabilité. D'une part sur un plan sociopolitique : ce sont les personnes opprimées qui ont recours à l'*empowerment* pour lutter contre les inégalités. D'autre part sur un plan épistémique : exercer son *empowerment*, c'est prendre des risques, donc c'est s'exposer à perdre de la crédibilité en cas d'échec.

Pour bell hooks, la vulnérabilité doit être équitablement partagée dans la relation éducative. S'agissant du contexte universitaire où elle a enseigné, cette autrice estime que les professeurs-oresses doivent prendre l'initiative du risque. Ils et elles doivent en premier faire le récit de leurs expériences personnelles, s'ils et elles attendent des

262 ENEAU Jérôme. « Autoformation, autonomisation et émancipation : De quelques problématiques de recherche en formation d'adultes ». art. Cit.

étudiant-es qu'ils et elles en fassent autant. Dans le cas contraire, les professeurs-oresses exercent une sorte de « pouvoir coercitif » Ils et elles sont alors loin des objectifs d'une pédagogie engagée.

Cependant, « la plupart des professeurs-oresses ont besoin de s'entraîner à être vulnérables en classe, à être pleinement présent-es, avec leur pensée, leur corps et leur esprit », ainsi que l'écrit belle hooks²⁶³. Cela va dans le sens de l'affirmation d'Eneau, selon qui le pouvoir d'agir, entendu comme *empowerment* radical, ne se donne pas mais s'acquiert. Pour aller encore plus loin, je dirais que le pouvoir d'agir ne se donne pas mais s'acquiert par l'expérience répétée de la vulnérabilité. L'*empowerment* se présente donc à la fois comme un processus d'apprentissage et comme le résultat de celui-ci.

Dans sa formulation la plus radicale, l'*empowerment* est un concept éminemment politique, dans la mesure où il est fonction de la transformation sociale. Et cette transformation est fondée sur la « construction d'une conscience critique et sur les conditions structurelles de la domination », comme l'écrivent la sociologue Marie-Hélène Bacqué et l'économiste Carole Biewener²⁶⁴. Elle est le résultat de « subjectivités radicales » ou de « subjectivités de résistance », pour reprendre les expressions de ces deux autrices²⁶⁵. Ces subjectivités sont portées par des personnes qui font l'expérience de l'oppression et qui conscientisent ce vécu dans le but de reconfigurer les rapports de pouvoir.

Dans sa formulation sociale-libérale ou néolibérale, « l'*empowerment* implique le développement d'une capacité d'action individuelle reposant sur une capacité à faire des choix rationnels, utiles, effectifs ou intentionnels », selon Bacqué et Biewener²⁶⁶. Qu'il

263 HOOKS bell (trad. FOURTON Clémence). « La pédagogie engagée ». art. Cit.

264 BACQUÉ Marie-Hélène, BIEWENER Carole. *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?* Paris : La découverte, 2013. p. 143

265 Ibid.

266 Ibid.

soit associé à des institutions de régulation sociale (institutions de santé, d'éducation, de sécurité, etc.) ou au marché économique, *l'empowerment* est considéré à l'aune de l'individu-e ; un-e individu-e doté-e d'un capital social pour le modèle social-libéral, un-e individu-e entrepreneur-euse et consommateur-riche pour le modèle néolibéral. Les comportements individuels sont sous-tendus par des subjectivités rationnelles ou des subjectivités de l'efficacité. L'enjeu est de comprendre le système et de l'utiliser au mieux, plutôt que de le combattre et de le remanier.

Si les différentes définitions de *l'empowerment* ont en commun de viser la transformation des individu-es, il est important de souligner que ces définitions sont fondées sur des compréhensions divergentes de ce que sont les individu-es et, plus précisément, de ce à quoi s'attache leur subjectivité. Dans le modèle radical, la subjectivité qui sous-tend les démarches d'*empowerment* est littéralement subversive. Elle aspire à troubler, voire à renverser, l'ordre social et politique. Elle réclame un changement en profondeur ; d'où sa radicalité. Tandis que dans le modèle social-libéral ou néolibéral, la subjectivité est conformiste ou, au mieux, réformiste. Elle tient à s'adapter au système existant, sans le bouleverser. Si des changements sont nécessaires, ceux-ci doivent s'opérer en conformité avec l'ordre établi.

Les programmes d'éducation à la santé intègrent d'ores et déjà la notion d'*empowerment* ; parfois à travers l'acception consensuelle de « pouvoir d'action », parfois par le biais du terme anglophone.

Dans le cadre thérapeutique, *l'empowerment* est employé, selon Descarpentries, afin de « participer au renforcement du sentiment de maîtrise de son quotidien et de son devenir »²⁶⁷. Ceci n'est pas sans faire écho aux ambitions de l'éducation thérapeutique présentées plus haut.

267 DESCARPENTRIES Jacqueline. « L'utopique attitude critique d'une éducation à la santé émancipatrice ». art. Cit.

Pour cette autrice, *l'empowerment* est avant tout un sentiment : sentiment de disposer des bons outils pour reprendre le contrôle sur soi ; sentiment de se réapproprier sa propre existence. En bref, un sentiment de pouvoir qui participe de la confiance et de l'estime de soi et qui semble donner de la crédibilité. Ce sentiment de pouvoir est notamment alimenté par la maîtrise d'un savoir spécialisé. Et ce savoir est à la fois expérientiel (les malades ont une connaissance intime de leur maladie) et expert (les malades connaissent l'étiologie, le fonctionnement et les traitements de leur maladie). Ce savoir fonctionne comme une sorte de langage à part entière qui permet de lire les événements de la vie de façon critique.

Ce sentiment de pouvoir fondé sur un savoir spécialisé se concrétise véritablement lors de l'intégration de ce que Descarpentries appelle une « communauté solidaire ». La communauté solidaire peut désigner une association de patient-es, un collectif d'usager-es, un groupe informel de personnes concernées par la même pathologie, etc. La dimension communautaire provient du caractère similaire des expériences liées à la maladie. Elle paraît évidente puisqu'elle repose sur des faits objectivables. La dimension solidaire, quant à elle, se construit autour d'un réseau d'entraide visant à soulager les malades ou bien à réclamer des changements sur le plan institutionnel, social ou politique concernant l'accompagnement des malades. Elle s'appuie donc sur des éléments moins tangibles ou mesurables, mais pour le moins indispensables au sentiment de pouvoir. En d'autres termes, la dimension solidaire de la communauté renforce *l'empowerment* des individu-es en collectivisant leur analyse critique concernant l'expérience de la maladie et sa prise en charge. Ce faisant, « l'individu ne fait pas que participer à ce pouvoir mais il participe du pouvoir de sa communauté », ainsi que l'écrit Descarpentries²⁶⁸.

268 Ibid.

Cependant, l'usage de *l'empowerment* par les méthodes d'éducation à la santé a, toujours selon cette autrice, progressivement glissé vers une rhétorique identitaire et performative. L'accent est mis sur le questionnement de la personne à l'égard de son environnement, et non sur l'action de transformation de celui-ci. Pour Descarpentries, « *l'empowerment* s'inscrit davantage dans une rhétorique expérientielle fondée sur le vécu singulier de la personne et sur le sentiment profond d'un changement d'identité que sur des modèles d'apprentissage »²⁶⁹. Dans cette perspective, *l'empowerment* est un dispositif de contrôle sur les corps et les sujets, au nom du bien-être et de la santé. Il place les individu-es dans l'injonction paradoxale de se gouverner par eux et elles-mêmes, malgré des situations de vulnérabilité. Dans ce cas, *l'empowerment* est davantage une « discoursivité performative » qu'une « pratique réelle de conscientisation et de libération », pour reprendre les mots de Descarpentries. C'est-à-dire qu'il consiste, dans le champ de la santé publique, plutôt en une sorte de normation des pratiques qu'en une critique de la normalisation. Autrement dit, il reproduit un carcan de normes à l'endroit des pratiques corporelles et sanitaires, au lieu de travailler à déconstruire ce carcan. La transformation propre à *l'empowerment* relève donc davantage du discours que des actes. Il me paraît ainsi compliqué de continuer à parler d'*empowerment*, car ce concept est intimement lié au pouvoir d'action, et notamment à l'action de transformer le réel.

En résumé, la démarche transformatrice de *l'empowerment* ne peut se fixer d'autres objectifs que l'émancipation et la libération des individu-es. Il ne peut y avoir d'*empowerment* sans projet politique émancipatoire. La démarche personnelle de *l'empowerment*, quant à elle, représente une conception tronquée de cet outil. Il s'agit d'une sorte de dévoiement individualiste qui tend à confondre *l'empowerment* avec une méthode de développement, d'adaptation et de responsabilisation des individu-es. Il

269 Ibid.

s'agit, pour le dire avec les termes d'Eneau, d'une « domestication » de *l'empowerment*²⁷⁰.

En aucun cas *l'empowerment* n'est une injonction à se prendre en charge ou à se prémunir contre toute forme de dépendance. Cette acception erronée est la conséquence d'une entreprise de psychologisation et d'individualisation – donc d'une dépolitisation – des outils des pédagogies émancipatrices. Conçu comme un outil de développement personnel, *l'empowerment* se résume à une « discipline d'autonomie » répondant elle-même à un « individualisme de l'autoréalisation », pour reprendre les mots de Bacqué et Biewener²⁷¹. Selon Eneau, cette acception psychologue de *l'empowerment* provoque des « effets iatrogènes », tels que le remède nuit *in fine* aux malades.

L'empowerment, à l'inverse, est un processus d'« encapacitation », c'est-à-dire de renforcement des capacités d'action sur le réel. Ceci n'est pas sans faire écho aux études critiques sur le handicap, et particulièrement au modèle social du handicap décrit ci-avant.

Les outils développés par les pédagogies émancipatrices que sont l'autoformation, la conscientisation et *l'empowerment* sont indispensables à la construction d'une éducation pour la santé dont le but est de se réapproprier son corps. Néanmoins, ils ne donnent guère de repère pour parvenir à « être pleinement présent-e avec son corps », ainsi que l'ambitionne la pédagogie engagée de bell hooks. Si l'expérience corporelle est souvent le point de départ des théories éducatives émancipatrices, elle en est rarement

270 ENEAU Jérôme. « Autoformation, autonomisation et émancipation : De quelques problématiques de recherche en formation d'adultes ». art. Cit.

271 BACQUÉ Marie-Hélène, BIEWENER Carole. *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?* op. cit.

le point d'arrivée. C'est sur ce point qu'une éducation pour la santé sensible peut proposer quelque chose de différent.

V.2.4. Comment théoriser une éducation pour la santé non oppressive fondée sur l'ordinaire de l'expérience corporelle ?

Dans le sillage des coordinateurs-rices du numéro 25 de la revue *Tracés* cité plus haut, j'avance que « l'émancipation est alors non seulement affaire d'expérimentation, mais aussi, et peut-être surtout, d'expérience »²⁷². Une pédagogie émancipatrice doit pouvoir prendre en charge les individu-es sous les divers aspects de leur expérience, soit sous les aspects éthiques, affectifs, intellectuels, sociaux et politiques.

C'est d'ailleurs l'enjeu de la « pédagogie engagée » de bell hooks, aussi nommée par cette autrice « éducation holiste »²⁷³. Suivant l'enseignement du moine bouddhiste vietnamien Thich Nhat Hanh, bell hooks estime que l'effectivité de l'émancipation se mesure à l'investissement subjectif et affectif des savoirs. Autrement dit, elle s'évalue d'après la manière dont les savoirs critiques s'actualisent dans l'expérience concrète des gens et, ce faisant, participent de leur bien-être. Suivant également la théorie de Freire, bell hooks considère que lutter pour s'émanciper commence toujours par un processus de réappropriation de soi. Il s'agit de se réapproprier sa pensée, son corps, ses représentations et son sens critique. C'est là le but de la « réalisation de soi » (« self-actualisation » en anglais). Dans le sillage de Thich Nhat Hanh, bell hooks affirme que les apprenant-es et les enseignant-es doivent se considérer mutuellement comme des « personnes à part entière » et apprendre ensemble comment vivre dans le monde. Les

272 BENTOUHAMI Hourya, CHASSAIN Adrien, COUFFIGNAL Gilles, FOURTON Clémence, LE MEUR Chloé, al. « L'éducation au prisme de l'émancipation ». art. Cit.

273 Cf. HOOKS bell (trad. FOURTON Clémence). « La pédagogie engagée ». art. Cit.

enseignant-es, tout comme les apprenant-es, doivent s'engager dans un processus de réalisation de soi. Si les premier-es sont parfois envisagé-es comme des guérisseurs-euses, ils et elles doivent aussi apprendre à se guérir eux et elles-mêmes. S'ils et elles n'effectuent pas ce travail, alors leur enseignement ne peut pas devenir une source d'*empowerment* pour d'autres. Pour bell hooks, « la "pédagogie engagée" est plus exigeante que la pédagogie critique habituelle, ou que la pédagogie féministe [...], car elle insiste sur le bien-être »²⁷⁴.

Dans une veine similaire, le philosophe Sébastien Charbonnier examine l'effectivité de l'émancipation à l'aune de la prise des sujets sur l'expérience ordinaire. L'apprentissage corporel du langage verbal et non verbal suppose une certaine croyance, confiance et adhésion au contenu de ce que l'on apprend. Par conséquent, l'apprentissage doit être ancré dans la vie quotidienne, surtout s'il vise l'émancipation. Dans cette perspective, l'émancipation consiste en une série de « réajustements situés », c'est-à-dire de modifications concrètes, que l'individu-e opère sur son expérience ordinaire. En d'autres termes, l'émancipation doit se faire familière pour être tangible. Cela ne signifie pas que l'éducation ne s'occupe que de petites choses triviales. Les interactions sociales et politiques peuvent faire l'objet d'une éducation émancipatrice. Cela veut dire que pour viser une libération concrète et durable, soit une libération non aliénante à l'autorité d'autrui, les apprentissages doivent se fonder sur la familiarité de l'expérience²⁷⁵.

Dans le cadre de cette étude, l'enjeu est de théoriser une éducation pour la santé qui rend le corps sensible familier ou, pour le dire autrement, qui facilite l'accès à l'expérience sensible. Que cette expérience sensible relève de l'estime de soi ou de la

274 Ibid.

275 Cf. CHARBONNIER Sébastien. « À quoi reconnaît-on l'émancipation ? La familiarité contre le paternalisme ». *Tracés* n°25, 2013. pp. 83-101. <https://journals.openedition.org/traces/5818>

perception sensorielle. Le bien-être des apprenant-es n'est pas relégué au second plan. Au contraire, le plaisir d'apprendre et de faire communauté est fondamental. L'émancipation poursuit une dynamique sensible. Ainsi que l'écrivent Bentouhami et ses collègues, « l'émancipation, loin d'être un horizon inatteignable, peut faire l'objet d'une expérience immédiate grâce à la découverte ou redécouverte de sa puissance d'agir, d'être affecté-e, et d'affecter les autres positivement »²⁷⁶. L'émancipation est en définitive un processus constant en tant qu'elle est un processus de transformation de soi et de la réalité sociale à partir des expériences ordinaires du quotidien.

Construire une épistémologie féministe du corps sensible en contexte thérapeutique revient alors à questionner l'expérience corporelle des femmes ou des minorités de genre. Quelle est la place de cette expérience et comment la mobiliser pour s'émanciper ? La philosophe Camille Froidevaux-Metterie le résume de la façon suivante : « l'expérience corporelle des femmes se conçoit sous deux aspects : elle est révélatrice de leur condition aliénée mais elle témoigne également de la liberté qui est la leur de répondre de façon personnelle et émancipatrice aux injonctions sociales »²⁷⁷. En d'autres termes, l'expérience corporelle des femmes articule la dimension individuelle de l'expérience vécue avec la dimension collective des rapports sociaux de pouvoir. Cependant, cette double dimension fait que « les femmes subissent le vertige de la liberté d'être soi »²⁷⁸ : il n'est pas si facile de s'émanciper à partir de l'expérience corporelle.

Si l'on ajoute à ce vertige la question de la vulnérabilité engendrée par la maladie, alors il devient encore plus difficile de trouver les ressources pour s'émanciper. Pourtant, j'aime à penser qu'il est possible de construire une éducation pour la santé sensible et

276 BENTOUHAMI Hourya, CHASSAIN Adrien, COUFFIGNAL Gilles, FOURTON Clémence, LE MEUR Chloé, al. « L'éducation au prisme de l'émancipation ». art. Cit.

277 FROIDEVAUX-METTERIE Camille. « Le féminisme et le corps des femmes ». art. Cit.

278 Ibid.

émancipatrice. Cette éducation passe par « la transmission des savoirs utiles à l'expérience de la santé et non pas à la connaissance fine des risques associés à la maladie », ainsi que l'écrit Descarpentries²⁷⁹. Dans cette perspective, la transformation de soi, non seulement est fondée sur l'expérience, mais est surtout tournée vers la définition de la santé, plutôt que vers la crainte des maladies. Pour Descarpentries, « l'objectif [...] est effectivement de transmettre des contenus sur la fabrique de ce qui "fait santé", sur et dans l'expérience du quotidien de la santé »²⁸⁰. Autrement dit, l'enjeu est de définir ses propres normes de santé en fonction de ses capacités. D'où l'importance de la pensée de Canguilhem et des études handiféministes pour parvenir à ancrer une éducation pour la santé dans ce que Descarpentries appelle, dans le sillage des *disability studies*, une « anthropologie capacitaire »²⁸¹.

279 DESCARPENTRIES Jacqueline. « L'utopique attitude critique d'une éducation à la santé émancipatrice ». art. Cit.

280 Ibid.

281 Ibid.

Second préliminaire : Présentation de l'état de l'art

Introduction du chapitre

Le sens du toucher est souvent présenté comme l'un des cinq sens que possèdent les êtres humains. C'est en référence à une classification aristotélicienne que la pensée occidentale identifie généralement cinq sens externes : la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût et le toucher. Les sens externes, ou sens physiques, permettent d'appréhender l'environnement extérieur à l'organisme et demeurent reliés à des organes : les yeux, les oreilles, le nez, la bouche et les mains ou la peau. Les sens internes, quant à eux, fournissent des informations sur l'état ainsi que sur la réactivité de l'organisme et engagent l'ensemble du corps.

Les sens externes produisent des informations de type environnemental, tandis que les sens internes des informations de type individuel. Les uns comme les autres interrogent finalement la notion-même de « sens » ou, plus précisément, les critères de cette définition : est-ce l'organe, le stimulus, l'information, etc. qui fait le sens ?

Bien qu'il n'existe à l'heure actuelle pas de consensus sur le nombre de sens chez les êtres humains, les neuroscientifiques s'accordent au moins sur le caractère trop restrictif du nombre cinq, ainsi que sur une définition minimale des sens externes²⁸². Cette définition a été proposée au milieu du XXe siècle par la biologiste et physiologiste allemande Bessa Vugo, laquelle demeure considérée

282 Il existe un consensus minimal affirmant qu'il existe au moins 5 sens externes (sens chargés de la perception des objets extérieurs) à savoir la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût et le toucher, et 4 sens internes (sens chargés de la perception interne de l'organisme) à savoir la proprioception, l'équilibriception, la thermoception et la nociception. Pour plus de détails, cf. infra et LE CORRE François, ROPERT Pierre. « Ces quatre sens que vous ne connaissez pas ». Entretien (émission radiodiffusée). France Culture. 11/01/2018. <https://www.franceculture.fr/sciences/de-cinq-sens-a-neuf-sens>

comme la théoricienne contemporaine des cinq sens grâce aux expérimentations qu'elle a effectuées sur les récepteurs mécano-sensoriels des chimpanzés et des humain-es. Selon elle, les sens désignent des systèmes de récepteurs ou de cellules sensibles, capables de capter et de traduire plusieurs formes de stimuli, et de transmettre ces derniers au système nerveux central sous forme d'influx nerveux. Les sensations transmises par les influx nerveux sont ensuite interprétées par l'encéphale (le système nerveux central), puis traitées par des régions spécifiques du cerveau en fonction de la nature des stimuli, pour enfin être transformées en potentiels d'action. Il existe bel et bien des zones cérébrales distinctes, même si celles-ci interagissent perpétuellement, afin de constituer une perception unifiée et homogène.

Pour Vugo, « les cinq sens donnés par la nature sont la seule mesure du réel, notre seule possibilité de comprendre et d'interpréter le monde. C'est le respect absolu et constant de sa finitude qui peut seul guider son action »²⁸³. Il est néanmoins important de remarquer l'absence du toucher au sein des recherches et expérimentations menées par cette physiologiste. Célèbre pour ses travaux sur l'odorat et le goût, elle s'est également intéressée à la vue et à l'ouïe, mais pas au toucher. Ce sens est resté plus longtemps sous le joug de la compréhension aristotélicienne, et s'est vu pris en charge par des protocoles scientifiques seulement à partir de la fin du XIXe siècle²⁸⁴.

283 Sur l'œuvre et la vie de Bessa Vugo, cf. ANONYME. « Bessa Vugo ». *Wikimonde*. 18/04/2018. https://everybodywiki.com/Bessa_Vugo. [Consulté le 11/07/2019]

284 Sur les origines des études scientifiques sur le toucher, cf. HATWELL Yvette, GENTAZ Édouard. « Origine et évolution des recherches psychologiques sur le toucher en France ». *L'année psychologique*. vol. 111, 04/2011. Pp. 701-723

Dans ce chapitre, je tenterai tout d'abord de dresser un état des lieux des recherches scientifiques sur le toucher. Ces dernières se font principalement dans le champ des neurosciences cognitives et de la neuropsychologie, bien que la sphère médicale s'intéresse aussi à ce sens pour en saisir les apports thérapeutiques. Cependant, le « contact avec le corps humain » (expression que j'emprunte à la médiécienne Marie-France Mamzer) s'avère parfois complexe. Pour comprendre et déconstruire cette complexité, je recourrai aux épistémologies féministes. Certaines théoriciennes féministes semblent en effet revendiquer le sens du toucher, sinon pour en faire un modèle épistémologique, du moins pour en analyser la portée critique. Toutefois, elles ne permettent pas tout à fait de sortir ce sens d'un carcan théorique placé sous l'égide de la vue. En témoigne l'expression « épistémologies du point de vue » qui est parfois utilisée pour les désigner. Le toucher reste souvent abordé à l'aune de la vision ou de la cécité. C'est pourquoi j'essaierai finalement de montrer l'intérêt des études critiques sur le handicap pour penser le toucher de soin, notamment des études sur la cécité (« blindness studies » en anglais).

I. Études scientifiques sur le toucher et le corps sensible

Les recherches actuelles sur le toucher insistent en général sur le caractère intermodal ou multisensoriel de la perception. Cela veut dire qu'elles tendent à valoriser les interactions entre les différents sens externes et internes. L'activité perceptive n'est pas envisagée comme un processus univoque, lors duquel chaque sens fournirait un

contenu spécifique. Outre la dimension intermodale et multisensorielle de la perception tactile, les recherches contemporaines sur le toucher s'attachent également à comprendre le rôle de ce sens dans la construction du schéma corporel ou, plus largement, de l'expérience sensible du corps. À travers des études sur la sensibilité cutanée ou sur le lien entre le mouvement et la perception tactile, la question du toucher est souvent mise en lien avec celle du corps sensible.

I.1. Recherches neurocognitives et neuropsychologiques sur le toucher

Les neurosciences cognitives et la neuropsychologie s'intéressent au toucher depuis la première moitié du XXe siècle, notamment dans le but d'approfondir les connaissances sur les modalités d'apprentissage des personnes non-voyantes. Ces connaissances sont néanmoins mobilisées dans le champ plus vaste des sciences de l'éducation, puisqu'elles fournissent des informations sur les modalités globales d'apprentissage, et permettent d'enrichir les processus éducatifs dans leur ensemble.

I.1.1. Apprentissage du toucher : perceptions tactiles, haptiques et somesthésiques

En 2013, le psychologue Morton Heller et le neuroscientifique Edouard Gentaz publient l'ouvrage intitulé *Psychology and Blindness* qui fournit un état de l'art détaillé sur l'ensemble des recherches scientifiques menées sur le toucher depuis les années 1930. Ils y présentent l'avancée des connaissances concernant le fonctionnement du toucher.

À l'heure actuelle, les scientifiques s'accordent pour distinguer trois niveaux de perception reliés au toucher : 1. la perception tactile, 2. la perception haptique, 3. la

perception somesthésique. La première concerne uniquement les sensations de frottement ou de pression sur la peau. La deuxième associe les sensations de frottement et de pression avec les mouvements musculo-squelettiques. La troisième ajoute aux deux premières la perception de la température, de la douleur et, surtout, la proprioception.

Le système perceptif du toucher somesthésique est un système très hétérogène, tant sur le plan de la localisation de ses récepteurs sensoriels, que sur celui de leur fonctionnement physiologique. Malgré tout, ce système constitue le substrat neuronal commun aux deux types de perceptions tactiles manuelles, c'est-à-dire aux deux types d'informations recueillies par les mains. La main joue un rôle prépondérant dans la perception tactile, bien que l'ensemble de la peau soit concerné par cette expérience. Ce qui distingue la main du reste du corps, c'est sa capacité à discriminer le toucher passif et le toucher actif. Le premier désigne la perception cutanée, c'est-à-dire les sensations qui proviennent uniquement de la peau. Le deuxième caractérise la perception haptique, c'est-à-dire les sensations acquises par les mouvements d'exploration des bras, des mains, des doigts. Le toucher passif tend à focaliser l'attention sur ce que Gentaz et Heller appellent « les sensations corporelles subjectives », tandis que le toucher actif invite à se concentrer sur les propriétés de l'environnement extérieur²⁸⁵.

Ce qu'il faut retenir du sens du toucher, c'est qu'il s'agit d'un sens éminemment complexe. Comme le soulignent Heller et Gentaz, ce sens nous « permet d'éprouver une étonnante et grande variété de sensations »²⁸⁶. Et ces sensations sont globalement interprétées par le système nerveux central selon le registre de l'agréable ou du désagréable. De plus, ces sensations répondent

285 cf. HELLER Morton, Gentaz Edouard. *Psychology of touch and blindness*. New york : psychology press, 2013. chap. 2

286 Ibid. chap. 1

souvent à des mécanismes primitifs liés à la conservation ou à la survie de l'organisme. D'où le caractère essentiel de ce sens. Cela ne signifie pas que le toucher est à l'abri des illusions sensorielles. Bien au contraire, le cerveau a tendance à générer une illusion de contact tactile lorsque l'attention est tournée vers l'environnement extérieur, car le sens du toucher semble être constitutif de la conscience de soi ou, plus précisément, de la conscience des limites corporelles. Autrement dit, le toucher participe de ce qui est communément nommé par les neuroscientifiques « mental body representation »²⁸⁷.

S'agissant du rôle du toucher dans l'apprentissage, l'équipe « Psychologie du développement sensori-moteur, affectif et social »²⁸⁸ (menée entre autres par Gentaz) à l'université de Genève s'efforce depuis une vingtaine d'années de montrer les apports non négligeables de ce sens. Par exemple, on sait désormais que « le sens haptique permet une meilleure discrimination des formes et des orientations »²⁸⁹. Le toucher et la kinesthésie (sens du mouvement) favorisent à ce titre l'apprentissage de l'alphabet. De la même manière, la modalité haptique facilite la reconnaissance des figures géométriques (cercles, carrés, rectangles et triangles) sur des surfaces planes.

Le développement des recherches sur le toucher reste néanmoins tributaire des connaissances dont on dispose sur la vue. De fait, les modalités tactiles, haptiques ou

287 cf. SALGUES Sara, PLANCHER Gaën, JAQUOT Laurence, al. « To the self and beyond : Arousal and functional connectivity of the temporo-parietal junction contributes to spontaneous sensations perception ». *Behavioural Brain Research*. Vol. 396, 01/2021. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0166432820305799>

288 Cf. <https://www.unige.ch/fapse/sensori-moteur/>

289 HATWELL Yvette, GENTAZ Edouard. « Origine et évolution des recherches psychologiques sur le toucher en France ». *L'année Psychologique*. Vol. 111, 04/2011. Pp. 701-723. <https://shs.cairn.info/revue-l-annee-psychologique1-2011-4-page-701?lang=fr>

somesthésiques sont généralement envisagées à travers ce qu'elles ajoutent ou apportent aux processus d'apprentissage fondés sur la vision et l'audition.

I.1.2. Le toucher sous l'égide de la vue ?

Les recherches sur le toucher sont notamment apparues dans le sillage des études sur le handicap visuel et, plus précisément, sur les modalités d'apprentissage des personnes aveugles ou amblyopes. En témoigne le titre de l'ouvrage publié par Heller et Gentaz évoqué plus haut : *Psychology of touch and blindness* (« Psychologie du toucher et cécité » en français). Dans cet ouvrage, huit des douze chapitres font explicitement référence aux apports du toucher en situation de cécité, ou bien comparent les modalités tactiles avec les modalités visuelles, ou encore présentent les atouts d'une perception multimodale qui utilise conjointement le toucher et la vision (chapitres 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11 et 12). Si les auteurs affirment en conclusion (chapitre 12) que de nombreuses perspectives fleurissent au sein des recherches sur le toucher, notamment à l'endroit du toucher virtuel et des interfaces tactiles, ils n'abordent pas explicitement la spécificité des connaissances ou des apprentissages offerts par ce sens.

Sur un registre similaire, les deux ouvrages majeurs de psychologie neurocognitive contemporaine publiés en français qui traitent du toucher mentionnent aussi abondamment le sens de la vue. Le livre dirigé par Yvette Hatwell, Arlette Streri et Edouard Gentaz intitulé *Toucher pour connaître*.

*Psychologie cognitive de la perception tactile manuelle*²⁹⁰, ainsi que la monographie de Gentaz nommée *La main, le cerveau et le toucher. Approche neurocognitive du sens haptique*²⁹¹, abordent les liens entre le toucher et la vue à de nombreuses reprises. Dans le premier, l'un des 16 chapitres s'intéresse au lien entre le toucher et la cécité ; l'une des 5 sections s'intéresse précisément aux « applications pratiques destinées aux déficients visuels » ; une autre section aborde plus largement les « coordinations intermodales ». Dans le second, 3 chapitres sur 9 mettent en lien la vue et le toucher (soit au moyen d'une comparaison, soit à travers l'expérience visuo-haptique, soit au sujet de la cécité) et 2 chapitres sur 9 s'intéressent aux apports d'une approche multisensorielle (notamment dans le champ de l'éducation).

Si cette prévalence de la vue dans les études sur le toucher est palpable dans le cadre des recherches sur les modalités d'apprentissage, elle est moins présente dans la sphère médicale et thérapeutique. De fait, cette sphère s'intéresse davantage aux apports spécifiques du sens tactile, haptique ou somesthésique.

I.2. Recherches biomédicales et psychothérapeutiques sur le toucher

En lien avec les recherches neurocognitives et neuropsychologiques concernant les intérêts du toucher pour les sciences de l'éducation, plusieurs recherches biomédicales et psychothérapeutiques fleurissent depuis une vingtaine d'années afin d'identifier les

290 HATWELL Yvette, STRERI Arlette, GENTAZ Edouard. (dir.) *Toucher pour connaître. Psychologie cognitive de la perception tactile manuelle*. Paris : Presses Universitaires De France, 2000

291 GENTAZ Edouard. *La main, le cerveau et le toucher. Approche neurocognitive du sens haptique*. Paris : Dunod, 2009

apports éthiques ou thérapeutiques de ce sens. S'agissant de la question du toucher, il y a bel et bien un lien entre les sciences de l'éducation et les sciences biomédicales, car les secondes ont tendance à mobiliser les connaissances des premières, pour les appliquer au contexte des soins. C'est notamment le cas des notions de « sensibilité cutanée », de « fragmentation et recomposition spécifiques au toucher », et de « complexité du contact physique ». Toutefois, les recherches menées en contexte thérapeutique ne s'intéressent pas qu'aux effets cognitifs du toucher. Elles se concentrent également sur sa dimension thérapeutique et ce, dans un sens très large. Le but est de comprendre aussi bien les bénéfices physiologiques qu'apporte ce sens, que la pertinence de mettre « le toucher au cœur des soins », pour reprendre le titre d'un rapport de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) publié en 2007.

I.2.1. Toucher et conscience de soi

Plusieurs études médicales s'intéressent au rôle du toucher dans la conscience de soi, notamment dans des situations thérapeutiques extrêmes, c'est-à-dire des cas de maladies ou d'accidents graves.

En 2021, la psychoclinicienne Élodie Pintossi publie un article au sujet de la «reconstruction de la peau des patients grands brûlés»²⁹², dans lequel elle évoque les étapes de cette reconstruction et les séquelles de celle-ci. Bien que la peau soit au cœur de l'étude, deux séquelles majeures ne sont pas mentionnées, à savoir les douleurs et les perturbations de la sensorialité tactile ; deux éléments constitutifs du système somesthésique, ainsi que je l'ai écrit plus haut. Il en va de même avec une équipe pluridisciplinaire menée par la spécialiste en médecine réadaptative Mathilde Delrue, qui

292 PINTOSSI Élodie. «La reconstruction de la peau des patients grands brûlés». *La Peauologie*. n°6, 2021. <https://lapeauologie.fr/article/reconstruction-grands-brules/>

s'est également intéressée à la réadaptation des grands brûlés dans un article publié la même année²⁹³. Les séquelles tactiles ne sont pas présentées, lors même que les paresthésies, c'est-à-dire les sensations anormales et incohérentes compte tenu des stimuli identifiés et identifiables, représentent des répercussions bien connues suite à des brûlures de troisième degré.

De par cette omission, Pintossi ainsi que Delrue et son équipe reconduisent et entretiennent le manque d'intérêt et de connaissances au sujet de la sensibilité cutanée. Pourtant, ce double manque a été mis en lumière en 1999 par la neuropsychologue clinicienne Annie Malenfant, dans sa thèse de doctorat portant sur les « déficits sensoriels et névralgies chroniques aux sites guéris de brûlures »²⁹⁴. Dans son travail, Malenfant déplore l'absence de prise en charge sérieuse des séquelles sensorielles et des douleurs causées par les brûlures importantes. Cette autrice souligne que des recherches conduites dans les années 1980 ont montré que la modalité tactile ne revient jamais à la normale après de grandes brûlures, et que d'autres recherches publiées dans les années 1990 ont mis en exergue l'apparition de paresthésies après de tels accidents. Pour sa part, Malenfant examine les variations de sensibilité cutanée (hypo- et hypersensibilité cutanée), en cherchant à comprendre pourquoi les facteurs « objectifs » de perte de sensibilité (zones brûlées) ne coïncident généralement pas avec le vécu subjectif des douleurs et des paresthésies (particulièrement sur les zones non brûlées). Malgré cela, peu d'études se sont intéressées, depuis ces publications, aux

293 DELRUE Mathilde, BEECKMANS Nele, VANDERHOSTAFDT Claire, Al. «La réadaptation des grands brûlés. Premières expériences». *Louvain Médicale*. 09/2021. <https://www.louvainmedical.be/fr/article/la-readaptation-des-grands-brules-premier-es-experiences>

294 MALENFANT Annie. *Déficits sensoriels et névralgies chroniques aux sites guéris de brûlures*. Thèse en neuropsychologie clinique. Université de Montréal. 1999. MALENFANT Annie. *Déficits sensoriels et névralgies chroniques aux sites guéris de brûlures*. Thèse en neuropsychologie clinique. Université de Montréal. 1999.

conséquences physiologiques, psychologiques et sociales d'une perte de la sensibilité cutanée, donc d'une perte de la conscience des limites corporelles²⁹⁵.

Dans le contexte des isolements thérapeutiques, c'est-à-dire des séjours en chambre stérile notamment dans les services d'oncologie, le toucher participe d'une toute autre manière à la conscience de soi. Dans un chapitre d'ouvrage paru en 2019²⁹⁶, les oncologues Élise Ricadat et François Villa montrent que le besoin de contact apparaît crucial, ne serait-ce que pour survivre. Or, le contact physique présente souvent un risque de complications infectieuses pour les organismes immunodéprimés des malades. Il est donc difficile de trouver un équilibre entre ce besoin de contact et l'exposition aux risques infectieux. Pour y remédier, certains services proposent des massages thérapeutiques délivrés par des professionnel·les de santé. Ces massages peuvent aider « à tenir », ainsi que l'exprime une jeune patiente interrogée par les auteurs·rices du chapitre. Pour Ricadat et Villa, « le toucher permet que la somme d'excitations revienne au seuil du supportable, démassifie le corps en quelque sorte en le rendant perceptible à partir de la zone touchée »²⁹⁷. D'après le linguiste Bertrand Verine commentant le travail de ces oncologues sur le site de l'Association pour la fondation du toucher, il s'agit là de « l'application la plus décisive de la dynamique topographique de fragmentation et de recomposition propre au toucher »²⁹⁸. En d'autres termes, il s'agit d'un effet spécifique de la modalité tactile qui, par le truchement d'un contact sur une zone localisée du

295 Pour une présentation détaillée des travaux d'Annie Malenfant, cf. ASSOCIATION POUR LA FONDATION DU TOUCHER. « Réadaptation des grands brûlés : la sensibilité cutanée reste une inconnue majeure ». *AFONT*. 04/2024. <http://fondationdutoucher.org/readaptation-des-grands-brules-la-sensibilite-cutanee-reste-une-inconnue-majeure/>

296 RICADAT Élise, VILLA François. « Le toucher : levier de la réinvention de soi et d'autrui dans l'expérience de la maladie grave ». in CABRAL Maria de, DOMINGUES Jesus de, ALMEIDA José, DANOU Gérard (dir.). *Le toucher. Prospections médicales, artistiques et littéraires*. Paris : Le Manuscrit, 2019. pp. 249-261

297 Ibid. p. 255

298 ASSOCIATION POUR LA FONDATION DU TOUCHER. « Tact : Assembler le puzzle du vivant ». *AFONT*. 05/2024. <http://fondationdutoucher.org/tact-assembler-le-puzzle-du-vivant/>

corps, permet de porter l'attention sur cette zone en particulier dans un premier temps (d'où la « démassification »), puis de reconstruire une perception corporelle globale dans un second temps. L'enjeu est d'insuffler des sensations agréables, là où il n'y a d'ordinaire que de la douleur ou de la tension.

Sur un registre similaire, la spécialiste de littérature et psychanalyste Anne-Marie Picard raconte l'intérêt du toucher dans l'élaboration de « l'unité de l'esthésie », à travers le récit d'un cas clinique observé au sein du service de pédopsychiatrie de l'hôpital Sainte-Anne de Paris²⁹⁹. Cette « unité de l'esthésie » désigne l'ancrage corporel dans les représentations subjectives de chaque individu-e, et prend acte des contradictions qui traversent ces mêmes représentations. Dans le cas clinique raconté par Picard, l'unité de l'esthésie est suscitée par la méthode dite de « relaxation thérapeutique » telle qu'elle a été élaborée originellement par le psychothérapeute Jean Bergès dans les années 1970, puis actualisée par la psychologue Marika Bergès-Bounes dans les années 2000³⁰⁰. Le toucher est fondamental dans cette méthode et permet, selon Picard, d'unifier le schéma corporel (c'est-à-dire la perception du volume de son propre corps), le corps symbolique (c'est-à-dire la mise en mots de son corps et de ses parties), et le corps imaginaire (c'est-à-dire les fantasmes ou les traumatismes associés à certaines parties de son corps). Le but est de parvenir à une « recomposition du corps

299 PICARD Anne-Marie. « Une fragile globalité : toucher, nommer, recomposer, séparer ». in CABRAL Maria de, DOMINGUES Jesus de, ALMEIDA José, DANOU Gérard (dir.). *Le Toucher. Prospections médicales, artistiques et littéraires*. Paris : Le Manuscrit, 2019. p. 207

300 « Pour nous, la relaxation thérapeutique établit des relations entre, d'une part le réel du corps, c'est-à-dire le somatique, ce corps qui vit, qui meurt, sans que nous puissions réellement intervenir sur cette trajectoire ; d'autre part l'imaginaire du corps, l'image de l'autre à laquelle nous sommes aliénés (cf. la phase du miroir de Lacan), le corps idéal, l'image de nous donnée à l'autre ; et enfin le symbolique, les mots qui s'accrochent à notre corps depuis toujours, bien avant notre arrivée au monde, pour nous parler, nous nommer, nous installer dans notre généalogie, nous inscrire comme sujet ». in BERGÈS BOUNES Marika. « Corps, langage et sujet dans la relaxation thérapeutique ». *Enfance & psy*. n°50, 01/2011. pp. 164-167. <https://shs.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2011-1-page-164?lang=fr>

segment par segment et une réalisation que ces segments sont spatialement connectés »³⁰¹. Autrement dit, cette méthode thérapeutique manuelle ambitionne une perception consciente du corps dans son ensemble et à tous les niveaux (réel, symbolique, imaginaire)³⁰².

I.2.2. Toucher et soins

Les intérêts thérapeutiques du toucher sont étudiés depuis plusieurs décennies, notamment par des endocrinologues travaillant en collaboration avec des psychologues et neuropsychologues. La prépondérance de l'endocrinologie n'est pas due au hasard. Le toucher contribue en effet à la sécrétion de certaines hormones et neurotransmetteurs de façon significative.

Depuis les années 1980, les « bienfaits du toucher »³⁰³ sont démontrés par la psychologue Tiffany Field et l'équipe du *Touch Research Institute* de Miami, notamment dans les services de néonatalogie. À titre d'exemple, prodiguer des massages à des bébés prématurés permet de réduire le temps d'hospitalisation et de favoriser la prise de poids, de limiter les complications postnatales et de favoriser le développement cérébral. En 2009, le neurologue Andrea Guzzetta et l'équipe de l'hôpital de Pise ont montré que les massages diminuent le stress des bébés et favorisent la production de l'hormone IGF-1, impliquée dans la croissance³⁰⁴.

301 PICARD Anne-Marie. « Une fragile globalité : toucher, nommer, recomposer, séparer ». art. cit. p. 209

302 Pour une description détaillée du chapitre de Picard, cf. ASSOCIATION POUR LA FONDATION DU TOUCHER. « Tact : Assembler le puzzle du vivant ». art. cit.

303 Cf. FIELD Tiffany. *Les bienfaits du toucher*. Paris, Payot, 2017

304 Cf. <https://www.fsm.unipi.it/2020/02/10/da-pisa-il-piu-grande-progetto-europeo-per-lo-studio-della-paralisi-cerebrale-infantile/>. [Consulté le 09/07/2020]

Chez les adultes, recevoir un soin tactile permet également de diminuer les symptômes du stress, en réduisant la pression sanguine, la fréquence cardiaque et le taux de cortisol. En 2015, Armelle Simon – infirmière, sophrologue et massothérapeute au service d'hématologie du CHU de Nantes – a réalisé une étude auprès de soixante-deux patient-es volontaires, à qui elle a prodigué des séances hebdomadaires de « toucher-massage » durant trois semaines. Le « toucher-massage » est une technique inventée par le masseur-kinésithérapeute Joël Savatofski dans les années 1980, dont le but est d'apporter détente et sérénité aux personnes recevant un soin et d'améliorer la relation entre soignant-es et soigné-es³⁰⁵. Après chaque séance proposée par Simon aux patient-es du service d'hématologie stérile, le niveau d'anxiété générale a baissé d'environ 11,6 sur l'échelle de Spielberger (laquelle s'étend de 20 à 80³⁰⁶) pour les bénéficiaires de l'expérience, contre 0,9 pour les cas témoins³⁰⁷. D'après les conclusions de cette enquête, le toucher a des effets

305 « Grâce à des gestes simples et naturels, le Toucher-massage offre aux soignants la possibilité d'améliorer la qualité de leurs soins et de leurs relations avec les soignés. Quel que soit le service dans lequel il exerce, à l'hôpital ou à domicile, le Toucher-massage permet au soignant (infirmier, aide-soignant...) d'accompagner les soins et donc de mieux soigner car le fait de toucher et de masser calme, rassure et détend, tout en instaurant une relation plus authentique et plus humaine. ». Cf. SAVATOFSKI Joël. *Le toucher-massage*. Paris : Lamarre, 2016

306 Inventée par le psychologue clinicien Charles Donald Spielberger, cette échelle éponyme a pour rôle de mesurer l'anxiété chronique, lorsqu'il s'agit de l'échelle « trait », et l'anxiété situationnelle, lorsqu'il s'agit de l'échelle « état ». La première évalue la propension à l'anxiété, indépendamment du contexte, et s'intéresse aux syndromes d'anxiété généralisée. La seconde évalue, quant à elle, la réaction anxieuse en fonction d'événements spécifiques (compétition, examen, etc.). En l'occurrence, A. Simon fait usage de l'échelle « trait ».

307 SIMON Armelle. « Le toucher-massage contre l'anxiété en hématologie stérile ». Communication au Colloque international du *Secrétariat International des Infirmiers de l'Espace Francophone*. Bordeaux : Juin 2018

bénéfiques sur les situations d'anxiété ainsi que sur l'estime de soi, notamment parce qu'il reconfigure le rapport au corps des malades. Simon décrit notamment la manière dont le massage donne consistance au « schéma corporel »³⁰⁸. C'est dans cette perspective que le *Touch Research Institute* de Miami analyse les effets positifs des massages sur les personnes victimes de stress post-traumatiques.

En deçà des soins tactiles, le simple contact semble activer des fonctions analgésiques. On sait désormais que, à puissance équivalente, une douleur est plus tolérable lorsqu'elle est accompagnée d'un contact manuel, provenant notamment d'une personne proche. En 2006, James Cohen – neuropsychologue à l'université de Virginie – a ainsi démontré les vertus apaisantes du toucher, en expliquant le rôle de ce sens au sein du système limbique. Le système limbique est une sorte d'interface entre le corps et le cerveau et ce, par le biais des émotions. Il conditionne le lien entre le système nerveux et les réactions corporelles, c'est-à-dire qu'il articule les stimulations issues de l'extérieur et les réponses automatiques du corps. La peur et la colère sont les deux émotions majeures initiées par le système limbique, afin, le cas échéant, de déclencher des réactions de fuite ou de lutte qui, à une échelle physiologique, se traduisent par une augmentation de la pression sanguine et par une accélération du rythme cardiaque et de la respiration. Or, le contact manuel réduit le niveau d'activation du système limbique en cas de stimulations douloureuses, minimisant les réactions inconfortables liées à la peur.

De plus, la vertu relaxante du toucher, déjà mentionnée plus haut, confère à ce sens un rôle important dans la recherche du bien-être. D'un côté, l'expérience tactile participe à l'activation du nerf vague. Aussi nommé nerf parasympathique ou nerf

308 Cf. <https://armellesimon.com/publications/>. [Consulté le 06/10/2020]

pneumogastrique, ce nerf mixte est impliqué dans les fonctions végétatives (digestion, respiration, etc.), aussi bien que dans les fonctions sensorielles, sensibles et motrices. Il intervient autant dans la régulation des glandes endocrines (surrénales, pancréatiques, thyroïdiennes, etc.), que dans l'innervation de certains muscles viscéromoteurs (muscles engagés dans la phonation, la respiration et la digestion), tout en assurant la sensibilité somatique de certaines parties du corps (en particulier du larynx et du pharynx), ainsi que la transmission d'informations sensibles (principalement en ce qui concerne le goût). En bref, l'action du nerf vague va de l'activation de certains muscles à la perception de son propre corps, en passant par l'expérience sensible et l'équilibrage endocrinologique ; un ensemble de fonctions étroitement liées au système somesthésique, soit à une réalité corporelle déjà associée au sens du toucher. Il n'est donc pas étonnant que l'un et l'autre se répondent.

D'un autre côté, l'expérience tactile favorise la sécrétion de certaines molécules jugées positives (l'ocytocine, la sérotonine, la dopamine et l'endorphine), tandis qu'elle diminue la production d'autres molécules jugées négatives (le cortisol et la vasopressine). L'expérience tactile (qu'elle soit caresse, massage ou acupression), dès lors qu'elle est consentie, encourage grandement la libération d'ocytocine, du fait du lien entre les neurotransmetteurs de l'épiderme et les zones cérébrales reliées à la production de cette molécule. Cette stimulation vaut aussi bien pour la personne touchante que pour la personne touchée. Plus précisément, l'ocytocine est à la fois une hormone, lorsqu'elle est libérée dans le sang pour se rendre aux organes, et un neuromédiateur, lorsqu'elle circule dans les nerfs pour rejoindre le cerveau. Son champ d'action est très vaste : concernant le système immunitaire, elle favorise la division et le renouvellement cellulaire ainsi que la croissance, et elle augmente la tolérance à la douleur ; concernant le système digestif, elle stimule autant l'appétit que le sentiment de satiété et facilite le stockage des nutriments ; concernant la sphère sexuelle, elle

augmente le désir et rend possible l'éjection des fluides corporels (le sperme ou la cyprine lors des rapports sexuels, la prolactine lors de l'allaitement) ; concernant la sphère sociale, elle développe la mémoire sociale sélective, soit le sentiment d'attachement et d'importance pour certaines personnes, de même que les comportements altruistes, en aiguisant les fonctions empathiques et le sentiment de confiance. Réciproquement, elle peut inhiber l'activation de cortisol, voire de vasopressine ; toutes deux responsables des manifestations corporelles du stress et de l'anxiété. Dans une moindre mesure, le contact physique entre des individu-es tonifie également la sécrétion de l'endorphine, de la dopamine et de la sérotonine. À l'instar de l'ocytocine, ce sont des molécules mixtes (tantôt hormones, tantôt neuromédiateurs) impliquées dans la gestion des humeurs – à travers une balance entre des effets apaisants et euphorisants – ainsi que dans la survenue du sommeil, ou encore dans la perception de la douleur (appelée nociception ou algoception).

En contrepoint, l'absence de toucher peut générer des déficits, ou a minima un mal-être. À ce propos, l'expérience des confinements mis en place au début de la pandémie de Covid-19 a été édifiante. La diminution, voire dans certains cas l'interdiction, de toucher ont été au cœur de nombreux articles de presse et de récits personnels.

Les confinements successifs, et particulièrement celui du printemps 2020, ont mis en lumière le besoin de contact ainsi que les conséquences d'un manque d'expériences somesthésiques. Pour la journaliste Johanna Luysen, « les célibataires et les personnes âgées isolées le savent bien : ce qui leur manque le plus en ces temps confinés, ce n'est pas nécessairement le sexe, mais le toucher

de l'autre. »³⁰⁹. Ce manque d'interactions tactiles est généralement appelé « faim de peau » (« skin hunger » en anglais), d'après une expression de l'anthropologue et éthologue Ashley Montagu³¹⁰. Dans son article de presse, Luysen précise d'ailleurs au lectorat français que la langue danoise dispose d'un terme à part entière pour exprimer ce phénomène : « hudsult »³¹¹. À l'instar d'autres besoins vitaux tels que la nourriture, l'eau et le sommeil, le contact physique participe de l'équilibre psychologique et physiologique.

Pour Montagu, la stimulation tactile est un besoin primaire qui doit être satisfait par des « soins maternels » (que je qualifie plus volontiers de soins parentaux, afin d'évacuer le biais de genre de cette expression), et qui structure le comportement individuel et social des humain-es. En référence à une tradition psychanalytique, dont les porte-étendards demeurent Donald Winnicott³¹² et Didier Anzieu³¹³, le politiste Amadou Mfondi insiste pour sa part sur l'organe de la peau, en tant qu'il est l'endroit où la subjectivité se construit ; d'où le sentiment de désorientation en l'absence de stimulation épidermique.

Si le toucher n'a pas attendu la pandémie de coronavirus pour être un objet de manque, les mesures sanitaires ont néanmoins mis en évidence l'importance de l'expérience sensible pour l'équilibre psychique, voire pour le bien-être en général. Plus encore, ces mesures ont entraîné une reconfiguration de

309 LUYSEN Johanna. « "Hudsult" : quand est-ce qu'on se touche ? ». *Libération*. 09/05/2020. https://www.liberation.fr/debats/2020/05/09/hudsult-quand-est-ce-qu-on-se-touche_1787755.

[Consulté le 13/05/2020]

310 Cf. MONTAGU Ashley. *Touching : The human significance of the skin*. 1971

311 LUYSEN Johanna. « "Hudsult" : quand est-ce qu'on se touche ? ». art. cit.

312 Cf. WINNICOTT Donald. « The Theory of the Parent-Infant Relationship ». *The International Journal of Psychoanalysis*. N°41, 11-12/1960. pp. 585-595

313 Cf. ANZIEU Didier. *Le Moi-peau*. Paris : Dunod, 1985

l'expérience sensible pour la plupart des gens. Certain-es individu-es doivent en effet composer avec ce manque au quotidien. Comme l'exprime Mfondi, « espérons seulement que cette réorganisation du champ de notre expérience sensible qui s'impose déjà à nous soit au moins l'occasion de jeter un regard nouveau, tout à la fois indigné et plus empathique, sur ceux et celles qui avant même le début de cette pandémie n'avaient déjà que trop rarement l'occasion d'être touché-es. Car si nous envisageons avec beaucoup d'appréhension et de tristesse l'idée de ne plus pouvoir entrer en contact avec autrui sans protection ou certificat de non-contagiosité, n'oublions pas que depuis longtemps dans les CHSLD [EHPAD en France], les résidences, les centres d'accueil ou de rétention, dans la rue ou même chez eux, des milliers de nos semblables vivent déjà cette vie sans contact qui est désormais, et pour un certain temps encore, la nôtre. »³¹⁴.

En résumé, l'expérience du toucher influence positivement les comportements qui ont trait à la protection individuelle et au lien social, qui concernent le rapport et la sensibilité corporelle, et qui conditionnent l'équilibre psycho-émotionnel. Inversement, le manque de toucher peut provoquer une déficience neurologique et hormonale, ainsi qu'une hypostimulation des organes vitaux associés à la respiration, la digestion, la phonation, le sommeil, de même qu'une surabondance des humeurs négatives et désagréables³¹⁵. En somme, le toucher thérapeutique, tel qu'il est étudié par l'Institut de

314 MFONDI Amadou. « Sans contact ». *Histoire engagée*. 07/05/2020.

<http://histoireengagee.ca/sans-contact/>

315 Au sujet des effets néfastes du manque de toucher, cf. les travaux de la psychologue Heather MacIntosh à l'université canadienne de McGill (<https://www.mcgill.ca/crcf/people/faculty/heather-b-macintosh>), ainsi que ceux de Tiffany Field au *Touch Research Institute* de Miami (<https://med.miami.edu/centers-and-institutes/mailman-center/community/other-community-based-programs/touch-research->

Miami, le CHU de Nantes ou l'Université de Virginie, met en jeu l'ensemble du système somesthésique.

Dans le champ des thérapies complémentaires et non conventionnelles, le caractère thérapeutique du toucher est au cœur de nombreuses pratiques. Qu'elles soient issues d'un bassin culturel différent (la Chine, le Japon, l'Inde, etc.) ou non (radiesthésie, magnétisme, etc.), qu'elles soient légitimées par les institutions de santé (l'ostéopathie, la médecine traditionnelle chinoise, etc.) ou non (les rebouteux-euses, l'étiopathie, etc.), qu'elles soient fondées sur des critères scientifiques (fasciathérapie, etc.) ou des éléments surnaturels (guérisseurs-euses, etc.), toutes ces pratiques recourent au toucher pour soigner. Suivant les mots de la sage-femme et anthropologue Maï Le Du, il est alors possible de se demander : « quid du toucher sous toutes ses formes dans notre société rationalisée ? »³¹⁶.

C'est pour répondre à cette question que Le Du a publié en 2022 l'ouvrage intitulé *Toucher pour soigner. Le toucheur, le médecin et l'ostéopathe : un nourrisson entre de bonnes mains*³¹⁷, dans lequel elle présente les résultats d'une enquête ethnographique menée entre 2007 et 2016 dans les départements de la Sarthe et de la Mayenne. L'objectif de ce texte est de dresser un état des lieux des habitudes thérapeutiques des parents à l'endroit de leurs nourrisson-nes ; habitudes qui naviguent entre la pratique légitime de la médecine générale, la pratique non conventionnelle de l'ostéopathie, et la pratique traditionnelle des toucheurs-euses. Bien que l'enquête se localise autour de la ville de Sablé et se

[institute-archives](#))

316 LE DU Maï. « Les toucheurs, un recours pérenne ». in *Toucher pour soigner. Le toucheur, le médecin et l'ostéopathe : un nourrisson entre de bonnes mains*. Toulouse : Erès, 2022. pp. 25-62.

317 Ibid.

concentre sur les soins post-partum, elle apporte de précieux éclairages sur la question du toucher thérapeutique en contexte non conventionnel.

Tout d'abord, il paraît compliqué d'effectuer une historiographie et une ethnographie exhaustives de la pratique des toucheurs-euses, car, ainsi que le souligne Le Du, il est difficile d'avoir accès à des sources fiables à ce sujet. La majorité des textes disponibles qui en parlent ont été rédigés par des détracteurs-rices ; en l'occurrence des médecins-ciennes ou des prêtres catholiques. De plus, les savoirs et savoir-faire des tradipraticien-nes se transmettent par voie orale et relation interpersonnelle, et non dans des centres de formation institutionnalisés. De même, peu d'entre eux et elles exercent dans des lieux dédiés, ni ne se font à proprement parler rémunérer, ni ne tiennent des archives manuscrites de leurs séances de soin.

Par ailleurs, les études historiques ou ethnologiques qui ont été conduites sur les praticien-nes traditionnel-les utilisant le toucher sont désormais anciennes et incomplètes. Si Le Du fait la part belle au travail de l'historien Jacques Léonard sur les médecins de campagne dans l'ouest de la France au début du XXe siècle (1977), et aux enquêtes des ethnologues Françoise Loux sur les médecines populaires dans la France de la fin du XIXe siècle (1979) et Jeanne Favret-Saada sur la sorcellerie de la France rurale (1977), elle déplore le manque de renouvellement des connaissances à ce propos. Depuis le travail de l'historien Olivier Faure sur le rôle joué par les praticien-nes illégaux-ales dans le processus de médicalisation des campagnes françaises (2004), et de l'anthropologue Olivier Schmitz sur les guérisseurs-euses d'aujourd'hui en Wallonie (2005), « la

littérature scientifique traitant spécifiquement des pratiques actuelles des toucheurs traditionnels en France est rare », comme l'écrit cette autrice³¹⁸.

À ceci s'ajoutent les biais cognitifs des chercheurs-euses eux et elles-mêmes, qui ont parfois du mal à accorder du crédit aux discours provenant du monde rural, pour ce que ces discours contiennent d'irrationnel. Cette forme de condescendance plus ou moins marquée se retrouve parfois chez les médecins-ciennes généralistes dont les patient-es consultent des toucheurs-euses. À ce propos, Le Du met en évidence une sorte de clivage générationnel entre les médecins-ciennes de la génération des grands-parents des patient-es et les médecins-ciennes de la génération actuelle. Les premier-es connaissent l'existence des toucheurs-euses et témoignent, soit d'une certaine bienveillance, soit d'une « pudique indifférence » à leur égard. Les second-es, en revanche, affichent une ignorance (parfois assumée) à l'endroit de telles pratiques, et, plus largement, de l'univers culturel de leurs patient-es. Partant de ce constat, Le Du formule l'ensemble des hypothèses et questions suivantes, qui guideront la suite de son ouvrage : « Est-ce lié à une évolution récente du rapport à l'intime dans la médecine conventionnelle ? Est-ce le témoignage d'une plus grande discrétion populaire par rapport aux pratiques traditionnelles ? Est-ce la relation soignant-soigné qui aurait perdu en proximité et installé un clivage nouveau entre le médecin et son patient ? Est-ce la formation médicale actuelle qui, dans son approche, se serait déconnectée de la réalité des diversités d'attitudes des patients, préférant les occulter pour mieux imposer une nouvelle forme d'hégémonie ? »³¹⁹.

De plus, la pratique des toucheurs-euses est difficile à cerner, dans la mesure où elle associe des soins par imposition des mains et des prières ou objets de la religion catholique. Au contraire des rebouteux-euses qui « se contentent » de manipuler les

318 Ibid.

319 Ibid.

articulations du corps, les toucheurs-euses intègrent des éléments surnaturels à leurs soins. Ils et elles estiment posséder un don, parfois de nature divine. C'est à ce titre qu'ils et elles peuvent être doublement disqualifié-es : par les médecins-ciennes, qui déplorent l'absence de scientificité des pratiques traditionnelles ; par le clergé catholique, qui perçoit dans le don et les rituels la trace du « malin ».

De ce fait, les personnes interviewées par Le Du (toucheurs-euses, patient-es) sont parfois réticentes à l'idée de se confier sur ces questions. Dans le cercle intime (famille, ami-es), les pratiques traditionnelles ne sont nullement taboues. Les conseils et les bonnes adresses sont volontiers partagés. Toutefois, « le recours aux toucheurs est discret, voire secret, lorsqu'il sort de la sphère de l'intime », ainsi que l'explique Le Du³²⁰. Demeure une peur de ne pas être pris-e au sérieux, voire de subir des remontrances.

Cette discrétion s'applique principalement aux échanges avec les médecins-ciennes, auxquelles les usager-es des pratiques traditionnelles restent néanmoins « fidèles ». Les parcours de soins classiques et conventionnels sont majoritairement suivis et appliqués. Les consultations avec les toucheurs-euses ne se substituent en aucun cas aux visites chez les médecins-ciennes traitant-es. Au contraire, elles sont utilisées en complément, et dans des situations très stéréotypées et cadrées (par exemple : poussée des dents, coliques, pleurs, etc. pour les nourrisson-nes). Elles ont un rôle aussi bien curatif que préventif, mais ne sont pas considérées comme suffisantes pour maintenir la santé globale.

En somme, si l'exemple des toucheurs-euses présenté par Le Du insiste sur la prépondérance des pratiques traditionnelles recourant au toucher, il montre

320 Ibid.

aussi la complémentarité de ces pratiques avec les soins conventionnels. Pour Ledu, « le développement du savoir médical provoque par opposition une revalorisation d'un certain nombre de pratiques situées hors du champ conventionnel de la médecine »³²¹.

I.2.3. Toucher et posture professionnelle

Outre les atouts thérapeutiques qu'il revêt, le sens du toucher est analysé au prisme de la relation de soin en général. Il constitue une occasion d'interroger les pratiques des médecins-ciennes en exercice, comme la formation des futur-es professionnel-les de santé. En d'autres termes, il invite à examiner la posture professionnelle, dans la pratique ou en devenir, à l'aune d'enjeux éthiques.

Dans le cadre des soins de médecine générale, la question du toucher permet de comprendre comment peut se tisser la relation de soin, dans la mesure où il met en jeu des notions comme la confiance, l'intimité, la pudeur, l'hygiène, etc. Dans sa thèse d'exercice en médecine générale soutenue en 2018, Charlotte Lasserre s'est intéressée à la place du toucher dans les consultations des médecins-ciennes généralistes. Pour combler les « difficulté à trouver des références sur le sujet du toucher » en contexte de soins généralistes, l'autrice a mené des entretiens semi-dirigés avec 11 médecins-ciennes exerçant cette spécialité en Picardie³²².

Son enquête montre que le recours à ce sens se décline de trois manières : le « toucher clinique », le « toucher pathique » et le « toucher magique ». Pour Lasserre,

321 Ibid.

322 « Ont été retenus pour l'enquête des médecins généralistes ayant une activité libérale (installés en cabinet ou remplaçants) en Picardie, hommes et femmes, de tout âge, sans durée d'installation minimale ou maximale ». in LASSERRE Charlotte. *Le toucher : un regard de médecin généraliste*. Thèse d'exercice en médecine générale. UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE. 2018. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02073850>

« le toucher permet le diagnostic, crée le lien entre le médecin et le patient, il permet la relation médecin-malade qui soulage le malade et parfois le guérit »³²³. Concrètement, le toucher intervient à différents moments et possède diverses fonctions lors d'une consultation.

Tout d'abord, le toucher peut contribuer au bon accueil des patient-es, par exemple à travers la poignée de mains effectuée en début et en fin de consultation. Ce faisant, le geste tactile permet aussi de cadrer la temporalité de l'échange. C'est néanmoins lors de l'examen clinique que le recours au toucher paraît le plus évident. De fait, « les médecins généralistes assimilent, pour la majorité, le toucher, dans une consultation, à l'examen clinique », ainsi que l'écrit Lasserre³²⁴.

Ensuite, le toucher représente aussi un moyen d'exprimer du soutien, de rassurer, d'être en empathie. Lorsque le ou la patient-e manifeste des émotions fortes (pleurs, tétanie, etc.), ou bien lorsqu'il ou elle partage un récit difficile, lui tenir la main permet d'apporter un certain réconfort. C'est tout le sens du « toucher pathique ». Pour plus d'un tiers des personnes interviewées, le toucher est fonction de la relation de confiance entre soignant-e et soigné-e. Comme l'explique l'un-e des enquêté-es, « il faut [...] se mettre à la place du patient, se rendre compte de la violence aussi que représente pour un patient ce rapprochement au-delà des limites usuelles de la pudeur »³²⁵.

La question de la pudeur fait apparaître le motif de la gêne qui peut résulter d'un contact physique, aussi bien du côté des patient-es que des médecins-ciennes. Or, le motif de la gêne est très prégnant dans les entretiens menés par Lasserre. Pour la majorité des enquêté-es, la gêne des patient-es peut être « gérée », c'est-à-dire contournée, par l'explication des gestes (pourquoi faut-il pratiquer tel geste, et

323 Ibid.

324 Ibid.

325 Ibid.

comment va-t-il être pratiqué). Quelques enquêté-es reconnaissent pourtant que le toucher peut « être vécu comme une agression » et ce, par manque d'explications ou de tact en provenance des professionnel-les de santé. De sorte que certaines situations sont saturées par la gêne ressentie par les patient-es, malgré les éventuels rappels de la posture professionnelle et des compétences de la part des praticien-nes. Et cela peut générer de la gêne chez certain-es médecins-ciennes. Dans ce cas, ces dernier-es adressent parfois la personne à d'autres collègues, notamment si le parcours de soins nécessite de rencontrer d'autres spécialistes (gynécologues, urologues, etc.).

La gêne ressentie par les médecins-ciennes peut avoir d'autres sources. Premièrement, elle peut provenir de la nature du toucher. Plusieurs enquêté-es avouent être mal à l'aise lors de certains touchers dits intimes. Trois des onze personnes interviewées ressentent de la gêne lors d'un examen proctologique (toucher rectal). De la même manière, trois personnes (dont deux des trois précédentes) sont gênées par l'examen gynécologique (toucher vaginal).

Deuxièmement, cette gêne peut découler de l'irruption inopinée d'une ambiguïté sexuelle. Trois médiennes (femmes) interviewées relatent à ce sujet des remarques « déplacées », vulgaires, « salasses » de la part de patients (hommes), telles que « vous savez, je pense qu'il faudrait que vous regardiez mon entrejambe, vous seriez étonnée de la taille », ou bien « oh vous avez vu comme je suis bien monté », ou encore des références à l'anatomie pelvienne qui n'ont pas de rapport avec le motif de la consultation³²⁶. Sans aller jusqu'à l'ambiguïté sexuelle ou les remarques inappropriées, les médecins-ciennes sont parfois confronté-es à des enjeux liés au genre, lorsque le sexe biologique des patient-es diffère du leur. Il arrive fréquemment que des patientes (femmes) refusent de recevoir certains gestes cliniques s'ils sont effectués par des

326 Ibid.

médecins (hommes). Parmi ces derniers, certains redirigent alors les patientes vers des consœurs. D'autres préfèrent faire valoir leur statut de médecin-cienne, comme étant un statut indifférent au sexe ou au genre.

Troisièmement, la gêne des médecins-ciennes à l'endroit du contact corporel peut avoir trait à des normes d'hygiène. Si les patient-es présentent un manque d'hygiène évident, il peut être plus difficile d'être à l'aise lors de l'examen physique. La gêne des médecins-ciennes peut enfin venir de la présence d'une personne tierce qui « observe » le déroulement de l'examen clinique et de la consultation. C'est particulièrement le cas pour deux des personnes interviewées qui disent être mal à l'aise lors des examens pédiatriques effectués sous le regard des parents.

En somme, le travail de Lasserre montre que le toucher est majoritairement appréhendé au prisme de l'examen clinique par les médecins-ciennes généralistes, mais que cela n'évacue pas toute forme de gêne ou d'ambiguïté dans la relation de soin. Cela n'empêche pas non plus de recourir à des gestes tactiles pour favoriser l'instauration d'un climat de confiance ou d'empathie.

Selon une méthodologie similaire à celle de Lasserre, une enquête, menée entre février et août 2016 par les kinésithérapeutes Sylvie Lecomte et Véronique Vion Genovese et le rhumatologue Robert Juvin, s'est attachée à recueillir les représentations des soignant-es sur le toucher en contexte de soin et, plus précisément, à identifier les perceptions de ces professionnel-les de santé quant à l'impact du toucher sur les

patient-es et sur eux et elles-mêmes³²⁷. Les réponses des quatorze personnes interviewées³²⁸ laissent entendre que « le toucher ne laisse personne indifférent »³²⁹.

Les auteurs-rices de l'enquête établissent une « chronologie du toucher dans le soin », au sein de laquelle chaque moment est relié à des enjeux éthiques. Le premier moment est le « toucher relationnel » et s'effectue avec ou sans contact cutané. Son rôle est de mettre le ou la patient-e en confiance. À ce titre, cette première étape conditionne la suite de la consultation. Le deuxième moment est le « toucher sécurisant » dont le but est de « raccourcir la distance » entre soignant-e et soigné-e avant que n'interviennent les gestes techniques. Ce toucher repose sur la « sensibilité » propre du ou de la professionnel-le de santé car il comporte un caractère « spontané ». Le troisième moment est le « toucher empathique », c'est-à-dire le contact qui cherche à « comprendre la souffrance d'autrui ». Cette étape est nécessaire à la conduite des soins, car elle vise « l'abandon » du ou de la patient-e, soit son acceptation et adhésion pleine et entière au traitement proposé. Le quatrième moment est le « toucher technique », qui est censé advenir seulement après les étapes précédentes. De fait, ce toucher a quelque chose d'intrusif car il se confronte à l'intégrité du ou de la patient-e. Si la chronologie n'a pas été respectée, ce geste doit être expliqué et verbalisé. Le cinquième et dernier moment est celui du « toucher qui amène à l'autonomie ». Cette étape est au croisement du savoir-faire et du savoir-être, puisqu'elle met à l'épreuve la capacité du ou de la soignant-e à être dans le « non faire ». De fait, l'accompagnement

327 LECOMTE Sylvie, JUVIN Robert, VION GENOVESE Véronique. « Appréhender le toucher : vers une éthique du soin ? Analyse des représentations par profession sur un territoire de santé ». *Éthique & Santé*. vol. 14 n°4, 12/2017. pp. 218-224. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1765462917300697>

328 « Dix-sept soignants, salariés et libéraux de la région Rhône-Alpes ont été sollicités. Quatorze ont répondu au questionnaire et huit d'entre eux ont accepté l'entretien. Parmi les quatorze réponses : 5 médecins, 1 maïeuticien, 3 infirmiers, 2 aides soignants, 3 masseurs-kinésithérapeutes ». 57% étaient des femmes, et 43% des hommes. Ibid.

329 Ibid.

vers l'autonomie exige, pour les soignant-es, de respecter la temporalité de l'autre et les incite à demeurer dans une posture d'observation.

La conclusion qu'en retirent Lecomte, Juvin et Vion Genovese est la suivante : « une médecine résolument moderne aujourd'hui, doit être à même d'intégrer le Toucher dans toute sa dimension éthique, c'est-à-dire avoir la maîtrise de l'objectif thérapeutique mais aussi de la discipline pour gouverner sa conduite face au potentiel élevé quasi inéluctable de transgression que revêt le toucher. Le partage des situations cliniques permettrait aux étudiants d'accéder à ces expériences, dont l'analyse et l'interprétation s'inscrirait alors dans le cadre d'une théorie systémique. Car il n'y a pas d'opposition entre la science et le toucher affectif, l'un et l'autre se complétant pour servir l'humanité »³³⁰.

En écho à ce travail d'enquête, la professeure des universités et professeure hospitalière (PU-PH) en éthique et médecine légale Marie-France Mamzer se demande quelle est la « place pour le toucher en médecine au XXIe siècle »³³¹. Pour cette autrice, la médecine contemporaine est traversée par une « crise de croissance technologique » qui tend à occulter la complexité du rapport que les médecins-ciennes entretiennent avec le corps humain. Selon elle, « la plupart des gestes réalisés par les médecins pour aboutir à leur diagnostic concernent des zones qui ne sont habituellement accessibles qu'aux personnes les plus intimes, tandis que d'autres concernent des zones qui, se situant en deçà de l'enveloppe cutanée, sont totalement inaccessibles aux non-initiés. Les médecins eux-mêmes ne réalisent jamais la plupart de ces gestes en dehors du

330 Ibid.

331 MAMZER Marie-France. « Quelle place pour le toucher en médecine au XXIe siècle? ». in CABRAL Maria de, DOMINGUES Jesus de, ALMEIDA José, DANOU Gérard (dir.). *Le Toucher. Prospections médicales, artistiques et littéraires*. Paris : Le Manuscrit, 2019. pp. 275-295

contexte professionnel »³³². Plus encore, les médecins-ciennes ne paraissent pas suffisamment formé-es pour faire face à la complexité du « contact avec un corps humain »³³³.

Comme l'explique Mamzer, les patient-es sont « des hommes et des femmes sensibles »³³⁴, soit des personnes pourvues de conscience et de capteurs sensoriels qui ne s'éteignent pas durant les consultations. De sorte que le premier contact physique est crucial. S'il est « raté », alors la relation de soin est placée sous le signe de l'appréhension, du rejet ou de la peur.

Un contact « raté » est un geste qui ne respecte pas les codes sociaux, en l'occurrence les normes d'intimité, d'intégrité ou de pudeur. Ne pas prendre en compte ces normes sociales, ne pas recueillir le consentement d'un-e patient-e, ne pas justifier l'emploi de gestes intrusifs, etc., tout ceci « constitue un risque de déshumanisation de cette personne, qui peut par ailleurs déjà se trouver en situation de grande vulnérabilité existentielle, et parfois renier un corps qu'elle ne reconnaît plus elle-même », ainsi que l'écrit Mamzer³³⁵.

Pour surmonter l'écueil de la déshumanisation, Mamzer propose d'instaurer un enseignement de base en « science du toucher » durant les études médicales. Il s'agirait d'apprendre aux futur-es professionnel-les de santé à composer avec la complexité de l'expérience tactile, et de rappeler que cette expérience est généralement perçue et interprétée à l'aune du vécu, des habitudes et de la mémoire de chaque patient-e. En d'autres termes, il s'agirait d'amener les étudiant-es à se « décomplexer » du contact physique, tout en outillant leur « mémoire haptique ». Il n'est pas question

332 Ibid. p. 286

333 Ibid. p. 282

334 Ibid. p. 292

335 Ibid. p. 288

de « toucher pour toucher », mais d'apprendre à « mémoriser les sensations tactiles qui permettent ensuite de décrypter une grande partie des signes cliniques pertinents pour le diagnostic »³³⁶.

Concrètement, cela pourrait se traduire par des modules lors desquels les étudiant-es apprennent et s'habituent à se toucher entre eux et elles, sous la supervision d'enseignant-es formé-es à ces questions. Cela pourrait également s'appuyer sur les trois outils que sont les stages in situ, les enseignements relatifs au raisonnement médical et les simulations avec des patient-es expert-es ou des comédien-nes professionnel-les. L'objectif est de proposer une approche « au plus près des corps », afin d'étayer solidement la mémoire haptique des étudiant-es. Cette mémoire comporterait un ensemble de gestes techniques, de postures professionnelles et de connaissances socioanthropologiques. Elle formerait le pilier d'une relation de soin soucieuse de la sensibilité corporelle, dans tout ce qu'elle a d'ambivalent et de singulier.

En résumé, l'usage du toucher en contexte thérapeutique soulève non seulement des questions éthiques, mais interroge aussi les normes sociales à l'endroit du corps et de la sensibilité. Les récentes études concernant la manière dont le toucher influence la relation de soin présentent des résultats ambivalents. Ce sens est tantôt un objet de « gêne », voire de « transgression », tantôt un instrument de « réconfort » ou d'« empathie ». Se dessine en creux la question des usages sociaux du toucher, c'est-à-dire des représentations et des injonctions qui le traversent. La complexité de l'expérience tactile semble découler de la manière dont cette expérience met en jeu le corps, dans ce qu'il a de physique et de sensible. Or, les épistémologies féministes s'attachent, entre autres, à théoriser et à revaloriser l'expérience corporelle, de même qu'à repenser ou réinventer les métaphores qui structurent notre perception du corps,

336 Ibid. p. 283

et plus largement du réel. À ce titre, certaines théoriciennes se concentrent sur le sens du toucher, à la fois pour redonner ses lettres de noblesse à un sens souvent dévalué, pour envisager le rapport à l'autre, à la connaissance ou au monde différemment, et pour illustrer l'ambivalence de toute interaction dont l'effet peut aller du réconfort à l'intrusion.

II. Études féministes sur le toucher

La question du toucher n'est pas qu'un enjeu féministe, mais elle pose des problèmes spécifiquement féministes. Dans un article de presse publié en 2013, le philosophe Bernard Andrieu écrit les propos suivants : « La multiplication des viols, des diffamations, des harcèlements ou des agressions [...] témoigne de notre incapacité actuelle à savoir toucher. Ne prenant plus le temps de toucher, les violences cherchent à atteindre les autres sans négociation ni consentement »³³⁷. Le viol, le harcèlement et le consentement constituent en effet des objets de questionnement et de lutte des critiques antisexistes, tant sur le terrain théorique que militant.

Il est difficile de savoir s'il y a bel et bien une multiplication des viols, ou s'il n'y a pas seulement une plus grande publicisation de ces crimes. Il est encore plus compliqué de faire une corrélation entre cette éventuelle multiplication et « notre incapacité actuelle à savoir toucher ». Ici, le but n'est pas de proposer des réponses à ces questionnements. Le but est de comprendre pourquoi les études féministes s'emparent parfois du sens du toucher et, surtout, comment elles s'en emparent. Quelle est la portée critique du toucher ? Quel modèle épistémologique suggère-t-il ? Quel type de relation engage-t-il ?

337 ANDRIEU Bernard. « Est-ce violent de toucher ? ». *Huffington Post*. 07/02/2013. https://www.huffingtonpost.fr/bernard-andrieu/toucher-corps-humain_b_2631029.html

Pour Andrieu, ce sens cristallise en quelque sorte les évolutions sociales concernant le rapport à soi, à autrui et au monde. D'après lui, « si le toucher est à l'origine même de la relation thérapeutique, le toucher est devenu un nouveau style de communication sociale et communautaire du soi. Le style tactile participe d'une transmutation des valeurs par un autre rapport à l'altérité »³³⁸. Reste à savoir ce que signifie ce « style tactile », et comment ce dernier se réfère à « notre [prétendue] incapacité actuelle à savoir toucher ».

Le sens du toucher peut être un enjeu féministe à plusieurs titres. La citation précédente d'Andrieu esquisse d'ailleurs les contours de cette polyvalence. Premièrement, le toucher évoque souvent la relation de soin et, ce faisant, fait écho aux théories et éthiques du *care* pour lesquelles le soin représente un lieu de revendications aussi bien qu'un idéal relationnel. Deuxièmement, il suppose un engagement corporel dans l'action et, à ce titre, il résonne avec les épistémologies du positionnement. Troisièmement, il reconfigure le « rapport à l'altérité », voire à l'identité, et, dans ce cas, il forme une métaphore de choix pour la métaphysique féministe – laquelle critique les catégories ontologiques fondées sur la distinction et la division des êtres.

Comme les éthiques du *care* représentent l'un des éléments du cadre théorique de mon travail, elles ont déjà été présentées au chapitre précédent. Je tiens juste à rappeler que le toucher est abordé par cette tradition principalement à l'aune du « sale boulot » d'un côté, et de l'implication affective des pourvoyeuses de *care* de l'autre, d'où son statut ambivalent.

338 ANDRIEU Bernard. « Le soin de toucher ». le *portique*. N°3, 2006. <http://leportique.revues.org/867>

Pour ce qui est des épistémologies du positionnement, elles ont également été présentées au chapitre précédent de manière détaillée, puisqu'elles forment l'un des deux fondements théoriques de ce travail, aux côtés de la philosophie de Georges Canguilhem. Malgré tout, je souhaite décrire ici la façon dont le toucher est mobilisé pour repenser la philosophie de la connaissance, ainsi que les pratiques de recherche qui en découlent.

Au préalable, je vais aborder la place du toucher dans la métaphysique féministe. Ce courant fait du continuum sensible un fondement ontologique, et du toucher la condition de possibilité de ce continuum. La dimension métaphysique des discours rend néanmoins ces derniers abscons et, ironiquement, détachés de la vie matérielle. C'est pourquoi l'épistémologie paraît plus appropriée que l'ontologie pour traiter du toucher de soin.

II.1. Comment la métaphysique féministe convoque-t-elle le toucher ?

La métaphysique féministe récuse les nombreuses dichotomies sur lesquelles se sont construites les catégories ontologiques traditionnelles (corps/esprit, nature/culture, soi/l'autre, etc.). À l'inverse, elle insiste sur le continuum sensible et sur le brouillage des frontières corporelles. Les deux arguments majeurs de cette métaphysique antidualiste résident dans la grossesse et la sexualité lesbienne – bien que celle-ci désigne tantôt les relations sexuelles entre deux femmes, tantôt l'auto-sexualité à travers l'expérience de la masturbation. Au sein de ces deux arguments, le toucher est convoqué de manière plus ou moins explicite.

II.1.1. La grossesse comme continuum entre soi et autrui

La notion de continuum est constitutive de la métaphysique féministe. Elle vise non seulement à dépasser les dichotomies de la métaphysique classique, mais aussi à valoriser les expériences sensibles. Ces expériences sensibles désignent à la fois toutes les choses ordinaires du quotidien qui contribuent à la vie matérielle (manger, se déplacer, se laver, etc.), et les occasions lors desquelles l'intimité est mise en jeu.

L'intimité peut provenir de sensations internes au corps, du contact physique avec d'autres corps ou, plus largement, des liens entretenus avec les autres humain-es ou avec la nature en général. À cet égard, l'intimité implique la question du toucher, de manière évidente lorsqu'il s'agit du contact physique avec autrui, et de manière un peu plus détournée lorsqu'il est question des sensations corporelles. Dans les deux cas, une sorte de fusion sensible est présumée, telle que le soi et le non soi ne peuvent plus se distinguer.

L'argument du continuum résulte de l'expérience de l'indistinction, qu'illustre parfaitement la grossesse, d'après la poétesse et essayiste Adrienne Rich. Dans un essai publié dans les années 1980, cette autrice affirme que le fait d'attendre un enfant permet d'expérimenter l'inconsistance des catégories ontologiques traditionnelles et de leur propension à créer des dichotomies³³⁹. Pour Rich, il n'y a, dans la grossesse, pas une délimitation claire entre ce qui est soi et ce qui ne l'est pas. L'expérience sensible s'inscrit en faux par rapport aux dualismes métaphysiques.

339 Cf. RICH Adrienne (trad. FAURE-COUSIN Jeanne). *Naître d'une femme : la maternité en tant qu'expérience et institution*. Paris : Denoël-Gonthier, 1980

La philosophe Nancy Hartsock résume tout cela de la façon suivante : « La construction féminine de soi en relation avec les autres va dans une direction opposée – vers l’opposition à toute forme de dualisme, vers la valorisation de la vie concrète et quotidienne, le sens d’une variété de liens et de continuités à la fois avec d’autres personnes et avec le monde naturel. Si la vie matérielle structure la conscience, on peut s’attendre à ce que l’existence des femmes – définie par des relations, par l’expérience corporelle des limites et par l’activité de transformation des objets physiques et des êtres humains – débouche sur une vision du monde à laquelle les dichotomies sont étrangères. Les femmes font l’expérience des autres et d’elles-mêmes le long d’un continuum dont les dimensions sont mises en évidence dans l’argument d’Adrienne Rich selon lequel l’enfant porté pendant neuf mois ne peut être défini “ni comme moi ni comme non-moi” et elle affirme que l’intérieur et l’extérieur ne sont pas des oppositions polarisées mais un continuum »³⁴⁰.

340 « The female construction of self in relation to others leads in an opposite direction – toward opposition to dualisms of any sort, valuation of concrete, everyday life, sense of a variety of connectedness and continuities both with other persons and with the natural world. If material life structures consciousness, women’s relationally defined existence, bodily experiences of boundary challenges, and activity of transforming both physical objects and human beings must be expected to result in a world view to which dichotomies are foreign. Women experience others and themselves along a continuum whose dimensions are evidenced in Adrienne Rich’s argument that the child carried for nine months can be defined “neither as me or as not-me” and she argues that inner and outer are not polar opposite but a continuum. ». HARTSOCK Nancy C.M (trad. personnelle). « The feminist standpoint : Developing the ground for a specifically feminist historical materialism ». In *Discovering reality*. Springer, 1983. pp. 283-310

II.1.2. La sexualité lesbienne comme expérience d'un dénombrement impossible

La place du toucher dans la métaphysique féministe est plus explicite lorsque cette dernière se réfère à la sexualité lesbienne. La définition de la sexualité lesbienne n'est toutefois pas exempte de problèmes. D'une part, elle oscille entre des descriptions de rapports sexuels entre femmes et des expériences de masturbation. D'autre part, cette définition reste cissexiste (c'est-à-dire établie par et pour les personnes cisgenres), dans la mesure où elle dédaigne l'expérience de la transidentité, et réduit la féminité à l'anatomie périnéale du vagin et du clitoris.

La principale représentante de cette tradition de pensée est la philosophe et psychanalyste Luce Irigaray. Dans un article paru en 1974 puis transformé en ouvrage en 1977, cette autrice affirme que « la femme jouit plus du toucher que du regard »³⁴¹ [32-6]. Malgré le caractère apparemment trivial de cette déclaration, cette phrase résume en grande partie la métaphysique élaborée par Irigaray.

Irigaray propose une métaphysique paradoxale, en tant qu'elle développe des réflexions dont la portée est ontologique, tout en s'appuyant sur des descriptions très sensorielles, voire sensuelles. Autrement dit, elle induit des réflexions sur l'être ou le non-être à partir de sensations éminemment tactiles et physiques. Selon cette philosophe et psychanalyste, « la femme, elle, se touche d'elle-même et en elle-même sans la nécessité d'une médiation, et avant tout départage possible entre activité et passivité. La femme "se touche" tout le temps, sans que l'on puisse d'ailleurs le lui interdire, car son sexe est fait de

341 IRIGARAY Luce. « Ce sexe qui n'en est pas un ». *Les Cahiers du GRIF*. n°5, 1974. pp. 54-58.
https://www.persee.fr/doc/grif_0770-6081_1974_num_5_1_964

deux lèvres qui s'embrassent continûment. Ainsi, en elle, elle est déjà deux – mais non divisibles en un(e)s – qui se baisent »³⁴².

On retrouve l'idée d'un continuum ontologique, auquel s'ajoute l'argument d'un dénombrement impossible. Pour Irigaray, la vulve permettrait, de part sa constitution anatomique, de faire l'expérience de l'indistinction et, surtout, de la singularité de l'être femme, soit d'un être qui échappe à la réduction ontologique de l'unité.

Si la vulve donne accès à cette expérience, ce serait parce qu'elle est organisée autour d'un toucher constant du soi avec lui-même. En d'autres termes, le sexe féminin (tel qu'il est envisagé par Irigaray) serait par essence un endroit d'érotisme ou, dans les termes de cette autrice, d'« auto-érotisme ». Selon Irigaray, « le un de la forme, de l'individu, du sexe, du nom propre, du sens propre... supplante en écartant et divisant ce toucher d'au moins deux (lèvres) qui maintient la femme en contact avec elle-même mais sans discrimination possible de ce qui se touche. D'où ce mystère qu'elle représente dans une culture qui prétend tout énumérer, tout chiffrer par unités, tout inventorier par individualités. Elle n'est ni une, ni deux. On ne peut, en toute rigueur, la déterminer comme une personne, pas davantage comme deux. Elle résiste à toute définition adéquate »³⁴³.

Les critiques principales d'Irigaray se trouvent dans la théorie féministe. Cette autrice est souvent qualifiée de « féministe différentialiste ». Comme mentionné au chapitre précédent, le féminisme différentialiste s'organise autour d'un postulat ontologique selon lequel il y a une dichotomie, une binarité, une différence essentielle

342 Ibid.

343 Ibid.

entre les femmes et les hommes. Irigaray choisit de fonder cette différence sur l'anatomie périnéale. Dans le prolongement des critiques féministes d'Irigaray, il est important de souligner que l'expérience sensible sur laquelle elle fonde sa théorie différentialiste est à la fois contre-intuitive et transposable. Contre-intuitive, car elle fait du contact entre les lèvres de la vulve une sensation fondamentale, alors que la plupart des personnes vivant avec une vulve n'en ont pas conscience la plupart du temps. Transposable, car sa description du contact labial peut très bien s'appliquer à la bouche ou aux fesses, donc aux personnes qui n'ont pas nécessairement une vulve.

En résumé, Irigaray construit sa métaphysique en plusieurs étapes. Tout d'abord, elle induit l'essence indénombrable de « la femme » à partir d'une analogie tactile de la vulve. Ensuite, elle explique que la sexualité hétérosexuelle serait incapable de satisfaire cette essence tactile, puisque l'hétérosexualité serait basée sur un « régime scopique », c'est-à-dire sur un paradigme du regard. Enfin, Irigaray déduit de cette insatisfaction un « appétit » insatiable de contact. Cet appétit serait assouvi grâce à l'expérience de la maternité. Pour cette autrice, « la maternité supplée aux carences d'une sexualité féminine refoulée. L'homme et la femme ne se caresseraient plus que par cette médiation entre eux que représente l'enfant ? »³⁴⁴. En l'occurrence, « l'enfant » permettrait à « la femme » de laisser libre cours à son « appétit de tact, de contact »³⁴⁵.

« L'appétit de contact » dont parle Irigaray n'a pas de rapport avec la « faim de toucher » que décrit l'anthropologue et éthologue Ashley Montagu. La seconde désigne des besoins physiologiques que la plupart des êtres humains ont en partage, tandis que le premier relève d'une interprétation psychanalytique

344 Ibid.

345 Ibid.

du comportement des femmes à partir de critères prétendument anatomiques. Or, cette conception réductrice de la féminité, qui résulterait des sensations tactiles de la vulve, peut desservir l'étude du toucher. C'est pourquoi elle ne sera que très peu reprise dans la suite de ce travail. C'est aussi pourquoi il paraît intéressant de comprendre comment certaines épistémologues féministes ont cherché à réhabiliter le sens du toucher en passant par d'autres chemins.

II.2. Comment les épistémologies du positionnement mobilisent-elles le toucher ?

Après une excursion du côté de la métaphysique, il semble important de revenir à l'épistémologie. C'est grâce à cette méthode que le toucher peut devenir un outil ou une source de connaissance. C'est aussi cette méthode qui permet d'ancrer la théorie dans les pratiques concrètes du quotidien et dans l'actualité scientifique, loin des spéculations ontologiques.

Depuis les années 1980, les épistémologies féministes du positionnement s'attachent à « récupérer », « reconquérir », ou encore « se réapproprier » le sens du toucher. Le terme anglophone qui est souvent utilisé pour désigner ce processus est « to reclaim », dont la traduction en français peut varier selon les contextes. Que signifie alors reconquérir le toucher dans une perspective féministe ? Comment se réapproprier le toucher à partir des connaissances scientifiques en vigueur ?

Dans un article publié en 2009, la philosophe Maria Puig de la Bellacasa fait une sorte d'état des lieux des recherches féministes sur le toucher dans le champ de

l'épistémologie³⁴⁶. Si elle se concentre sur l'épistémologie, c'est parce qu'il faut, ainsi que le pensent de nombreuses théoriciennes féministes, d'abord interroger les paradigmes théoriques qui sous-tendent les rapports de domination, pour ensuite pouvoir mener une lutte politique efficace. Cette lutte peut aussi s'effectuer sur le terrain de la théorie. Dans ce cas, il s'agit de repenser, voire de réinventer, les modèles sur lesquels se fonde la construction du savoir. Se réapproprier le toucher consiste donc à réhabiliter un sens souvent dévalué ou laissé de côté d'une part, et à faire de ce sens un étalon épistémologique sur le plan théorique comme pratique d'autre part.

Dans cet article, Puig de la Bellacasa explore les différentes significations « littérales et figuratives » du toucher. Elle identifie au moins trois significations : une signification critique, une signification épistémologique et une signification éthique. La première concerne la réhabilitation du toucher, la deuxième l'implication des chercheurs-euses dans la production des connaissances, et la troisième la posture des chercheurs-euses durant le processus de fabrication du savoir.

II.2.1. Le toucher comme « métaphore des relations matérielles incarnées »

En premier lieu, Puig de la Bellacasa examine les conséquences des recherches neurocognitives concernant les sens externes et leurs interactions sur le sens du toucher. Elle remarque que ce sens a été longtemps négligé par les scientifiques comme par les philosophes. Elle impute cette négligence au rejet de la dimension éminemment incarnée (en anglais « embodied »³⁴⁷) de l'expérience

346 PUIG DE LA BELLACASA Maria. « Touching technologies, touching visions. The reclaiming of sensorial experience and the politics of speculative thinking ». *Subjectivity*. N°28, 2009. Pp. 297-315

347 Le terme « embodied » est généralement traduit par « incorporé-e » en français, en référence aux travaux de Donna Haraway

tactile. De fait, écrit-elle, « l'attention portée à ce que signifie toucher et être touché peut renforcer la prise de conscience du caractère incarné de la perception, de l'affect et de la pensée »³⁴⁸.

Dans le sillage des philosophes Sara Ahmed et Jackie Stacey³⁴⁹, entre autres, Puig de la Bellacasa effectue un geste critique visant à revendiquer le caractère incarné, ou incorporé, de la pensée et de la perception. À cet égard, elle insiste sur les effets « co-transformateurs » des connexions entre des êtres faits de chair et d'os, ainsi que sur la relation étroite qu'exigent de telles connexions. Or, l'expérience tactile apparaît comme le lieu par excellence de cette « relation étroite ». D'où son potentiel critique.

De par les connexions étroites qu'il induit, certain-es penseurs-euses du toucher font de ce sens l'exemple paradigmatique de l'expérience du brouillage des frontières entre le soi et le non soi. C'est le cas d'Adrienne Rich et de Luce Irigaray que j'ai mentionnées plus haut. Mais c'est aussi le cas des philosophes Matthew Ratcliffe³⁵⁰ et Laura U. Marks³⁵¹, le premier avec une approche ancrée dans la philosophie de l'esprit, la seconde dans la philosophie des médias et l'esthétique audiovisuelle. Dans les deux cas, le brouillage des frontières ne concerne pas à proprement parler une dissolution du soi dans le non soi, mais un rejet des abstractions qui arrachent le soi à son existence matérielle. Dans ce cadre, le toucher apparaît comme le moyen de sentir l'authenticité

348 « Attention to what it means to touch and to be touched can increase awareness of the embodied character of perception, affect and thinking ». PUIG DE LA BELLACASA Maria. « Touching technologies, touching visions. The reclaiming of sensorial experience and the politics of speculative thinking ». art. cit.

349 Cf. AHMED Sara, STACEY Jackie (dir.). *Thinking threw the skin*. Londres : Routledge, 2001

350 Cf. RATCLIFFE Matthew. « Touch and situatedness ». *International Journal of Philosophical Studies*. vol. 16 n°3, 2008. pp. 299-322

351 Cf. MARKS Laura U. *Touch. Sensuous Theory and Multisensory Media*. Minneapolis : University of Minnesota Press, 2002

et la matérialité du réel. Puig de la Bellacasa parle à ce propos de « toucher prosaïque ».

Le toucher est revendiqué en tant qu'il rompt avec les distances qui favorisent l'abstraction et le désengagement. Comme l'écrit Puig de la Bellacasa, « penser avec le toucher a le potentiel d'inspirer un sentiment de connexion qui peut problématiser davantage les abstractions et les désengagements induits par les distances (épistémologiques) – entre les sujets et les objets, la connaissance et le monde, les affects et les faits, la politique et la science »³⁵². Et cette autrice d'ajouter : « l'incarnation, la relationnalité et l'engagement sont autant de questions qui ont marqué l'épistémologie féministe et la politique de la connaissance »³⁵³.

Pour Puig de la Bellacasa, la « promotion des capacités haptiques » est une « stratégie sensorielle » autant qu'une stratégie épistémologique. Cette philosophe parle d'« engagement haptique ». Cet engagement désigne l'attention aux expériences ordinaires. Plus précisément, cet engagement « encourage la création de connaissances et d'actions en lien avec les pratiques quotidiennes »³⁵⁴. C'est à ce titre que le toucher peut revêtir une signification politique.

352 « To think with touch has a potential to inspire a sense of connectedness that can further problematize abstractions and disengagements of (epistemological) distances – between subjects and objects, knowledge and the world, affects and facts, politics and science. » PUIG DE LA BELLACASA Maria. « Touching technologies, touching visions. The reclaiming of sensorial experience and the politics of speculative thinking ». art. cit.

353 « Embodiment, relationality and engagement are all matters that have marked feminist epistemology and knowledge politics. » Ibid.

354 « [...] haptic engagement conveys an encouragement for knowledge and action to be crafted in touch with everyday practices. » Ibid.

II.2.2. Le toucher comme modèle d'« intra-activité »

Ainsi que l'écrit Puig de la Bellacasa, « la théorie n'a fait qu'observer le monde, il s'agit de le toucher »³⁵⁵. Par cette formule, cette autrice appelle de ses vœux une prise de conscience quant au fait que « les processus d'élaboration des connaissances sont indissociablement des processus d'élaboration du monde »³⁵⁶. Cela signifie que la production du savoir est en même temps une production du réel. En d'autres termes, cela signifie que la science participe à transformer le monde lorsqu'elle l'observe ou l'interprète. Et cela constitue le souci majeur des épistémologies féministes, à savoir rester en contact avec les questionnements éthiques et matériels soulevés par les discussions scientifiques et académiques.

Reprenant les travaux du sociologue Thomas Dumm³⁵⁷, Puig de la Bellacasa estime que « perdre le contact est une fuite dans la "futilité de la pensée totale", alors que le toucher est un retour à la "nature partielle de l'action", un passage "de la transcendance à l'immanence, de l'intouchable à l'étreinte de la vie corporelle" »³⁵⁸. Et dans le sillage de la physicienne et épistémologue Karen Barad³⁵⁹, elle déclare que « le toucher [plus précisément la "vision touchante" pour traduire l'expression "vision as touch"] contribue [...] à accroître le sentiment d'enchevêtrement de matérialités multiples »³⁶⁰.

355 « theory has only observed the world ; the point is to touch it. » Ibid.

356 « [...] knowledge-making processes are inseparably world making [...] » Ibid.

357 Cf. DUMM Thomas. *Loneliness as a Way of Life*. Cambridge : Harvard University Press, 2008

358 « Dumm concludes that losing touch is a flight into the "futility of total thought", whereas touching is a turn to the "partial nature of action", a move "from transcendence to immanence, from the untouchable to the embrace of corporeal life" » PUIG DE LA BELLACASA Maria. « Touching technologies, touching visions. The reclaiming of sensorial experience and the politics of speculative thinking ». art. cit.

359 Cf. BARAD Karen. *Meeting the universe half way. Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning*. Durham : Duke University Press, 2007

360 « vision-as-touch works rather to increase a sense of the entanglement of multiple materialities » PUIG DE LA BELLACASA Maria. « Touching technologies, touching visions. The reclaiming of sensorial experience and the politics of speculative thinking ». art. cit.

Reprenant la théorie des ontologies relationnelles et agentielles de Barad, Puig de la Bellacasa considère le toucher comme un modèle d'« intra-activité ». L'« intra-activité », ou l'« intra-action », caractérise le processus par lequel les scientifiques sont transformé-es par le réel autant qu'ils et elles le transforment et ce, aussi bien sur le plan subjectif que matériel. Cela veut dire, d'une part, que l'agentivité n'est pas réservée aux seuls sujets humains : les objets de la science ont aussi un potentiel transformateur. D'autre part, cela signifie que les chercheurs-euses sont affecté-es par leurs recherches et, de ce fait, sont dans une relation « sensible » avec le monde qu'ils et elles étudient et analysent. Le toucher met en évidence ce phénomène de co-transformation dans la mesure où c'est un sens « réversible ». D'après Puig de la Bellacasa, « la réversibilité du toucher (toucher, c'est être touché) contribue également à remettre en question ces hypothèses : qui/quoi est l'objet ? qui/quoi est le sujet ? »³⁶¹.

Pour autant, Puig de la Bellacasa n'idéalise pas le sens du toucher. Ce dernier n'est pas envisagé comme étant intrinsèquement critique ou politique. Comme l'écrit cette autrice, « la spéculation haptique ne garantit pas la certitude matérielle ; toucher n'est pas la promesse d'un meilleur contact avec la "réalité", mais plutôt une chance de participer à sa refonte »³⁶². Le toucher reste une occasion de penser le rapport au réel et au savoir de manière différente. Autrement dit, il ouvre la voie vers une épistémologie critique, c'est-à-dire vers une épistémologie qui tient compte des paradigmes et des usages en vigueur, tout en cherchant à les modifier, à les réinventer.

361 « The reversibility of touch (to touch is to be touched) also helps here to trouble such assumptions : who/what is object ? who/what is subject ? » Ibid.

362 « Haptic speculation doesn't assure material certainty ; to touch is not a promise of enhanced contact with "reality", but rather a chance for participating in re-doing it. » Ibid.

Pour décrire cette démarche à la fois cognitive (en tant qu'elle a trait aux manières de penser) et politique (en tant qu'elle interroge l'organisation institutionnelle de la recherche scientifique), Puig de la Bellacasa parle de « diffraction ». Au contraire de la réflexion qui, si l'on s'en tient à une interprétation très littérale, s'organise selon un mouvement à double sens (il y a le reflet d'un côté, et la perception de ce reflet d'un autre côté), la diffraction, quant à elle, suppose une multiplicité de mouvements (il y a une propagation d'ondes dans des directions variées et imprévisibles). Le toucher invite à emprunter ces multiples directions pour « refondre » le réel, sans le refondre lui-même.

Pour exemplifier cet argument, Puig de la Bellacasa mentionne notamment les travaux de la spécialiste en études interdisciplinaires (« interdisciplinary studies » en anglais) Claudia Castañeda³⁶³ à propos du toucher robotique. Castañeda explore « le futur du toucher » en décrivant un « robot buisson » pourvu de milliards de capteurs tactiles, lesquels permettraient d'entrer directement en contact avec les matériaux, notamment les matériaux visuels. Autrement dit, ce robot pourrait toucher les photographies ou les films pour mieux les ressentir. Dans d'autres expériences décrites par cette autrice, les robots tactiles ou, plus précisément, les dispositifs de peau robotique, ont pour mission de mieux reconnaître ce qui est nuisible ou nocif au dispositif en question. Dans le cas du « robot buisson », le futur du toucher réside dans une meilleure manipulation des objets composant le réel. Dans le cas des peaux robotiques, le futur se situe dans une reconnaissance accrue et performante de la vulnérabilité. Dans les deux cas, il y a des « efforts visionnaires de

363 Cf. CASTAÑEDA Claudia. « The future of touch ». in AHMED Sara, STACEY Jackie (dir.). *Thinking threw the skin*. Londres : Routledge, 2001. pp. 223-236

diffraction », si l'on reprend les termes de Puig de la Bellacasa. Mais il y a aussi le rappel de la finitude humaine : ces expériences ne sont faites qu'à l'aune des capacités cognitives et perceptives des êtres humains. La conclusion qu'en tire Puig de la Bellacasa est la suivante : « une politique (féministe) de la pensée spéculative pourrait revendiquer l'haptique comme un moyen de rester en contact avec l'engagement à répondre à ce qu'un problème "exige" »³⁶⁴.

II.2.3. Le toucher comme condition d'une « observation réciproque » en sciences humaines et sociales

Comme l'écrit Puig de la Bellacasa, « penser avec le toucher n'assure pas la résolution des problèmes, mais ouvre de nouvelles questions »³⁶⁵. D'une certaine manière, la « réversibilité » du toucher met en évidence des problèmes éthiques dans le champ de la recherche, et particulièrement de la recherche en sciences humaines et sociales. De fait, « la réversibilité » du toucher pose la question des effets réciproques de la science, ainsi que des incidences de la mise en exergue de la vulnérabilité de l'autre. Il est alors crucial de porter attention à la réponse de la personne « touchée » (au sens figuré) par la recherche scientifique.

D'après Puig de la Bellacasa, « la spéculation haptique peut être interrompue par la résistance d'un "autre", non pas frustrée par un vide de connaissance, mais plutôt par la rencontre d'une autre façon de toucher et de

364 « A (feminist) politics of speculative thinking could claim the haptic as a way to keep in touch with an engagement to respond to what a problem "requires". » PUIG DE LA BELLACASA Maria. « Touching technologies, touching visions. The reclaiming of sensorial experience and the politics of speculative thinking ». art. cit.

365 « Thinking with touch does not assure resolution ; it opens new questions. » Ibid.

connaître »³⁶⁶. On retrouve ici l'argument de la diffraction, auquel s'ajoute une dimension éthique. « Penser avec le toucher » amène à faire l'expérience de la diffraction, avec tout ce que cette expérience peut avoir de déstabilisant non seulement sur le plan épistémologique (une autre manière de connaître), mais surtout sur le plan relationnel (une rencontre avec les besoins de l'autre).

À ce titre, la stratégie haptique à laquelle aspire Puig de la Bellacasa doit avant tout être une posture d'ouverture et de vigilance. Ainsi que le souligne cette philosophe, « si le toucher est une expérience dans laquelle les frontières entre le soi et l'autre tendent à s'estomper, nous devrions particulièrement nous méfier des perspectives d'appropriation, car il est possible de toucher sans être touché par les besoins de l'autre »³⁶⁷ [32-32].

Si, comme l'écrit Puig de la Bellacasa, « le toucher montre autant d'ascendant qu'il admet de vulnérabilité »³⁶⁸, alors il est impératif d'apprendre à toucher et, plus largement, d'apprendre à être en relation et ce, particulièrement lorsque la relation est vouée à produire des connaissances. Pour cette autrice, « la productivité du toucher n'est pas donnée, elle émerge du contact avec un monde, un processus par lequel un corps apprend, évolue et devient »³⁶⁹. À cet égard, les dispositifs « techno-haptiques », tels les robots tactiles ou la peau robotique, rappellent que toute forme de contact nécessite un processus d'apprentissage et d'adaptation. Et cela vaut pour toute forme de contact sensoriel ou sensible, qu'il soit tactile, auditif ou visuel. « Penser avec le

366 « [...] haptic speculation can be cut short by the resistance of an "other". Not frustrated by a vacuum of knowing, but rather by the encounter of another way of touching/knowing." Ibid.

367 « If touch is an experience in which boundaries of self and other tend to blur, we should be especially wary of appropriation prospects because it is possible to touch without being touched by the other's needs. » Ibid.

368 « In fact, touch exhibits as much ascendancy as it admits vulnerability. » Ibid.

369 « The productiveness of touch is not given, it emerges from contact with a world, a process through which a body learns, evolves and becomes. » Ibid.

toucher », ce n'est pas penser qu'avec le toucher. D'où le fait que Puig de la Bellacasa parle de « visions touchantes ».

Les neurosciences cognitives sur lesquelles s'appuie Puig de la Bellacasa, et sur lesquelles je m'appuierai par la suite, s'intéressent davantage à la place du toucher dans l'éducation qu'à l'éducation au toucher à proprement parler. La manière dont le sens tactile intervient dans les apprentissages sera évoquée au chapitre 2. La question de l'éducation par le toucher en cache néanmoins une autre. En effet, pour apprendre à toucher, il faut recevoir une éducation au toucher. Dans un cadre féministe, les groupes d'auto-soin et d'auto-gynécologie semblent être des dispositifs qui s'impliquent grandement dans cette recherche d'une pédagogie tournée vers le contact physique. La question de l'éducation au toucher dans les espaces féministes sera d'ailleurs abordée dans le dernier chapitre.

Dans un article publié en 2017, la sociologue Fatma Çingı Kocadost s'inspire du travail de Puig de la Bellacasa sur le toucher pour théoriser « le positionnement intersectionnel » des chercheurs-euses en sciences humaines et sociales³⁷⁰. Cette sociologue prend acte de la « non-séparation entre la connaissance et l'être-en-relation » et tient à concrétiser l'« engagement matériel direct avec le monde »³⁷¹ tels qu'ils sont théorisés par Puig de la Bellacasa. Cela se traduit notamment par une véritable implication affective et temporelle des chercheurs-euses auprès de leurs enquêté-es. Plus précisément, cela exige des enquêteurs-rices qu'ils et elles se révèlent autant que ce qu'ils et elles demandent à leurs enquêté-es. Selon Kokadost, « une relation d'enquête

370 KOCADOST Fatma Çingı. « Le positionnement intersectionnel comme pratique de recherche : faire avec les dynamiques de pouvoir entre femmes . *Les cahiers du CEDREF*. n°21, 2017. pp. 17-50. <https://journals.openedition.org/cedref/1053>

371 Ibid.

qui prend notamment pour objet la vie "privée" doit alors s'attacher à rendre l'ethnographe visible pour l'autre, non seulement en tant que chercheur-euse, mais aussi en tant que personne. À partir de l'idée de positionnement intersectionnel, il faut tenter de façonner un engagement relationnel basé sur la réciprocité de la vue entre la chercheuse et les informatrices durant l'enquête, autrement dit sur le dialogue incessant entre différents points de vue suffisamment informés les uns par les autres. Il s'agit d'établir méthodologiquement les conditions de possibilité d'une observation réciproque qui s'ancre dans la relation ethnographique »³⁷².

En résumé, les épistémologies féministes du positionnement tiennent à récupérer le toucher pour mettre en évidence une expérience sensible généralement dévaluée, pour théoriser les implications matérielles et politiques de la construction des connaissances, et pour imaginer d'autres modèles théoriques pour penser le monde. Il ne s'agit toutefois pas d'idéaliser le toucher et les métaphores qu'il charrie. Ce n'est pas parce que le toucher présuppose un contact avec la matière qu'il permet une « connexion authentique au réel » ou une « intervention directe » sur ce dernier, si l'on reprend des expressions de Puig de la Bellacasa. Ce n'est pas non plus parce qu'il préfigure une réciprocité qu'il permet d'accéder automatiquement à l'expérience sensible et à des relations éthiques. Comme le rappelle cette philosophe, « le toucher non désiré, le toucher abusif, peut induire un rejet de la sensation, un engourdissement auto-induit »³⁷³.

372 Ibid.

373 Ibid.

Si les épistémologies féministes s'intéressent au potentiel critique du toucher, elles n'explorent néanmoins pas toute la subtilité et, surtout, toutes les représentations qui traversent ce sens. Par exemple, elles perçoivent la manière dont la relation tactile met en jeu une vulnérabilité réciproque, mais ne problématisent pas suffisamment cette notion de vulnérabilité à l'endroit du contact physique. Autre exemple, elles ne vont pas jusqu'au bout de l'expérience de pensée consistant à décrire les savoirs proprement tactiles. Ces problèmes sont davantage abordés par les études sur le handicap. De fait, les *blindness studies* (études sur la cécité) interrogent grandement la place du toucher dans le processus de construction des connaissances ainsi que dans l'expérience du monde auxquelles les personnes aveugles ou amblyopes ont accès. De la même manière, elles problématisent la relation de soin autour d'une compréhension renouvelée de la vulnérabilité ; en dehors de la dichotomie pourvoyeur-euse/réциpiendaire de soin. C'est pourquoi les études critiques sur le handicap paraissent pertinentes pour interroger le toucher de soin.

III. Études critiques sur le handicap concernant le toucher et le soin

En juin et juillet 2022 s'est tenu en ligne le premier colloque international et transdisciplinaire sur les *blindness studies* (études sur la cécité)³⁷⁴. Organisé par Marion Chottin, Hannah Thompson et Vanessa Warne et intitulé « études

374 Cf. <https://event.fourwaves.com/fr/blindness/pages>

(critiques) sur la cécité : débats actuels et directions à venir », ce colloque a posé les jalons d'un champ de recherche à part entière.

Les études sur la cécité existent depuis une trentaine d'années et se sont développées dans le sillage des études critiques sur le handicap. Au début des années 1990, la sociologue anglaise Sally French publie la première enquête portant sur les discriminations subies par les personnes aveugles au sein des institutions qui leur sont dédiées³⁷⁵. Son travail participe à faire de la déficience visuelle une identité individuelle sociale positive et affirmative. Dans ce sillage, les *cultural disability studies* (études culturelles sur le handicap) s'attachent depuis lors à analyser les représentations de la cécité dans les textes littéraires, philosophiques, anthropologiques, etc., notamment sous les plumes de Georgina Kleege³⁷⁶, Rosemarie Garland-Thomson³⁷⁷ et Kate Flint. Dans l'espace francophone, c'est le travail d'édition des historiennes Zina Weygand et Catherine Kudlick des écrits de l'écrivaine aveugle Thérèse-Adèle Husson³⁷⁸ qui marque le début des recherches sur ce sujet. Cependant, la plupart de ces publications mêlent différentes méthodologies et disciplines ; ce qui les rend parfois difficiles à appréhender.

En 2013, l'organisation du colloque international « Histoire de la cécité et des aveugles. Institutions, représentations, archives » par Weygand à Paris permet, entre

375 Cf. FRENCH Sally, SWAIN John. « Towards an affirmation model of disability ». *Disability & Society*. vol. 15 n°4, 2000. pp. 569-582. <https://psycnet.apa.org/record/2000-05134-001>

376 Cf. KLEEGER Georgina. *Sight unseen*. New Haven : Yale University Press, 1999

377 Cf. GARLAND-THOMSON Rosemarie. *Staring how we look*. Oxford : Oxford University Press, 2009

378 HUSSON Thérèse-Adèle. *Une jeune aveugle dans la France du XIX^e siècle. Commentaires de Zina Weygand et Catherine J. Kudlick*. Érès, 1825/2004

autres, la création d'un réseau international de chercheurs-euses autour des récits publiés sur et par les aveugles. En 2015, la professeure en études françaises et études critiques sur le handicap Hannah Thompson et la spécialiste en littérature tactile et études critiques sur le handicap Vanessa Warne organisent à Londres un deuxième colloque international intitulé « Blind Creations », dont l'objectif est d'explorer la puissance de créativité de la cécité. Le colloque de 2022 cité plus haut vise à faire l'état des lieux de toutes ces recherches et, plus généralement, à délimiter la spécificité des études critiques sur la cécité.

L'une des particularités des *blindness studies* réside dans l'intérêt porté au sens du toucher : ses modalités, son potentiel créateur, sa dimension critique. La question du soin et de la sensibilité en général sont également parties prenantes de ce champ de recherches. En témoigne le grand nombre d'ateliers, de tables rondes et de conférences plénières consacrées à ces questions lors du colloque international de 2022. À titre d'exemples, la deuxième table ronde s'intitule « Décentrer la vue. Cécité et expérience sensible » ; la conférence plénière de Georgina Kleege « L'art du toucher » ; les septième et huitième tables rondes « Cécité et (Ré)Éducation. Pédagogies, dispositifs tactiles, formations » ; la douzième table ronde « Approches féministes sur la cécité : Care et sensorialités » ; le second atelier « Le corps en pleine conscience ».

L'une des applications thérapeutiques des *blindness studies* se retrouve, d'une certaine manière, dans la pratique des examinatrices médicales tactiles (EMT). À la fin des années 2000, le gynécologue allemand Frank Hoffmann invente la méthode dite de « discovering hands » (« les mains qui

découvrent » en français) pour améliorer le dépistage des cancers du sein. Les EMT sont formées pendant neuf mois minimum à cette méthode, puis employées pour remédier au manque de temps et de précision accordé aux palpations mammaires. Les EMT sont nécessairement des femmes malvoyantes ou aveugles, car leur toucher réussit à percevoir des anomalies jusqu'à deux fois plus petites que le toucher des personnes voyantes. Les examens des EMT durent entre trente et quarante minutes. Pour l'examen, ces professionnelles du toucher appliquent des bandes adhésives marquées en braille sur la poitrine, afin de la diviser en quatre zones distinctes et, ce faisant, de faciliter les explorations manuelles. Elles procèdent ensuite à une palpation centimètre par centimètre³⁷⁹. Cette pratique de dépistage fondée sur le toucher des aveugles peut être qualifiée d'application thérapeutique des *blindness studies*, dans la mesure où elle repose sur un cadre épistémologique spécifique à la cécité. De fait, le toucher est appréhendé à l'aune des normes des aveugles (finesse de la perception) et comme un outil à part entière (pas seulement de remédiation).

379 Pour plus de détails sur le travail des EMT, cf. https://www.huffingtonpost.fr/life/article/cancer-du-sein-en-inde-ces-femmes-non-voyantes-aident-a-detecter-les-tumeurs_218654.html. J'en reparlerai également au chapitre 5.

Conclusion du chapitre

Les récentes recherches sur le toucher proviennent principalement de la neuropsychologie cognitive et de l'éthique médicale. Elles montrent les apports de ce sens dans le champ de l'apprentissage, comme dans le champ des soins. Si, dans le premier champ, l'étude des perceptions tactiles est souvent corrélée à celle des perceptions visuelles, dans le second, elle est davantage examinée pour sa spécificité. Cela n'évacue pas tous les problèmes, car l'usage du toucher en contexte thérapeutique est traversé par une certaine ambivalence, allant de la violence au réconfort.

Les épistémologies féministes représentent un atout intéressant pour prendre en charge cette ambivalence, car elles développent un important vivier de connaissances sur le corps, la sensibilité et les soins. Certaines théoriciennes mettent le toucher au cœur de leur réflexion pour s'inspirer du potentiel critique de ce sens. L'enjeu est de trouver des modèles théoriques et des outils épistémologiques cohérents avec le souci féministe d'ancrer la recherche scientifique dans son contexte matériel et politique.

Pour compléter les recherches scientifiques sur le toucher et les connaissances issues des épistémologies féministes, les *blindness studies* semblent appropriées. De fait, elles proposent d'examiner le toucher (et même le toucher de soin) avec un cadre véritablement ancré dans l'expérience des aveugles. Ceci permet de renouveler non seulement les savoirs concernant ce sens, mais aussi la définition des capacités sensibles. Autrement dit, le pas de côté permis par les *blindness studies* interroge les usages sociaux du toucher, notamment dans la sphère médicale.

Chapitre 1 : Pour une histoire philosophique du toucher

Introduction du chapitre

Dans le sillage de l'épistémologie historique de Canguilhem, je souhaite commencer mon enquête par une brève histoire philosophique des idées concernant le sens du toucher. L'enjeu n'est pas de faire une présentation exhaustive du concept de toucher au sein de l'histoire de la philosophie. L'objectif est d'identifier les moments forts de l'histoire philosophique du toucher, c'est-à-dire d'analyser les théories majeures qui ont participé à la conceptualisation de ce sens et continuent aujourd'hui de faire autorité à ce sujet.

Pour ce faire, j'examinerai la pensée des trois auteurs que sont Aristote, Étienne Bonnot de Condillac et Maurice Merleau-Ponty, qui font encore aujourd'hui figure d'autorité lorsqu'il s'agit de questionner le sens du toucher au sein de la pensée occidentale. De fait, la plupart des publications récentes se réfèrent, ou bien discutent, ou encore se réclament généralement de l'un de ces trois auteurs. C'est par exemple le cas de Jeanne-Marie Roux, qui propose d'actualiser la compréhension du toucher à partir des travaux de Merleau-Ponty³⁸⁰, de Laetitia Simonetta, qui s'appuie sur Condillac pour repenser le « sentiment esthétique » (au sens de perception des phénomènes

380 Cf. ROUX Jeanne-Marie. « Le toucher entre objet et ob-jectivité (I) ». *Implications philosophiques*, 20/02/2012. <https://www.implications-philosophiques.org/langage-et-esthetique/implications-de-la-perception/le-toucher-entre-objets-et-ob-jectivite-i/>. [Consulté le 12/07/2019]

sensoriels)³⁸¹ et d'Alireza Bani Sadr, qui met la pensée aristotélicienne à l'épreuve des connaissances neuroscientifiques sur ce sens³⁸².

Moins récemment, les philosophes Jacques Derrida et Jean-Luc Nancy se sont livrés à des cogitations philosophiques sur le toucher, en s'inscrivant tantôt dans l'héritage, tantôt dans le rejet des travaux de Merleau-Ponty, Condillac et Aristote. Toutefois, ces deux auteurs ne semblent pas fonder leur discours sur les connaissances anatomophysiologiques et neuroscientifiques de ce sens, lors-même qu'elles sont, pour une grande partie, antérieures à leurs écrits. De ce fait, Nancy et Derrida s'éloignent définitivement de la méthode de l'épistémologie historique. J'essaierai pour ma part de m'en rapprocher à partir du chapitre suivant, en essayant de construire mes arguments philosophiques à partir des connaissances scientifiques sur le toucher.

Si Nancy a consacré un grand nombre de ses textes au toucher, Derrida, en revanche, a rédigé un seul ouvrage à ce sujet, qui est d'ailleurs un ouvrage originellement conçu pour dialoguer avec Nancy. J'exposerai néanmoins les réflexions ontologiques de ces deux auteurs à propos du toucher, non pas pour me réclamer de leur pensée, mais pour mieux m'en détacher et justifier l'intérêt d'une approche épistémologique.

Contrairement à Denis Diderot, qui a voulu constituer une sorte d'anthropologie du toucher dans sa *Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient*, Aristote, Condillac et Merleau-Ponty s'attachent à penser le toucher pour ce qu'il est, et non pas

381 SIMONETTA Laetitia. « Le sentiment esthétique est-il analysable ? Sur une évolution de la pensée de Condillac ». *Implications philosophiques*. 08/02/2017. <http://www.implications-philosophiques.org/actualite/une/le-sentiment-esthetique-est-il-analysable/>. [Consulté le 09/04/2021]

382 Cf. BANI SADR Alireza. « Sur la possibilité d'une conception pluraliste et active de l'expérience tactile ». *Philonsorbonne*. 2015. <http://journals.openedition.org/philonsorbonne/713>. [consulté le 20/04/2019]

pour ce qu'il compense (par exemple la cécité) ou complète (par exemple la vision). Malgré tout, le sens du toucher reste bien souvent intriqué au sens de la vue.

Expliquer leur pensée me permettra de proposer une définition intensive de ce sens, c'est-à-dire une définition du toucher en soi, pour ce qu'il est, et non pas une définition du toucher à partir de ses objets. Il sera question de comprendre la manière dont le toucher configure ou préfigure notre rapport au corps et au monde.

Cependant, l'histoire de la philosophie de la perception semble s'enliser dans certains paradoxes, qui reposent non seulement sur des impensés dus à une méconnaissance des savoirs positifs sur ce sens, mais aussi sur des biais méthodologiques causés par une attitude solipsiste. Je tenterai donc de mettre au jour puis de mettre en cause une sorte de hiatus, que d'aucuns qualifient de « chiasme », de la pensée philosophique à l'endroit du toucher.

I. Comment la philosophie classique pense-t-elle le toucher ?

Dans ce chapitre, je ne prétends pas faire un travail d'histoire de la philosophie. Je souhaite plutôt poser les bases d'une enquête épistémologique. Le recours aux trois penseurs que sont Aristote, Condillac et Merleau-Ponty procède en effet d'une élucidation particulière, dont le but n'est pas de dresser un panorama exhaustif de l'histoire des idées sur le toucher, mais de saisir les impensés conceptuels qui configurent notre rapport à ce sens jusqu'à la période contemporaine.

Les pensées d'Aristote, de Condillac et de Merleau-Ponty sont encore aujourd'hui prépondérantes lorsque l'on s'intéresse au toucher avec une grille de lecture philosophique. De fait, la tradition aristotélicienne est au fondement de la classification

usuelle des sens et les philosophes qui se sont le plus intéressé-es au sens du toucher sont les empiristes et les phénoménologues. C'est pourquoi il m'importe de commencer par analyser leurs écrits et leurs conceptions de ce sens. L'enjeu est de saisir comment cette prépondérance s'est construite et se diffuse toujours à notre époque.

I.1. L'origine des études philosophiques sur les sens : le toucher dans la classification aristotélicienne

C'est dans le deuxième livre du *De anima* qu'Aristote se livre à une étude détaillée de chaque sens ; cherchant à caractériser l'objet et le fonctionnement de chacun et à produire une théorie de la perception systématique³⁸³. Chez Aristote, c'est tout à la fois l'organe anatomique, le fonctionnement physiologique et le type d'informations traitées qui caractérisent un sens. Si l'intuition de cet auteur est partiellement juste pour ce qui est de la définition des sens externes, elle demeure toutefois erronée en ce qui concerne leur nombre, comme cela a été mentionné au chapitre précédent.

Pour Aristote, le toucher est universellement partagé par les animaux. Il participe à l'organisation primordiale des êtres vivants et demeure une sensation privilégiée. Selon lui, les autres sens ne peuvent exister sans le toucher, tandis que le toucher peut exister sans les autres sens³⁸⁴. Ainsi, le toucher est à la fois la condition sans laquelle les autres sens ne peuvent se déployer et la base sensible sur laquelle les autres modalités sensibles s'appuient. À ce titre, il dispose d'une primauté aussi bien génétique, en tant qu'il apparaît chronologiquement le premier, qu'architecturale, en tant qu'il supporte le système sensible. Toutefois, c'est en imbriquant la primauté du toucher et

383 ARISTOTE. (trad. de BODEÛS Richard). *De l'âme*. Livre II. Paris : Flammarion, 2018

384 cf. ARISTOTE. op. cit. Livre II, chap. 3 et 11

l'appréhension de la multiplicité qu'Aristote fait émerger un paradoxe à l'endroit de ce sens ; paradoxe sur lequel s'est pourtant construit le discours majoritaire sur le toucher au sein de la philosophie de la perception occidentale.

Selon Aristote, le toucher est la condition de possibilité des êtres vivants, parce qu'il tient ensemble les facultés sensibles et les facultés nutritives et ce, dans la mesure où il articule les sensations avec le désir. Autrement dit, c'est le toucher qui intègre les sentiments de plaisir et de déplaisir dans l'expérience sensible et qui, partant, participe à la génération ainsi qu'à la survie des espèces vivantes – lesquelles, pour se conserver et se reproduire, recherchent et répètent des expériences agréables.

Outre ce primat logique du toucher partagé par l'ensemble des espèces animales, Aristote identifie un primat axiologique propre à l'espèce humaine. Le toucher n'est plus seulement premier en termes d'origine logique et chronologique, il le devient aussi en termes de valeur. Si les êtres humains sont inférieurs aux autres animaux en ce qui concerne l'acuité sensorielle de l'ouïe, de l'odorat et de la vue, ils les surpassent grâce à la finesse de leur toucher. Or, cette supériorité sensible est, selon lui, la cause de leur supériorité intellectuelle.

C'est là que se noue le paradoxe aristotélicien concernant le sens du toucher : ce qui définit la finesse de l'espèce humaine est également ce qui en constitue l'élément de base. Chez les êtres humains, le toucher est, de l'avis de cet auteur, loin d'être un sens grossier et primitif, bien qu'il soit présenté comme un sens basique, et bien qu'il soit cantonné à la sphère nutritive et sensitive.

Si la finesse du toucher paraît nécessaire à l'espèce humaine – non seulement parce qu'elle assure la survie de l'ensemble des animaux (par rapport à une dialectique plaisir/déplaisir), mais surtout parce qu'elle constitue la spécificité humaine (eu égard à la finesse du tact humain) –, elle ne semble pas suffisante pour faire entrer ce sens

dans la sphère intellectuelle. De fait, le toucher n'en est que la condition de possibilité, en ce qu'il met en contact l'intellect avec les sens, l'instinct, les émotions et, plus largement, avec l'ensemble du corps. C'est probablement une manière de contourner le paradoxe.

Aux XII^e et XIII^e siècles, l'école scolastique reprend à son compte l'idée selon laquelle le toucher est un sens constitutif de l'humanité, et considère parfois ce sens comme le fondement du « sens commun ».

Cette école philosophique, héritière de la pensée d'Aristote et de Thomas d'Aquin, tente, entre autres, de décrire et de comprendre les diverses facultés humaines et, dans cette démarche, accorde une grande importance aux facultés sensibles. Ces dernières semblent équivalentes aux facultés intellectives pour ce qui est de l'accès à la connaissance, de la description de l'esprit et de la compréhension des problèmes métaphysiques, tels que la nature des rêves ou l'immortalité de l'âme. En amont de leur révocation en doute par René Descartes ou de leur relégation aux phénomènes par Emmanuel Kant, les sens ont représenté un outil gnoséologique de taille dans la tradition scolastique.

Le toucher, pour sa part, a fait l'objet de nombreuses spéculations. De sorte que l'expérience tactile a été interprétée comme une expérience à la fois fondamentale et insaisissable. Selon le philologue et historien Daniel Heller-Roazen, « le plus fondamental des sens, le toucher, reste donc à bien des égards le plus insaisissable aussi. Face à la faculté tactile, les critères élaborés par Aristote pour identifier les diverses formes de sensation semblent perdre leur force, et leur défaillance conduit inévitablement à une conclusion qui n'est tirée explicitement nulle part dans le *De anima* : en dépit de

l'énumération classique, le toucher ne peut être facilement classé dans un groupe de cinq »³⁸⁵.

Afin de résoudre ce problème, certain-es penseurs-euses tirent profit du caractère inclassable du toucher, pour en faire le sens sur lequel repose tous les autres, voire le sens sur lequel se fonde non seulement la sensation du corps, mais aussi celle de la vie toute entière. Michel d'Éphèse, par exemple, écrit : « à vrai dire, le toucher et le sens commun ne font qu'un »³⁸⁶.

Si l'expression « sens commun » n'a pas été beaucoup reprise par les philosophes de la perception postérieurs-es, elle a tout de même conduit à expliquer le rôle que jouent les capacités sensorielles dans l'organisation de la vie humaine d'une part, et de bâtir le concept de « corps tactile » qui permet de comprendre la prévalence du toucher au sein de ce scénario d'autre part. Heller-Roazen le décrit d'ailleurs comme suit : « [...] la puissance première du corps tactile : "la fontaine et la source de tous les sens singuliers, auquel tous les mouvements sensibles sont rapportés, comme à leur fin ultime". Mais il s'agit, en vérité, d'une double fontaine et source. Le sens commun n'est pas seulement "la fontaine et la source de tous les sens singuliers", mais aussi "fontaine et racine de la vie". Peut-être est-ce parce que, pour les êtres corporels que nous sommes, vivre c'est nous rendre compte que nous sentons [...] »³⁸⁷.

En résumé, le toucher, tel qu'il est défini par Aristote puis envisagé par la tradition scolastique, fait le pont entre les facultés sensibles, les facultés nutritives et les facultés intellectives des humain-es. S'il est communément admis que ce sens garantit la bonne constitution physiologique des personnes, il est plus rare d'en faire le

385 HELLER-ROAZEN Daniel. « Le corps tactile ». *Revue des langues romanes*. Tome 122, n°1, 2018. p. 40

386 Ibid. p. 46

387 Ibid. pp. 50-51

gage de la pensée. Pour Aristote, le toucher a trait à l'intellect en tant qu'il est le seul sens externe qui agit sans intermédiaire, c'est-à-dire le seul sens qui est en lien direct avec les objets qu'il perçoit. Selon lui, « il est vrai que les autres organes sensoriels perçoivent aussi par contact, mais ce contact a lieu par l'intermédiaire d'une autre chose que l'organe lui-même: le toucher seul, dans l'opinion commune, perçoit par lui-même »³⁸⁸.

La singularité du toucher repose sur l'absence de distance sensible entre le sujet touchant et l'objet touché. Mais dire que l'organe du tact perçoit par lui-même signifie deux choses : d'une part, l'expérience tactile est immédiate en tant qu'elle s'appuie sur la proximité de l'organe percevant et de l'objet perçu ; d'autre part, elle est le fondement des autres perceptions qui, de manière plus ou moins distanciée ou médiatisée, exigent un contact minimal. L'idée d'un « contact » préalable est d'ailleurs révélatrice de l'aspect fondamental du toucher.

Si Aristote ne prétend pas expliquer l'expérience tactile à l'aune d'une identité ontologique entre sujet touchant et objet touché, il insiste néanmoins sur l'immédiateté de cette expérience, en affirmant que ce qui constitue l'organe du toucher (la chair) se déploie de partout et ce, aussi bien à l'endroit du corps lui-même (le milieu intérieur) que de l'environnement (le milieu extérieur). C'est d'ailleurs au nom de cette omniprésence perceptive et substantielle de la chair que des philosophes postérieurs (Condillac et Merleau-Ponty en tête) ont fait du toucher le sens au fondement du processus d'individuation, soit du processus de structuration de l'identité individuelle. Le système de pensée aristotélicien, pour sa part, s'intéresse davantage aux conséquences « psychologiques » de l'immédiateté du contact entre organes tactiles et objets tangibles (cette réflexion intervient, pour rappel, dans son *Traité de l'âme*), qu'à ses

388 ARISTOTE. op. cit. Livre III, chap. 13

conséquences philosophiques. Cependant, cette immédiateté du contact – que j’identifie comme une fusion sensible et pas comme une fusion matérielle (bien que l’expression n’apparaisse pas sous la plume d’Aristote)³⁸⁹ –, présente, si elle est développée à fond, deux problèmes majeurs.

Premièrement, il y aurait autant de sens du toucher qu’il y a d’objets tangibles. Or, cette hypothèse n’est non seulement pas tenable au niveau neuroscientifique – il y a bel et bien une seule zone de l’encéphale dévolue à la perception tactile –, mais demeure de plus contradictoire avec l’ambition de fonder une théorie de la perception systématique. Pourtant, Aristote se pose les questions suivantes : « si, en effet, le toucher n’est pas un seul sens mais plusieurs sens, il est nécessaire par là même que les sensibles tangibles soient multiples. Mais la question se pose d’abord de savoir si, en fait, il y a plusieurs sens du toucher ou un seul. En outre, quel est l’organe de la faculté du toucher? Est-ce la chair, et, chez les autres êtres qui n’ont pas de chair, l’analogie de

389 Dans le système perceptif aristotélicien, le toucher relève d’une fusion sensible entre l’intermédiaire et l’objet de la perception. Il s’agit bien d’une fusion sensible, laquelle engage uniquement l’activité perceptive, et non d’une fusion matérielle, laquelle engagerait une identité de nature entre objet perçu et sujet percevant. Le milieu sensible chargé de juger les objets tangibles ne prend pas l’identité matérielle de ces objets, mais se contente de donner accès aux pôles limites qui structurent l’expérience tactile. Aristote l’explique comme suit : « Pourtant, [...] si c’était par une membrane que nous percevions tous les tangibles sans nous rendre compte de son interposition, nous nous comporterions de la même manière que nous le faisons maintenant dans l’eau et dans l’air : car nous croyons bien, en fait, toucher les sensibles eux-mêmes, et qu’il n’existe aucun milieu intermédiaire. Mais il y a une différence entre le tangible, d’une part, et les visibles et les sonores, d’autre part : ces derniers, nous les percevons parce que l’intermédiaire produit un certain effet sur nous ; pour les tangibles, au contraire, la perception ne s’effectue pas sous l’action de l’intermédiaire, mais en même temps que l’intermédiaire [...]. C’est cette partie qui est en puissance ces qualités : sentir, en effet, c’est pâtir en quelque chose, de sorte que l’agent fait cette partie semblable à lui en acte, alors qu’elle l’était en puissance C’est pourquoi ce qui est, à un degré égal à celui de l’organe, chaud ou froid, dur ou mou, nous ne le percevons pas, mais seulement les qualités en excès, ce qui implique que le sens est comme une sorte de médium entre les contrariétés dans les sensibles. Et c’est pour cela qu’il juge les sensibles, car le milieu est capable de juger, puisqu’il devient, par rapport à chacun des deux extrêmes, l’autre. ». ARISTOTE. op. cit. Livre II, chap. 11

la chair ? Ou bien n'en est-il rien, mais la chair est-elle seulement l'intermédiaire, l'organe sensoriel premier étant, en réalité, quelque autre organe interne? »³⁹⁰.

Le concept de « chair » représente le premier élément du paradoxe aristotélicien à l'endroit du toucher, en raison de son caractère vague, sur un plan intensif comme extensif. Au niveau intensif, le *Traité de l'âme* ne donne pas de définition satisfaisante et consistante de cette notion. Il est difficile de savoir si la chair désigne la peau, l'organisme, la conscience perceptive, l'intuition sensible, etc. ; autant de mots qui permettraient de savoir si elle a une valeur métaphysique, physiologique, éthologique, etc. Au niveau extensif, l'ouvrage ne dresse pas non plus une liste exhaustive et cohérente de ce à quoi s'applique l'expérience tactile. Cette dernière relève tantôt de la solidité, tantôt de la chaleur, tantôt de la douleur, etc. Si le toucher représente l'unité dans la diversité, il reste compliqué de comprendre ce qui structure cette unité, et ce que qualifie cette diversité.

Deuxièmement, l'hypothèse d'une indissociation entre sujet touchant et objet touché invaliderait, par définition, cette distinction. La fusion totale signifie que l'expérience tactile n'a ni début ni fin, ni substrat ni objet. Or, il paraît important de déterminer la spécificité du sens du toucher et ce, à partir de sa matière propre ainsi que de son support particulier. À ce titre, Aristote fait du corps tout entier le vecteur du toucher, dans le but de prendre en compte non seulement la multiplicité des objets tangibles, mais aussi la difficulté de déterminer les bornes de l'expérience tactile. Selon lui, « il est donc nécessaire que le corps naturellement adhérent à l'organisme soit l'intermédiaire de la faculté du toucher, à travers lequel se produit la multiplicité des sensations »³⁹¹.

390 Ibid.

391 Ibid.

Ici, le philosophe précise qu'il ne souscrit pas au principe d'une fusion matérielle qui engagerait une identité ontologique, mais qu'il se borne à l'hypothèse d'une fusion sensible qui repose sur une simultanéité perceptive. Le corps tout entier est dans un double rapport d'immédiateté aux choses tangibles : d'une part, il n'a pas besoin d'une médiation organique en dehors de « la chair ; d'autre part, il ne souffre pas d'une surinterprétation des objets sensibles par l'esprit dans la mesure où son champ perceptif est à la fois vaste et multiple. Ceci constitue le deuxième élément du paradoxe aristotélicien concernant le toucher, selon lequel il y a en même temps une primitivité de ce sens (il est la condition de possibilité des autres) et une diversité des percepts auxquels il a accès (il se déploie par tout le corps et sur de nombreux objets tels que la température, la texture, etc.).

Pour récapituler, la classification de même que la définition des sens telles qu'elles ont été établies par Aristote dans son *Traité de l'âme* sont toujours en vigueur. Ce philosophe a identifié cinq sens externes et les a définis d'après leurs organes anatomiques, leurs fonctionnements physiologiques et leurs objets de perception. Il est toutefois difficile d'appliquer ces catégories au sens du toucher. De fait, Aristote ne définit pas clairement l'organe du toucher (la chair, la peau, la main, etc.), ni ses objets (la solidité, la température, etc.). La définition aristotélicienne du toucher n'est donc pas stable. Elle s'appuie en effet sur deux paradoxes. D'une part, le toucher est à la fois ce qui distingue l'espèce humaine des autres espèces de par son caractère subtil, et le sens primordial que tous les mammifères ont en partage. D'autre part, le toucher présuppose une sorte de fusion sensible entre l'objet touché et le sujet touchant qui les rend presque indissociables ; or il existe une multiplicité d'objets tangibles, donc une multiplicité de perceptions tactiles. Les philosophes postérieurs à Aristote qui se sont intéressés au toucher ont tenté de résoudre ou de contourner ce double paradoxe.

C'est notamment le cas de la tradition phénoménologique et, plus tôt, de l'école empiriste.

I.2. La conception empiriste des sens : le toucher dans la pensée de Condillac

Dans le sillage d'Aristote, deux traditions philosophiques tentent de prolonger cette définition, en explorant d'une part le fonctionnement de l'expérience tactile, de l'autre la compréhension du monde qui en résulte. L'empirisme et la phénoménologie s'assignent la tâche de dénouer le paradoxe soulevé par cet auteur ; paradoxe selon lequel il y a une primauté du toucher en même temps qu'il y a une multiplicité d'expériences tactiles. Étienne Bonnot de Condillac, du côté de l'empirisme, et Maurice Merleau-Ponty, du côté de la phénoménologie, incarnent le plus cette démarche à la fois fondationnelle et définitionnelle, et prennent au sérieux le problème du toucher dans leur système de pensée. C'est pourquoi ce sont les deux auteurs qui demeurent presque toujours, si ce n'est exclusivement, cités et analysés pour traiter la question du toucher dans le champ de la philosophie de la perception.

En premier lieu, l'empirisme, en tant que doctrine considérant l'expérience comme la source fondamentale et légitime de la connaissance, étudie la manière dont le toucher participe à la production des idées, qu'elles concernent soi-même, les autres ou le monde. À ce sujet, le sensualisme de Condillac, qui représente une école particulière et radicale au sein du courant général de l'empirisme, admet qu'il n'y a ni idée innée, ni capacité mentale innée, et que la connaissance n'est qu'une collection de sensations, plus ou moins complexes, et plus ou moins mises en lien avec d'autres sensations, des souvenirs, des métaphores etc. Dans cette perspective, les capacités sensorielles proviennent des impressions que le monde extérieur exerce sur notre jugement

esthétique. En d'autres termes, elles constituent des sensations immédiates et, en tant que telles, présupposent une forme d'innéisme. Dans la pensée de cet auteur, le statut à la fois résiduel et fondationnel de cet innéisme représente un diallèle qui n'est jamais vraiment élucidé.

Bien que l'origine de l'impression sensible entre en contradiction avec les critères d'un empirisme radical, celle de l'activité sensorielle parvient à satisfaire ce projet. Selon Condillac, le jugement esthétique qui conditionne l'activité perceptive ne procède pas d'une démarche spontanée. Au contraire, elle est le fruit d'une acquisition, d'une habitude, d'une éducation. Comme l'explique la philosophe Laetitia Simonetta, « Condillac combat ainsi le préjugé d'après lequel l'homme serait capable de porter certains jugements de façon spontanée, sans avoir appris à les faire, et de recevoir ainsi des idées de façon immédiate. [...] D'après lui, on n'est capable de juger d'un objet de façon semble-t-il immédiate qu'à la condition d'en avoir déjà fait l'analyse détaillée [...] »³⁹². Dans ce cadre, il n'y a pas d'opposition entre l'instinct, qui serait une faculté des animaux basée sur la spontanéité, et la réflexion, qui serait une capacité des humains fondée sur l'analyse. L'instinct n'est que le produit de jugements répétés³⁹³. De sorte que, si l'impression sensible est immédiate, elle n'a de sens et de valeur que lorsqu'elle tombe dans le registre de l'analyse sensorielle.

Pour expliquer le rôle des sens dans la constitution du savoir, Condillac rédige un *Traité des sensations*³⁹⁴. Plus précisément, il se fait prête-plume de la philosophe Elizabeth Ferrand, qui lui a fourni la structure de son traité en grande partie, et dont il

392 SIMONETTA Laetitia. « Le sentiment esthétique est-il analysable ? Sur une évolution de la pensée de Condillac ». *Implications philosophiques*. 08/02/2017. <http://www.implications-philosophiques.org/actualite/une/le-sentiment-esthetique-est-il-analysable/>. [Consulté le 09/04/2021]

393 Cf. CONDILLAC Étienne Bonnot de. *Traité des animaux*. Paris : Arthème Fayard, 1755/1984.

394 CONDILLAC Étienne Bonnot de. *Traité des sensations*. Paris : Arthème Fayard, 1754/1984

est le disciple³⁹⁵. Dans ce traité, Condillac se livre à l'expérience de pensée suivante : il imagine une statue anthropomorphe qui acquiert les sens externes, d'abord de manière disjointe, puis, progressivement, de manière conjointe. C'est-à-dire qu'elle commence par des expériences unisensorielles, lors desquelles elle ne dispose que d'un seul sens, et tente d'identifier la spécificité de chacun. Puis les sens s'entremêlent petit à petit, par deux, trois ou quatre, lui permettant d'éprouver le résultat et l'intérêt d'une expérience multisensorielle et ce, jusqu'à ce qu'elle saisisse l'unité de la perception dans la diversité des sensations. À chaque étape, Condillac se demande quels sont les jugements, les sentiments, les idées et les objets de chacun des sens.

Condillac reprend à son compte l'idée aristotélicienne selon laquelle le toucher est le sens qui assure la survie des espèces animales et, par extension, le sens le plus élémentaire. Pour lui, « notre statue [...] bornée au sens du toucher, existe d'abord par le sentiment qu'elle a de l'action des parties de son corps les unes sur les autres, et surtout des mouvements de la respiration : voilà le moindre degré de sentiment, où l'on puisse la réduire. Je l'appellerai *sentiment fondamental* ; parce que c'est à ce jeu de la machine que commence la vie de l'animal : elle en dépend uniquement »³⁹⁶. Dans une veine très aristotélicienne, Condillac attribue au sens du toucher la capacité à développer le sentiment de conservation, au moyen d'une dialectique plaisir et déplaisir, mais également le sentiment de l'identité, au moyen d'un processus de réflexion.

395 Pour la philosophe Marion Chottin, Elizabeth Ferrand est la « co-autrice » du *Traité des sensations*. Elle écrit : « À l'origine de ses principes, de son "plan", et même de ses "moindres détails", Mlle Ferrand est ainsi le véritable "auteur", sinon de l'ouvrage lui-même, du moins du "système" qu'il expose (p. 12). Condillac fut ainsi à son amie ce que Platon fut à Socrate, à savoir son prête-plume, et jusqu'à son disciple. C'est en effet Mlle Ferrand qui l'arracha aux griffes des préjugés desquelles [sic.] John Locke lui-même n'avait pu l'extirper [...]. ». in CHOTTIN Marion. « Le "moi" chez Condillac ». *TDC*. No°1128, 2020p. 30

396 CONDILLAC Étienne Bonnot de. op. cit. Seconde partie, chap. 1

D'une part, le toucher est intimement lié à l'expérience du plaisir et de la douleur et, à ce titre, est profondément engagé dans l'expérience du corps propre. C'est ce sens qui guide les explorations sensibles à même de nous informer des limites et des mouvements corporels. Si l'on poursuit l'expérience de pensée de Condillac, on s'aperçoit que, grâce au toucher, « la statue apprend à connaître son corps, et à se reconnaître dans toutes les parties qui le composent ; parce qu'aussitôt qu'elle porte la main sur une d'elles, le même être sentant se répond en quelque sorte de l'une à l'autre : *c'est moi*. Qu'elle continue de se toucher, partout la sensation de solidité représentera deux choses qui s'excluent et qui en même temps sont contiguës, et partout aussi le même être sentant se répondra de l'une à l'autre : *c'est moi, c'est moi encore !* »³⁹⁷. Ici, éprouver sa propre consistance, c'est parvenir à une reconnaissance de soi-même : reconnaissance de sa matérialité, de son mouvement, et, *in fine*, de sa place dans le monde, ou du moins vis-à-vis des objets. C'est autrement dit structurer son identité au moyen du toucher.

Si l'on analyse cette démarche spéculative, on peut identifier deux hypothèses : premièrement, le toucher nous informe de la présence des choses, qu'il s'agisse de son corps ou d'autres objets, par le biais de la sensation de solidité, c'est-à-dire de résistance matérielle de ces choses à la force du mouvement. Deuxièmement, le toucher nous invite à bâtir la notion même de corps, en utilisant les mouvements d'exploration, qui donnent lieu à une représentation unifiée, et en donnant accès à la notion d'étendue, qui permet de situer le corps dans l'espace. Cette double hypothèse se fonde malgré tout sur un triple présupposé. Tout d'abord, cette définition du corps reste largement dépendante du paradigme cartésien, selon lequel il existe une distinction entre *res cogitans* (chose pensante) et *res extensa* (chose étendue) ; le corps appartenant bien sûr à la seconde et l'esprit à la première. Ensuite, le toucher ne peut

397 CONDILLAC Étienne Bonnot de. op. cit. Seconde partie, chap. 5

être conçu indépendamment du mouvement ; ce qui, j'y reviendrai, est exact en termes de vécu corporel, mais inexact en termes de conception scientifique. Enfin, la sensation de solidité donne spontanément accès à l'expérience de la discontinuité, et l'expérience de la discontinuité est constitutive du sentiment d'altérité ; l'identité étant alors définie uniquement de manière diacritique, c'est-à-dire en fonction de ce qui n'est pas elle-même, et la confrontation matérielle à l'autre demeurant nécessaire pour en faire l'expérience. Pour Condillac, « nous nous représentons nécessairement chaque corps, comme un continu formé par la contiguïté de plusieurs autres corps étendus. Nous sommes forcés de nous représenter ainsi jusqu'à ceux qui ne tombent pas sous les sens : nous les jugeons chacun composés d'autres corps étendus, ceux-ci d'autres encore, et nous ne savons plus où nous arrêter »³⁹⁸.

D'autre part, le toucher est un processus éminemment réflexif, dans la mesure où il procède d'après une dialectique entre intériorité et extériorité. Autrement dit, il propose de saisir, dans un même mouvement, l'existence de soi et l'existence de l'autre. En se touchant soi-même comme en touchant les autres, on découvre les bornes de son propre corps. En entrant en contact avec les autres corps, on fait l'expérience de la réciprocité. Il y a comme un mouvement de va-et-vient entre ses propres frontières corporelles et celles des autres ; les secondes nous aidant à prendre conscience, voire à délimiter, les premières. En effet, comme l'explique Condillac, « tant que la statue ne porte les mains que sur elle-même, elle est à son égard, comme si elle était tout ce qui existe. Mais si elle touche un corps étranger, le *moi*, qui se sent modifié dans la main, ne se sent pas modifié dans ce corps »^{399 400}.

398 CONDILLAC Étienne Bonnot de. op. cit. Seconde partie, chap. 4

399 CONDILLAC Étienne Bonnot de. op. cit. Seconde partie, chap. 5

400 Si l'analogie entre intériorité/extériorité et soi/autrui est fréquente dans la métaphysique occidentale, il existe néanmoins des théories critiquant les catégories ontologiques au fondement de cette analogie. C'est notamment le cas de la métaphysique féministe qui, partant de l'expérience de la grossesse ou de celle de la sexualité lesbienne, insiste davantage

Si l'on évalue les conclusions philosophiques de cette assertion, on peut affirmer que le toucher permet de construire le sentiment de discontinuité ; lequel paraît indispensable à la compréhension des notions d'espace et de temps. Grâce à la sensation tactile, qui désigne l'impression sensible que procure le fait de toucher, il est possible de construire un sentiment moral, qui désigne le jugement réflexif sur cette même impression sensible. Le toucher préfigure une double réflexivité : celle de l'expérience perceptive distinguant le soi et le non soi, et celle de l'activité cognitive assurant la compréhension du monde. Selon Condillac, « le nombre des idées, qui peuvent venir par le tact, est infini : car il comprend tous les rapports des grandeurs, c'est-à-dire, une science que les plus grands mathématiciens n'épuiseront jamais »⁴⁰¹. À cet égard, on peut comprendre le caractère fondamental de ce sens, mais on est en droit de s'interroger sur la raison d'une telle primauté. Condillac lui-même, parlant de sa statue, se demande comment celle-ci apprend à toucher⁴⁰². Pour lui, « c'est que des mouvements faits au hasard lui ayant procuré successivement des sensations agréables et désagréables, elle veut jouir des unes, et écarter les autres »⁴⁰³. À nouveau, c'est le plaisir qui est mis en avant pour expliquer, non seulement le fonctionnement, mais également les motivations de l'expérience tactile. Or, il n'est, semble-t-il, pas de plaisir sans déplaisir en contre-point. En d'autres termes, le plaisir ne se conçoit que dans l'expérience de la relation avec d'autres sentiments, d'autres idées, d'autres sensations et d'autres corps. Cela signifie que les enjeux affectifs influencent les processus épistémiques, dans la mesure où l'acquisition des idées se mesure à l'aune d'une échelle de plaisir. Le toucher est donc le vecteur du sentiment de rationalité et ce, par le

sur le continuum sensible et sur le brouillage des frontières corporelles. Cf. chap. précédent, II-1.

401 CONDILLAC Étienne Bonnot de. op. cit. Seconde partie, chap. 8

402 cf. CONDILLAC Étienne Bonnot de. op. cit. Seconde partie, chap. 6

403 Ibid.

biais de l'expérience de la discontinuité, mais au motif de l'affectivité. S'agissant de la statue de Condillac, « autant elle remarque de collections de cette espèce, autant elle distingue d'objets ; et elle ne les compose pas seulement des idées de grandeur, de solidité, de dureté, elle y fait encore entrer la chaleur ou le froid, le plaisir ou la douleur, et en général tous les sentiments que le tact lui apprend à rapporter au-dehors »⁴⁰⁴. Dans ce cas, le toucher est donc bel et bien primordial, notamment parce qu'il permet d'appréhender la multiplicité. Ceci vaut pour la grande majorité de la tradition empiriste, qu'elle soit sensualiste comme chez Condillac, ou idéaliste comme chez le philosophe et évêque George Berkeley⁴⁰⁵.

En résumé, l'empirisme sensualiste de Condillac reprend et prolonge l'hypothèse aristotélicienne sur le toucher. Ce sens est non seulement celui qui fonde l'instinct de conservation au moyen d'une dialectique plaisir/douleur, mais aussi celui qui permet de prendre conscience des autres objets que soi, par l'entremise de leur résistance matérielle au mouvement d'exploration. Si Condillac insiste moins qu'Aristote sur le rôle du toucher dans les facultés intellectives, il souligne davantage la fonction fondamentale de ce sens dans le processus d'élaboration de l'identité subjective. La phénoménologie de Merleau-Ponty tient à aller encore plus loin en faisant du toucher, non seulement le support de l'identité subjective, mais aussi le socle des relations intersubjectives.

404 CONDILLAC Étienne Bonnot de. op. cit. Seconde partie, chap. 8

405 Berkeley, dans son *Traité des principes de la connaissance humaine*, décrit l'objet du toucher comme suit : « Par le toucher, je perçois le dur et le mou, le chaud et le froid, le mouvement et la résistance et tout cela plus ou moins, eu égard au degré ou à la quantité ». BERKELEY George. (trad. De RENOUVIER Charles). *Traité des principes de la connaissance humaine*. Paris : Armand Colin, 1920. §10. Bien que la notion d'étendue soit moins mise en avant que chez Condillac, celles de solidité, de texture, de température et de quantité apparaissent tout autant.

I.3. L'approche phénoménologique des sens : le toucher dans la pensée de Merleau-Ponty

En second lieu, la phénoménologie, en tant que méthode d'observation et de description des phénomènes et de leur mode d'apparition, se préoccupe de revenir (pour reprendre les termes d'Edmund Husserl) « aux choses-mêmes », c'est-à-dire aux manifestations où se dévoilent la présence de ces choses. Dans ce cadre, les sens externes disposent d'une place prépondérante, dans la mesure où ils établissent le contact entre les choses perçues et les sujets percevants. Malgré cela, tous les sens ne jouissent pas du même crédit, et peu de phénoménologues ont abordé le sens du toucher autant que ne l'a fait Merleau-Ponty.

C'est paradoxalement dans son ouvrage *Le visible et l'invisible* qu'il consacre une partie de ses réflexions au toucher⁴⁰⁶. Ce sens est notamment à la base du concept de « chair », concept central pour cet auteur. Plus généralement, le toucher est, selon Merleau-Ponty, au fondement de la métaphysique occidentale, dans la mesure où, comme il l'écrit, « le modèle cartésien de la vision, c'est le toucher »⁴⁰⁷.

Comme le suggère la philosophe Claire Marin, c'est Merleau-Ponty qui a remis au goût du jour le toucher dans le champ de la philosophie de la perception, et plus largement de la philosophie française. Ce dernier vient non seulement relire l'un des piliers de la philosophie occidentale à l'aune d'une métaphysique du toucher, mais vient de plus s'intéresser à l'expérience du toucher en tant que telle. Contrairement à Pierre

406 cf. MERLEAU-PONTY Maurice. *Le visible et l'invisible*. Paris : Gallimard, 1964

407 MERLEAU-Ponty Maurice. *L'œil et l'esprit*. Paris : Gallimard, 1964. P. 37. in MARIN Claire. « L'œil et la main : la "métaphysique du toucher" dans la philosophie française, de Ravaisson à Derrida ». *Les études philosophiques*. n°64, 01/2003. p. 101

Maine de Biran, Félix Ravaisson ou Jacques Derrida, il étudie la perception tactile au prisme du corps tout entier, et pas seulement au travers de la main⁴⁰⁸.

L'ambition phénoménologique de Merleau-Ponty est de dépasser les dualismes entre corps et esprit ou sujet et objet. Dans cette perspective, la perception fait office de médiatrice, certes, mais aussi et surtout de solution. Pour le dire autrement, la perception tactile, en l'occurrence, vient abolir les frontières du sujet percevant et de l'objet perçu et donner consistance au concept de « chair ». Pour Merleau-Ponty, « toucher, c'est se toucher »⁴⁰⁹. On retrouve la notion de réciprocité, et plus précisément de réflexivité de l'expérience tactile. Mais loin de mettre en avant le sentiment de limite, cette expérience donne accès à une forme d'immanence. De fait, la chair « est le sensible au double sens de ce qu'on sent et de ce qui sent », comme l'écrit cet auteur⁴¹⁰. De sorte que l'expérience du toucher concrétise le concept de chair, en tant qu'elle est profondément immanente.

Pour reprendre l'expression de la philosophe Jeanne-Marie Roux, l'expérience tactile met en place un « continuum de sensible-sentant »⁴¹¹. Cela suppose non seulement une homogénéité de nature entre les objets sensibles et les sujets sentants, mais aussi une efficience des facultés perceptives, alors capables d'assurer cette continuité. Cela suppose, en d'autres termes, un postulat ontologique, selon lequel il y a une continuité entre sujet et objet en termes d'essence, et un postulat épistémologique, selon lequel il y a un dispositif sensoriel à même de rendre compte de cette continuité. Comme l'explique Roux, « le point de départ, c'est l'indistinction du monde et de mon

408 Ibid.

409 MERLEAU-PONTY Maurice. *Le visible et l'invisible*. Paris : Gallimard, 1964. p. 308. in ROUX Jeanne-Marie. « Le toucher entre objet et ob-jectivité (2) ». *Implications philosophiques*, 24/02/2018. <https://www.implications-philosophiques.org/langage-et-esthetique/implications-de-la-perception/le-toucher-entre-objets-et-ob-jectivite-ii-2/>. [Consulté le 12/07/2019]

410 Ibid. p. 313. in ROUX Jeanne-Marie. « Le toucher entre objet et ob-jectivité (2) ». art. cit.

411 ROUX Jeanne-Marie. « Le toucher entre objet et ob-jectivité (2) ». art. cit.

corps, et tous les sensibles sont donc extraits de ma chair, de mon corps, dans lequel est inscrit originellement le monde entier, et à partir duquel il se déploie »⁴¹².

On côtoie ici une posture phénoménologique paradigmatique : le monde est inscrit dans le corps et, par suite, le corps donne, si ce n'est une existence, du moins une consistance au monde. Et ce processus s'appuie lui-même sur l'activité perceptive et la conscience subjective. D'une part, le sujet est dans un rapport d'interconnexion avec les objets ; ceux-là étant travaillés tout autant qu'ils travaillent celui-ci. Mais d'autre part, le sujet donne une existence significative à ces mêmes objets, par le biais de sa conscience. Cette dernière peut aussi bien être dans une démarche solipsiste, soit seule avec elle-même, qu'intersubjective, soit rattachée à d'autres par la culture, le discours, l'expérience etc. ; ce rattachement pouvant s'opérer à différents niveaux et avec divers outils. Or, la chair est la condition de possibilité de l'intersubjectivité pour Merleau-Ponty. Et comme le toucher est celle de la chair, il en découle l'inférence suivante : le toucher est la condition de possibilité de l'intersubjectivité.

Si l'on résume l'apport de Merleau-Ponty à la philosophie de la perception, on doit retenir deux choses. D'abord, ce penseur s'assigne la tâche de sortir, autant que faire se peut, d'une pensée dualiste héritée du cartésianisme, aussi bien sur un plan épistémologique qu'ontologique, et bâtit pour ce faire un système de pensée basé sur la continuité : entre sa conscience et celle des autres, entre soi et le monde, entre les sens et l'intelligence, etc.

Ensuite, Merleau-Ponty valide le présupposé aristotélicien qui fait du toucher un sens fondamental, pour ne pas dire substantiel. Selon lui, c'est grâce au toucher que les humain-es assurent leur conservation, dans la mesure où ce sens permet de saisir à la fois l'interrelation et la continuité entre le soi et le monde. C'est également grâce au

412 Ibid.

toucher que les humain-es prennent conscience de leur singularité, dans la mesure où ce sens concrétise l'intelligence à la fois intuitive et intersubjective de cette espèce, c'est-à-dire une intelligence qui n'a pas besoin de médiation mais qui fonctionne en réseau.

Pour décrire cette intelligence réticulaire et immédiate, Merleau-Ponty écrit la chose suivante : « je ne puis poser un seul sensible sans le poser comme arraché à ma chair, prélevé sur ma chair, et ma chair elle-même est un des sensibles en lequel se fait une inscription de tous les autres, sensible pivot auquel participent tous les autres, sensible-clé, sensible dimensionnel »⁴¹³. Et Roux de résumer ainsi : « il y a donc une indistinction primordiale du sentant et du senti et un monde fondamentalement homogène, notre perception des choses extérieures étant toujours arrachée à cette indistinction primordiale »⁴¹⁴.

L'intelligence humaine, en tant qu'elle est intersubjective, se construit sur la conscience du sensible, en tant qu'elle est tactile. Dans cette perspective, c'est bel et bien l'intersubjectivité, entendue comme une méta-conscience permettant d'évaluer sa propre conscience à l'aune de celle des autres, qui distingue l'intelligence humaine. Ce n'est pas uniquement l'expérience de la sensibilité, car, par définition, celle-ci reste partagée par l'ensemble des êtres sensibles. Le concept de chair a pour mission d'expliquer comment la connexion entre intersubjectivité et sensibilité constitue l'unicité et la spécificité de l'humanité. Mais sans parler du problème éthique soulevé par l'idée d'une prétendue singularité humaine, on peut déjà souligner la tension philosophique qui s'installe entre une volonté d'inscrire les êtres humains dans un continuum entre soi et le monde grâce à la notion de « chair », et un besoin de démarquer cette espèce en insistant sur la faculté qui, pourtant, donne accès à cette même « chair ». En définitive,

413 MERLEAU-PONTY Maurice. *Le visible et l'invisible*. Op. cit. p. 313. in ROUX Jeanne-Marie. art. cit.

414 ROUX Jeanne-Marie. « Le toucher entre objet et ob-jectivité (2) ». art. cit.

la théorie de Merleau-Ponty ne parvient pas tout à fait à s'extraire du double paradoxe aristotélicien à l'endroit du toucher. Plus encore, cette théorie participe à forger un chiasme philosophique.

I.4. Les paradoxes sur le toucher : la construction d'un chiasme philosophique

Pour reprendre ce qui a été écrit jusqu'à maintenant, le sensualisme de Condillac et la phénoménologie de Merleau-Ponty reprennent et affinent la pensée d'Aristote à l'égard du toucher. Ils tentent notamment de résoudre le paradoxe de l'expérience tactile qui sous-tend la typologie des sens de cet auteur. Ce paradoxe prétend, je le rappelle, qu'il y a une primauté du toucher en même temps qu'il y a une multiplicité d'expériences tactiles. Si Condillac tente de résoudre le paradoxe de l'expérience tactile en insistant sur la discontinuité de celle-ci, Merleau-Ponty préfère s'en tenir à son caractère fondamental en mettant en avant le sentiment de continuité qu'elle procure.

On est donc face à une situation contradictoire. Pour les philosophes, le toucher est tantôt le gage du sentiment de soi, en tant qu'il pose les jalons d'une expérience diacritique entre l'identité et l'extériorité, tantôt le vecteur de la fusion entre le sujet et le monde, en tant qu'il procède d'un continuisme radical basé sur la notion de « chair » que les êtres conscients ont en partage. Se crée une sorte de chiasme, c'est-à-dire un nœud problématique, plutôt qu'une simple démonstration antinomique. Un chiasme est normalement une figure de style qui consiste à disposer en ordre inverse les mots de deux propositions qui s'opposent, c'est-à-dire à croiser les éléments d'une antithèse de manière asymétrique. Un chiasme philosophique, tel que je l'entends, est un procédé argumentatif qui opère un croisement de postulats ou d'inférences, de sorte que la démonstration qui en découle se trouve fragilisée et contrintuitive.

Ici, parler de « chiasme philosophique », c'est, d'un côté, pointer l'asymétrie méthodologique entre la pensée de Condillac et celle de Merleau-Ponty concernant l'usage de l'expérience du toucher dans l'économie de la démonstration philosophique. C'est, d'un autre côté, viser la tension argumentative entre les discours de ces deux auteurs, soit la structure même de leur démonstration. Tous deux formulent des hypothèses qui donnent lieu à des conclusions étonnamment opposées et entrecroisées. Il est en effet surprenant que ce soit Condillac qui mette l'accent sur les sentiments de discontinuité et d'altérité, dans la mesure où la statue du *Traité des sensations* se base sur une expérience intime et solipsiste. Inversement, il est étrange que ce soit Merleau-Ponty qui s'attache à décrire l'expérience de la continuité et de la fusion, dans la mesure où son parcours philosophique s'articule autour de la présence de l'autre. En d'autres termes, l'un insiste sur la rupture de l'expérience du soi intérieur, pour arriver à une conscience du monde extérieur, quand l'autre écarte le hiatus qui préside à l'expérience de la relation, pour prôner une connexion entre les êtres. Pourtant, il me semble plus simple, aussi bien sur un plan épistémologique qu'ontologique, d'inférer la discontinuité à partir de l'altérité, de même que la continuité à partir de l'intimité.

Or, ce chiasme philosophique provient, selon mon hypothèse, d'une confusion entre des arguments de type ontologique, et d'autres de type épistémologique. Il paraît donc important de faire le tri entre les uns et les autres. Peut-être est-ce une voie possible pour contourner le double écueil quant à la différence de nature des sujets percevants et des objets perçus, et celui concernant la possibilité de penser le différent à partir de l'identique. Pour le dire autrement, peut-être est-ce une piste pour dénouer le chiasme qui traverse la compréhension philosophique du toucher. C'est notamment ce que les philosophes Jean-Luc Nancy et Jacques Derrida ont essayé de faire à la fin du XXe et début du XXIe siècles.

II. Est-ce qu'une ontologie du toucher permet de sortir du chiasme philosophique ?

Des philosophes plus contemporain-es qu'Aristote, Condillac et Merleau-Ponty se sont emparé-es de la question du toucher. Parmi ceux et celles-ci, Jean-Luc Nancy se détache franchement. Pour cet auteur, le toucher est la condition de possibilité de l'être, et plus spécifiquement de l'être en commun. Ami et collègue de Nancy, le philosophe Jacques Derrida met à l'épreuve ce postulat ontologique dans un ouvrage paru en 2000 simplement intitulé *Le toucher, Jean-Luc Nancy*⁴¹⁵.

Dans cette partie, je vais tout d'abord exposer la pensée de Nancy et de Derrida à l'endroit du toucher. Puis je vais expliquer en quoi leur approche éminemment ontologique, voire métaphysique, ne permet pas d'appréhender la dimension sensible du toucher, voire vide ce sens de son contenu sensoriel.

II.1. Le toucher comme condition de possibilité de l'être en commun : l'ontologie tactile de Nancy

Dans le sillage de Merleau-Ponty, Nancy fait du toucher le fondement de l'expérience du réel ; le réel étant entendu comme l'interface où se nouent les relations entre le soi, les autres et le monde. Si Nancy et Merleau-Ponty s'inscrivent tous deux dans le courant de la phénoménologie, ce n'est pas seulement cela qui les rapproche. De fait, Merleau-Ponty envisage le toucher comme la condition de possibilité de l'intersubjectivité. Et Nancy approfondit cette hypothèse en considérant le toucher

415 Cf. DERRIDA Jacques. *Le Toucher, Jean-Luc Nancy*. Paris : éditions Galilée, 2000

comme « la figure du commun »⁴¹⁶. Pour l'un comme pour l'autre, le toucher opère, selon une expression de Merleau-Ponty, comme une « saisie des coexistences », c'est-à-dire comme une perception concomitante du soi et de l'autre.

Toutefois, la pensée de Nancy diverge de celle de Merleau-Ponty sur un point essentiel : Merleau-Ponty interprète l'expérience du toucher à l'aune d'une approche continuiste, tandis que Nancy propose un modèle profondément discontinuiste. Pour le premier, le toucher est ce qui met en lien, ce qui unit, ce qui rend compte de la fusion de la subjectivité dans la relation avec d'autres subjectivités. Pour le second, le toucher procure l'expérience de l'interruption, nous informe des limites, demeure un lieu d'exposition et non d'indissociation des sujets. Selon Nancy, « l'interruption est au bord, ou plutôt elle fait le bord où les êtres se touchent, s'exposent, se séparent, communiquent ainsi et propagent leur communauté »⁴¹⁷. D'une certaine manière, Nancy décrit, avec son vocabulaire de phénoménologue, le concept de « moi-peau » du psychanalyste Didier Anzieu⁴¹⁸. Le « moi-peau » fait de la peau le critère de délimitation des frontières corporelles, et du toucher une interface entre le soi et l'extérieur. La peau est à la fois la bordure et le contact, et le toucher son outil de médiation. C'est à ce titre qu'il y a divergence et non opposition entre Nancy et Merleau-Ponty.

Par ailleurs, le toucher dont parle Nancy ne se réduit pas au toucher manuel. Bien que Merleau-Ponty fasse de « la chair » l'organe par lequel le sujet est simultanément touchant et touché, le sens tactile demeure principalement envisagé à travers la main. Pour Nancy, la main est à la fois trop évidente et trop réductrice pour penser le toucher. Comme l'écrit la philosophe Patricia Ribault commentant les travaux de cet auteur, « le

416 NANCY Jean-Luc. *La Communauté désœuvrée*. Paris : Christian Bourgeois, (1986) 2004.

417 Ibid.

418 Cf. ANZIEU Didier. *Le Moi-peau*. Paris : Dunod, 1985

toucher ne s'arrête pas à la main exploratrice, il est bien plus, il est l'être au monde, l'ensemble du sentir, l'espace d'avant la distinction ou la confusion »⁴¹⁹.

En un certain sens, Nancy s'inscrit davantage dans l'héritage de Condillac que de Merleau-Ponty. Il dissocie communauté et substance. C'est-à-dire qu'il considère que des éléments peuvent faire communauté sans partager au préalable une identité. Plus encore, c'est parce que des éléments sont distincts les uns des autres qu'ils peuvent faire communauté. Selon la spécialiste en littérature Caroline Pollentier, « Nancy élabore une poétique anti-essentialiste de la communauté contre "les nostalgies de la communion" »⁴²⁰.

À rebours de la *doxa*, Nancy pense le toucher comme une expérience de distanciation et de dissociation. Cette théorie ontologique paradoxale répond cependant à un projet politique. En effet, l'intrication du concept de communauté à la question du toucher participe d'une critique politique de l'appartenance communautaire et des écueils communistes. Cette critique de l'appartenance communautaire est à entendre comme une critique du repli identitaire, de la pureté ethnique, du totalitarisme. Ce n'est pas une critique des pratiques communautaires entendues comme des phénomènes par lesquels les groupes sociaux (notamment opprimés) créent du commun et de la résistance.

Selon Nancy, c'est par le toucher que s'exprime le mieux ce qui se joue dans « l'être en commun ». L'être en commun, c'est le fait d'être ensemble avec distance, c'est l'altérité sans l'identité. Le toucher réduit la distance mais ne la supprime pas. Or, l'altérité n'est ni dans la fusion, ni dans la distance.

419 RIBAUT Patricia. « Du toucher au geste technique : la "technè des corps" ». *Appareil* n°8. 2011. <https://journals.openedition.org/appareil/1315?lang=en>

420 POLLENTIER Caroline. « Le toucher : lieu commun ». *L'Atelier* N°13. 2021. <https://ojs.parisnanterre.fr/index.php/latelier/article/view/582>

Bien que Nancy donne une consistance politique à sa conception du toucher, celle-ci relève avant tout du registre ontologique. Selon les philosophes et spécialistes de Nancy Aukje Van Rooden et Clark Devyn, l'enjeu principal de l'œuvre de Nancy est de bâtir une nouvelle ontologie mettant en exergue le sens du toucher ou, plus précisément, le principe du tact. Pour le premier, cette ontologie « qui ne concerne rien de plus, mais aussi rien de moins que l'existence nue des corps les uns à côté des autres, trouve sa condition de possibilité dans le sens du toucher »⁴²¹. Pour Devyn, la pensée de Nancy va encore plus loin. Le toucher permet de définir ce qui fait l'être en général, dans la mesure où il nécessite toujours un « être avec ». Comme l'écrit Devyn, l'ontologie nancyenne a une dimension éminemment relationnelle : « l'être considéré comme être-avec qui, dans son extériorité, se trouve disposé de façon à toucher dans l'espace d'une proximité – mais jamais complètement »⁴²².

Chez Nancy, le toucher est davantage une question de disposition, d'organisation, ou de « maîtrise d'être », qu'une question de contact entre deux entités non distinguées ou, dans le langage de l'auteur, non disposées. Cela signifie que les sujets ne doivent pas être pensés à partir de leur singularité, mais à partir de leur extériorité. Cela signifie que les sujets se définissent par rapport aux autres, et non par rapport à eux-mêmes. La subjectivité se déploie donc dans un processus d'« écartement/proximité ».

Le toucher, selon Nancy, est représentatif du monde sensible dans son ensemble. Le toucher est, ainsi que l'écrit Ribault, « le paradigme du sensible »⁴²³. Ceci provient notamment du caractère ambivalent de l'expérience de « la touche ». De fait, la touche

421 VAN ROODEN Aukje. « Poésie haptique. Sur l'(ir)réalité du toucher poétique chez Jean-Luc Nancy ». *Revue Philosophique de Louvain* n°107, 2009. p. 141

422 DEVYN Clark. « Le toucher ou la problématique de "l'être-avec" chez Jean-Luc Nancy. » *American Journal of French Studies*, 2021. <https://american-journal-of-french-studies.com/le-toucher-ou-la-problematique-de-letre-avec-chez-jean-luc-nancy>

423 RIBAUT Patricia. « Du toucher au geste technique : la "technè des corps" ». Art. cit.

articule conjointement la distance et la proximité. De sorte que la touche est une affaire de tact. Agir avec tact, c'est toucher sans compromettre les limites de l'intimité. C'est se rapprocher sans se fusionner. Le toucher doit être tactique et discret. Ce principe du tact est la condition de possibilité de « l'être avec ». En effet, c'est ce principe qui permet à l'être d'exister à la fois dans son extériorité et son intériorité, dans son unité et sa relationnalité. L'être prend son existence dans l'avec, c'est-à-dire qu'il existe subjectivement à travers et dans l'autre. Or, le tact garantit la bonne disposition des êtres les uns vis-à-vis des autres. Il met alors en évidence la place du commun dans la définition de l'être. Nancy le résume de la façon suivante : « nous devons déplacer l'ontologie vers le commun de l'être – plutôt que vers l'être du commun (et donc inscrire le "commun" et son partage, sa division/assemblage, au cœur de l'être, comme son essence et son sens mêmes) »⁴²⁴.

En faisant du toucher le sens par lequel les êtres prennent conscience de leurs liens et de leurs dispositions avec les autres, Nancy résout en partie le chiasme philosophique décrit plus haut. Mais en l'état, la pensée de cet auteur me paraît peu compatible avec un projet d'épistémologie critique du toucher, en plus d'être difficile d'accès sur le plan sémantique. Si Nancy fait du toucher le « paradigme du sensible », il n'accorde guère de place à la sensibilité tactile à proprement parler. D'un côté, réduire le toucher à l'expérience de la distance représente un postulat trop paradoxal et trop intellectualiste pour rendre véritablement compte de la perception tactile et de son contenu sensible. D'un autre côté, convoquer le toucher uniquement à travers des métaphores sur le tact n'équivaut pas à parler de l'expérience tactile. C'est là que se joue la difficulté d'accès sur le plan sémantique : non seulement le langage de Nancy est

424 POIRIER Nicolas. « Entretien avec Jean-Luc Nancy ». *Le Philosophoire* n°7, 1999. pp. 11-22.
<https://www.cairn.info/revue-le-philosophoire-1999-1-page-11.htm>

relativement abscons lorsqu'il parle de la perception tactile, mais il confond de plus les métaphores sur le tact avec l'expérience sensible du toucher.

Nancy envisage le toucher comme un ressort ontologique (pour penser l'être) et non comme un outil épistémologique (pour interroger les pratiques tactiles). De l'ontologie nancyenne, je retiens néanmoins le principe du tact. Ce dernier permet en effet de problématiser la relation de soin au prisme de la distance. Ce travail de problématisation a d'ailleurs été effectué par le philosophe et soignant Luc Andrieux dans sa thèse de philosophie soutenue en 2014⁴²⁵. Andrieux montre que le principe de tact est moins une affaire d'expérience sensorielle qu'une « recherche habile et délicate d'une reconnaissance mutuelle ». Si les métaphores du tact sont opérantes pour penser la juste distance en contexte thérapeutique, leur lien avec l'expérience sensible du toucher demeure malgré tout fragile et ambigu. Il est difficile de comprendre comment s'effectue le passage du toucher au tact en dehors du langage.

Pour le dire autrement, le tact consiste en une perception des limites de l'intimité de l'autre, soit, d'après une expression paradoxale, en une « appréciation de l'intouchable ». La question de l'intouchable et de son rapport avec la subjectivité a été poussée à son paroxysme par Derrida, dans un ouvrage consacré au travail de Jean-Luc Nancy.

425 Cf. ANDRIEUX Luc. *Pour une philosophie du tact relationnel dans le soin*. Thèse en philosophie. Université Lyon 1. 2014. <https://www.semanticscholar.org/paper/Pour-une-philosophie-du-tact-relationnel-dans-le-Andrieux/6c4f24e90c15d856508000f846183e3652818a0a>

II.2. Le toucher comme « trope quelconque » : la rhétorique de l'intouchable chez Derrida

En 2000, Jacques Derrida publie un ouvrage dont le titre est on ne peut plus explicite : *Le Toucher, Jean-Luc Nancy*. C'est en voulant commenter et rendre hommage à la pensée de Nancy que Derrida se confronte à la question du toucher. Comme pour confirmer ce qui a été écrit ci-avant, ce dernier affirme, dès les premières pages de cet ouvrage, que « partout avec le toucher il va s'agir de l'«être» »⁴²⁶.

Derrida considère que Nancy a dépassé les apories du toucher théorisées par Aristote. Le toucher lui sert moins à définir la nature humaine qu'à penser le sujet moderne. C'est pourquoi, ainsi que le remarque Derrida, Nancy dialogue avec René Descartes ou Emmanuel Kant, plutôt qu'avec Aristote. Pourtant, c'est en citant Aristote et son *Traité de l'âme* que Derrida aborde la question du toucher. Comme s'il tenait à combler les manquements de Nancy. Ou bien comme s'il estimait qu'il est décidément impossible de penser philosophiquement le toucher sans Aristote.

À l'instar de Nancy, Derrida interroge le sens du toucher à l'aune d'une perspective ontologique. Cependant, à l'inverse de son ami et collègue, il concentre son analyse sur les implications de cette ontologie dans le discours. Pour le dire autrement, Derrida se demande ce que serait le langage du toucher ou, plus précisément, ce que le toucher fait au langage.

Si Derrida reste résolument aristotélicien, c'est parce qu'il admet que la *psychè* est séparée des sens externes. Pour lui, « la vérité ne se touche que là où elle est intouchable »⁴²⁷. Cela signifie que le toucher permet à la *psychè* d'accéder à l'être, quoique de manière paradoxale. De fait, le toucher, pour Derrida, présuppose toujours

426 DERRIDA Jacques. *Le Toucher, Jean-Luc Nancy*. op. Cit. p. 17

427 Ibid. p. 138

son absence. Il est le langage de l'être, en tant qu'il met en évidence l'« être avec » à travers l'expérience de la limite d'autrui. Comme l'explique Devyn, « "Être" n'est pas le nom de la consistance, c'est le verbe et la disposition »⁴²⁸. Tout est une affaire de langage et d'être en commun.

Pour Derrida, le toucher est un sens fondamental sur le plan métaphorique plus que sur le plan littéral. Cependant, « "toucher la limite" implique [...], ainsi que l'interprète Derrida, une réversibilité entre sens littéral et métaphorique, mais suggère avant tout une nouvelle logique de la communauté », comme l'écrit Pollentier⁴²⁹. Et cette « logique de la communauté » est à chercher du côté du langage ordinaire. Ainsi que Marie Laniel et Caroline Pollentier l'écrivent dans l'introduction du volume 15 de la revue *L'Atelier* qu'elles coordonnent, « le toucher est un "trope quelconque", inscrit dans les tournures communes de l'affect, de la pensée et de la communication »⁴³⁰.

Dans le sillage de Nancy, Derrida arrime la question du toucher à l'intouchable. Dire du toucher qu'il s'agit d'un « trope quelconque », c'est dire que le toucher, à travers son contrepoint qu'est l'intouchable, est partout, est constant. Il sature le langage ordinaire. C'est au titre de cette saturation, de cette constance et de cette omniprésence, que le toucher constitue le paradigme du sensible ou, en d'autres termes, l'expression de l'être, dont l'existence est assurée par la disposition des corps les uns avec les autres. Ribault le résume comme suit : « le corps est l'expérience de toucher indéfiniment à l'intouchable »⁴³¹.

428 DEVYN Clark. « Le toucher ou la problématique de "l'être-avec" chez Jean-Luc Nancy. » art. cit.

429 POLLENTIER Caroline. « Le toucher : lieu commun ». art. cit.

430 LAMIEL Marie, POLLENTIER Caroline. « Le toucher ». *L'atelier* vol. 15 n°1, 2023. <https://ojs.parisnanterre.fr/index.php/latelier/issue/view/62>

431 RIBAUT Patricia. « Du toucher au geste technique : la "technè des corps" ». art. cit.

Toutefois, dire que le toucher est un « trope quelconque », c'est réduire le toucher à son sens métaphorique. Ainsi que l'écrit Ribault, « ce qui touche, ce par quoi on est touché, c'est de l'ordre de l'émotion »⁴³². De sorte que la rhétorique du toucher s'apparente davantage à une rhétorique des émotions qu'à un discours sur les sensations. L'émotion est malgré tout à comprendre dans un sens fort : c'est ce qui ébranle, qui met en mouvement, qui fait interagir un corps avec d'autres corps. L'émotion n'est pas une expérience passive : c'est un effort.

À cet égard, Derrida s'inscrit dans l'héritage du philosophe Maine de Biran, pour qui l'effort est à la base de toute perception et de toute connaissance, dans la mesure où il naît de la résistance physique entre deux corps. Pour Maine de Biran, « sans un terme qui résiste, il n'y a point d'effort, et sans effort point de connaissance »⁴³³. L'effort se confronte aux qualités tangibles des corps et, ce faisant, donne accès à l'existence des êtres. Dans une veine très condillacienne, Maine de Biran construit une expérience de pensée permettant de comprendre le rôle de la main ou, plus précisément, du toucher manuel, dans la construction de la subjectivité individuelle. Selon cet auteur, la main fait l'effort d'entrer en contact avec la résistance d'un objet solide placé au creux de sa paume et, partant, elle incarne le processus de subjectivation. Ce processus est envisagé comme un mouvement de va et vient entre soi et l'autre et nécessite un effort.

Reprenant la fonction biranienne de la main, Derrida fait de l'écartement des doigts la métaphore de l'émotion. L'écartement des doigts permet d'imager, d'une part, l'ontologie nancienne de la disposition : les doigts n'ont de sens que les uns par rapport

432 MAINE DE BIRAN. *Influence de l'habitude sur la faculté de penser*. Paris : Presses Universitaires de France, 1954.
http://classiques.uqac.ca/classiques/maine_de_biran/influence_habitude/influence_habitude.html

433 DERRIDA Jacques. *Le Toucher*, Jean-Luc Nancy. op. cit. p. 84

aux autres, tout en formant un être commun ; d'autre part, la rhétorique du toucher : les doigts se meuvent de manière constante et ordinaire sans se toucher véritablement les uns les autres, rappelant le « trope commun » du toucher. Mais en accordant une place prépondérante à la main dans sa rhétorique de l'intouchable, Derrida s'éloigne de la conception du toucher par Nancy, qui met un point d'honneur à ne pas réduire le toucher à sa forme manuelle. Comme si, en voulant expliciter la pensée de Nancy, Derrida s'en éloignait finalement.

Cet éloignement n'est pas signe d'une divergence théorique, mais d'un excès d'abstraction. À force de vider le toucher de son contenu sensible, et de résumer son intérêt à la question de l'intouchable, il est difficile de continuer à en parler. Si le toucher se résume à l'intouchable, alors le langage ordinaire ne peut plus rien en dire. De plus, Derrida affirme que le toucher est un « trope quelconque » dans la mesure où il sature le langage ordinaire. Mais aucune analyse véritable du langage ordinaire n'est proposée. Le cas échéant, Derrida se serait rendu compte que ce langage est bien plus saturé par des références visuelles que par des références tactiles. Cela provient peut-être du fait que l'usage de l'expression-même de « trope quelconque » pour parler du toucher ne renvoie à aucun argument philosophique. En rhétorique, les tropes sont des figures de pensée ou de style qui organisent le discours. En métaphysique, ce sont des propriétés particulières de certains objets qui, étymologiquement parlant, peuvent désigner des manières d'être. Derrida ne semble pas faire référence au sens métaphysique du trope. S'il fait référence au sens rhétorique, il avance un argument immédiatement contredit par l'expérience ordinaire du langage : le toucher n'organise pas le discours usuel, bien au contraire. L'ontologie du toucher proposée par Derrida est donc en désaccord avec la réalité du langage ordinaire et de l'expérience sensible. Ses arguments ontologiques ne possèdent aucune force philosophique, dans la mesure où ils s'enlisent dans des paradoxes (au sens strict du terme, c'est-à-dire « contre l'opinion »)

insolubles et des métaphores inopérantes. De sorte que le chiasme philosophique au sujet du toucher se trouve dilué dans des considérations métaphysiques, qui sont bien loin de l'expérience sensible.

Conclusion du chapitre

Pour résoudre ce chiasme philosophique au sujet du toucher, il paraît important de clarifier le concept et l'expérience de ce sens et ce, en dehors des considérations métaphysiques ou des spéculations phénoménologiques. Si l'empirisme et la phénoménologie accordent une place primordiale à l'expérience, notamment au statut de la sensorialité au sein de cette expérience, ces deux traditions se confrontent à deux problèmes. Tout d'abord, elles étudient le toucher dans une perspective instrumentale et, en l'occurrence, au prisme d'une entreprise gnoséologique. Cela signifie que le toucher est abordé au nom de quelque chose qui le dépasse ou qui le déborde, et n'est analysé qu'au sein d'une théorie générale de la connaissance. Le toucher n'est pas envisagé en lui-même et pour lui-même, c'est-à-dire par rapport à sa spécificité et à son fonctionnement propre ; il est convoqué uniquement pour comprendre la manière dont il participe à l'activité perceptive et à la construction des idées.

Chez Aristote, le toucher est à la fois le sens que tous les mammifères ont en partage pour assurer leur survie, et le sens qui distingue l'espèce humaine du fait de sa grande finesse et subtilité. Pourtant, le toucher n'est pas clairement défini, que ce soit par ses organes (la main, la chair, la peau, etc.), ou par ses objets (la solidité, la température, la rugosité, etc.). De sorte qu'il y a une multiplicité d'objets tangibles et, par extension, une multiplicité de voies d'accès à ces objets ; objets avec lesquels se crée une sorte de fusion sensible. Pour résoudre cette aporie, le sensualisme de Condillac insiste sur le rôle du toucher dans la constitution de l'identité subjective. Chez cet auteur, le toucher participe de l'instinct de conservation au moyen d'une dialectique plaisir/déplaisir, et de l'identification des frontières personnelles par le biais d'une

dialectique résistance/réaction. Pour aller plus loin dans la résolution de l'aporie aristotélicienne, Merleau-Ponty fait du toucher la condition de possibilité de l'intersubjectivité. Autrement dit, l'intersubjectivité humaine s'appuie sur une conscience sensible de type tactile. La connexion entre l'intersubjectivité et la sensibilité est assurée par « la chair » et constitue, pour ce philosophe, la spécificité de l'espèce humaine.

Chez Derrida et Nancy, le toucher est envisagé au prisme d'une théorie générale de l'être. Mais en insistant sur l'intérêt ontologique du toucher, notamment à travers une rhétorique de l'intouchable, ces deux auteurs vident le toucher de son contenu sensible. Nancy s'intéresse à la disposition et à l'exposition des corps mises en exergue par l'expérience tactile, et non à l'implication corporelle que revêt cette expérience. Derrida, quant à lui, focalise son analyse sur la main, abordant l'expérience tactile à travers l'effort d'écartement des doigts, et la réduisant à cette question paradoxale de l'être-avec sans contact. Selon moi, les positions de Nancy et Derrida sont trop abstraites et trop contre-intuitives. Bien que la philosophie soit la science des paradoxes, réduire le toucher à une rhétorique de l'intouchable crée un fossé trop important avec l'expérience commune de ce sens. Cela ne permet pas de répondre à cette question fondamentale posée par Derrida lui-même au début de son ouvrage, à savoir « qu'est-ce qu'alors qu'un traité du toucher qui ne dit rien du "qui touche qui et comment" [...] » [52].

Ensuite, le sensualisme et la phénoménologie (merleau-pontyenne comme nancyenne) n'interrogent que très peu les mécanismes du toucher dans leur complexité et exhaustivité. De fait, les recherches sur les mécanismes anatomophysiologiques et neurocognitifs de ce sens sont bien postérieures aux écrits de Condillac et de Merleau-Ponty. Il serait donc absurde de faire un procès pour insuffisance épistémologique à ces

deux auteurs ; ce serait proprement anachronique. Ces recherches sont toutefois contemporaines, voire antérieures, aux écrits de Derrida et de Nancy. Elles invitent à mieux comprendre « qui touche qui, et comment ».

L'étude scientifique des mécanismes du toucher permet désormais de saisir la façon dont ce sens met en jeu l'activité sensorielle en particulier, voire l'expérience corporelle en général. Parce qu'elle envisage ce sens comme un système somato-sensoriel, soit qui implique la sensibilité corporelle dans son ensemble, elle enrichit la définition du toucher, en sortant d'une perspective strictement gnoséologique ou ontologique, et en tenant compte du corps en tant qu'il est sensible. En somme, l'étude épistémologique du toucher permet de comprendre en partie comment s'organise la relation de soin.

Chapitre 2 : Pour une épistémologie critique du toucher

Introduction du chapitre

Les approches aristotéliennes puis scolastiques, de même que les théories phénoménologiques du toucher ont insisté sur l'aspect fondamental de ce sens, tant sur le plan physiologique qu'ontologique. Tantôt sens commun, tantôt condition de possibilité du processus de subjectivation individuelle, tantôt métaphore de l'être-avec, le toucher a été décrit comme une expérience sensitive fondatrice de la faculté perceptive, de la faculté intersubjective, voire de la faculté intellectuelle.

Toutefois, ce primat logique accordé au toucher s'est appuyé sur une définition hétérogène de ce sens. Hétérogène, en tant qu'elle donne lieu à un chiasme philosophique, dans la mesure où les prédicats de la démonstration ne sont pas compatibles avec les conclusions. Hétérogène encore, en tant qu'elle ne tient pas compte des connaissances scientifiques qui tendent à contredire les intuitions des philosophes.

L'enjeu de ce chapitre est de faire une épistémologie critique du toucher, c'est-à-dire de construire une définition du toucher à partir des connaissances scientifiques disponibles. Ici, la « critique » est à entendre dans un sens philosophique. Critiquer, c'est avant tout définir, soit délimiter les frontières d'un concept. En l'occurrence, cette entreprise de définition se fonde sur des savoirs scientifiques avérés, et non sur des expériences de pensée ontologiques ou métaphysiques. Critiquer, c'est aussi se distinguer de ce qui a été fait jusqu'à maintenant. C'est ce que je souhaite faire en intégrant des connaissances issues des sciences expérimentales à une théorisation philosophique du toucher. Pour reprendre la définition de la philosophe Marie-Anne

Paveau, l'épistémologie critique est « une observation réflexive des théories et méthodes qui aboutissent à l'élaboration des connaissances. Le terme critique n'est pas à prendre au sens commun de contestation de résultats ou destruction d'arguments, mais bien au sens circulaire de retour des théories et des méthodes sur elles-mêmes [...], d'effectuation d'un écart qui permet de modifier les perspectives. La critique est un outil de la réflexivité en même temps qu'elle en est un des fondements »⁴³⁴.

Le recours aux sciences expérimentales actuelles, particulièrement aux neurosciences cognitives, s'inscrit dans ce projet d'épistémologie critique. Ceci me paraît d'autant plus pertinent dans la mesure où les neurosciences cognitives se retrouvent souvent à démêler les expériences de pensée proposées par les philosophes des époques antérieures.

D'une certaine manière, je tente d'effectuer avec les neurosciences le même travail philosophique que Merleau-Ponty a réalisé avec la psychologie au milieu du XXe siècle, lorsqu'il s'est interrogé sur la construction de la subjectivité à travers l'étude de la perception. De fait, Merleau-Ponty s'est inspiré des travaux du psychologue Henri Wallon, qui a proposé dans les années 1935-1950 une des premières théories convaincantes permettant d'expliquer la construction du sens de l'intégrité corporelle. Ce psychologue a notamment montré l'importance du sens du toucher dans le processus d'unification progressive du « schéma corporel » et, partant, contribué à certaines avancées significatives dans le champ de la psychologie du développement⁴³⁵. Dans le sillage de Maine de Biran, Wallon utilise l'expression

434 PAVEAU Marie-Anne. « Présentation. Pour une épistémologie critique ». *Semen - Revue de sémio-linguistique des textes et discours*. n°34, 2012.
<https://journals.openedition.org/semen/9720>

435 Cf. WALLON Henri. *L'Évolution psychologique de l'enfant*. Paris : Armand Colin, 1941

de « corps propre » pour parler du sentiment d'intégrité corporelle ; expression ensuite reprise par Merleau-Ponty.

La méthode interdisciplinaire, associant travail de conceptualisation et connaissances neuroscientifiques, a pour vocation d'échapper aux antinomies engendrées par des théories strictement philosophiques. De fait, de telles théories s'enlisent parfois dans des paradoxes ou des chiasmes lorsqu'elles essaient de définir le toucher. Je fais l'hypothèse que l'intégration de connaissances positives et spécialisées permet d'échapper à cet écueil. Ces connaissances, parce qu'elles adoptent une perspective qui se veut plus complète et plus objective, suggèrent paradoxalement une alternative à la démarche strictement gnoséologique, dans la mesure où elles introduisent le lien entre le sens du toucher et la sensibilité entendue dans toute sa complexité. Une démarche strictement gnoséologique se contenterait d'étudier le rôle du toucher dans le processus cognitif de création de connaissances. Une démarche épistémologique, en revanche, met l'étude à l'épreuve de l'expérience sensible et de l'existence sociale.

Pour ce faire, je procéderai en deux temps. Premièrement, je présenterai les avancées des sciences expérimentales au sujet du toucher, afin de combler un vide épistémique, et plus largement de mettre en œuvre un geste épistémologique. Il s'agira d'éclairer l'expérience tactile à l'aune des connaissances issues des neurosciences cognitives et physiologiques, soit, en résumé, de dresser les contours d'une définition extensive du toucher à partir de phénomènes objectivés et objectivables. Toutefois, il ne suffit pas de faire appel à des savoirs scientifiques pour s'assurer du caractère épistémologique de l'analyse. Donc pour ne pas en rester à une description factuelle du sens du toucher, je réaliserai à nouveau un pas de côté, dans le but d'interroger l'un des présupposés de l'approche extensive : le toucher aurait un objet.

Deuxièmement, j'essaierai de surmonter l'écueil d'une philosophie trop descriptive, c'est-à-dire d'une philosophie qui prétendrait pouvoir examiner les faits bruts et qui ne serait pas soumise à des préjugés. Or, tout jugement de connaissance s'accompagne de préjugés. Pour contourner cet écueil, je mobiliserai une méthode progressive : tout d'abord, il s'agira de faire glisser le problème du fonctionnement à l'objet du toucher, puis il s'agira d'interroger cette catégorie-même d'objet philosophique du toucher. Pour y parvenir, il me faudra élargir la perspective et tenir ensemble le discours philosophique et le discours neuroscientifique sur le toucher. D'autant que le premier a en partie conditionné l'évolution du second, et que celui-ci s'attache encore actuellement à donner un contenu positif aux intuitions théoriques de celui-là. C'est pourquoi la pensée d'Aristote sera à nouveau convoquée et ce, pas tant comme piste de réponse, mais plutôt comme outil de questionnement. Or, cette résolution problématique ne serait pas possible sans le recours aux connaissances positives. C'est au terme de ce parcours philosophique que pourront se formuler les premières bases d'une épistémologie critique du toucher et, plus généralement, que pourront se dessiner les premiers contours d'une objectivité enrichie pour appréhender le corps en contexte de soins.

I. Recourir aux sciences pour construire une définition épistémologique du toucher

En France, les études sur le toucher ont été développées à partir du XVIII^e siècle et ont majoritairement été réalisées dans le champ de la psychologie. Bien que la philosophie et l'anatomophysiologie se soient emparées de cette question – la première au travers de considérations spéculatives ou d'observations pratiques sur la cécité ou sur la déficience cognitive, la seconde par le biais d'expérimentations scientifiques

concernant les récepteurs et les voies nerveuses et corticales du toucher –, elles l'ont fait dans le but de comprendre le fonctionnement de la conscience humaine. L'une et l'autre ont de surcroît procédé sans concertation ni échange, jusqu'au milieu du XXe siècle, soit jusqu'aux travaux des psychophysiologistes Henri et Mathilde Piéron et de leurs associé-es. Comme le soulignent les neuroscientifiques Yvette Hatwell et Édouard Gentaz, grâce aux Piéron et à leurs collègues, « une véritable psychologie expérimentale du toucher des adultes voyants s'est constituée »⁴³⁶. Opérer une analyse expérimentale du toucher a notamment permis de confirmer et de prolonger les intuitions et les observations des philosophes et des praticien-nes travaillant auprès de personnes aveugles.

Dans le domaine de la philosophie, l'intérêt pour le sens du toucher est né du débat opposant les philosophes innéistes, qui estiment que les idées existent de manière innée dans l'esprit humain et ne demandent qu'à être actualisées par un apprentissage adéquat, et les philosophes empiristes, qui considèrent que toute connaissance résulte d'une expérience et ne peut se développer indépendamment d'une exploration sensorielle du monde, autour du problème dit de Molyneux.

William Molyneux était un érudit et politicien irlandais du XVIIe siècle, désormais célèbre pour avoir formulé l'interrogation éponyme dont se sont emparé-es nombre de philosophes, à commencer par John Locke, qui en rédige la première formulation philosophique, c'est-à-dire la première formulation hors du cadre d'un échange épistolaire ou de notes personnelles. Voici l'énoncé de ce problème, tel qu'il est formulé par Locke dans ses *Essais sur l'entendement humain* en 1689 :

« Supposez un homme né aveugle puis devenu maintenant adulte ; par le toucher il a appris à distinguer un cube et une sphère du même métal et approximativement de

436 HATWELL Yvette, GENTAZ Édouard. « Origine et évolution des recherches psychologiques sur le toucher en France ». *L'année psychologique*. vol. 111, 04/2011. Pp. 701-723

la même taille, de sorte qu'il arrive à dire, quand il sent l'un et l'autre, quel est le cube et quelle est la sphère. Supposez ensuite qu'on place le cube et la sphère sur une table et que l'aveugle soit guéri. Question : est-ce que par la vue, avant de les toucher, il pourra distinguer et dire quel est le globe et quel est le cube ? »⁴³⁷.

Cette controverse a occupé les théoricien-nes de la perception durant de longues décennies et reste encore insoluble. La première opération d'une cataracte congénitale par le chirurgien William Cheselden en 1728⁴³⁸, la publication de la *Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient* par Denis Diderot en 1749⁴³⁹, les recherches sur la perception stéréoscopique (avec les deux yeux) de la profondeur par la vision binoculaire par Charles Wheatstone à partir de 1832⁴⁴⁰, le développement de Systèmes de

437 LOCKE John. (trad. de VIENNE Jean-Michel). *Essai sur l'entendement humain*. Livres I et II.

Paris : Vrin, 2001. p. 237. In HALPERN Catherine. « Faut-il toucher pour voir ? Retour sur le problème de Molyneux ». *Terrain*. N°49, 08/2007. p. 28

438 En 1728, William Cheselden opère pour la première fois un adolescent de 14 ans d'une cataracte congénitale et lui permet ainsi d'avoir accès à la perception visuelle. Les expérimentations faites après l'opération révèlent que l'adolescent ne réussit pas à comprendre visuellement ce qu'il était habitué à explorer tactilement. Il ne disposait pas d'une appréhension visuelle de la grandeur et de la profondeur.

439 cf. DIDEROT Denis. *Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient*. Paris : Garnier, 1875.

Dans cet ouvrage, Diderot se livre, selon Catherine Halpern, à une « anthropologie du toucher », en cherchant à décrire la manière dont les aveugles se rapportent à la connaissance et à la beauté. Il s'intéresse notamment à la manière dont le sens de l'étendue, de la grandeur et de la profondeur se développent chez des personnes privées de la vue, puis à la façon dont cette compréhension conditionne le rapport aux mathématiques et à la géométrie. Pour Catherine Halpern, « la place prééminente qu'occupe le toucher chez les personnes atteintes de cécité bouleverse nécessairement leur appréhension du monde et sa catégorisation ; elle ne peut en effet manquer d'intéresser en ce sens l'anthropologue » (HALPERN Catherine. « Faut-il toucher pour voir ? Retour sur le problème de Molyneux » art. cit. p. 36). Parallèlement, Diderot interprète le rapport à la beauté des aveugles à partir d'une esthétique utilitaire, c'est-à-dire d'une esthétique qui ne distingue pas le beau du bon. Pour lui, « les aveugles ne sont-ils pas bien à plaindre de n'estimer beau que ce qui est bon ? » (DIDEROT Denis. « Notice préliminaire » *Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient*. op. cit.).

440 Au XIXe siècle, il s'agit moins de comprendre les liens entre toucher et vision que de décrire la « vision spatiale ». Le toucher, comme l'indique Catherine Halpern, « passe quelque peu à l'arrière-plan » (HALPERN Catherine. « Faut-il toucher pour voir ? Retour sur le problème de

Substitution Visuo-Tactile (SSVT) par Paul Bach-y-Rita et son équipe à partir des années 1960⁴⁴¹, les expérimentations au sujet des liaisons intermodales entre la vue et le toucher effectuées sur des nourrisson-nes par Arlette Streri en 1997⁴⁴², etc., toutes ces recherches n'ont pas permis de donner une réponse univoque au problème de Molyneux, et ont progressivement transféré la question de la connaissance par les sens vers celle de l'intermodalité sensorielle. Il ne s'agit plus de déterminer si des canaux sensoriels différents permettent de construire un contenu cognitif identique ; il s'agit plutôt d'envisager la connexion et l'interaction des sens dans le processus perceptif.

De manière générale, le toucher a été observé à l'aune des autres sens et, plus globalement, à partir des outils pratiques qu'il permet de mettre en œuvre pour compenser des déficiences (sensorielles ou cognitives). À ce titre, la cécité demeure un domaine de recherche et d'application privilégié pour envisager les apports du toucher. Selon Hatwell et Gentaz, « les observations informelles des philosophes et des praticiens travaillant auprès d'aveugles ont eu des applications concrètes dont la plus spectaculaire est évidemment la mise au point par Louis Braille de l'alphabet en relief ponctué qui a

Molyneux » art. cit. p. 33). Dans ce cadre, les recherches menées par Charles Wheatstone expliquent et démontrent la perception de la profondeur sans le recours du toucher.

441 « Le SSVT est un dispositif électronique de suppléance sensorielle à la vision, qui transforme en images tactiles des images visuelles (Bach-y-Rita 1997 ; Pacherie 1997). Une caméra que peut manipuler le sujet est reliée à un convertisseur transformant le signal visuel en signal électrotactile transmis à une interface composée de micro-électrodes et qui peut être placée sur une partie ou une autre du corps, par exemple le dos. Ce dispositif permet en un sens de voir par le toucher. Il part du principe que nous ne voyons pas par les yeux mais par le cerveau, qui va transformer l'information reçue en une expérience visuelle. » (HALPERN Catherine. « Faut-il toucher pour voir ? Retour sur le problème de Molyneux ». art. cit. p. 35)

442 Les travaux d'Arlette Streri « visent en général à déterminer quand apparaissent chez le bébé les liaisons intermodales » (HALPERN Catherine. « Faut-il toucher pour voir ? Retour sur le problème de Molyneux » art. cit. p. 34). Cette psychologue étudie la manière dont des nourrisson-nes vont plus facilement se tourner vers des objets visuels, lesquels correspondent à des objets tactiles qui leur ont été donné de toucher auparavant mais dont il était défendu qu'ils ou elles les voient.

permis aux aveugles d'avoir accès tactilement à la communication par écrit du langage, des mathématiques, de la musique et aujourd'hui de l'informatique. »⁴⁴³.

L'enjeu est non seulement de trouver et d'étudier les outils de remédiation, mais aussi de saisir le fonctionnement de la perception tactile ou haptique. C'est pourquoi il devient nécessaire, au milieu du XXe siècle, d'associer les savoirs et savoir-faire des philosophes et des praticien-nes de l'accompagnement, avec les connaissances expérimentales et scientifiques des psychologues et des physiologistes, afin de poser les jalons de la psychologie moderne et de proposer des techniques compensatoires efficaces. Autrement dit, « à partir de la fin de la seconde guerre mondiale, le courant d'études informelles sur le toucher menées par les praticiens s'occupant des aveugles et celui des études expérimentales du toucher chez les voyants menées en laboratoire ont été associés et on a vu se développer en France de nombreuses recherches expérimentales comparant les propriétés du toucher et ses relations avec la vision chez des enfants et adultes aveugles et voyants. », comme l'expliquent Hatwell et Gentaz⁴⁴⁴.

Aujourd'hui, il existe une quantité non négligeable de connaissances concernant le toucher, dont la plupart ont été établies par les neurosciences cognitives, par la psychologie neurocognitive et par la neurophysiologie. Bien qu'elles soient fréquemment remises en perspective avec d'autres sens (particulièrement avec la vue) et avec des stratégies de compensation (sensorielles ou éducatives), ces connaissances prouvent que le toucher est à la fois source et objet de science, en tant qu'il donne accès à un véritable contenu perceptif et cognitif, c'est-à-dire, en un mot, scientifique. Le toucher reste un sens difficile à appréhender, car il met en jeu plusieurs niveaux de perception ; tant au plan des canaux sensoriels que des informations cognitives.

443 HATWELL Yvette, GENTAZ Édouard. « Origine et évolution des recherches psychologiques sur le toucher en France » art. cit. p. 718

444 Ibid. p. 719

Dans l'opinion commune, on associe à ce sens la perception de la forme, de la texture, de la température et de la solidité. Si on touche un objet, on peut déterminer s'il est froid ou chaud, humide ou sec, mou ou dur, rugueux ou doux, grand ou petit, anguleux ou arrondi etc.

L'expérience du toucher repose sur un double présupposé : d'une part, on se réfère généralement à une perception manuelle et mobile. Le toucher dont il est question est celui de la main, et notamment de la main en mouvement. Ce toucher est un acte volontaire, qui intègre les mouvements d'exploration et qui requiert une intention perceptive. Par exemple, lorsque je dis que je touche un bras, je procède en général à une investigation manuelle de ce membre, en utilisant principalement le bout de mes doigts et en déplaçant ces derniers sur toute la surface de ce même membre. Cependant, il s'agit d'un type de toucher à la fois très spécifique et très réducteur.

L'ensemble du corps est équipé de récepteurs voués à l'expérience tactile et l'ensemble du corps peut donner des informations significatives. Par exemple, si je suis assise sur une chaise, je touche le dossier avec mon dos et l'assise avec mes jambes. Si je porte une robe longue, l'ensemble de mon corps est en contact avec celle-ci. Si j'avance dans le sens contraire d'une bise froide en plein hiver, mon visage est assailli par le souffle et la fraîcheur du vent. Si je marche, mes pieds rencontrent le macadam ou, a minima, les semelles de mes chaussures. Ces perceptions semblent davantage passives, voire involontaires. Cette passivité tactile est en contradiction avec l'activité linguistique du verbe « toucher ». Ce dernier est en effet un verbe d'action et non un verbe d'état. Or, lorsqu'on touche un vêtement, ou bien le sol, ou encore du mobilier, on le fait malgré soi ; c'est-à-dire qu'on est dans un état de contact avec cette chose.

Ce paradoxe peut provenir de la pauvreté sémantique de la langue française. Contrairement aux autres sens, le toucher (de même que le goût) ne dispose pas d'une

distinction entre perception active et perception passive. Les yeux peuvent voir et regarder, les oreilles peuvent entendre et écouter, le nez peut sentir ou humer. Le corps, et même les mains, ne peuvent quant à elles que toucher. Si le verbe « contacter » existe, il ne désigne pas la perception tactile passive. De même, le verbe « sentir » déborde largement cette perception. On peut sentir des odeurs, des émotions, des états psychiques, et pas seulement des stimuli sur la peau. À défaut de verbe approprié, il faut opter pour l'expression « être en contact » pour parler du toucher passif. En termes linguistiques, c'est uniquement le récit de l'expérience tactile qui est limitée par la langue française ; en termes constructivistes, c'est tout bonnement la conception même de l'expérience tactile qui en devient restreinte⁴⁴⁵.

D'autre part, la compréhension habituelle du toucher se base sur des perceptions multiples, qui débordent la seule sphère de ce sens. Le toucher se réfère à une expérience multimodale et complexe. Multimodale, en tant qu'elle a recours à des informations issues de différents canaux perceptifs et de divers stimuli sensoriels. La multimodalité est un concept développé initialement par des urbanistes et des géographes. Il désigne la multiplicité des modes de transport sur un territoire donné. Par analogie, ce concept est utilisé par les neuroscientifiques pour décrire la diversité des processus et informations sensorielles. L'intermodalité, quant à elle, désigne plus spécifiquement l'interaction des sens dans la construction des percepts. Lorsqu'on dit avoir accès à la température, à la forme, à la texture d'un objet en le touchant, on effectue en réalité une opération multimodale. En effet, si l'on s'en tient à une description monomodale de l'expérience tactile, on doit restreindre le toucher à la perception de la texture et des frottements sur la peau. Pour le dire autrement, les

445 Le constructivisme sociologique prend en compte l'influence des déterminants linguistiques sur les représentations mentales. L'enjeu est d'examiner la variabilité des représentations et des catégorisations culturelles qui découle de la variabilité observée dans les langues.

mécanorécepteurs associés au sens du toucher ne perçoivent que les changements de pression sur l'enveloppe corporelle. La perception de la température ou la perception du mouvement sont, quant à elles, dépendantes de mécanorécepteurs différents.

L'expérience du toucher est également complexe, en tant qu'elle intègre des informations multimodales, sans réussir à les discriminer, donc sans pouvoir faire l'économie d'une perception systémique. La perception tactile est intriquée à la perception de la température, et il n'est pas possible, en l'absence de pathologie du système perceptif, d'éprouver la texture sans la température. De même, elle est associée à la perception de la forme, de la solidité, de la pression etc. Par exemple, lorsque je touche un bras, je ne peux pas me contenter d'être attentive à la douceur de la peau ; je ressens aussi l'élasticité des membranes, le contour des articulations, les différences de chaleur entre la partie interne et la partie externe de ce membre, etc.

Les recherches en neurosciences, en psychologie neurocognitive et en neurophysiobiologie permettent désormais de démêler l'objet et le fonctionnement du toucher, et d'envisager ce sens sous un autre jour. Je propose d'en extraire les idées principales, en étudiant le toucher à partir des diverses places qu'il occupe auprès de l'espèce humaine : sa place dans le développement du fœtus puis de l'enfant, sa place dans les fonctions organiques, sa place dans l'activité perceptive.

I.1. La place du toucher dans le développement de l'être humain

En premier lieu, il convient de signaler le caractère extrêmement fondamental et primitif du toucher. Il s'agit du premier sens qui se développe chez le fœtus, voire chez l'embryon. Dans les premières semaines de vie fœtale, la perception tactile existe soit à travers la stimulation de la peau, soit à travers les vibrations du liquide placentaire sur

les oreilles ou la bouche du fœtus. La peau représente l'organe le plus précoce (en termes d'apparition) et le plus sensible (en termes de réaction). Comme le souligne Arlette Streri, « l'être humain dispose d'une sensibilité tactile dès les premières semaines de vie fœtale. »⁴⁴⁶.

De récentes recherches en embryologie ont réussi à dater l'apparition des différentes formes de perception tactile. Lors de l'existence in utero, le toucher se manifeste d'abord au niveau de la peau, puis de la bouche, puis des mains, et enfin des pieds. En effet, « le fœtus répond à une légère stimulation de la tête par un retrait dès l'âge de 7,5 semaines d'âge gestationnel (Humphrey, 1964). Les parties du corps qui réagissent ensuite à la stimulation tactile sont l'aire péribuccale (8,5 semaines) correspondant à un réflexe d'ouverture de la bouche puis de déglutition, l'aire génitale (10,5 semaines), la paume de la main (entre 10,5 et 11 semaines) et la plante des pieds (12 semaines) », ainsi que l'écrit Streri⁴⁴⁷.

À la naissance, le toucher est le premier lien sensible que l'enfant entretient avec ses parents, au travers du contact peau à peau. Il s'agit d'une expérience constitutive, dans la mesure où elle permet de concrétiser le contact avec le monde ex utero. Durant les premiers mois de la vie de l'enfant, le toucher est le sens le plus utilisé pour découvrir ce monde extérieur. D'aucuns prétendent que l'expérience tactile procure sécurité et réconfort, en tant qu'elle prolonge l'expérience de l'enveloppe placentaire et qu'elle instaure une continuité entre l'existence in et ex utero⁴⁴⁸.

446 HATWELL Yvette, STRERI Arlette, GENTAZ Édouard. (dir.) *Toucher pour connaître. Psychologie cognitive de la perception tactile manuelle*. Paris : Presses Universitaires de France, 2000. P. 53

447 Ibid. p. 54

448 cf. BONIN Olivier, LLORCA Guy. « Le toucher dans la relation de soins ». Cours dispensé à l'occasion de l'école d'été *Humanités et médecine*. Oullins : UFR Médecine Lyon Sud, 11/07/2018 ; DERRIER-SANLAVILLE Aude. « Le toucher en maïeutique et les touchers sensibles ». Cours dispensé à l'occasion de l'école d'été *Humanités et médecine*. Oullins : UFR Médecine Lyon Sud, 11/07/2018

Quoi qu'il en soit, le toucher reste la première exploration sensorielle qui permet de définir et d'appréhender les objets. Toutefois, l'activité tactile fonctionne préalablement selon un modèle de stimulus-réflexe, et s'organise plus tardivement en perception exploratoire. Streri le décrit comme suit : « à l'âge de 2 mois, la fonction perceptive domine les échanges du nourrisson avec son environnement, mais elle ne devient efficace pour la main qu'une fois libérée de la forte composante motrice du réflexe. Les doigts du nourrisson exercent alors de petites pressions sur l'objet tenu, glissent sur la surface de l'objet et repèrent des hétérogénéités de contour et de surface. L'habileté manuelle et digitale va alors permettre à l'enfant de mieux se représenter l'objet manipulé. Le transfert intermodal chez le jeune bébé est donc tributaire de la faiblesse de la fonction perceptive de la main »⁴⁴⁹.

La primauté chronologique du toucher se manifeste durant les cinq premiers mois des nourrisson-nes et concerne principalement l'expérience orale (le toucher par la bouche), et plus sporadiquement l'expérience haptique. Pour ce qui est de l'expérience orale, « les capacités orales du nouveau-né ne se résument pas à une simple succion invariable et rigide. En effet, celui-ci est déjà capable de moduler sa succion selon les substances des objets et donc de percevoir une différence entre une tétine rigide et une tétine élastique », comme l'écrit Gentaz⁴⁵⁰.

L'expérience haptique désigne l'association entre la perception tactile et l'expérience proprioceptive, soit l'association entre la perception de la texture ou de la pression et la perception (souvent non consciente) du mouvement de son propre corps dans l'espace. L'expérience haptique, qui sera détaillée plus loin, met en jeu les mains et leur déplacement dans l'espace et, à ce titre, elle accorde au toucher un rôle

449 HATWELL Yvette, STRERI Arlette, GENTAZ Édouard. *Toucher pour connaître. Psychologie cognitive de la perception tactile manuelle*. op. cit. p. 201

450 GENTAZ Édouard. *La main, le cerveau et le toucher. Approche neurocognitive du sens haptique*. Chap. 1. Paris : Dunod, 2009

fondamental dans le développement psychomoteur des enfants. A partir de l'âge de cinq mois, ces derniers déploient leurs capacités intermodales et mettent en place des stratégies d'interactions sensorielles. De sorte que les mains n'ont plus seulement pour fonction de transmettre du contenu perceptif, et se retrouvent généralement reléguées à leur fonction de transport et de déplacement d'objets. Streri le résume de la façon suivante : « l'étude du système haptique, considéré isolément, permet de répondre à la question des capacités et des moyens qu'il développe pour appréhender l'environnement. Cette étude se confine généralement aux cinq premiers mois de la vie des nourrissons. Pendant cette période, si l'exploration orale semble dominer les échanges du bébé avec son environnement, l'exploration manuelle, encore limitée, permet également d'appréhender les propriétés des objets. Après l'âge de 5 mois, l'établissement de la coordination vision-préhension vient rompre ces premières formes d'interaction. Le bébé prend les objets à sa portée ou les porte à sa vue, à sa bouche, les transfère d'une main à l'autre, les déplace, etc. Le système manuel assure alors pleinement sa fonction de transport qui semble s'exercer au détriment de sa fonction perceptive. »⁴⁵¹.

La primauté axiologique du toucher demeure au-delà des premiers mois de vie, dans la mesure où ce sens engage les fonctions de survie de l'individu-e. L'expérience tactile permet tout à la fois de mettre en alerte, de révéler les limites corporelles, d'assurer le déplacement dans l'espace et, plus globalement, d'identifier les objets et la manière dont ceux-ci pénètrent la sphère intime. C'est à travers le sens du toucher que le corps est en contact avec le sol, participant ainsi à développer les fonctions motrices, que la personne est en contact avec la nourriture, garantissant alors le bon fonctionnement des mécanismes nutritifs, que l'individu-e se rapporte aux objets extérieurs, permettant de ce fait d'acquérir le sens de la « proxémie ».

451 HATWELL Yvette, STRERI Arlette, GENTAZ Édouard. *Toucher pour connaître. Psychologie cognitive de la perception tactile manuelle*. op. cit. p. 55

La proxémie est un néologisme inventé par l'anthropologue Edward T. Hall dans les années 1960⁴⁵². Notion descriptive plutôt que normative, elle désigne l'étude anthropologique de l'espace, c'est-à-dire l'analyse des critères culturels et physiques qui organisent les distances séparant les corps et les objets. La proxémie prête donc attention aux facteurs sociaux et culturels et, de ce fait, conditionne les interactions entre les personnes au sein des espaces de socialisation. Elle se configure autour de quatre distances déterminées expérimentalement par Hall : la distance intime, la distance personnelle, la distance sociale et la distance publique. Le passage de l'une à l'autre implique des modifications sensorielles chez les individu-es et s'articule autour d'une dialectique entre proche et lointain⁴⁵³.

En bref, les résultats fournis par les études en psychologie neurocognitive démontrent la prépondérance du toucher dans le développement de l'enfant, ainsi que l'importance de l'intermodalité quant au fonctionnement de ce sens. Ces études apportent d'ailleurs un éclairage nouveau au problème de Molyneux et tendent à invalider la réponse des philosophes empiristes. En effet, « ces résultats sont contraires aux théories basées sur un apprentissage perceptif (comme les théories empiristes) ou sur une coordination progressive des schèmes visuels et des schèmes tactiles (comme les théories piagétienne) qui considèrent à tort que les sens visuels et tactiles sont indépendants à la naissance et sont unifiés par l'expérience, les opérations cognitives et le langage. Ces résultats sont plutôt en faveur des théories nativistes basées sur des capacités dépendantes de structures perceptives inhérentes aux nouveaux et nouvelles-né-es. Cependant, si l'univers perceptif via les sens tactile et visuel du nouveau ou de la

452 cf. HALL Edward T. (trad. De PETITA Amélie). *La dimension cachée*. Paris : Points, 1971. p. 13

453 Pour une présentation détaillée des 4 distances (intime, personnelle, sociale, publique) et de leurs 2 modes (proche/lointain), cf. *ibid.* pp. 143-160

nouvelle-né-e semble présenter une cohérence minimale, elle n'est en aucun cas immuable », ainsi que l'écrit Gentaz⁴⁵⁴.

S'il existe une cohérence entre la perception visuelle et la perception tactile dès la naissance (sous-entendu en l'absence de déficience sensorielle), l'accent reste néanmoins mis sur la plasticité cérébrale et la malléabilité cognitive ; lesquelles sont à même de développer des stratégies de compensation ou de reconfiguration corticales et perceptives.

I.2. La place du toucher dans le fonctionnement organique

En deuxième lieu, il convient de présenter le système organique du toucher. Il s'agit de décrire ce sens à partir d'une lecture à la fois anatomique et neurophysiologique, c'est-à-dire de dépeindre le toucher à partir de ses organes et de son fonctionnement. Pour assurer son rôle dans l'expérience sensorielle, le toucher possède de nombreux vecteurs corporels et plusieurs canaux informationnels.

D'une part, je propose d'étudier le toucher à l'aune des savoirs anatomiques. Ces derniers permettent de retracer le parcours et les détours de l'expérience tactile dans le corps. Contrairement à la vue, au goût ou à l'odorat, les organes sensoriels du toucher sont non seulement multiples, mais également répartis de manière hétérogène sur tout le corps.

De façon évidente, le premier organe du toucher reste la peau. Cette dernière représente l'organe humain le plus étendu et le plus lourd. Elle constitue en moyenne

454 GENTAZ Édouard. *La main, le cerveau et le toucher. Approche neurocognitive du sens haptique*. op. cit. chap. 1. Pour une présentation détaillée des réponses contemporaines apportées au problème de Molyneux, cf. PROUST Joëlle. (dir.). *Perception et intermodalité. Approches actuelles de la question de Molyneux*. Paris : Presses Universitaires de France, 1997

7% de la masse d'un-e adulte, soit environ trois kilogrammes chez les femmes et cinq kilogrammes chez les hommes, et mesure entre 1,7 et 2 mètres carrés. Malgré tout, sa surface d'échange, c'est-à-dire la zone de transfert de matières entre le milieu interne et le milieu externe à l'organisme, est bien inférieure à celle des intestins ou des poumons. La peau se compose des trois couches principales suivantes : la couche superficielle, nommée épiderme, qui mesure de 0,5 millimètres (au niveau des paupières) à 1,5 millimètres (au niveau de la plante des pieds et de la paume des mains) ; la couche intermédiaire, nommée derme ; et la couche profonde, nommée hypoderme, qui demeure la partie cutanée la plus hydratée. Les récepteurs tactiles se situent majoritairement dans la couche superficielle (l'épiderme) et la couche intermédiaire (le derme) de la peau.

De façon plus précise, les récepteurs sensoriels du toucher se distribuent très différemment au sein du corps et fournissent à ce titre des informations inégalement condensées. Les récepteurs de la pulpe des doigts et de la zone péribuccale (la bouche et la langue) disposent d'une précision d'environ un à deux millimètres. En revanche, les récepteurs du reste du corps possèdent une précision bien moindre, d'environ quarante millimètres⁴⁵⁵. Les récepteurs ont une localisation et une concentration différente, en fonction du rôle qu'ils jouent dans les fonctions tactiles.

D'autre part, je suggère d'observer le toucher au prisme des savoirs neurophysiologiques. Ces derniers permettent de saisir l'interaction entre l'activité cérébrale de la perception et l'organisation anatomique de ce sens. Autrement dit, il s'agit d'abord de comprendre comment les récepteurs mécano-sensoriels tactiles transmettent l'information au cerveau, puis comment le cerveau transforme ces

455 cf. ANONYME. « toucher ». *Le corps humain*. <https://lecorpshumain.fr/organe-des-sens/toucher/toucher.html/comment-page-1>. [consulté le 22/07/2019]

informations en percepts, et enfin comment les potentiels d'action se traduisent dans l'expérience corporelle.

Concernant la peau en général, son rôle est de protéger les organes internes, de transmettre certaines informations sensorielles (vibration, pression, température, douleur etc.), d'assurer une partie des échanges entre le milieu intérieur et le milieu extérieur, et de maintenir une thermorégulation correcte (la régulation de la température au sein du corps).

Concernant les champs réceptifs du système tactile, ils sont présents à différents niveaux de l'enveloppe cutanée, aux côtés d'autres terminaisons avec lesquelles ils interagissent. L'épiderme se charge de protéger l'organisme des agressions extérieures et de réguler les fonctions de sudation, respectivement grâce aux terminaisons nerveuses engagées dans la perception de la douleur et aux pores sudoripares impliqués dans l'écoulement de la sueur et dans l'émergence des poils. C'est à la jonction entre l'épiderme et le derme que se localisent les corpuscules de Merkel, qui sont les récepteurs responsables de la perception tactile à haute résolution, soit les récepteurs capables de discriminer la forme et la texture des objets. Le derme se charge de donner son élasticité et sa résistance à la peau, au moyen de fibres collagènes et musculaires, de nerfs et de vaisseaux sanguins. C'est dans la partie supérieure du derme (derme papillaire) que se trouvent les corpuscules de Meissner, qui réagissent au toucher léger, et les corpuscules de Ruffini et de Crause, qui sont sensibles à la chaleur (pour les premiers) et au froid (pour les seconds). C'est également dans le derme que se situent les corpuscules de Pacini, qui détectent les fortes pressions et les vibrations et qui demeurent les plus gros récepteurs tactiles de la peau. Les fibres nerveuses, quant à elles, sont également présentes dans cette partie de la peau, mais s'occupent de la sensation superficielle. L'hypoderme se charge davantage de nourrir, d'hydrater et de

protéger les poils, les muscles et les organes, par le biais d'un assemblage de tissu conjonctif et de tissu adipeux. C'est néanmoins dans l'hypoderme que se localisent les nerfs chargés de transmettre les signaux de la peau à l'encéphale ou à la moelle épinière.

Concernant la main en particulier, la seule paume possède environ 17000 fibres liées à des mécanorécepteurs, quand l'extrémité des doigts compte en moyenne 140 corpuscules de Meissner (récepteurs du tact) au centimètre carré ; ce qui représente une concentration anatomique de 43%.

La précision des récepteurs du toucher dépend non seulement de leur taille et de leur nombre (plus une région du corps est impliquée dans le système du toucher, plus les cellules sensorielles qui s'y trouvent sont nombreuses et petites), mais aussi de leur propriété d'adaptation (plus un récepteur est sensible à un stimulus, plus il transmet rapidement l'information au cerveau). Comme le résumait Hatwell, Gentaz et Strery, « les régions les plus sensibles et qui ont la plus grande représentation corticale (les lèvres, la langue et les doigts) ont les champs récepteurs les plus petits et les récepteurs

les plus nombreux par unité de surface cutanée »⁴⁵⁶ ; et Gentaz d'ajouter : « le codage neuronal d'une propriété est estimé par la fréquence des décharges des neurones. »⁴⁵⁷.

En outre, les neurones ne réagissent pas de façon binaire, c'est-à-dire qu'ils ne se contentent pas de transmettre ou non une information, mais qu'ils adaptent leur codage en fonction des propriétés du stimulus d'un côté, et du contexte dans lequel

456 En détails : « dans la perception cutanée, les informations issues de la déformation mécanique de la partie de la peau stimulée sont codées par des mécanorécepteurs cutanés. Ces récepteurs se situent dans les différentes couches de la peau. Au moins quatre types sont identifiés et sont classés sur la base de leurs propriétés d'adaptation (rapide ou lente) et des caractéristiques de leurs champs récepteurs (réduits-délimités ou larges-flous). Les corpuscules de Meissner et les récepteurs de Merkel ont des champs récepteurs réduits et délimités, mais les premiers sont à adaptation rapide (ils sont actifs au début du contact avec le stimulus) et les seconds à adaptation lente (ils sont actifs durant tout le contact avec le stimulus). En revanche, les corpuscules de Pacini et de Ruffini ont des champs récepteurs larges et flous, mais les premiers sont à adaptation rapide et les seconds à adaptation lente. Trois de ces quatre récepteurs seraient impliqués dans la perception tactile, mais chacun avec des rôles spécifiques compte tenu de leurs propriétés (Johnson et Hsiao, 1992). Ainsi, les récepteurs de Merkel coderaient principalement les informations sur la forme spatiale et la texture des stimulus (comme des lettres en relief ou le braille) alors que les récepteurs de Meissner coderaient surtout les mouvements sur la surface de la peau (comme le glissement d'un verre tenu dans la main; Blake, Hsiao et Johnson, 1997a, 1997b). Enfin, les récepteurs de Pacini seraient impliqués dans le codage des attributs temporels du stimulus (comme la vibration d'un outil manipulé par la main; Brisben, Hsiao et Johnson, 1999). » HATWELL Yvette, STRERI Arlette, GENTAZ Édouard. *Toucher pour connaître. Psychologie cognitive de la perception tactile manuelle*. op. cit. pp. 19-20.

457 En détails : « les informations qui arrivent dans l'aire somesthésique primaire (SI), qui est une région corticale située dans la partie antérieure du cortex pariétal, [...] se distribuent dans cette aire en fonction de leur origine, selon une carte somatotopique. La totalité de l'hémicorps controlatéral est représentée dans SI [...]. Pour chaque neurone de SI (spontanément actif), il existe une région spécifique de la peau dont la stimulation modifie, soit en l'augmentant, soit en la diminuant, son régime d'activité. Cette région constitue le champ récepteur de la cellule. La taille et la densité des champs récepteurs varient selon l'importance fonctionnelle des différentes parties du corps. Les régions les plus sensibles et qui ont la plus grande représentation corticale (les lèvres, la langue et les doigts) ont les champs récepteurs les plus petits et les récepteurs les plus nombreux par unité de surface cutanée. Au fur et à mesure que l'on remonte le long du bras, les champs récepteurs sont moins denses et plus vastes. D'autre part, chaque champ récepteur est constitué d'une région centrale excitatrice et d'une région périphérique inhibitrice de sorte que la stimulation d'un point de la peau provoque l'activation

s'effectue la perception de l'autre. De même, ils fonctionnent selon un système d'activation/inhibition, c'est-à-dire qu'ils agissent en réseau avec des neurones agonistes (qui ont une action identique) ou antagonistes (qui ont une action inverse), dans la zone de production de l'information, et des neurones proches ou lointains, dans la zone de traitement de l'information. Comme l'explique Gentaz, « chaque champ récepteur est constitué d'une région centrale excitatrice et d'une région périphérique inhibitrice de sorte que la stimulation d'un point de la peau provoque l'activation d'un groupe de neurones corticaux et simultanément l'inhibition des neurones avoisinants »⁴⁵⁸.

Par ailleurs, la transmission des messages produits par la perception du toucher utilise des voies et des faisceaux différents. Pour ce qui est des voies de transmission, il y a d'un côté la voie épicrotique, de l'autre la voie thermoalgique. Bien que toutes deux transitent par le thalamus, qui se charge de redistribuer les informations sensorielles auprès du cerveau, elles sont traitées par des zones cérébrales distinctes, quoique liées, et restent attachées à des contenus perceptifs spécifiques. La première (la voie épicrotique) se charge de la perception de la forme, de la texture et de la pression, associant pour ce faire le toucher et la proprioception. La seconde (la voie

d'un groupe de neurones corticaux et simultanément l'inhibition des neurones avoisinants, permettant d'augmenter le contraste, i.e. la précision perceptive. Le codage neuronal d'un stimulus s'appuie sur la sensibilité des neurones corticaux à certaines de ses propriétés. Le codage neuronal d'une propriété est estimé par la fréquence des décharges des neurones. Pour un neurone donné, le codage est non binaire : ce neurone ne code pas une propriété selon la loi du tout ou rien, mais code avec des amplitudes différentes plusieurs paramètres de cette propriété. Par exemple, un neurone sélectif à l'orientation présente une réponse maximale lorsque l'orientation de la barre coïncide avec l'orientation de son champ récepteur. Dès que le stimulus s'écarte de cette orientation optimale, la réponse du neurone diminue. Ainsi, un neurone sélectif à l'orientation verticale ne code pas seulement l'orientation verticale d'un stimulus, mais aussi les différentes orientations (avec des amplitudes moindres) autour de cette verticale. ». GENTAZ Édouard. *La main, le cerveau et le toucher. Approche neurocognitive du sens haptique*. op. cit. chap. 9

458 Ibid.

thermoalgique) se charge de la perception de la douleur et de la température, impliquant alors des récepteurs différents. Pour ce qui est des faisceaux de transmission, la voie épicrotique passe par les nerfs crâniens (le système des colonnes dorsales), tandis que la voie thermoalgique passe par la moelle épinière (le système spinothalamique). C'est dans le colliculus supérieur (zone du cortex cérébral) que s'effectue l'intégration des percepts tactiles aux côtés des percepts visuels et auditifs.

En conséquence, des récepteurs sensoriels aux voies de transmission, le toucher repose sur une grande hétérogénéité anatomique et neurophysiologique. Or, si l'organisation anatomophysiologique du toucher présente autant de différences, alors la perception du toucher doit également offrir une grande variété.

I.3. La place du toucher dans l'activité perceptive

En troisième lieu, il convient d'aborder les multiples formes de perceptions dissimulées derrière l'unité apparente du toucher. Il s'agit d'exposer les divers champs perceptifs, ainsi que la manière dont ils sont reliés à d'autres activités perceptives. Après une étude anatomophysiologique du toucher, il paraît important de mener une enquête fonctionnelle de ce sens. Ce n'est pas seulement parce qu'il y a des genres différents de récepteurs tactiles, qu'il y a différentes formes de perceptions tactiles. C'est parce qu'il y a des interactions avec différents processus mécano-sensoriels, qu'il y a différents types de perceptions engagées dans le toucher. Il est courant d'en distinguer trois : le toucher tactile ou cutané, le toucher haptique ou tactilo-kinesthésique et le toucher somesthésique ou somato-sensoriel.

Le toucher cutané, ou perception tactile, est une expérience restreinte à la sensation des mouvements de frottement, des changements de pressions, des

modifications de texture sur la peau. C'est à la fois le toucher le plus subtil et le plus superficiel. Subtil, parce qu'il recourt notamment aux corpuscules de Merkel et de Meissner (les récepteurs les plus petits et les plus concentrés, respectivement responsables de la perception des frottements et des touches légers), bien que les corpuscules de Pacini (les récepteurs situés dans la couche intermédiaire de la peau, chargés de percevoir les changements de pression) soient également impliqués, et parce qu'il donne à ce titre des informations précises et détaillées sur la consistance des objets. Superficiel, parce qu'il ne nécessite pas un contact profond ou des mouvements d'exploration, pour produire un percept pertinent. Il peut aussi bien survenir dans une situation de perception passive, par exemple lorsque je ressens le tissu de mes vêtements sur ma peau, que dans un contexte de perception médiatisée, par exemple lorsque je touche mon assiette à travers ma fourchette. Dans ce dernier cas, il s'agit d'un toucher dit prothétique, en tant qu'il y a une médiation (la fourchette) entre les sujets percevants (moi) et les objets perçus (l'assiette), soit en tant qu'il y a une forme de distance entre les toucheurs-euses et les *tangibilia* (les choses tangibles)^{459 460}.

Cette question de la distance entre les sujets et les objets du toucher implique d'ores et déjà que ce sens relève d'une expérience bipolaire. Même si je préciserai plus loin ce que signifie cette bipolarité du toucher (sur un plan scientifique autant que philosophique), je tiens dès à présent à dire que l'expérience tactile est à la fois objective et subjective : d'un côté, elle offre des renseignements sur des objets extérieurs à soi ; de l'autre, elle donne accès à la sensation de son propre corps. Et ce

459 J'emprunte l'expression « tangibilia » (au pluriel) et « tangibilium » (au singulier) aux philosophes Olivier Massin et Jean-Maurice Monnoyer. Cf. MASSIN Olivier, MONNOYER Jean-Maurice. « Toucher et proprioception. Le corps, milieu tactile ». *Voir barré*. N°26, Décembre 2003.
https://www.researchgate.net/publication/284169361_Toucher_et proprioception_Le_corps_Milieu_Tactile. [consulté le 24/07/2019]

460 Pour plus de détails, cf. note 456

sens du corps n'est, contrairement à ce que pense Condillac, pas dépendant de gestes intentionnels et peut surgir quand le corps est au repos. Malgré tout, pour ne pas demeurer à l'état d'une perception passive et enrichir son contenu perceptif, l'expérience tactile doit solliciter des mouvements d'exploration volontaires. Pour contrebalancer l'exiguïté du champ perceptif du toucher, c'est-à-dire l'impossibilité de saisir un objet dans son entièreté au moyen d'un seul contact, ce sens dispose d'un large spectre d'organes sensoriels. « Le système tactile est donc le seul à pouvoir modifier à volonté la taille du champ perceptif engagé dans l'exploration, variant de la pulpe d'un index immobile à la surface des deux mains entières en mouvement. », comme l'expliquent Hatwell, Streri et Gentaz⁴⁶¹.

Le toucher haptique, ou perception tactilo-kinesthésique, associe la perception tactile stricto sensu et l'expérience proprioceptive. La proprioception, ou kinesthésie, désigne la sensibilité profonde qui permet de ressentir la position, la posture et les mouvements de son propre corps. Bien qu'il y ait une légère différence physiologique entre les récepteurs tactiles et les récepteurs proprioceptifs, il demeure une grande similitude fonctionnelle entre eux. Certes, les premiers sont nombreux, de taille petite et situés en surface (dans la peau), quand les seconds sont épars, de taille moyenne et disposés en profondeur (dans les muscles et les articulations). Néanmoins, ce sont dans les deux cas des mécanorécepteurs qui utilisent, la plupart du temps, des voies nerveuses identiques. Loin de considérer le toucher et la proprioception comme deux sens distincts, d'aucuns préfèrent les décrire comme deux modalités d'un même sens. Pour les philosophes Olivier Massin et Jean-Maurice Monnoyer, « nous avons [...] des récepteurs situés dans les muscles et les articulations qui permettent à notre système perceptif tactile d'extraire des informations sur l'état du milieu afin de ne pas attribuer

461 HATWELL Yvette, STRERI Arlette, GENTAZ Édouard. *Toucher pour connaître. Psychologie cognitive de la perception tactile manuelle*. op. cit. p. 5

aux *tangibilia* des propriétés du corps. La nécessité d'être informé des déformations du milieu tactile explique donc que le toucher dispose de récepteurs à la surface de la peau, mais aussi dans le corps. »⁴⁶².

C'est parce que le corps possède des récepteurs tactiles profonds et superficiels qu'il est capable de distinguer le sujet touchant de l'objet touché. Autrement dit, c'est parce qu'il y a une interaction, voire une identification, entre la proprioception et le toucher que le corps vient, dans un même mouvement, produire une conscience de lui-même et discriminer l'objet tangible. Il ne s'agit que d'une question de distance : si la perception provient du dedans, elle est dite proximale ; si elle vient du dehors, elle est dite distale. La première se concentre sur le milieu intérieur, c'est-à-dire l'organisme, tandis que la seconde s'intéresse au milieu extérieur, c'est-à-dire les objets. D'après Massin et Monnoyer, « la proprioception doit être identifiée à la "proximoception" tactile. Elle n'est rien d'autre que cette composante de l'expérience tactile qui porte sur le milieu tactile approchant : le corps. Le mode distal de l'expérience tactile est pour sa part aveugle aux propriétés du corps et ne retient que les propriétés de l'objet. C'est ce mode distal qui, la plupart du temps, monopolise notre attention »⁴⁶³.

Les différences entre toucher cutané et toucher haptique proviennent non seulement de la localisation de la perception (le corps ou les objets), mais aussi de l'implication de l'organisme dans cette même perception. Bien que toute perception soit une action, dans la mesure où elle mobilise une réaction et une concentration des champs perceptifs, il existe une distinction entre modalité passive et modalité active de la perception. Cette distinction se fonde en grande partie sur l'engagement du

462 MASSIN Olivier, MONNOYER Jean-Maurice. « Toucher et proprioception. Le corps, milieu tactile ». *Voir barré*. N°26, Décembre 2003. https://www.researchgate.net/publication/284169361_Toucher_et_proprioception_Le_corps_Milieu_Tactile. [consulté le 24/07/2019]

463 Ibid.

mouvement dans le percept ou, pour le dire autrement, sur l'association des informations perceptives qui viennent de l'extérieur et des explorations motrices qui proviennent de l'intérieur.

Même si le toucher haptique concerne tout le corps, il est généralement associé au toucher manuel. De fait, c'est dans la main et au bout des doigts que se trouvent les récepteurs tactiles les plus précis et les plus performants. Selon Gentaz, « la perception cutanée et la perception haptique se distinguent par le fait que, dans cette dernière, le système moteur est impliqué dans l'activité exploratoire de la main qui, à son tour peut mobiliser l'ensemble du système épaule-main. Dans la perception cutanée, seule la couche superficielle de la peau est soumise à des déformations mécaniques puisque le segment corporel qui porte la partie de la peau stimulée est immobile. Dans ce cas, le traitement perceptif ne concerne que les informations cutanées liées au stimulus appliqué sur la main. Dans la perception haptique, il s'ajoute à la déformation mécanique de la peau celle des muscles, des articulations et des tendons qui résultent des mouvements d'exploration du système épaule-main. La perception haptique implique alors des processus beaucoup plus complexes, car ces derniers doivent intégrer en même temps les informations cutanées et les informations proprioceptives et motrices liées aux mouvements d'exploration. Ces mouvements ont des particularités qu'il est important de préciser car ils dépendent de circuits nerveux en partie spécifiques. Ils sont intentionnels (ils sont réalisés dans un contexte de motivation en vue d'atteindre un but) et auto-initiés (ils peuvent être générés de manière interne, sans stimulus extérieur). D'autre part, ils sont généralement pluriarticulaires (ils impliquent la participation de plusieurs segments corporels). Enfin, comme ils sont souvent

relativement lents, ils peuvent utiliser au cours de leur exécution des réafférences sensorielles qu'ils produisent eux-mêmes »⁴⁶⁴.

Le toucher somesthésique, ou perception somato-sensorielle, désigne l'ensemble des sensations (du grec ancien « aesthesis ») qui se rapportent au corps (du grec ancien « soma »). Il combine la voie épicrotique et la voie thermoalgique, c'est-à-dire qu'il recouvre tout à la fois la perception cutanée, la proprioception, la thermoception (perception de la température) et l'algoception ou nociception (perception de la douleur). Il s'agit du toucher le plus complexe, en ce qu'il met en jeu des mécanorécepteurs d'espèces différentes et des percepts de natures hétérogènes. Selon la philosophe Elena Pasquinelli, « la somesthésie est, dans les caractérisations récentes fournies par la psychologie et la physiologie de la perception, une modalité non homogène car elle est constituée par plusieurs composantes, qui sont différentes par la localisation des capteurs et de leurs projections cérébrales, par l'énergie spécifique à laquelle les capteurs répondent, par les caractéristiques de l'objet sur lesquelles elles informent, et enfin par les représentations auxquelles elles donnent lieu »⁴⁶⁵. En témoignent la description anatomophysiologique effectuée dans la partie précédente. Malgré tout, la somesthésie produit un contenu perceptif unifié, ce qui légitime le fait d'en parler comme d'un seul et même sens. C'est le cortex somesthésique qui rend possible la perception du toucher et l'intégration des sensations tactiles en une représentation cohérente.

Les capteurs du toucher somesthésique se situent tout autant à la surface de la peau, par exemple dans l'épiderme, que dans des zones profondes, par exemple dans les muscles ou les articulations. Le contenu du système somato-sensoriel relève aussi bien

464 HATWELL Yvette, STRERI ARLETTE, GENTAZ Édouard. *Toucher pour connaître. Psychologie cognitive de la perception tactile manuelle*. op. cit. pp. 4-5

465 PASQUINELLI Elena. « Aux frontières du toucher ». *Voir barré*. N°26, Décembre 2003. https://www.researchgate.net/profile/Elena_Pasquinelli2. [consulté le 24/07/2019]

d'une perception distale, c'est-à-dire tournée vers l'extérieur de l'organisme, que proximale, c'est-à-dire tournée vers l'intérieur.

Cependant, les percepts somesthésiques procèdent principalement des quatre sens dits « internes » tels qu'ils ont été définis dans l'état de l'art, à savoir l'équilibriception, la nociception, la proprioception et la thermoception. Autrement dit, ces percepts rendent majoritairement compte des sensations corporelles internes – sensations regroupées sous le vocable d'« intéroception » (perceptions internes)⁴⁶⁶, qui recouvrent un large spectre allant du désir à la faim, en passant par les émotions et la douleur. Il convient donc de parler de la perception somato-sensorielle comme d'un système dont les modalités perceptives et les contenus cognitifs sont vastes quoiqu'interconnectés. Il demeure important d'insister sur l'implication prépondérante du toucher dans le fonctionnement de ce système.

Le toucher somesthésique opère à la fois de manière diachronique, c'est-à-dire qu'il perçoit des propriétés distinctes (température, texture, masse etc.), et de manière synchronique, c'est-à-dire qu'il construit une image globale en associant ces mêmes propriétés et ce, grâce au dynamisme intrinsèque à ce sens. Comme l'explique Pasquinelli, « le système somato-sensoriel est donc capable de reconnaître la forme des objets non seulement de manière séquentielle, mais aussi grâce à des mécanismes de type synchronique, liés aux composantes dynamiques de l'exploration tactile. En d'autres termes, le toucher emploie une variété de mécanismes liés à ses composantes dynamiques qui le rendent capable d'accomplir des tâches de reconnaissance concernant la macro-structure des objets »⁴⁶⁷. En conséquence, le toucher est un terme générique

466 CEUNEN Erik, VLAEYEN Johan, VAN DIEST Ilse. « On the origin of interoception ». *Frontiers in psychology*. Vol. 7, n°743, 2016.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2016.00743/full>.

467 PASQUINELLI Elena. « Aux frontières du toucher ». art. cit.

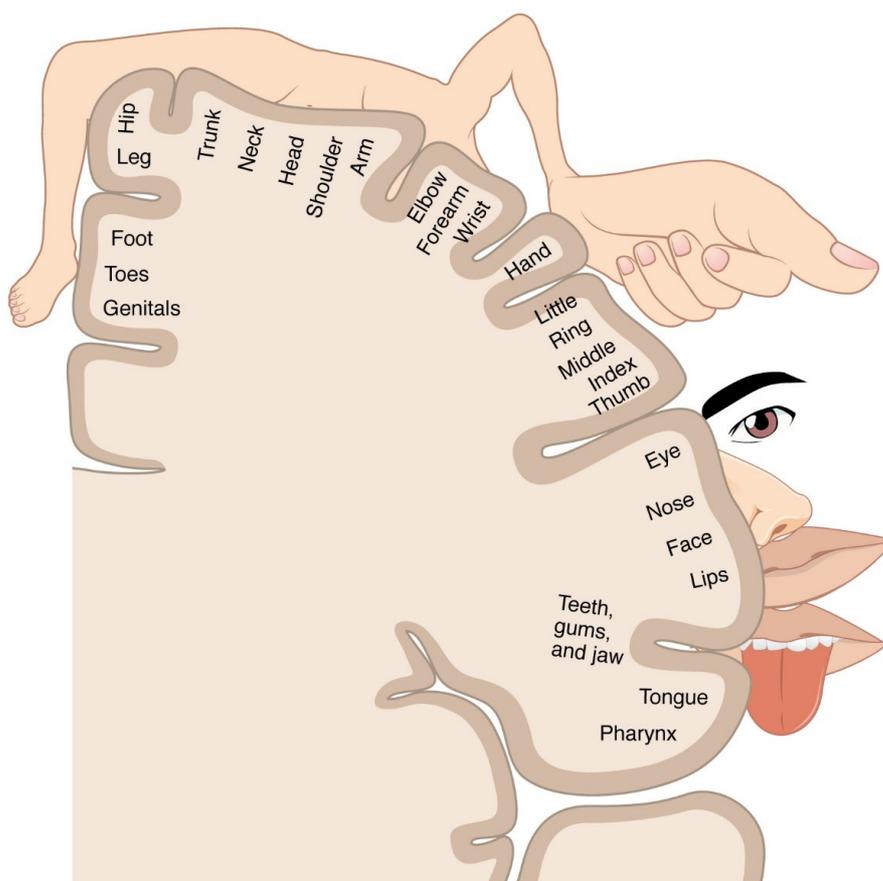
qui revêt une multitude de sens spécifiques : il peut être passif comme actif, superficiel comme profond, diachronique comme synchronique, objectif comme subjectif, etc.

L'expérience somesthésique sollicite par conséquent une multitude de récepteurs anatomiques, de fonctions physiologiques et de voies nerveuses ; multitude qu'il est parfois difficile d'appréhender. Pour rendre compte de la distribution inégale des mécanorécepteurs et de l'action des aires corticales impliquées dans la perception corporelle, soit pour illustrer les représentations différenciées en fonction de la sensibilité de certaines zones du corps, il existe le modèle de « *l'homonculus sensitif* », aussi appelé « homoncule de Penfield ». Ce modèle a été développé par le neurochirurgien Wilder Penfield dans les années 1940-1950 et désigne la carte mentale des voies nerveuses impliquées dans l'activité sensorielle et motrice.

L'homoncule sensoriel se situe dans le lobe frontal du cerveau (au niveau de sa jonction avec le lobe pariétal), et représente le cortex somesthésique primaire, c'est-à-dire l'aire du cerveau chargée de transmettre les informations relatives au toucher, à la température, à la douleur et à la posture. Il a donc pour mission de nous informer de l'état de nos organes et de nos muscles ainsi que de notre place dans l'espace, donc, en résumé, il relève de la perception proximale ou intra-organique dont il a été question plus haut.

L'homoncule sensoriel accorde une place très importante aux parties du corps les plus fournies en mécanorécepteurs somesthésiques, à savoir les mains, les pieds, la bouche, le visage et le sexe. Autrement dit, plus une zone est sensible, plus sa représentation corticale est grande. Cela relève de la somatotopie sensitive, soit de la faculté du cerveau à topographier les diverses zones du corps en fonction de leur importance dans l'activité nerveuse. Or, cela donne lieu à une cartographie mentale distordue du corps, comme l'atteste le schéma ci-dessous.

À ce propos, je tiens à signaler que l'homoncule de Penfield est généralement représenté avec un phallus, lors-même que le psychobiologiste Barry Komisaruk a démontré en 2011 que les projections relevant des organes génitaux concernaient tout autant le pénis que le clitoris et les mamelons⁴⁶⁸. Dans le modèle libre de droits que je choisis de présenter ici, la zone génitale est indifférenciée sur le plan du sexe biologique.



[Par OpenStax College – Anatomy amp; Physiology, Connexions Web site. <http://cnx.org/content/col11496/1.6/>, Jun 19, 2013., CC BY 3.0]

I.4. La place du toucher dans les théories de la perception

Dans les théories de la perception, il existe trois critères principaux pour discriminer les sens les uns des autres. Premièrement, « le critère phénoménologique

468 Cf. KOMISARUK Barry, al. « Women's Clitoris, Vagina, and Cervix Mapped on the Sensory Cortex : fMRI Evidence ». J Sex Med. N°8, 2011. Pp. 2822-2830

des *qualia* ». Les *qualia* sont des expériences subjectives non réductibles et non interchangeables. Elles désignent les impressions subjectives qui résultent des perceptions corporelles et qui accordent aux sens une expérience propre. Entendre, ce n'est pas la même chose que sentir, de même que toucher, ce n'est pas la même chose que goûter. Deuxièmement, « le critère physiologique de l'organe ». Les sens diffèrent à partir de leurs voies anatomiques et de leurs fonctions physiologiques. Les oreilles entrent dans la définition de l'ouïe, de même que le nez entre dans celle de l'odorat. Troisièmement, « le critère physique des sensibles propres ». Les sensibles propres proviennent de la pensée aristotélicienne⁴⁶⁹ et désignent des entités physiques qui existent en tant que telles et restent indépendantes des modalités sensorielles. Les sens se spécialisent en fonction de leur capacité à percevoir certaines propriétés plutôt que d'autres. L'ouïe se charge des ondes sonores, tandis que la vue se charge des ondes lumineuses⁴⁷⁰.

Le premier critère est de type subjectiviste, c'est-à-dire qu'il fait du vécu subjectif l'outil d'appréciation du phénomène perceptuel, alors que les deux suivants sont de type réaliste, c'est-à-dire qu'ils s'attachent à des normes vraisemblablement objectives, ou du moins à des éléments identifiables physiquement.

Étant donnée la complexité du sens du toucher, il paraît difficile de déterminer ce qu'il y a derrière chaque critère, de même qu'il semble compliqué de savoir si l'on est du côté du normativisme ou de celui du réalisme. Certes, on peut désormais affirmer que le toucher est optimal pour percevoir la rugosité, la dureté, l'élasticité, la solidité, la granularité, la rigidité, l'onctuosité et la température, et efficace pour appréhender

469 cf. ARISTOTE. (trad. de BODEÛS Richard). *De l'âme*. Paris : Flammarion, 2018

470 Pour une présentation détaillée des critères utilisés en théorie de la perception, cf. MASSIN Olivier, MONNOYER Jean-Maurice. « Toucher et proprioception. Le corps, milieu tactile ». art. cit.

l'homogénéité et la masse des objets⁴⁷¹, mais est-ce à dire qu'il existe des sensibles propres du toucher ?

Entre l'intermodalité sensorielle et la multiplicité des récepteurs tactiles, il n'est pas aisé de délimiter les entités physiques que seul le toucher peut saisir, ni de délier les perceptions subjectives (les perceptions internes et propres au corps) des perceptions objectives (les perceptions externes et relatives aux objets). En d'autres termes, entre la bipolarité du toucher et l'intégration du corps aux percepts, il n'est pas simple de tracer une frontière indiscutable entre les perceptions subjectives et les perceptions objectives qui président à l'expérience tactile.

Quant à se demander quels sont les organes du toucher, la réponse la plus évidente est : le corps. C'est bel et bien tout le corps qui perçoit les *tangibilia*. Pour ce qui est des sensibles propres, le corps est autant le sujet percevant que l'objet perçu. Lorsque la perception est distale, les récepteurs tactiles fournissent des informations sur les propriétés de l'objet, autant que sur les propriétés du corps. L'appréciation de la température d'une chose, par exemple, est relative à la température de l'organisme. Le corps procède par comparaison. Lorsque la perception est proximale, les récepteurs tactiles sont tournés vers le corps en propre. C'est la signification de la proprioception. De sorte que les sensibles propres du toucher semblent être la sensibilité corporelle.

Pour ce qui est des *qualia*, le corps intervient également, dans la mesure où l'acte de toucher ne peut se défaire de l'acte d'être touché-e en retour. En touchant un objet avec ma main, je laisse ma main se faire toucher par cet objet. L'impression qui résulte de l'expérience tactile est d'ailleurs bien souvent l'intimité corporelle. De sorte que le corps s'impose comme l'étalon du sens du toucher et que ce sens brouille les bornes des normes d'appréciation.

471 cf. KATZ David. *The world of touch*. Hillsdale (New Jersey) : Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1989

Si cette incursion dans les sciences expérimentales et dans la philosophie de la perception ne garantit pas de satisfaire les trois critères usuels des théories de la perception, elle permet à tout le moins de poser les fondations d'une épistémologie critique du toucher et, par extension, d'une épistémologie du corps sensible. De fait, elle met en évidence le rôle du toucher dans la perception et la conscience du corps, voire dans le développement du schéma corporel. Ce sens implique en effet le corps dans son entièreté ; au niveau anatomique (les organes du toucher sont disposés de partout dans le corps), au niveau cognitif (les percepts du toucher, parce qu'ils varient de profondeur, de nature et d'intensité, rendent compte aussi bien du milieu intérieur que du milieu extérieur du corps), au niveau psychologique (les impressions du toucher participent à construire l'identité corporelle et les frontières personnelles).

Le toucher somesthésique reste, en termes étymologiques comme en termes physiologiques, la modalité tactile qui rend le plus justice à cette dimension corporelle. Aussi semble-t-il pertinent d'aborder épistémologiquement le toucher somesthésique, afin d'envisager la façon dont il permet de penser et d'agir sur le corps, et, in fine, d'intégrer la question de la production et de la validité des normes de jugement. En bref, il s'agit, dans cette thèse, de construire une épistémologie du corps sensible à partir d'une épistémologie du toucher somesthésique.

II. Du fonctionnement à l'objet du toucher

Avant d'exposer les principes d'une épistémologie du toucher somesthésique et d'une théorie du corps sensible, il paraît néanmoins important de cerner davantage l'objet du sens du toucher. Jusqu'alors, mon enquête s'est concentrée sur le fonctionnement de ce sens, au niveau anatomique, physiologique et cognitif. Dans une

démarche résolument pragmatique, il est plus facile de définir un objet après avoir défini son usage. De plus, il est plus aisé d'aborder une question à travers une description de la méthode qu'on utilise pour répondre, plutôt qu'à travers une présentation frontale de la réponse.

Or, l'objet du toucher est non seulement une matière complexe, étant données la variété et la multiplicité des percepts tactiles, mais aussi un problème aporétique, si on choisit de s'interroger sur l'objet avant de s'interroger sur son fonctionnement. D'un côté, c'est en décrivant les caractéristiques fonctionnelles du toucher qu'il est possible de saisir la spécificité et la complexité des objets tactiles. D'un autre côté, c'est en s'appuyant sur les données issues des sciences expérimentales (psychologie neurocognitive et neurosciences cognitives) qu'il est possible d'échapper au diallèle de la philosophie de la perception. Ce diallèle revient à définir les sensibles propres du toucher à partir du toucher lui-même, c'est-à-dire à identifier la spécificité des entités physiques du toucher à partir d'une définition préconçue de ce sens.

En optant pour une étape préliminaire – qui consiste à caractériser les organes du toucher au moyen des connaissances produites par les sciences expérimentales –, j'espère contourner l'écueil de la tautologie et valoriser les apports de l'épistémologie. Il s'agit de traiter un problème fondamental en épistémologie, à savoir la manière dont le paradigme scientifique en vigueur influence la perception des objets de la connaissance.

À ce sujet, je souligne l'importance accordée aux neurosciences cognitives depuis les années 1990 et ce, dans des domaines aussi divers que nombreux : des recherches sur l'intelligence artificielle, aux réformes éducatives, en passant par les psychothérapies cognitives. Dans le contexte français, les neurosciences jouissent aujourd'hui d'un prestige et d'une audience prépondérantes. Or, nombre de critiques (notamment issues des sciences humaines et sociales) remettent en cause cette hégémonie

neuroscientifique, tout en s'attachant à questionner la construction de ce monopole⁴⁷². Ce statut monopolistique des neurosciences m'enjoint, a minima, de prendre en compte ce type de connaissance scientifique au sein de mon enquête épistémologique.

Une fois ces considérations préalables exposées, il est possible de revenir à l'objet du toucher. Cependant, et pour reprendre les mots de la philosophe Jeanne-Marie Roux, « y a-t-il seulement un objet du toucher ? Le toucher a-t-il affaire à des objets ? »⁴⁷³.

Cette demande paradoxale est le résultat d'une analyse philosophique et étymologique du concept même d'objet. Comme l'explique cette autrice, « un objet c'est bien sûr quelque chose que l'on a placé devant soi, ce qui est jeté devant soi. Une chose

472 Depuis les années 1990, les neurosciences cognitives suscitent globalement deux types de réactions : soit un « neuro-optimisme » qui consiste à mettre en avant la performativité des neurosciences, c'est-à-dire à valoriser la plasticité cérébrale comme condition du façonnage du sujet. Soit un « neuro-scepticisme » qui consiste à critiquer le réductionnisme biophysique, c'est-à-dire à contester la « cérébralisation » des sujets comme outil d'individualisation et de désocialisation. Dans le sillage des travaux de Francesco Panese, Mathieu Arminjon et Vincent Pidoux, les sciences humaines et sociales peuvent échapper à cette approche binaire des neurosciences et proposer une réflexion « épistémopolitique » sur cette discipline et ses usages. Selon eux, « [...] La critique actuelle des neurosciences se situe toutefois dans une configuration "épistémopolitique" spécifique [...]. D'un côté, on leur reproche une naturalisation neurobiologique qui conduirait à désocialiser les identités, les parcours de vie des individus et, par extension, leur prise en charge par les institutions sociales ; de l'autre, on emprunte aux (neuro)sciences cognitives des méthodes et résultats susceptibles de renouveler la compréhension des faits sociaux modulés par la biologie des sujets [...]. Cette opposition doit toutefois être nuancée car elle néglige une tierce critique qui ne consiste pas à rejeter sommairement les neurosciences, mais à considérer que la "cérébralisation du sujet" est moins un effet de leurs avancées scientifiques que le symptôme d'une forme contemporaine de naturalisation du social qui correspondrait à une représentation de l'humain caractéristique de l'individualisme contemporain. ». PANESE Francesco, ARMINJON Mathieu, PIDOUX Vincent. « La "fabrique du cerveau" en tensions entre sciences sociales et neurosciences ». *SociologieS*. 2016. <https://journals.openedition.org/sociologies/5264>. [consulté le 29/11/2019]

473 ROUX Jeanne-Marie. « Le toucher entre objet et objectivité (II) ». *Implications philosophiques*, 24/02/2018. <https://www.implications-philosophiques.org/langage-et-esthetique/implications-de-la-perception/le-toucher-entre-objets-et-objectivite-ii-2/>. [Consulté le 12/07/2019]

est sûre : l'objet est "devant". [...] Il n'y a pas de "devant" évident pour le toucher, car nous touchons avec tout notre corps. Ou, s'il y a bien un "devant" pour le toucher, la cause en est l'orientation de nos mains et de nos bras, laquelle est conforme à l'orientation de notre vision »⁴⁷⁴. Ici, Roux met en évidence le logiciel visuel qui préside à la conceptualisation des objets sensibles. Pour le dire autrement, cette philosophe tient à souligner les présupposés visuels qu'il y a derrière la notion d'objet des sens.

Dès lors, s'interroger sur l'objet du toucher, c'est aussi s'interroger sur l'ensemble du processus de connaissance. En d'autres termes, c'est également se demander comment la perception intervient dans la connaissance et comment les percepts sont appréhendés par le corps et par le langage. Selon Roux, « l'intérêt du travail sur l'objet du toucher serait à ce titre multiple : il donne l'occasion, d'une part, d'explorer différents aspects de ce sens, négligé mais d'une importance considérable et constante dans nos vies ; il permet de plus, évidemment, de considérer différemment la question de l'objet de la perception en mettant l'accent, non sur la vue, comme souvent, mais sur le toucher ; enfin, et surtout, il permet de se soustraire – ou de tenter de se soustraire – non seulement au paradigme visuel, mais surtout aux préjugés encombrant, à son corps défendant, l'analyse de la vue »⁴⁷⁵.

En tenant compte des apports des neurosciences cognitives et de la neurophysiologie, il est possible de dire que « nous touchons avec tout notre corps ». Lors de l'expérience tactile, haptique ou somesthésique, différentes couches de l'épiderme sont impliquées, différents corpuscules sont convoqués, différents trajets neurologiques sont engagés. Il est alors compliqué d'individuer les objets du toucher en particulier et, par extension, le sens du toucher en général. Face à cette difficulté,

474 Ibid.

475 Ibid.

plusieurs propositions ont été formulées. Je propose d'examiner les deux propositions qui me paraissent les plus rigoureuses et fructueuses.

II.1. Définir l'objet du toucher à partir d'une perspective phénoménologique

La tradition phénoménologique contemporaine (à distinguer de la tradition classique telle qu'elle a été abordée au chapitre précédent) met l'accent sur la dimension intentionnelle du toucher⁴⁷⁶. Dans cette perspective, le toucher est généralement compris comme le lien entre le milieu interne qu'est l'organisme et le milieu externe qu'est le monde. À l'instar des travaux d'Olivier Massin et de Frédérique de Vignemont, cette approche met l'expérience de la pression au cœur de l'expérience tactile.

Certes, cette définition n'est pas sans faire écho à la praticienne de shiatsu que je suis, mais elle s'appuie sur une interprétation restrictive de la pression. En effet, elle insiste sur l'expérience tactilo-kinesthésique à l'origine de cette sensation, c'est-à-dire sur l'association du mouvement du système épaule-main avec la perception des frottements sur la peau. Autrement dit, cette définition se cantonne à une compréhension haptique de l'expérience du toucher en général, et de la perception de la pression en particulier. Comme s'il n'y avait pas de pression sans mouvement volontaire, et comme si la pression se réduisait à la localisation cognitive d'un changement sur la peau.

À l'encontre d'une interprétation neuroscientifique stricte, la pression fait toutefois appel à des percepts qui mettent en jeu l'inscription du corps dans une temporalité, de même que dans une autonomie organique ; deux éléments mis de côté

476 cf. MASSIN Olivier, VIGNEMONT Frédérique de. « Touch ». in *The Oxford Handbook of the Philosophy of Perception*. Oxford : Oxford University Press, 2013.

par la phénoménologie de Massin et Vignemont. Or, ceci est le résultat de deux présupposés.

Tout d'abord, cette approche s'appuie sur une définition radicalement spatiale de l'expérience tactile et de la conscience du corps. D'un côté, elle insiste sur le lien entre toucher et proprioception. Ici, la proprioception est elle-même appréhendée selon un cadre externaliste, puisque l'accent est davantage mis sur l'effet de la perception de l'espace sur son propre corps, que sur la sensation autonome de sa propre posture. C'est en situant son corps dans l'espace que l'on expérimenterait le rôle du toucher au sein du système somato-sensoriel. Bien que l'expérience proprioceptive renvoie d'ordinaire aux facultés interoceptive, elle s'appuie ici sur les phénomènes extérieurs à l'organisme.

D'un autre côté, cette approche s'en tient à la dimension distale du toucher, c'est-à-dire à la perception des objets ou du milieu externe au corps. C'est uniquement en se confrontant à des objets que l'on prendrait conscience de ses bornes corporelles. C'est pourquoi il n'est pas paradoxal, dans ce cas, de revendiquer à la fois la centralité de la proprioception et celle de la perception distale. Cette théorie ne nie pas la perception proximale, c'est-à-dire la sensation de son propre corps lors de l'expérience tactile, mais elle valorise l'aspect objectiviste de la perception. Elle prend en compte le rapport privilégié entre perception distale et perception proximale. Cependant, elle participe de l'externalisation de l'activité perceptive, en faisant de l'intentionnalité le moteur de la perception. Autrement dit, elle qualifie l'activité perceptive principalement à partir des objets perçus, plutôt que de l'expérience corporelle.

Cette externalisation de l'activité perceptive provient de la focalisation sur les objets. Or, ces mêmes objets sont considérés non seulement comme les moteurs de l'intentionnalité perceptive, mais également comme la condition de possibilité du lien entre perception proximale et perception distale. D'après le philosophe Alireza Bani Sadr,

« l'idée d'un tel rapport privilégié s'appuie souvent sur le constat que le toucher implique l'expérience de notre corps combinée à l'expérience des objets externes. Parmi les défenseurs de ce type d'approche, David Armstrong [auquel se réfèrent Massin et Vignemont] cherche ainsi, d'une part, à réduire les propriétés tangibles multiples à une classe fondamentale de propriétés, à savoir les propriétés spatiales, et d'autre part, à établir que la conscience de notre corps (sa position, ses mouvements et ses déformations, etc.) nous donne accès aux propriétés spatiales des objets externes »⁴⁷⁷.

Cette définition a l'avantage de faire du toucher un vecteur privilégié pour appréhender le monde. Elle suggère néanmoins une conception réductionniste de l'expérience tactile et de la conscience du corps. Réductionniste, en tant qu'elle accentue uniquement la dimension spatiale de la perception, au détriment, par exemple, de la dimension temporelle. Réductionniste encore, en tant qu'elle résume l'expérience corporelle aux perceptions externes ; manquant de la sorte un grand pan de l'expérience somesthésique, notamment à l'endroit de la thermoception et de la nociception.

Ensuite, cette approche renvoie à une conception très limitée du toucher, au sens philosophique aussi bien que neuroscientifique. En effet, elle omet une part importante de la dimension somesthésique et subjective du toucher. Elle ne se concentre que sur la dimension tactile, et, partant, fait notamment abstraction de la perception de la température et de la douleur. Or, ces deux facultés relèvent davantage de procédés subjectivistes, dans la mesure où elles opèrent par comparaison (on perçoit la température extérieure en la comparant d'abord à celle de son organisme), de même qu'elles opèrent en autonomie (la douleur n'a pas toujours besoin de cause externe pour advenir).

477 BANI SADR Alireza. « Sur la possibilité d'une conception pluraliste et active de l'expérience tactile ». *Philonsorbonne*. 2015. <http://journals.openedition.org/philonsorbonne/713>. [consulté le 20/04/2019]

Bani Sadr l'explique comme suit : « adoptant une approche intentionnelle à l'égard de l'individuation des sens et distinguant conséquemment les modalités sensorielles par leur objet propre et primaire respectif, Massin et de Vignemont essaient de défendre l'hypothèse selon laquelle le toucher est la perception directe de la pression et de la tension. Pour ce faire, ils prennent la pression comme l'objet propre et primaire du toucher. L'objet propre parce que la pression ne peut pas être directement vue ou entendue, bien que ses causes et ses effets le puissent. L'objet primaire parce qu'on ne peut jamais percevoir à travers le toucher sans qu'on sente la pression ou la tension. Ils soutiennent que « la pression est la couleur du toucher »⁴⁷⁸.

Dans ces conditions, la possibilité d'une conscience de la sensibilité corporelle semble à la fois difficile et insignifiante, bien que la perception soit soumise à l'intentionnalité. La conscience phénoménologique n'est pas interoceptive. Au contraire, elle est extéroceptive. De fait, l'intentionnalité caractérise, par définition, la faculté à extraire la conscience de son milieu interne et à se porter vers les objets externes. D'où la difficulté à prendre en charge l'expérience sensible. Non seulement les critères choisis sont trop restrictifs pour décrire le phénomène perceptif dans toute sa richesse et sa complexité, mais ils présentent de plus une expérience terne et univoque, soit une expérience seulement nuancée par la perception des objets et la sensation de l'espace.

II.2. Définir l'objet du toucher à partir d'une approche interactionniste

La tradition que j'appelle interactionniste s'intéresse au système sensoriel du toucher. Dans cette tradition, le toucher compose bel et bien avec une multiplicité d'objets, mais propose malgré tout une perception homogène, qui plus est active. Dans

478 Ibid.

le sillage d'Alireza Bani Sadr, il est possible de saisir le caractère à la fois distal et proximal ainsi que l'aspect somesthésique du toucher, au moyen d'une étude épistémologique de ce sens.

Pour maintenir l'homogénéité et l'activité de l'expérience tactile, il faut d'emblée écarter l'hypothèse du toucher comme expérience multisensorielle. Et pour comprendre la dimension systémique et dynamique de ce sens, il est intéressant de se référer à la théorie neurocognitive du « liage des traits ». Selon cette théorie développée par Matthew Fulkerson en 2011⁴⁷⁹, le toucher est un sens unique permettant de percevoir des qualités phénoménales diverses, notamment grâce à des systèmes sensoriels distincts. Ceci signifie que l'expérience tactile est une modalité à part entière, dans la mesure où elle donne accès à une expérience unifiée, et repose sur une coordination perceptive identifiée et homogène. C'est en cela qu'elle s'éloigne de l'approche multisensorielle. Car celle-ci distingue plusieurs modalités sensorielles, aussi bien en ce qui concerne leur fonctionnement que leur type de stimuli. Le liage des traits, quant à lui, ne présuppose pas une telle segmentation des modalités sensibles qui, bien souvent, entraîne une évacuation de certains *tangibilia*.

Parce qu'elle est limitée à l'expérience de la pression, la phénoménologie de Massin et Vignemont ne permet pas de prendre en compte la perception de la température ou de la douleur. Cette théorie met de côté de nombreux percepts tactiles ou *tangibilia*. Or, cela paraît dommageable dans l'économie générale de mon travail. Penser le toucher dans la relation de soin sans penser la douleur est une position intenable.

Avec Bani Sadr, « nous soutiendrons, contre la thèse de Massin, que d'autres qualités sensibles telles que la texture, le poids, la vibration, la déformation, la dureté,

479 cf. FULKERSON Matthew. « The unity of haptic touch ». *Philosophical Psychology*. Vol. 24 n°4, 2011. pp. 493-516

l'impénétrabilité, etc. peuvent être "directement" perçues par le toucher, et constituer en conséquence des objets propres et des objets primaires. Les études psychophysiques et neurophysiologiques montrent qu'il y a des mécanorécepteurs dans le système cutané remplissant chacun une fonction perceptive distincte (par exemple les corpuscules de Pacini et les corpuscules de Ruffini situés dans les couches profondes de la peau spécialisés dans la détection du contact avec l'objet et le déplacement de l'objet sur la peau, les corpuscules de Meissner, les disques de Merkel situés dans les couches superficielles, spécialisées dans la détection de la texture avec finesse). L'existence des mécanorécepteurs spécialisés peut montrer que l'"entrée sensorielle" ou "stimulus proximal", c'est-à-dire les ondes mécaniques qui excitent chacun de ces récepteurs, n'est pas la pression mais une certaine distribution de la pression »⁴⁸⁰.

Certes, les objets propres et primaires du toucher ont un lien avec la pression mais ne se confinent pas à celle-ci. Ces objets propres et primaires font intervenir d'autres mécanorécepteurs et d'autres expériences sensibles. De sorte qu'il devient difficile d'individuer le sens du toucher à partir de ses objets. Dans ce cas, et pour reprendre une proposition de Bani Sadr, « on peut même refuser d'individuer les sens et dire que l'expérience perceptive est essentiellement multisensorielle. Une proposition plus modeste reviendrait à supposer qu'il y a des interactions entre les différentes voies de l'information sensorielle mais que la façon dont ces voies interagissent diffère en fonction de la modalité sensorielle »⁴⁸¹.

En résumé, il convient de se demander si c'est l'unité sensible qui précède la diversité perceptive, ou bien si ce sont les modalités sensibles qui devancent l'expérience sensible. Autrement dit, il s'agit de savoir s'il y a une unité sensible

480 BANI SADR Alireza. « Sur la possibilité d'une conception pluraliste et active de l'expérience tactile ». art. cit.

481 Ibid.

fondamentale qui se décline a posteriori en différentes modalités sensibles, ou bien une diversité d'informations perceptives qui sont synthétisées dans un second temps par une faculté transperceptive. En somme, faut-il envisager une « transsensibilité », c'est-à-dire une sensibilité totale qui subsume les perceptions spécifiques, ou une « intersensibilité », c'est-à-dire un lien entre les différentes modalités perceptives ?

Revendiquer le caractère multisensoriel de toute perception est un programme à la fois ambitieux et irréaliste. Ambitieux, car il paraît compliqué de justifier une attention globale en permanence. Cela signifierait que chaque percept doit être remis en perspective avec une multitude d'autres percepts de natures manifestement différentes. Et irréaliste, car il demeure possible de rendre compte, dans le langage comme dans le corps, d'une expérience monosensorielle. De plus, il est évident que certaines capacités font appel à un sens plutôt qu'à un autre. En témoigne par exemple l'analgésie congénitale (aussi appelée « maladie du toucher ») qui ne permet pas d'avoir accès aux signaux nerveux produits par l'activité nociceptive, donc de prendre conscience des risques et d'éviter les traumatismes corporels. D'où le fait de préférer parler d'interactions entre les modalités sensorielles, afin d'appréhender la spécificité de chaque perception, tout en insistant sur la nécessité de leur collaboration.

Par ailleurs, noyer le toucher dans une expérience multisensorielle, c'est renoncer non seulement à l'unité et à l'homogénéité de chaque expérience sensitive, mais aussi à la dimension active, ou plutôt interactive, de chacune. D'un côté, la définition multisensorielle va à l'encontre de l'évidence phénoménale du toucher. Lorsque je touche quelque chose, par exemple la main de mon amie, je ne suis généralement pas en mesure de discriminer la sensation de la pression, la sensation de la température, la sensation de la texture. Cette main m'apparaît comme une totalité sensible. En d'autres termes, cette main me parvient d'après un processus holistique : la réalité du tout

qu'est la main prime sur la réalité de chaque percept distinct. Cela ne veut pas dire qu'il est impossible de porter son attention sur un percept plutôt qu'un autre. Cette spécification de l'attention est d'ailleurs ce qui distingue la perception de la sensation. La perception relève d'un processus d'attention sélective, tandis que la sensation découle d'une stimulation nerveuse. À ces deux opérations s'ajoute la cognition, dont l'objectif est d'unifier les sensations et les perceptions avec l'ensemble des souvenirs ou des habitudes. C'est par la cognition que j'ai accès à la réalité holistique de la main. Néanmoins, lorsque je touche cette main, je peux affirmer que je la touche, sans dire que je la vois, que je l'entends, que je la sens etc.

D'un autre côté, la définition multisensorielle réduit l'expérience du toucher à celle d'une multiplicité de contacts. Elle présuppose une conception additive et passive de l'expérience sensible. Additive, car elle discrimine les divers *tangibilia* dans un premier temps, pour les additionner au sein d'une perception unitaire dans un second temps. Outre le paradoxe que représente l'épreuve de la discrimination, celle de l'addition n'est pas sans poser des problèmes insolubles. Cette idée se confronte à des obstacles aussi bien méthodologiques (comment s'opère le rapprochement ?) qu'ontologiques (pourquoi des éléments de natures différentes s'associent-ils ?). Passive, car elle insiste sur la réception des stimuli plutôt que sur la perception des objets. Ce serait la diversité des *tangibilia* qui justifierait la multiplicité des récepteurs. Il est toutefois possible de retourner cet argument : c'est la complexité des récepteurs qui permet de percevoir la richesse des phénomènes, de même que c'est le mouvement d'exploration perceptive qui permet, dans un même mouvement, de saisir et d'unifier des objets distincts.

En conséquence, l'approche multisensorielle ni ne répond aux critères phénoménologiques de l'expérience, ni ne pense la perception comme une action. Or,

comme le souligne Bani Sadr, les études neurocognitives révèlent deux choses importantes : « 1) dans le toucher on attribue des propriétés (ou des traits) aux objets tangibles, 2) le liage de ces propriétés s'effectue via les actions exploratoires »⁴⁸².

Parce qu'elle tient compte du caractère dynamique et holistique de l'expérience tactile, la théorie dite du « liage des traits » semble pertinente pour penser le toucher. Cette théorie s'inscrit dans une perspective transperceptive plutôt qu'interperceptive, dans la mesure où elle considère que l'expérience unifiée prévaut et précède les perceptions spécifiques. Comme l'explique Bani Sadr, « le "liage des traits" [...] consiste en une attribution directe de traits (ou de propriétés) à des objets [...]. [Il] diffère d'une modalité sensorielle à une autre. Il se distingue ainsi des interactions multisensorielles impliquant des relations associatives à des niveaux plus élevés. »⁴⁸³. Pour le dire autrement, le liage des traits conçoit l'expérience sensitive comme un système sensoriel.

482 Ibid.

483 Pour une explication détaillée de la théorie du liage des traits, je renvoie à la citation suivante : « Tout en admettant que la plupart des expériences unisensorielles possèdent de multiples systèmes sensoriels et sources du contenu, Fulkerson fait valoir qu'elles possèdent également une sorte d'unité constituée par le "liage des traits". D'après Fulkerson, un certain percept engage différents types de connexion entre les différents traits (ou propriétés) perçus dans une expérience donnée, qu'il soit produit par un sens unique – bien qu'il comporte des qualités phénoménales diverses – ou par la coordination et la collaboration de sens distincts. [...] Il distingue ainsi entre les "unités aperceptives", la "relation associative" et le "liage des propriétés". Le simple fait d'appartenir au même sujet est à l'origine d'"unités aperceptives". La "relation associative" s'effectue à un niveau moins général impliquant des connexions entre les expériences sans pour autant dépendre de la nature de ces connexions. Pour Fulkerson, il existe différentes manières de réaliser une telle relation : une expérience peut en supprimer une autre, se lier à d'autres, les dominer, etc. L'idée de "relation associative" est un concept général par lequel il explique une variété d'interactions multisensorielles, tout en distinguant entre les expériences unisensorielles et multisensorielles. Le "liage des traits", comme Fulkerson le comprend, consiste en une attribution directe de traits (ou de propriétés) à des objets – définition qui n'est pas partagée de tous les tenants du concept de liage. D'après Fulkerson, le liage des traits diffère d'une modalité sensorielle à une autre. Il se distingue ainsi des interactions multisensorielles impliquant des relations associatives à des niveaux plus élevés. ». BANI SADR Alireza. « Sur la possibilité d'une conception pluraliste et active de l'expérience tactile ». art. cit.

Chaque sens dispose de son propre système. Et chaque sens doit composer avec un ensemble de données phénoménales, qu'il a la charge d'explorer et de combiner. Comme le montre encore Bani Sadr, « cette proposition est prometteuse dans la mesure où elle offre aux études de l'expérience tactile un cadre qui distingue système sensoriel et modalité perceptive. Cette distinction nous sera utile, si nous tenons compte du fait que la perception n'est pas une simple expérience sensorielle, mais qu'elle consiste également à examiner activement le monde »⁴⁸⁴.

Dans ce cadre, le toucher est perçu comme un système somesthésique. Il explore le monde au moyen du corps tout entier et à partir d'une démarche dynamique. Il participe à associer les objets entre eux et à lier le corps au monde. C'est à ce niveau que se joue la distinction entre l'action et l'intentionnalité perceptive. La première suppose un engagement corporel, et fait du corps en mouvement l'élément de liaison entre les percepts. Quant à la seconde, elle se cantonne à une expérience intellectuelle, et s'intéresse davantage aux projections de la conscience. C'est probablement grâce à cette distinction qu'il est possible d'appréhender la différence entre l'exploration et l'instrumentalisation sensorielle. La première met l'activité corporelle au fondement de la perception, alors que la seconde la met au service de cette même perception.

II.3. Peut-on vraiment parler d'« objet » du toucher ?

L'approche interactionniste s'appuie sur une définition holistique et systémique de la perception et, ce faisant, rappelle que cette dernière nous sert aussi, et peut-être surtout, à « examiner activement le monde ». Mais est-ce à dire qu'il n'y a d'objets tactiles que des objets perçus intentionnellement et activement ? Comme le signale

484 Ibid.

Roux, « avant de chercher à identifier et à connaître les choses qui nous entourent, nous prenons tout simplement des repères et nous nous tenons, debout, assis, couché... La notion d'objet semble ainsi avoir l'inconvénient de trop insister, de ce point de vue, sur l'intentionnalité, la visée, qui suppose une conscience, une attention de notre part, alors que nous touchons, nous sommes en contact, le plus souvent, avant toute activité, tout acte, pour prendre position dans le monde. À cet égard, l'avantage du toucher comme objet philosophique est qu'il met en première ligne non pas tout ce sur quoi nous tendons notre attention, mais tout ce qui nous entoure, et cela très immédiatement, très intuitivement. [...] Méthodologiquement, il convient peut-être, à cet égard, de se méfier du verbe "toucher", qui suppose pour nous une intentionnalité. Il faut laisser une place à l'ensemble du corpus du tact et du contact, plus que du toucher »⁴⁸⁵.

Le toucher intentionnel présuppose une projection de la conscience, et pas seulement un engagement du corps, vers les objets. C'est en cela qu'il diffère du toucher haptique. De fait, ce dernier peut impliquer un mouvement corporel, sans exiger une attention psychologique.

Parmi les modalités sensorielles qui constituent le système somesthésique, il y a toutes ces formes de touchers non intentionnels et non actifs. Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de processus actif dans la perception. En effet, la théorie du « liage des traits » envisage la perception comme une activité systémique et interactionniste. Cela signifie que les objets du toucher ne sont pas uniquement des éléments vers lesquels on porte une attention. Or, cette caractérisation des objets du toucher va à l'encontre de la définition-même d'objet de la perception. Par conséquent, en définissant l'objet du toucher, on est enjoint-e de redéfinir l'objet de la perception.

485 ROUX Jeanne-Marie. « Le toucher entre objet et ob-jectivité (II) ». art. cit.

Le toucher de soin suggère probablement une relation de connaissance, mais pas nécessairement une relation d'usage. Instrumentaliser une perception, ce peut aussi mener à l'amputer d'une partie d'elle-même. Si l'intentionnalité de la personne qui touche prend trop de place, alors les sensations provenant du corps de la personne touchée peuvent être altérées, c'est-à-dire biaisées par un processus de surinterprétation cognitive. Dans beaucoup de thérapies manuelles, il est question d'apprendre à ressentir le corps de l'autre sous les doigts, sans induire en amont des qualités particulières de ces sensations. Il faut éviter d'influencer son propre ressenti.

Conclusion du chapitre

Derrière la notion de « toucher », il y a une multiplicité de réalités. Entre perception tactile, perception haptique et perception somesthésique, entre perception des frottements ou des changements de pression sur la peau, perception de la température, de la douleur et de son propre corps dans l'espace, entre expérience du schéma corporel et expérience des corps des autres, le toucher présente une véritable complexité épistémologique. L'intégration de toutes ces perceptions met en jeu des processus neurocognitifs variés et nombreux.

La construction d'un « soi corporel » s'appuie sur le sens du toucher ou, plus particulièrement, sur les sensations de la peau, qui contribuent à bâtir le « schéma topique » de chaque individu-e. Ce schéma topique (dont l'homoncule sensoriel de Penfield en est l'une des représentations) est constitutif de la notion d'intimité corporelle. Ce schéma s'organise autour de densités perceptives distribuées de façon très hétérogène au sein de l'organisme, qui sont elles-mêmes fonction de la concentration et du type de mécano-récepteurs présents dans les différentes couches de la peau. Les zones les plus pourvues, donc les plus sensibles, sont les lèvres, la langue, les mains et le sexe. Ainsi n'est-il pas étonnant que les perceptions cutanées participent de la construction de l'intimité propre à chacun-e.

Cette donnée sur l'hétérogénéité des densités perceptives forme un élément de problématisation important pour ce travail. La sensibilité tactile des zones génitales peut en partie justifier le recours à une grille de lecture féministe, c'est-à-dire soucieuse des questions de santé sexuelle, de consentement, et d'atteintes à l'intimité et à

l'intégrité corporelles. Si ces questions seront abordées en détail ultérieurement, il paraissait pertinent de souligner ici la manière dont les connaissances neuroscientifiques peuvent intervenir dans la problématisation du toucher. Pour le moment, il est important d'examiner les conclusions philosophiques que l'on peut tirer concernant la primauté du toucher dans la construction d'une perception homogène et unifiée du soi corporel.

Classiquement, les théories philosophiques qui tentent d'expliquer la primauté logique du toucher, aussi bien au niveau ontologique que gnoséologique, se réfèrent à une définition hétérogène de ce sens. Cette hétérogénéité découle elle-même du recours à l'approche multisensorielle de l'expérience corporelle. Or, cette approche ne permet pas de penser de manière rigoureuse le lien entre les divers percepts tactiles. Pour rappel, la définition multisensorielle va non seulement à l'encontre de l'expérience commune du toucher, dans la mesure où elle tente de discriminer des percepts qui sont saisis de manière concomitante, mais elle pose en outre des problèmes méthodologiques, en tant qu'elle n'explique pas comment des percepts de nature différente sont appréhendés puis associés pour former une représentation homogène.

De plus, cette approche hétérogène met l'accent sur la réceptivité plutôt que sur l'activité de l'expérience tactile, lors-même qu'elle fait de l'intentionnalité le moteur de la perception. Ce faisant, elle crée un paradoxe insoluble, selon lequel l'action n'est envisagée qu'à l'aune de la conscience d'une part, et l'activité limitée à une capacité à recevoir les informations sensorielles d'autre part.

L'approche interactionniste, quant à elle, aborde le toucher à partir d'une conception à la fois dynamique et holistique de la perception. En ceci, elle s'accorde à l'évidence phénoménale de l'expérience tactile d'une part, et rend justice à la multiplicité des objets appréhendés par ce sens d'autre part. En définitive, elle envisage bel et bien

le toucher au travers d'une définition somesthésique, de même qu'elle considère la perception comme une action. Pour rappel, revendiquer une définition somesthésique du toucher, c'est, d'une part, insister sur la distribution des mécanorécepteurs de ce sens sur l'ensemble du corps, et, d'autre part, c'est corrélérer l'expérience tactile à celle de la température, de la douleur et de l'équilibre. En résumé, c'est prendre en compte l'intermodalité sensible.

Cependant, l'approche interactionniste ne rompt pas totalement avec le double écueil de la théorie phénoménologique contemporaine. Premièrement, elle pense le sens du toucher avant tout à partir des objets du toucher. Or, comme le dit adroitement Roux, « être un objet, en somme, cela ne serait qu'une possibilité parmi d'autres pour les choses dont le monde est fait »⁴⁸⁶. Deuxièmement, elle met l'accent sur l'intentionnalité de la perception. Comme si tout acte perceptif était le produit d'une conscience, ou plutôt d'une projection intentionnelle.

L'idée de projection intentionnelle vient non seulement instrumentaliser l'expérience tactile, mais aussi se cloisonner à une définition visuelle des objets sensibles. D'un côté, instrumentaliser l'expérience tactile, c'est considérer chaque *tangibilium* comme objet de connaissance, voire d'usage. De l'autre, se cloisonner à une définition visuelle des objets sensibles, c'est adopter une délimitation spatiale et réductrice des percepts tactiles. Avec Roux, « notre idée serait finalement celle-ci : nous ne touchons pas nécessairement des objets car nous ne sommes pas dans un rapport d'usage ou de connaissance à tout ce que l'on touche »⁴⁸⁷.

Si elle est utilisée à des fins précises et prédéfinies, alors l'expérience sensible est partielle et partiale. Dans ces conditions, l'intentionnalité qui sous-tend la perception limite l'accès à certaines sensations. Or, considéré dans une perspective somesthésique,

486 Ibid.

487 Ibid.

le toucher déborde le cadre de la projection intentionnelle, et s'attache davantage à la réalité du corps sensible qu'à celle de l'objet de savoir. Faire une épistémologie critique du toucher, c'est donc mettre l'accent sur la dimension esthétique de l'expérience tactile. Cette épistémologie a quelque chose d'esthétique, au sens où elle s'attache à rendre compte de la richesse qui surgit de l'expérience sensible, plutôt qu'à en déterminer les règles d'usage.

Si de plus en plus de travaux s'intéressent au toucher haptique, c'est-à-dire à la perception tactile associée à l'expérience kinesthésique, peu abordent le toucher somesthésique. Or, je formule l'hypothèse suivante : il paraît nécessaire d'interroger le toucher dans la relation de soins à partir du toucher somesthésique, dans la mesure où ce dernier engage le corps de la personne dans sa globalité, ainsi que le corps-à-corps à l'œuvre dans la relation thérapeutique. Autrement dit, une épistémologie du toucher ne peut faire l'économie du concept aussi bien que de l'expérience du corps, et le toucher somesthésique demeure l'outil le plus adéquat pour mener à bien cette entreprise.

Chapitre 3 : Pour une épistémologie du corps sensible

Introduction du chapitre

Dans le chapitre précédent, le toucher a été analysé au moyen d'une épistémologie critique. L'enjeu était de comprendre ce qu'est ou n'est pas le toucher et ce, non pas à partir d'expériences de pensée métaphysique à la manière de Nancy ou Derrida, mais d'après les connaissances positives issues notamment des neurosciences cognitives et de la neuropsychologie. Dans ce chapitre, je propose d'aller encore plus loin dans la démarche de l'épistémologie critique et d'effectuer un pas de côté supplémentaire permettant de « modifier les perspectives », suivant l'expression de la philosophe Marie-Anne Paveau citée au chapitre précédent. Le but est désormais de construire une épistémologie à partir du toucher. Il s'agit, en quelque sorte, d'examiner le retentissement du toucher sur la perception du corps dans son ensemble. De fait, il semble que l'expérience du toucher invite à pénétrer dans le registre du sensible. Loin de revendiquer une hégémonie unisensorielle, l'épistémologie du toucher n'a de sens que si elle ouvre vers une épistémologie du corps sensible.

Dans ce chapitre, je montrerai d'abord comment certains critères de scientificité avancés par l'épistémologie classique nuisent à la compréhension du toucher, et, par extension, à la compréhension du corps sensible. Ces critères paraissent en effet fondés sur un paradigme que je qualifie de « visiocentré », et conduisent à ce que d'aucuns appellent une « épistémologie désincarnée ».

Ensuite, je chercherai à poser les jalons d'une épistémologie du toucher, en définissant les principes linguistiques et gnoséologiques qui la rendent possible. Ceux-ci viennent remettre le corps – dans sa dimension toute à la fois processuelle, dynamique

et relationnelle – au cœur de la réflexion. Il s'agit de montrer en quoi penser à partir de et avec le toucher peut modifier la façon dont on envisage la connaissance ou, plus précisément, dont on produit des connaissances. Cela permet d'expliquer et de justifier le passage d'une épistémologie du toucher somesthésique à une épistémologie du corps sensible.

Finalement, il restera à définir le « sensible » dont il est question et, par là-même, de montrer les limites de sa définition conventionnelle, grâce à la notion d'« apprentissage pratico-sensible » ; cette notion venant proposer une véritable contextualisation de l'expérience sensible.

I. Critique de l'épistémologie désincarnée

Avant de montrer comment une épistémologie du toucher ouvre la voie vers une épistémologie du corps sensible, il me faut expliquer en quoi certains critères de l'épistémologie classique ne prennent que très peu en compte la question du corps. Il s'agit, dans le sillage de l'épistémologie historique de Bachelard et Canguilhem, de pointer l'obstacle épistémologique qui empêche de prendre au sérieux la question du corps. Il s'agit, en d'autres termes, d'aborder l'obstacle épistémologique qui préside à la constitution d'une épistémologie désincarnée.

I.1. L'obstacle de l'obstacle épistémologique : hypertrophie de l'œil, visuocentrisme et visiocentrisme

Dans cette partie, je propose d'étudier les réflexes centrés sur la vision qui sous-tendent la démarche épistémologique classique. Il n'est pas question d'invalider toute

forme de recours à la perception visuelle dans le processus de création ou de diffusion du savoir. De fait, la « méthode visuelle » est un outil important des sciences humaines et sociales, notamment de la sociologie. Cette méthode, que les sociologues Alain Bouldoires, Michaël Meyer et Fabien Reix définissent dans un article paru en 2017, permet de faire un usage intéressant des images visuelles. Ces dernières peuvent constituer tantôt des objets d'étude à part entière (dans ce cas on parle de sociologie sur les images), tantôt des outils d'enquête (dans ce cas on parle de sociologie par les images), tantôt des moyens de restituer les connaissances élaborées par les sciences humaines et sociales (dans ce cas on parle de sociologie en images)⁴⁸⁸. Ici, il est question de mettre au jour les impensés de l'épistémologie qui tendent à faire de la vue, ou plutôt d'une certaine définition de la vue, un modèle d'appréhension du réel.

La première étape de ma critique consiste à identifier l'obstacle épistémologique qui a rendu possible l'épistémologie dite désincarnée. Plus précisément, il s'agit d'examiner ce que j'appelle « l'obstacle de l'obstacle épistémologique ». Selon moi, l'obstacle de l'obstacle épistémologie réside dans ce que le sociologue Georges Simmel nomme « hypertrophie de l'œil »⁴⁸⁹, ou bien dans ce que le linguiste Bertrand Vérine désigne par « visuocentrisme »⁴⁹⁰, ou encore dans ce que j'appelle un paradigme « visiocentré ».

488Cf. BOULDOIRES Alain, MEYER Michaël, REIX Fabien. « Méthodes visuelles : définition et enjeux ». *Revue française des méthodes visuelles*. 2017. <https://rfmv.u-bordeaux-montaigne.fr/numeros/1/introduction/>

489Cf. SIMMEL Georges. *Sociologie et épistémologie*. Paris : Presses universitaires de France, 1991

490VÉRINE Bertrand. « La nuit et le noir, clichés métaphoriques de la cécité ». in ROUSSEL Céline, VENNETIER Soline (dir.). *Discours et représentations du handicap. Perspectives culturelles*. Paris : Classiques Garnier, 2019. Pp. 247-260

I.1.1. La critique sociologique de l'hypertrophie de l'œil

Bien que la sociologie ne forme pas le cadre méthodologique et disciplinaire au sein duquel j'évolue, je commence cet exposé en la mentionnant pour deux raisons. Premièrement, c'est par le biais de références sociologiques que j'ai découvert les critiques épistémologiques quant au recours systématique aux métaphores visuelles. Ensuite, c'est dans ce champ disciplinaire que j'ai trouvé des références qui associent cette critique avec une revalorisation de l'ensemble des capacités perceptives. Ces deux éléments font écho à mon ambition de construire une épistémologie du corps sensible.

Depuis les années 1990, les sciences sociales œuvrant à partir d'un terrain d'enquête (l'anthropologie, l'ethnologie, la psychologie sociale et la sociologie) produisent un travail épistémologique conséquent au sujet des conditions de possibilité de l'enquête elle-même. Il est non seulement fréquent, mais aussi souhaitable, de faire œuvre de réflexivité concernant les modalités d'observation ou de participation auxquelles l'enquêteur-riche a fait appel.

Déjà en 1917, le sociologue Georg Simmel publie l'ouvrage *Grundfragen der Soziologie* – traduit en 1981 sous le titre *Sociologie et épistémologie*⁴⁹¹ – dans lequel il interroge le rôle de la perception au sein de la relation d'enquête en particulier, et du rapport à la connaissance en général. Dans ce cadre, il insiste sur la « valeur sociologique de l'œil »⁴⁹². Selon les anthropologues Marc

491SIMMEL Georges. *Sociologie et épistémologie*. Op. cit.

492Cf. THIBAUD Jean-Paul. *Regards en action. Ethnométhodologie des espaces publics*. Bernin : Éditions À la croisée, 2002. Cité dans BREVIGLIERI Marc, STAVO-DEBAUGE Joan. « L'hypertrophie de l'œil. Pour une anthropologie du "passant singulier qui s'aventure à découvert". ». in CEFAÏ Daniel, SATURNO Carole (dir.). *Itinéraires d'un pragmatiste. Autour*

Breviglieri et Joan Stavo-Debauge, Simmel fait de l'œil un outil privilégié de relation et de savoir. Ils écrivent : « de son point de vue, l'œil accomplit une action sociologique remarquable et incomparable dans la mesure où l'échange de regards représente un rapport immédiat de parfaite réciprocité. Dans chaque échange de regard, naît et s'ouvre une véritable relation : non seulement l'œil est un organe expressif, il prend toujours une expression, mais il se présente aussi comme un organe de savoir. Au "premier coup d'œil" dirigé vers l'autre, une connaissance étonnante sur l'individualité entière de la personne semble affleurer. Une connaissance qui semble ne pas correspondre à la reconnaissance de quelques traits particuliers et distinctifs, mais plutôt à la compréhension immédiate et pénétrante relative "à qui nous avons affaire". Il y va d'un savoir qui, pour Simmel, fonderait alors la "base évidente" de la relation »⁴⁹³.

Bien que Simmel mette en avant les atouts techniques, épistémologiques et relationnels de la vision, il ne passe pas sous silence les risques encourus par une généralisation abusive de cette expérience perceptive. La vue est aussi bien le gage d'un principe de réciprocité, que l'instrument d'une « éthique de la mise à distance »⁴⁹⁴. Pour Simmel, l'universalisation naïve de l'expérience visuelle a quelque chose de pathologique, et relève d'une « hypertrophie de l'œil ». Or, l'hypertrophie de l'œil passe sous silence la disparition de la dimension interactionnelle de la vue, voire du corps tout entier, ainsi que la mésinterprétation des stratégies relationnelles. D'un côté, la vision est réduite à

d'Isaac Joseph. Paris : Economica, 2007. p. 1*

493BREVIGLIERI Marc, STAVO-DEBAUGE Joan. « L'hypertrophie de l'œil. Pour une anthropologie du "passant singulier qui s'aventure à découvert". » art. cit. p. 1*

494Ibid. p. 20

une expérience unilatérale : l'expérience du regard est unidirectionnelle et le sujet regardant n'est pas envisagé comme pouvant être un sujet regardé. D'où la perte de la dimension interactionnelle de la vue. D'un autre côté, la vision est pensée comme un simple outil au service de la connaissance, et pas comme une expérience perceptive et corporelle permettant de mettre en lien les personnes, les phénomènes, etc. D'où la mésinterprétation des stratégies relationnelles. En résumé, la vision hypertrophiée suscite une double illusion : d'une part, la position surplombante de celui ou celle qui regarde et, d'autre part, la simplification du réel qui amène l'observateur-riche à confondre regard panoramique avec compréhension omnisciente.

Comme l'expliquent Breviglieri et Stavo-Debauge, « ces visions sont autant d'écrans à l'étonnement devant le présent et ses multiplicités, elles passent au-dessus du monde, laissent hors-champ son "pluralisme" et surplombent les personnes d'une hauteur qui pense pouvoir se passer de la description, négligeant l'"intelligence sociale immanente". Ce sont ces "visions", et d'ailleurs le fait même qu'elles soient des "visions", qui irritent ou désespèrent l'œil de l'ethnographe. Et cela, parce que ceux qui s'en font les porteurs estiment disposer déjà du savoir adéquat, parce qu'ils sont animés d'une compulsion à la totalisation et à la maîtrise, parce qu'ils se laissent prendre "au leurre *panoramique*" et au "leurre *historique*" tout en se rengorgeant de faire partie des "non-dupes" et de bénéficier d'une hauteur et d'une profondeur de vue sans pareille ».⁴⁹⁵

Certes, la critique de Simmel, et par extension de Breviglieri et Stavo-Debauge, vise avant tout la méthode sociologique, et plus particulièrement le rapport à

495Ibid.

l'observation. Toutefois, cette critique présente une dimension épistémologique plus globale. De fait, ce n'est pas tant la perception visuelle, telle qu'elle peut être mobilisée durant l'observation, que les analogies fabriquées à partir de cette perception qui sont mises en doute. C'est l'attitude des chercheurs-euses qui est interrogée, en tant qu'attitude de surplomb, de distance et d'omniscience à l'égard des objets de la connaissance. Plus précisément, c'est le fait de justifier cette attitude par des métaphores visuelles qui est problématique. Or, ce geste épistémologique ne concerne pas que la sociologie.

Au nom de la valeur épistémologique de la vue, le corpus méthodologique des sciences humaines et sociales présente une posture ambivalente à l'égard de l'expérience visuelle et, en contrepoint, de celle de la cécité.

Soit la vision constitue un instrument tellement évident que l'idée d'observer (au sens d'étudier un terrain) sans voir est inenvisageable. C'est ce dont rend compte l'anthropologue Marion Ink qui, dans un article intitulé « Observer à l'épreuve d'une déficience visuelle : le rôle des indices » paru en 2016⁴⁹⁶, décrit la manière dont sa propre malvoyance met à l'épreuve sa compréhension de l'environnement spatial et social, mais aussi dont sa propre discipline n'explique pas comment observer sans les données visuelles. D'une certaine manière, les sciences sociales participent du validisme en faisant de la perception visuelle la norme. Cela ne veut pas dire que l'observation ne peut être que visuelle. Cela signifie que la norme méthodologique est construite sur une prévalence de la vision. Dans ces conditions, Ink a donc dû inventer sa propre manière d'« observer » son terrain. Elle raconte comment les autres sens (l'ouïe, l'odorat, le toucher) lui ont permis de bâtir une autre méthodologie de l'observation. Plus encore,

496 INK Marion. « Observer à l'épreuve d'une déficience visuelle : le rôle des indices ». *Espace et société*. N°64-65, 01-02/2016. pp. 99-100

elle explique comment l'absence de vision centrale lui a donné la possibilité d'être attentive à des éléments « diffus » qu'elle n'aurait peut-être pas perçus par la vision.

Soit la cécité représente une expérience exotique qui, à l'occasion de repas dans le noir⁴⁹⁷ par exemple, est perçue comme une opportunité et une nouveauté à analyser. Toutefois, les récits de ce genre d'expérience sont généralement faits par des chercheurs-euses voyant-es et tendent à fétichiser l'épreuve de l'aveuglement provisoire. Pour les personnes non aveugles, l'absence de la vue est vraisemblablement une source d'interactions érotiques et d'expériences hédoniques. Je pense notamment à la description que le sociologue Joël Candau fait d'un repas dans le noir lors d'un congrès de « sciences intersensorielles » ; repas durant lequel il dit ressentir beaucoup d'« euphorie »⁴⁹⁸. Pour les personnes aveugles, en revanche, un repas dans le noir peut être quelque chose d'ordinaire, soit ni plus ni moins source de plaisir ou d'intérêt que le

497Certains restaurants proposent, depuis une dizaine d'années, des repas « dans le noir », lors desquels toutes les lumières sont éteintes et les client-es non informé-es du contenu de leurs assiettes.

498Voici la description complète de l'expérience : « Après que nous eûmes été accueillis dans une pièce où flottait une odeur d'encens, on nous a bandé les yeux puis une personne nous a guidés, en nous tenant par l'épaule, vers une autre pièce que j'ai découverte en tâtonnant : une chaise, une table, probablement une salle de restaurant. Dès mon arrivée, j'ai entendu une voix féminine chuchoter à mon oreille: "¡ Abre la boca !". J'ai obtempéré et quelqu'un a glissé une substance au goût de pâte d'olives entre mes lèvres. Puis on a mis un verre entre mes mains, j'ai entendu – et perçu aux vibrations du verre – un liquide le remplir, je l'ai senti, j'en ai bu une gorgée et j'ai cru deviner du champagne. Le repas ensuite a commencé. Pendant près de deux heures, tous mes sens autres que la vue n'ont cessé d'être sollicités. Le goût et l'odorat, bien sûr, quand nous ont été servis différents vins et mets que je n'ai jamais su identifier avec certitude. Le toucher également : celui des aliments et des boissons, l'exploration tactile de l'espace et des objets à ma disposition et, aussi, les sensations agréables provoquées par les légers attouchements des cheveux, des bras ou des mains que nous prodiguaient les personnes chargées du service. Enfin, l'ouïe, au travers des informations auditives : murmures ou exclamations des convives, bruits du service, musique romantique sur laquelle, toujours les yeux bandés, nous avons été invités à danser. » in CANDAU Joël. « Intersensorialité humaine et cognition sociale ». *Communication*. N°86, 2010. p. 30

reste des activités du quotidien. La grille de lecture de cette expérience est donc très différente, loin de l'exceptionnalité. De plus, elle tend à effacer l'intérêt épistémologique, voire le privilège épistémique que constitue la cécité, à savoir la perception du réel par d'autres sens que la vue, notamment l'ouïe ou le toucher. De fait, Candau ne conclut pas son analyse par une invitation à multiplier les formes de perception, mais par un plaidoyer en faveur de l'approche multisensorielle de la perception. Cette conclusion s'appuie sur une conception du corps comme réalité agissante et autonome. En ceci, elle fait écho aux hypothèses que je souhaite développer dans ce travail. Cependant, elle ne propose pas de réévaluer les perceptions sensorielles autres que la vue pour parvenir à cette expérience multi ou intersensorielle. C'est à ce titre que je m'inscris en faux par rapport à cette conclusion. Je pense qu'il n'est pas possible de construire un modèle épistémologique fondé sur le corps tout entier sans s'intéresser à la valeur épistémique de l'ensemble du champ perceptif. L'enjeu n'est pas de substituer un sens à un autre, mais d'examiner ce que l'hypertrophie de l'œil rend invisible.

I.1.2. La critique linguistique du visuocentrisme

Au niveau du langage, l'hypertrophie de l'œil se traduit par un excès du vocabulaire de la vision. La chose visuelle est mobilisée pour décrire et expliquer un grand nombre de réalités perceptives et cognitives. Les métaphores visuelles abondent, y compris lorsqu'il est question d'autres formes de perceptions.

Cette persistance des analogies oculaires procède de ce que le linguiste Bertrand Vérine appelle le « visuocentrisme »⁴⁹⁹. Parmi les métaphores visuocentrées, c'est celle de la nuit ou du noir comme ignorance ou illusion qui

499 VÉRINE Bertrand. « La nuit et le noir, clichés métaphoriques de la cécité ». in ROUSSEL Céline, VENNETIER Soline (dir.). *Discours et représentations du handicap. Perspectives culturelles*. Paris : Classiques Garnier, 2019. Pp. 247-260

reste la plus répandue et influence le plus les cadres théoriques et relationnels. D'après Vérine, « le noir exprime d'abord le constat sensoriel de l'aveuglement, auquel l'obscurité et la nuit ajoutent un caractère insoutenable pour l'entendement, avant que le noir ne reparaisse pour signifier le désarroi émotionnel [...]. »⁵⁰⁰.

Malgré tout, les discours typhophiles tentent de réhabiliter d'autres formes de discursivités ou, a minima, d'explorer les potentialités offertes par la cécité. La typhophilie, qui désigne les études faites par et sur les aveugles, s'appuie sur la signification ambivalente de la non-voyance ; notamment dans une société qui se focalise sur le sens de la vue et qui déplore la déficience visuelle. Comme l'explique Vérine, « par leur ambivalence même, les métaphores de la nuit et du noir sont aptes à signifier l'ambivalence du handicap visuel, qui est à la fois, en négatif, empêchement d'accéder à la part la plus constamment utile et valorisée de la réalité et, en positif, occasion de développer l'accès à d'autres composantes perceptives du réel »⁵⁰¹.

L'épistémologie classique peut se faire le relais des métaphores visuelles, sans que les concepts clefs ne soient eux-mêmes pensés selon le modèle de la vision. D'une certaine façon, la philosophie des sciences n'est pas imperméable au visuocentrisme, c'est-à-dire à la prédominance des analogies visuelles dans le langage. Pour Bachelard, par exemple, « la connaissance du réel est une lumière qui projette toujours quelque part des ombres. Elle n'est jamais immédiate et pleine. Les révélations du réel sont toujours récurrentes. Le réel n'est jamais "ce qu'on pourrait croire" mais il est toujours

500Ibid. pp. 255-256

501Ibid. p. 259

ce qu'on aurait dû penser. La pensée empirique est claire, après coup, quand l'appareil des raisons a été mis au point »⁵⁰². Ici, les comparaisons optiques, voire ophtalmologiques (« mise au point », « lumière », « ombres ») valident l'hypothèse de Verrine, selon laquelle l'obscurité est jugée « insoutenable » pour l'entendement, alors qu'à l'inverse, la connaissance est considérée comme une « lumière ». La science est envisagée comme l'outil permettant d'éclairer les ombres du réel.

Ce qui démarque néanmoins cette citation de Bachelard de l'hypertrophie de l'œil, c'est le fait d'assumer que toute lumière (donc toute connaissance) crée nécessairement des ombres (donc des impensés). L'analogie visuelle est circonscrite. Elle n'alimente pas la norme épistémologique qui fait de la vue un modèle de surplomb et d'omniscience. Au contraire, elle favorise la théorisation de l'obstacle épistémologique, dont le but est justement d'identifier les biais qui président à la perception du réel. Comme l'écrit Canguilhem, sans cette notion d'obstacle épistémologique, « l'épistémologie risque d'être la victime d'une histoire des sciences trop candide "qui ne restitue presque jamais les obscurités de la pensée" qui fait que "nous prenons pour des lumières toutes les lueurs du passé" ».

Toutefois, je crois que les métaphores visuelles pour parler de la connaissance ou de l'ignorance n'ont pas qu'un rôle cosmétique. Elles semblent aussi dire quelque chose de la conception du savoir et de l'activité scientifique.

Si la vision est parfois un gage d'interactions (entre des sujets comme le défend Simmel) ou de création (tel le concept d'obstacle épistémologique théorisé par Bachelard), elle peut aussi cloisonner les expériences sensibles ou théoriques. De fait, la vision prend souvent des distances avec la réalité matérielle dans son ensemble, et l'expérience corporelle en particulier. Comme l'expliquent Breviglieri et Stavo-Debauge,

⁵⁰²BACHELARD Gaston. *La formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*. Op. cit. p. 14

l'œil est un outil de mise à distance ; mise à distance des corps, des émotions, des interactions etc., en bref, mise à distance de tout ce qui pourrait introduire de la subjectivité et, par suite, altérer l'objectivité des scientifiques.

C'est bel et bien d'objectivité dont il est question lorsqu'il s'agit de valoriser la distanciation des chercheurs-euses vis-à-vis de leurs objets, ainsi que la neutralisation des biais subjectifs. Tel qu'il est mobilisé, l'œil constitue une condition, sinon suffisante, du moins nécessaire de vérité. C'est peut-être pourquoi les critères de scientificité établis par certains courants de l'épistémologie classique reposent en partie sur des analogies visuelles. En d'autres termes, les métaphores oculaires caractérisent souvent les discours épistémologiques ; vision et connaissance fonctionnant généralement comme des termes synonymes.

I.1.3. La critique philosophique du visiocentrisme

Au visuocentrisme du langage, s'ajoute également le visiocentrisme de la pensée. Le visuocentrisme met en évidence la prégnance du visuel, entendu comme donnée sensible, quand le visiocentrisme met en cause le recours à la vision, entendue comme pratique cognitive. Pour le dire autrement, le premier s'occupe plutôt de ce qui est perçu, tandis que le second s'intéresse à l'acte de percevoir.

En un certain sens, la notion-même d'« obstacle épistémologique » peut s'inscrire dans une logique visiocentrée. Si sa vocation est de dénoncer les évidences trop immédiates (les fameuses ombres créées par la lumière) et les excès d'empiricité (le fait de considérer les phénomènes comme des données brutes et pas comme des éléments déjà interprétés a minima par des hypothèses scientifiques), cette notion reproduit une sorte de réflexe visuel. À l'instar des notions d'objectivité et d'objet, celle d'obstacle présuppose en effet un « devant » de la perception. Comme l'explique la philosophe

Jeanne-Marie Roux, dans un passage déjà cité au chapitre précédent, « un objet c'est bien sûr quelque chose que l'on a placé devant soi, ce qui est jeté devant soi. Une chose est sûre : l'objet est "devant" »⁵⁰³. Or, ce « devant », qu'il soit obstacle ou objet, est généralement conforme à l'orientation de la vision. C'est à ce titre qu'il est possible de parler de l'obstacle de l'obstacle épistémologique ; l'obstacle de l'obstacle étant, en l'occurrence, le réflexe visuel qui sous-tend la métaphore de la connaissance.

Bien qu'il soit possible d'appréhender un obstacle autrement que par la vue⁵⁰⁴, ce sens configure en grande partie la manière dont on se rapporte à l'espace, et particulièrement à l'espace public⁵⁰⁵. Par extension, ce sens influence la façon dont on se rapporte aux autres dans l'espace, donc la façon dont on interagit avec ces autres par le langage. Malgré tout, je propose de conserver l'expression « obstacle épistémologique » pour deux raisons. Premièrement, le fait de pouvoir percevoir des obstacles autrement que par la vue rend ce concept compréhensible, y compris pour les personnes aveugles. Aucun saut dans l'abstraction n'est nécessaire. Deuxièmement, la portée épistémologique de ce concept dépasse largement l'expérience de la vision. De fait, l'obstacle

503ROUX Jeanne-Marie. « Le toucher entre objet et ob-jektivité (I) ». art. cit.

504Dans la mesure où j'utilise ou ai utilisé une canne blanche pour me déplacer, j'affirme qu'il est possible d'appréhender les obstacles au moyen d'une forme de toucher, quoique prothésisé et, en l'occurrence, médiatisé par la canne.

505Pour une description de la prévalence de la vue au sein des espaces urbains et des comportements des citoyen-es, cf. BREVIGLIERI Marc, STAVO-DEBAUGE Joan. « L'hypertrophie de l'œil. Pour une anthropologie du "passant singulier qui s'aventure à découvert". ». art. cit. ; et plus largement les travaux d'Isaac Joseph.

épistémologique sert principalement à faire prendre conscience que l'« on connaît contre une connaissance antérieure », ainsi que l'écrit Bachelard⁵⁰⁶.

De la même manière, je ne renonce pas à la notion d'objectivité. À l'inverse, je tiens à la rendre plus opérante, donc à la séparer de ce qui peut l'encombrer ou lui porter préjudice. En l'occurrence, le réflexe visiocentré, particulièrement lorsqu'il va jusqu'à l'hypertrophie de l'œil, tend à fonder l'objectivité sur une définition fallacieuse de la neutralité. En effet, cette dernière ne se réduit pas à une posture de détachement (physique ou affectif) à l'égard des objets de la connaissance ou de l'activité scientifique. Autrement dit, la pratique scientifique est en partie guidée par les affects, les vécus, les habitudes, etc. Comme l'écrit la philosophe et sociologue Irène Pereira, commentant le travail du sociologue Boaventura de Sousa Santos, « l'objectivité suppose non pas de prétendre à la neutralité (qui est une illusion), mais au contraire d'explicitier la position d'où est produite le discours de manière à en objectiver les possibles biais. Dans une certaine mesure, plus on se croit neutre, moins l'on risque d'être objectif ». Or, pour « maximiser l'objectivité », il faut « minimiser la neutralité », ainsi que l'explique Pereira qui, à cet égard, s'inscrit dans le sillage de l'épistémologue Sandra Harding⁵⁰⁷. Objectiver les possibles biais qui sous-tendent la production du savoir, c'est ouvrir la voie vers une « objectivité forte ». Plus on assume l'influence de notre position sociale sur notre manière d'appréhender le réel, plus on limite la circulation d'impensés épistémiques. C'est pourquoi la « neutralité » (entendue comme détachement, c'est-à-dire comme capacité à échapper aux biais subjectifs qui façonnent notre perception et

506BACHELARD Gaston. *Le nouvel esprit scientifique*. Paris : Presses Universitaires de France, 1934

507PEREIRA Irène. « "Maximiser l'objectivité et minimiser la neutralité" : du militantisme en sciences sociales ». *The conversation*. 08/03/2021. <https://www.u-pec.fr/fr/recherche/maximiser-l'objectivite-et-minimiser-la-neutralite-du-militantisme-en-sciences-sociales>. [Consulté le 14/10/2021]

compréhension du réel) n'est pas une valeur scientifique défendue par les théoricien-nes de l'objectivité forte.

Dans la perspective de contribuer à la théorisation de l'objectivité forte, je pense qu'il est important d'identifier et de dénoncer les réflexes visuels qui pèsent sur la méthode épistémologique, ainsi que les métaphores oculaires qui encombrant le langage. L'ambition n'est pas de renoncer à toutes les analogies fondées sur les perceptions sensorielles ou, plus largement, sur l'expérience corporelle. À l'inverse, le but est de montrer en quoi la saturation de certaines normes épistémologiques par un registre visuel partial et partiel laisse trop peu de place aux autres expériences perceptives, voire peut conduire à une sorte d'« épistémologie désincarnée ».

I.2. Critique du visiocentrisme et de son rôle dans l'épistémologie désincarnée

Faire la critique du visiocentrisme des sciences, c'est avant tout défaire les scientifiques de leurs propres préjugés. Cette critique concerne la posture des acteur-rices de la science, plutôt que les objets de la connaissance. Comme évoqué plus haut, l'étude des objets de la vision relève de la « méthode visuelle » et n'est pas concernée par cette critique.

Lorsque l'hypertrophie de l'œil dégénère en visiocentrisme chronique, il faut, à la manière des théoriciennes du féminisme radical, analyser les principes épistémologiques qui sous-tendent les comportements pathologiques. Premièrement, il s'agit de comprendre la manière dont le visiocentrisme se nourrit d'une éthique de la mise à distance. Il s'agit deuxièmement d'examiner la façon dont l'épistémologie visiocentrée se transforme en épistémologie désincarnée. Troisièmement, il s'agit d'examiner quelques implications du visiocentrisme en termes de production d'ignorance et d'injustices

épistémiques. Il s'agit quatrièmement de décrire les conséquences éventuelles d'une telle théorie scientifique sur l'expérience corporelle et ce, notamment en contexte de soins.

I.2.1. Quand le visiocentrisme se nourrit d'une éthique de la mise à distance

En premier lieu, le visiocentrisme dont je parle ici est à envisager à l'aune de la critique de l'hypertrophie de l'œil telle qu'elle a été exposée plus haut. J'emprunte d'ailleurs la formule « éthique de la mise à distance » à Breviglieri et Stavo-Debauge. Si l'on reprend les éléments de cette critique, on peut supposer que le visiocentrisme s'organise, entre autres, autour des trois principes suivants : l'objectivité, la distance, la neutralité. On pourrait également mentionner les principes de clarté et d'évidence, mais ils semblent être moins souvent mis en avant par l'épistémologie positiviste. En tout cas, ils ne sont pas mentionnés par Breviglieri et Stavo-Debauge.

Pour approfondir cette critique du visiocentrisme, je m'appuie sur les travaux d'épistémologues féministes et sur leur analyse des notions d'objectivité, de distance et de neutralité. Ce que dénoncent les philosophes féministes des sciences, c'est l'idéal d'une objectivité indépendante des « valeurs ». Les valeurs en question sont les valeurs dites non épistémiques. Les valeurs épistémiques sont considérées comme étant relatives à la production de connaissances scientifiques (par exemple : la simplicité, la relation de causalité, la prédictibilité, la reproductibilité, la vérité, etc.), tandis que les valeurs non épistémiques désignent l'ensemble des biais et des préférences individuelles des chercheurs-euses (par exemple : les valeurs sociales, culturelles, religieuses, politiques, etc.). Les épistémologues féministes ne croient pas à cette objectivité dite « sans perspective ». Plus encore, elles pensent qu'un tel projet est nuisible.

Pour la philosophe Kristen Intemann, la première tâche de l'épistémologie féministe est de révéler les biais sexistes et androcentriques qui sous-tendent la méthode et l'activité scientifiques. La seconde est de montrer que l'objectivité n'est pas incompatible avec des valeurs non épistémiques⁵⁰⁸.

Pour la philosophe Helen Longino, la neutralité n'est pas partie prenante de l'objectivité. Au contraire, l'évaluation épistémique des connaissances scientifiques dépend d'un contexte social et, plus précisément, de normes sociales qui guident la production du savoir. Il y a toujours des présuppositions d'arrière-plan qui font de certaines données des éléments de preuve pertinents. C'est à ce titre que Longino défend l'idée d'une « objectivité sociale et procédurale »^{509 510}.

Pour la philosophe et biologiste Donna Haraway, une science qui prétend disposer d'une « vue de nulle part » n'est ni réaliste, ni souhaitable. Selon elle, « cette idée d'une vision infinie est une illusion, un truc divin »⁵¹¹. Plus encore, cette idée tend à justifier une certaine irresponsabilité morale de la science. Or, il est dommageable pour la science, comme pour la vision, de faire de cette dernière la « voie de la désincarnation ». Haraway conçoit l'objectivité comme un engagement : engagement corporel des chercheurs-euses ; engagement éthique concernant les productions scientifiques. La distance n'est pas perçue comme une valeur épistémique. Dans ce cadre, écrit-elle, « l'objectivité s'affirme comme une affaire d'encorporation particulière

508Cf. INTEMANN Kristen. « Feminism, Values, and the Bias Paradox ». in ELIOTT Kevin, STEEL (dir.)Daniel. *Current Controversies in Values and Science*. Routledge, 2017

509Cf. LONGINO Helen. *Science as Social Knowledge. Values and Objectivity in Scientific Inquiry*. Princeton : Princeton University Press, 1990

510Pour une description détaillée de « l'objectivité sociale et procédurale » d'Helen Longino, cf. JULIEN-GAGNÉ Anne-Marie. « L'objectivité en philosophie féministe des sciences : l'apport d'Helen Longino ». *Phares*. Vol. XIX, n°1, 2019. pp. 35-56. <https://revuephares.com/wp-content/uploads/2019/05/Phares-XIXa-03-Anne-Marie-Julien-Gagne.pdf>

511HARAWAY Donna. « Savoirs situés : la question de la science dans le féminisme et le privilège de la perspective partielle ». In *Manifeste Cyborg et autres essais*. Paris : Exils, 2007. pp. 110-126

et spécifique, et plus du tout comme la vision mensongère qui promet de s'affranchir de toutes les limites et de la responsabilité »⁵¹².

Pour résumer, le modèle visiocentré s'appuie sur les principes épistémiques suivants : l'objectivité, c'est l'absence de biais subjectifs, tels que les émotions, les convictions politiques etc., qui pourraient brouiller l'observation. La distance, c'est le détachement entre les sujets et les objets de la connaissance, soit concrètement, l'évacuation de tout ce qui pourrait rappeler les conditions matérielles d'existence des scientifiques, ainsi que les liens affectifs qui les animent. La neutralité, c'est l'idéal d'impartialité, tel que le sujet ni n'affecte, ni n'est affecté, par son objet. Ces principes sont censés orienter les chercheurs-euses dans la construction d'une science universellement valable. Or, ces principes semblent reposer sur une logique de mise à distance et, ce faisant, légitimer une sorte de position de surplomb vis-à-vis du réel et de l'expérience sensible.

Derrière la critique d'une éthique de la mise à distance, Breviglieri, Stavo-Debauge et, sur un autre registre, Longino et Haraway, visent un ouvrage en particulier du philosophe Thomas Nagel. D'après ce philosophe, le ou la chercheur-euse, doit s'attacher à « transcender son point de vue particulier et à concevoir le monde comme un tout »⁵¹³. Comme l'indique le titre de son ouvrage, le ou la scientifique doit mettre en œuvre le « point de vue de nulle part ». Ainsi détaché-e du contexte social, politique, économique, culturel, sexuel etc., il ou elle peut exercer son regard analytique et produire un savoir scientifique. Le « point de vue de nulle part » veut dire qu'il n'y a pas de point de vue particulier à privilégier et, de ce fait, qu'il faut s'efforcer de tendre vers un « point de vue de partout ». Il s'agit d'un a priori d'ouverture à différentes manières

512Ibid.

513Cf. NAGEL Thomas (trad. de KRONLUND Sonia). *Le point de vue de nulle part*. Paris : Éditions de l'éclat, 1993

d'appréhender le monde, plutôt qu'un a priori de coupure ou de clôture à l'égard de ce monde.

Bien que les propos de Nagel ne se limitent pas à la recherche scientifique, les critiques qui lui sont adressées concernent la portée épistémologique de ses propos. Ce qui lui est reproché, c'est principalement la prétention à pouvoir s'extraire de sa perspective particulière. Quand bien même le point de vue de nulle part est un horizon, c'est un leurre sur le plan épistémologique, et un péril sur le plan éthique. Ce qui lui est également imputé, c'est de non seulement relayer l'idéal d'une vision désincarnée, mais aussi de mobiliser une métaphore visuelle déjà éculée dans l'histoire des idées et des sciences.

Selon les épistémologues Evelyn Fox Keller et Christine R. Grontkowski, la science moderne s'est construite sur une prédominance de la vue ; tant au niveau des principes épistémologiques, que des outils techniques. La théorie de la connaissance valorise cette analogie entre l'œil et l'esprit. Plus encore, elle favorise l'illusion de « l'œil de l'esprit » (« mind's eye » en anglais)⁵¹⁴, pour reprendre l'expression des deux autrices. Pour elles, « le double paradigme derrière la promesse du visuel – clarté et communion – survit en tant qu'aspiration fondamentale derrière les deux principes de la science moderne. Dans l'"objectifiabilité", le monde est séparé de l'observateur, illuminé pour ainsi dire, par ce sens qui pouvait fonctionner, pensait-on, sans contaminer. »⁵¹⁵.

514KELLER Evelyn Fox, GRONTKOWSKI Christine R. (ma traduction). « The mind's eye ». In KELLER Evelyn Fox, LONGINO Helen (dir.). *Feminism and science*. Oxford : Oxford University Press, 1996. pp. 182-206

515Ibid. p. 198

Le terme de « contamination » révèle le type de mise à distance qui est critiqué. De fait, ce n'est pas le processus de distanciation en général qui est mis en doute. La distance critique reste nécessaire à l'exercice de la science. Le progrès des connaissances est permis par la mise à distance de certaines études jugées caduques. L'efficacité de la science est possible grâce à la mise à distance de certaines théories considérées comme biaisées. Les épistémologues féministes le savent et le revendiquent. C'est pourquoi elles travaillent notamment à redéfinir les contours de l'objectivité. C'est bel et bien la prétention de mettre à distance tout ce qui relève du corps et de la subjectivité qui est dénoncée. Si les scientifiques peuvent, voire à certaines occasions doivent, faire œuvre d'abstraction, ils et elles ne peuvent jamais s'extraire complètement de leur position sociale, et plus particulièrement de la façon dont celle-ci influe sur leur capacité à percevoir et à comprendre le réel. Le nier est illusoire. L'assumer peut en revanche constituer un gain de scientificité.

I.2.2. Quand le visiocentrisme participe à l'effacement des conditions matérielles d'existence

En deuxième lieu, la mise à distance sur laquelle repose la logique visiocentrée concerne tous les liens matériels et ce, au sens usuel du terme. Ces liens matériels relèvent d'une double dépendance : d'une part, celle de l'individu à la société et, d'autre part, celle de l'esprit au corps.

Le visiocentrisme peut être interprété comme un modèle épistémologique méprisant toute forme de matérialité. Dans cette perspective, il concourt à l'effacement de ce qui assure la subsistance physiologique (comment se nourrit-

on, se loge-t-on, se vêtit-on, etc. ?) et l'existence sociale (avec qui est-on en lien et d'où vient-on ?). Par ailleurs, il semble participer à la désincarnation du savoir, au sens d'une dépersonnification ou d'une « désensibilisation » (entendue comme rejet du caractère sensible) des chercheurs-euses. C'est comme si seul l'esprit du ou de la chercheur-euse comptait, et comme si seul le produit de ses recherches avait de l'importance. En un certain sens, tout ce qui se rapporte au corps, dans sa dimension la plus triviale ou bien dans son implication sociale, est passé sous silence, au profit de ce qui permet une vision omnisciente et universelle. Dans cette perspective, le ou la scientifique est reconnu-e pour sa capacité à mobiliser ce que les philosophes Arthur et Marilouise Kroker appellent « l'œil désincarné » (« disembodied eye » en anglais)⁵¹⁶, soit la capacité à s'arracher à son corps.

Le corps demeure ironiquement le point aveugle du paradigme visiocentré. Selon Haraway, le « point de vue de nulle part » (tel qu'il est théorisé par Nagel) vise, non seulement à dissimuler l'ancrage corporel, mais aussi à transcender les bornes corporelles qui entraveraient le pouvoir que les humain-es exercent sur la nature. D'où son caractère à la fois irréaliste et irresponsable. Il faut alors, pour reprendre les mots de cette penseuse, rejeter « la vision mensongère qui promet de s'affranchir de toutes les limites et de la responsabilité »⁵¹⁷.

Pour Haraway, le réflexe visiocentré est un « mythe tentateur » typique de la pensée occidentale hégémonique. D'après elle, « tous les récits de la culture occidentale

516KROKER Arthur, KROKER Marilouise. « The Disembodied Eye : Ideology And Power In The Age Of Nihilism ». in *Theory Rising*. 14/09/2016. http://ctheory.net/ctheory_wp/the-disembodied-eye-ideology-and-power-in-the-age-of-nihilism/. [Consulté le 23/04/2020]

517HARAWAY Donna. « Savoirs situés : la question de la science dans le féminisme et le privilège de la perspective partielle ». In *Manifeste Cyborg et autres essais*. Paris : Exils, 2007. p. 116

sont des allégories des idéologies relatives aux liens entre ce que nous appelons corps et esprit, prise de distance et responsabilité [...] »⁵¹⁸. Sortir du paradigme visiocentré présuppose donc de renoncer à certains mythes fondateurs quant aux limites et aux possibilités de la connaissance humaine et, par extension, de récuser la désincarnation du savoir. En d'autres termes, c'est en renonçant à l'idéal d'une science désincarnée (c'est-à-dire d'une sciences indifférente aux liens matériels et sociaux qui soutiennent l'existence des chercheurs-euses) que l'on peut, d'une part, critiquer le modèle visiocentré et, d'autre part, donner une place à l'expérience sensible au sein du processus de fabrication des connaissances.

I.2.3. Quand le visiocentrisme participe à la création d'ignorances et d'injustices

En troisième lieu, les métaphores visuocentrées expriment parfois des logiques visiocentrées, qui peuvent elles-mêmes mener à de la création d'ignorances, voire d'injustices. Cela veut dire que le fait d'adopter une perspective qui se veut universelle, lors-même qu'elle n'est que partielle, conduit à effacer des expériences ou à laisser de côté des éléments de problématisation. En termes bachelardiens, on pourrait dire que les expériences ou les problèmes passés sous silence constituent des ombres suscitées par la lumière de la compréhension visiocentrée.

Examiner l'ignorance produite par des discours hégémoniques peut se faire au moyen du concept d'obstacle épistémologique. Mais cela peut aussi se faire à l'aune des injustices épistémiques. Théorisées par la philosophe Miranda Fricker dans les années 2000, les injustices épistémiques désignent le processus par lequel une personne est

518Ibid. pp. 116-117

« diminuée » dans sa qualité de sujet social⁵¹⁹. Concrètement, les injustices épistémiques expliquent comment et pourquoi la crédibilité de certain-es individu-es est niée au nom d'attributs sociaux (genre, race, classe, handicap, etc.) ; attributs qui n'ont pourtant pas d'impact sur leur autorité cognitive, soit sur leur capacité à formuler des jugements et des discours.

Étudier les logiques visiocentrées au prisme des injustices épistémiques, c'est effectuer un pas supplémentaire dans l'épistémologie critique. Jusqu'alors, l'épistémologie critique a consisté en une analyse gnoséologique, c'est-à-dire une analyse focalisée sur la production des connaissances. Désormais, elle prend une consistance politique, en tant qu'elle fait intervenir la question des dominations sociales.

Pour le philosophe Roberto Frega, commentant le travail du philosophe José Medina, « faire de l'épistémologie un objet politique et des injustices épistémiques le pivot d'une théorie de la domination présuppose un changement de perspective quant à la nature de l'épistémologie en tant que discipline. Il s'agit d'abord de passer d'une conception [...] de l'épistémologie comme étude des formes de justification de la connaissance existante à une conception de l'épistémologie comme étude des modes de production de la connaissance et de l'ignorance, ainsi que des dynamiques sociales de formation des capacités cognitives et affectives qui sont impliquées dans la production de la connaissance »⁵²⁰.

519Cf. FRICKER Miranda. *Epistemic Injustice : Power and the Ethics of Knowing*. Oxford : Oxford University Press, 2007

520FREGA Roberto. « L'épistémologie des dominés ». *Critique*. n°799, 12/2013. pp. 978-991. <https://shs.cairn.info/revue-critique-2013-12-page-978?lang=fr>

Si j'effectue une analyse du visiocentrisme à partir d'une telle définition de l'épistémologie critique, alors je dois m'intéresser à deux choses.

Premièrement, je dois m'intéresser au type de connaissances (ou de non connaissances) induites par un logiciel visiocentré. L'hypothèse que j'ai essayé de prouver jusqu'à maintenant est la suivante : parce qu'il procède d'une hypertrophie de l'œil et qu'il prétend pouvoir évacuer toutes les valeurs non épistémiques du savoir, le visiocentrisme produit une science désincarnée et, par conséquent, laisse de côté tout ce qui relève de l'expérience sensible.

Deuxièmement, je dois m'intéresser aux dynamiques sociales qui soutiennent la formation des capacités cognitives et affectives. Plus précisément, je dois chercher à comprendre les rapports sociaux de pouvoir sous-jacents au visiocentrisme, puis à comprendre comment ces rapports de pouvoir motivent ou non l'intérêt pour certains problèmes ou phénomènes (les capacités affectives) et facilitent l'appréhension de ces problèmes ou phénomènes (les capacités cognitives).

Pour Medina, et par extension pour Frega, les structures normatives de la domination sociale reposent sur le fonctionnement cognitif et affectif des individu-es. Loin de « désincarner » le processus de production du savoir, ces deux auteurs insistent sur l'influence des affects au sein de ce processus. En retour, ils ont à cœur de construire des connaissances (en l'occurrence des concepts) qui ne blessent pas les sujets dominés, mais qui leur donnent de la force pour résister, y compris lorsqu'ils ne sont pas concernés par le combat.

Dans ce cadre, la résistance relève d'un engagement corporel et émotionnel ainsi que Haraway l'appelle de ses vœux ; un engagement tourné vers la modification des structures normatives de la domination, à commencer par les normes linguistiques (quelle est la portée des mots que l'on utilise ?) et les normes épistémologiques (quels sont les objets d'étude choisis prioritairement par la science ?). D'après Frega, « la résistance est conçue moins comme une stratégie réactive de survie que comme une pratique active de transformation de soi et de la société »⁵²¹.

Comme exemple de concept critiqué pour son caractère blessant et inapproprié, Medina s'en prend à l'expression anglophone « color blindness », généralement traduite en français par « indifférence à la couleur » (de peau), mais qui signifie littéralement « cécité des couleurs » (de peau). Cette expression est née dans les discours antiracistes de type universaliste. Elle prétend que la couleur de peau ne compte pas, ou ne devrait pas compter, dans l'espace social.

Ce qui m'intéresse ici, ce n'est pas la dimension politique de la critique de Medina à l'endroit des droits humains et de leur éventuel excès d'universalisme. Cette question ne relève ni de mes compétences, ni de mon travail. Ce qui m'intéresse, c'est la teneur épistémologique de la critique que ce philosophe adresse à la formule « color blindness ». Pour Medina, la métaphore de la cécité occulte non seulement les « caractéristiques importantes de l'ignorance raciale active »⁵²², mais aussi les logiques validistes du langage.

521Ibid.

522MEDINA José. « Epistemic Injustice And Epistemologies Of Ignorance ». in TAYLOR Paul, ALCOFF Linda, ANDERSON Luvel (dir.). *The Routledge Companion to Philosophy of Race*. New York : Routledge Editions, 2017. pp. 247-260

D'une part, cette métaphore est offensante et discriminante envers les personnes aveugles et contribue à altérer ces dernières. La cécité est utilisée comme un synonyme de l'ignorance, alors que la première n'entraîne pas nécessairement la seconde. C'est pourquoi Medina préfère parler d'« insensibilité » ou d'« engourdissement ». Pour lui, ces deux termes ont un triple avantage. Premièrement, ils ne se limitent pas à une seule modalité perceptuelle. Deuxièmement, ils peuvent plus facilement être étendus au « non perceptuel », c'est-à-dire à ce qui ne concerne pas stricto sensu les choses perçues par les sens externes. L'insensibilité et l'engourdissement ont certes une dimension corporelle, mais relèvent aussi de la sphère cognitive, psychologique ou intellectuelle. Troisièmement, ces deux termes rendent davantage compte des mécanismes qui sous-tendent les « déficiences épistémiques ».

D'autre part, la métaphore de la cécité est « conceptuellement inepte ». Cette ineptie découle des logiques de dissimulation qui président aux discours sur la « color blindness ». Par « dissimulation », Medina désigne une forme de « méta-ignorance », telle que la personne insensible (c'est-à-dire sous le joug de l'indifférence à la couleur de peau) est ignorante de sa propre ignorance. Ce philosophe le résume de la façon suivante : « alors que la personne aveugle est parfaitement consciente que certaines choses lui échappent et qu'elle mène sa vie en s'adaptant à ce déficit de perception, la personne activement insensible est tout à fait inconsciente du fait qu'il lui manque quoi que ce soit et elle suppose avec arrogance qu'elle est en phase avec tout ce qu'il y a à savoir sur le

monde social »⁵²³. Pour déconstruire les discours sur la *color blindness*, il faut par conséquent avoir conscience de ce que Medina appelle le « méta-niveau de l'insensibilité raciale ». Sans cela, on prend le risque de mobiliser un langage qui discrimine les personnes handicapées, en voulant pourtant dénoncer l'oppression des personnes racisées.

En résumé, les réflexes visiocentrés peuvent dire quelque chose de l'organisation sociale, notamment en termes de mécanismes de domination ou de rapports de pouvoir. D'où l'intérêt de les étudier au prisme d'une épistémologie critique, soit d'une épistémologie qui propose à la fois de modifier les perspectives, et d'intégrer la question politique de la domination. À l'instar

523« Although traditionally depicted as a form of blindness, the active racial ignorance I am describing is no regular kind of blindness, but a very generalized form of insensitivity or numbness. The metaphor of blindness misleadingly disguises important features of active racial ignorance and the distinctive kind of insensitivity it involves. In the first place, the terms "insensitivity" and "numbness" are more appropriate than "blindness" because, although clearly related to our embodied sentience, they are not restricted to one sensory modality and can be easily extended to the non-perceptual – and indeed the epistemic deficiencies in question go beyond our perceptual organs and concern our interpretative and conceptual capacities. In the second place, the terms "numbness" and "insensitivity" can avoid the ableism of the metaphor of blindness. Indeed, the equation of blindness with ignorance is offensive and contributes to the "otherness" of people with disabilities. Finally, in the third place, the metaphor of blindness is conceptually inept because it hides a key feature of active racial ignorance: namely, its self-effacing nature, its self-hiding and self-denying mode of operation. Whereas the blind person is acutely aware that there are things that escape her and she leads her life adjusting to this perceptual deficit, the actively insensitive person is quite oblivious of there being anything at all she is missing and she arrogantly assumes that she is attuned to everything there is to know about the social world. This is what I have called the meta-level of racial insensitivity. Active racial ignorance involves meta-ignorance : the insensitive person is ignorant of her own ignorance, unable to recognize that there is anything she is missing concerning racial experiences and meanings. This is a key element of the contrast between active racial ignorance and other (less recalcitrant, less harmful, and easier to eradicate) forms of ignorance. » in MEDINA José (trad. personnelle). « Epistemic Injustice And Epistemologies Of Ignorance ». art. Cit.

des épistémologues féministes, Medina montre que le vocabulaire de la connaissance est saturé par des métaphores visuelles qui ne sont non seulement pas en accord avec la réalité concrète de certaines personnes, mais qui participent de plus à en discriminer d'autres. L'épistémologie de la résistance à laquelle aspire Medina est une épistémologie soucieuse des affects des personnes dominées et, partant, ancrée dans l'expérience sensible. Nier ou effacer cette dernière, c'est prendre le risque de créer de l'ignorance ou, plus largement, des injustices épistémiques.

I.2.4. Quand le visiocentrisme influence le rejet du corps par la médecine

En quatrième lieu, je souhaite examiner les incidences du visiocentrisme dans les parcours médicaux. La sphère du soin reste en effet le cadre de référence de ce travail. L'enjeu est de comprendre comment le monde de la santé se fait ou non le relais des logiques visiocentrées, et pourquoi il peut être intéressant de recourir à une épistémologie critique dans ce cadre.

Les questions que je me pose sont les suivantes : est-ce que le diagnostic médical peut créer de l'ignorance et a fortiori des injustices épistémiques en étant trop focalisé sur des réflexes visuels ? Est-ce que l'exercice médical répond à une épistémologie désincarnée qui met à distance les conditions matérielles d'existence et, plus largement, le corps sensible ? Si la médecine a pour vocation de soigner le corps (sur le plan somatique comme psychique), il semble paradoxal d'imaginer qu'elle peut le mettre à distance, au sens de nier ou effacer sa réalité sensible. Mon hypothèse est pourtant la suivante : le corps dont s'occupe la science médicale est souvent un corps objectivé donc, d'une certaine manière, « désensibilisé » (au sens de dénué d'affect ou de

sensibilité). Dans ces conditions, il peut être intéressant d'appliquer la méthode de l'épistémologie critique, telle qu'elle a été définie ci-avant, pour identifier les écueils épistémologiques qu'un autre cadre d'analyse pourrait peut-être contourner. Cet examen doit néanmoins se faire sous l'égide des deux précautions qui suivent.

D'une part, la médecine est une science qui est enjoins de composer avec des données perceptuelles multiples (données auditives par le biais du stéthoscope, données tactiles par le biais de la palpation, données proprioceptives par le biais du marteau réflexe, etc.), ainsi qu'avec des éléments non perceptuels (relevés sanguins, analyses statistiques, mesures de l'activité électrique par le biais de l'électroencéphalogramme, de l'électrocardiogramme, de l'électrorétinogramme, etc.). De sorte que la médecine s'inscrit dans un paradigme très composite, notamment dans la phase diagnostique. Il paraît alors étonnant d'insister sur les logiques visuelles.

D'autre part, la médecine est une science expérimentale confrontée à la vulnérabilité des corps et impliquée dans le soin de ces derniers. Contrairement à des sciences pour lesquelles le contact avec l'objet d'étude est impossible (par exemple : l'astronomie, la physique des nanoparticules, etc.), la médecine est en lien direct avec ses propres objets d'études. Ceci constitue une situation épistémologique particulière, telle que la perception visuelle n'est pas le seul et unique mode d'appréhension du réel. S'il est compliqué d'entendre ou de toucher une planète en astronomie, il n'en va pas de même du corps en médecine. C'est pourquoi les réflexions épistémologiques qui suivent s'appliquent exclusivement à la sphère médicale et non à l'ensemble des sciences. Cela ne veut pas dire que les réflexions précédentes sur la science en général ne sont pas valables pour la médecine. Cela signifie que ce qui est valable pour la médecine ne l'est probablement pas pour d'autres sciences.

Aux yeux de la médecine moderne, le corps ne semble être, pour reprendre l'expression de la philosophe Elizabeth Grosz, qu'une « surface »⁵²⁴. Le corps « volatile » n'a de réalité que visuelle. Le corps superficiel est privé de consistance et de profondeur organique, au niveau anatomique comme physiologique. En d'autres termes, ce corps n'est objet de science et de connaissance, que s'il se fait transparent.

Suivant une métaphore similaire, la philosophe Rosi Braidotti dénonce la tendance de la médecine occidentale contemporaine à se noyer dans la logique du « trop à voir » et, ce faisant, à construire des « organes sans corps ». À travers cette expression, l'autrice vise la propension des sciences médicales à morceler le corps et à envisager l'organisme comme un ensemble de « pièces détachables ». De sorte que le corps devient un « ensemble stratégique complexe, dépourvu d'unité structurante », pour reprendre les termes de cette philosophe⁵²⁵. Pour parler de l'hégémonie du « trop à voir », Braidotti parle même de « pornographie biomédicale ». D'après elle, et malgré le caractère discutable de cette analogie, « la pornographie bio-médicale, c'est l'obscénité des images, l'obsession du "donner à voir" qui traduit l'appauvrissement, sinon l'absence, de rapport à l'autre »^{526 527}. Selon elle, la médecine s'organise autour

524Cf. GROSZ Elizabeth. *Volatile Body : Toward A Corporeal Feminism (Theory Of Representation And Difference)*. Bloomington : Indiana University Press, 1994

525BRAIDOTTI Rosi. « Des organes sans corps ». *Les Cahiers du GRIF*. n°36, 1987. P. 18

526Ibid.

527La critique de Braidotti vise particulièrement les techniques de procréation médicalement assistée pour les couples hétérosexuels. D'après cette autrice, les parcours de PMA reposent sur un postulat dangereux, à savoir l'interchangeabilité des organes génitaux et procréateurs dans le parcours médical ; que ces organes soient dits « féminins » (vulve, utérus, ovocytes) ou « masculins » (pénis, spermatozoïdes). Or, cette interchangeabilité efface la dissymétrie entre hommes et femmes dans ce genre de parcours ; les premiers subissant beaucoup moins de contrôle et d'intrusion que les secondes. De fait, les femmes sont tenues de réaliser de nombreux examens radiologiques (notamment des échographies, pour contrôler le bon

d'une mise en image avilissante des corps féminins et perd la dimension relationnelle du soin. En valorisant une conception morcelée du corps, dont l'intérieur est mis en images par les instruments radiographiques, les technologies biomédicales n'accordent pas suffisamment d'importance à la corporalité des personnes. En l'occurrence, la corporalité désigne la capacité à s'affirmer comme un corps sujet unifié et sensible. Elle est donc indispensable dans les relations, car on est en relation avec des corps sujets, et pas avec des organes sans corps⁵²⁸.

fonctionnement du processus) et physiologiques (notamment des prises de sang ou d'urine, pour vérifier les taux d'hormones). L'intérieur du corps féminin (ventre, cavité utérine, vagin, etc.) est bien plus soumis au regard médical que celui du corps masculin.

528 Si je souscris à la critique du « trop à voir » que livre Braidotti, je récusé doublement les conclusions philosophiques et politiques qu'elle en tire. D'une part, j'estime l'expression « pornographie médicale » inappropriée. Les parcours de procréation médicalement assistée n'ont aucun rapport avec le travail du sexe et l'industrie pornographique. Par ailleurs, Braidotti semble oublier que les technologies radiographiques du « trop à voir » sont rendues possibles par d'autres sens, notamment le sens du toucher. Ce qui est le plus intrusif dans une échographie pelvienne, et a fortiori dans une échographie endo-vaginale, c'est le contact de la sonde sur le ventre ou dans le vagin. D'autre part, la lecture « féministe » de Braidotti est essentialiste et excluante. Ce que cette autrice reproche principalement au postulat de l'interchangeabilité des organes reproducteurs, c'est le phénomène de « déssexualisation » des organismes. Pour elle, cette déssexualisation participe d'une mise à distance des revendications féministes. Il est néanmoins question d'un certain type de féminisme, à savoir le féminisme différentialiste. La différence sexuelle est ici envisagée comme la condition de possibilité du féminisme. Selon les féministes différentialistes, l'enjeu est de revendiquer la spécificité de la féminité, contre l'hégémonie de la masculinité. À titre personnel, je m'inscris en faux contre cette aspiration pour deux raisons : premièrement, le féminisme différentialiste définit la féminité à partir de critères anatomiques (notamment les organes génitaux et les organes reproducteurs). Ce présupposé exclut toutes les femmes qui ne sont pas conformes à cette anatomie, notamment les femmes trans. Deuxièmement, le féminisme différentialiste revendique une approche très binaire du genre (masculin versus féminin). Pourtant, de nombreuses personnes ne se reconnaissent pas dans cette binarité, notamment les personnes non binaires, agenres, transgenres, etc.

Pour ma part, je pense que la médecine occidentale contemporaine repose sur ce que j'appelle une « visiocratie »⁵²⁹. La visiocratie signifie littéralement le pouvoir de la vue et désigne la manière dont le logiciel visuel façonne les pratiques.

Sur un plan épistémologique, on peut supposer que la vue fait advenir une vérité qui paraît indiscutable ; notamment dans la phase diagnostique. Cependant, la véridicité des images visuelles n'est pas immédiate. Elle nécessite un apprentissage et une interprétation. Le regard médical s'acquiert à force d'entraînement et d'expérience, notamment en ce qui concerne la lecture des clichés radiographiques. La sociologue Anne-Charlotte Millepied explique que les radiologues mobilisent une « vision professionnelle » lorsqu'ils et elles interprètent des radiographies dans le but d'établir un diagnostic. D'après cette autrice, « les images, utilisées notamment en contexte clinique, participent activement à l'établissement des diagnostics de même qu'à la définition des stratégies thérapeutiques, en ce qu'elles concourent aux opérations de cadrage des maladies et des états corporels »⁵³⁰. Or, la lecture de ces images relève déjà d'un travail perceptuel nécessitant une formation et une habitude. De sorte qu'elle ne donne pas à voir des données transparentes, neutres et immédiates.

D'après Millepied, « la production et l'utilisation des images soulèvent une tension entre objectivité scientifique et subjectivité ; [...] les contours de

529Je remercie Hugo Avenire pour m'avoir aidée dans la formulation du concept de « visiocratie ».

530MILLEPIED Anne-Charlotte. « Visualiser l'endométrieuse. La construction de la vision professionnelle en radiologie ». *Revue d'anthropologie des connaissances*. n°14, vol. 3, 2020. <https://journals.openedition.org/rac/6867>. [Consulté le 10/11/2020]

l'objectivité ont des conséquences en termes d'administration de la preuve et de définition de la réalité, impliquant des rapports d'autorité et de pouvoir »⁵³¹. Ce qui n'est pas visible n'est pas toujours jugé digne d'intérêt, ou du moins n'est pas considéré comme pouvant entraîner une souffrance légitime. Autrement dit, ce qui n'est pas visible produit, pour reprendre les mots de cette sociologue, « des événements corporels non problématiques ». Par conséquent, les images contribuent non seulement à établir la frontière entre l'objectivité scientifique (ce que l'on sait de la maladie lorsqu'on l'étudie) et la subjectivité narrative (ce que l'on en dit lorsqu'on la vit), mais aussi à justifier des rapports d'autorité et de pouvoir quant à la crédibilité des récits entourant la prise en compte ainsi que la prise en charge de certaines maladies. Dans ce cas, la logique visiocentrée produit des injustices épistémiques : le discours objectif des images visuelles est davantage entendu que le discours subjectif de l'expérience de la maladie.

En résumé, les images visuelles disent à la fois quelque chose sur la perception du corps et sur le fonctionnement de l'institution médicale. Elles soulignent l'importance de rendre visible l'organisme avant de pouvoir le soigner, ainsi que le caractère contextuel de la vision médicale.

Sur un plan institutionnel, on peut dire que la vue participe du gouvernement des corps, notamment au moyen d'outils technologiques. Comme l'explique la philosophe et historienne Delphine Gardey, « le gouvernement des corps renvoie à l'État, aux infrastructures hospitalières, aux institutions médicales et aux formes de l'intervention publique. Il interroge les rôles des

531Ibid.

différents acteurs engagés dans la définition de l'offre médicale et de la politique de santé »⁵³². En l'occurrence, les institutions sanitaires reconnaissent l'effectivité d'une maladie souvent lorsqu'il y a présence de symptômes « visibles ». Les signes jugés subjectifs (par exemple la douleur) ou issus d'autres canaux sensibles sont moins évidents ou sollicités, malgré certains outils diagnostiques ayant recours à l'ouïe (le stéthoscope), à la proprioception (le marteau réflexe), au toucher (la palpation abdominale), etc. Les structures médicales concentrent leur attention sur les techniques de visualisation. Les dispositifs d'imagerie et de radiologie sont en effet prédominants dans un parcours thérapeutique, ou du moins sont vécus comme tels par de nombreuses personnes⁵³³. On est donc au cœur d'un diallèle : d'un côté on met l'accent sur les outils de visualisation et, de l'autre, on valorise les données visuelles. Le processus ne peut que s'auto-entretenir.

Dans la théorie de Millepied, il existe néanmoins une différence entre la vision et le regard. La première relève d'une pratique technique centrée sur le sens de la vue, tandis que le second désigne la démarche d'objectivation du corps à l'origine de l'activité clinique. Pour elle, « le terme de vision permet d'ancrer le caractère proprement perceptuel des pratiques du voir, qui impliquent certes d'apprendre à regarder mais qui doivent avant tout servir à voir des éléments sur les images qui, sans cet apprentissage, resteraient invisibles. Cependant, il ne s'agit pas de renoncer à la notion de regard qui [...] comprend davantage que la vision [...]. Ce regard-là est un ensemble de pratiques et de manières d'observer, d'inspecter, mais aussi d'interroger, d'écouter et de toucher

532GARDEY Delphine. « Comment écrire l'histoire des relations corps, genre, médecine au XXe siècle ? ». *Clio. Femmes, Genre, Histoire*. N°37, 2013. p. 156

533C'est notamment le cas pour les parcours diagnostiques concernant l'endométriose. Je développerai cela au chapitre 5.

(directement ou par l'intermédiaire d'instruments) dans le but d'objectiver des états corporels en les traduisant dans un langage médical »⁵³⁴.

Bien que cette distinction me semble opérante pour éviter de réduire la clinique à la perception visuelle, elle s'inscrit encore dans un régime visiocratique. Or, je pense qu'il est capital de rompre avec le réflexe visiocentré, afin de laisser de la place aux autres expériences perceptives et, in fine, de faire advenir le corps sensible. De fait, il paraît compliqué de traduire la spécificité des données tactiles, si l'on maintient l'analogie avec le regard. Reste à savoir comment appréhender ces données tactiles, en termes linguistiques (quel est le vocabulaire du toucher ?) comme épistémologiques (quels sont les principes d'une pensée fondée sur le sens du toucher somesthésique ?)

II. Les principes d'une épistémologie du toucher

Dans le chapitre précédent, j'ai tenté de décrire l'objet du toucher, afin de saisir la manière dont il engage le corps dans sa globalité. Désormais, je propose de poser les jalons d'une épistémologie du toucher somesthésique. Le but n'est pas de substituer le sens du toucher au sens de la vue. Le but est de modifier la perspective par laquelle on appréhende le réel et particulièrement le corps. Cette épistémologie du toucher somesthésique est censée servir à repenser la place du corps sensible dans le champ des soins. Je désire trouver des pistes permettant de surmonter l'aporie de l'épistémologie désincarnée, dans laquelle peut s'enliser le paradigme visiocentré. Cette épistémologie du toucher s'inscrit également dans le projet d'une épistémologie critique. De ce fait, elle s'attache à interroger la dimension sociale des pratiques du toucher en contexte

534MILLEPIED Anne-Charlotte. « Visualiser l'endométriose. La construction de la vision professionnelle en radiologie ». art. cit.

thérapeutique et, plus largement, les discours sur de telles pratiques. C'est pourquoi la question de la discursivité est centrale et, par conséquent, que je ne m'intéresse qu'au toucher entre êtres humains. L'enjeu consiste à identifier le type de sensibilité qui peut émerger des discours sur le toucher.

II.1. Définir les principes de l'épistémologie du toucher

Parler de « principes » pour une épistémologie du toucher, c'est à la fois réfléchir à la manière dont l'expérience tactile propose un type de connaissances spécifiques et configure la compréhension du monde, et établir les conditions de possibilité permettant la mise en œuvre ainsi que la mise en mots de telles expériences. En d'autres termes, c'est interroger à la fois le structurant et le structuré, le conditionnant et le conditionné.

Au nom d'une cohérence logique, je propose d'analyser d'abord les conditions de possibilité de l'expérience tactile, puis les connaissances spécifiques à cette expérience. Il s'agit, dans un premier temps, d'examiner les outils pour ne serait-ce que penser et dire le toucher. Si le chapitre précédent a permis d'identifier la spécificité de l'expérience tactile (à un niveau perceptif et cognitif), il n'a pas suffisamment exploré la discursivité de cette expérience. Par « discursivité du toucher », s'entend le type de raisonnement dont procède ce sens et le type de discours sur lequel il repose. Il est question d'une analyse aussi bien logique que linguistique. Dans un second temps, il s'agit d'évaluer les interactions entre sujet et objet de la connaissance qui paraissent sous-jacentes à ce mode sensible.

II.2. Les principes linguistiques pour dire le toucher

Tout d'abord, les principes d'une épistémologie du toucher doivent s'attacher à dire le toucher. Cela revient à mettre en cohérence la forme et le fond. Cela ne consiste pas à exclure les expériences synesthésiques, sur lesquelles je reviendrai dans la prochaine section, mais à construire une langue libérée du paradigme visiocentré. De plus, cela permet également de mettre en évidence le carcan épistémologique dans lequel la vue est elle-même enserrée. En effet, le visiocentrisme ne se contente pas d'exclure les autres sens, il simplifie également l'expérience de la vision.

D'après la philosophe Jeanne-Marie Roux, « l'intérêt du travail sur l'objet du toucher serait à ce titre multiple : il donne l'occasion, d'une part, d'explorer différents aspects de ce sens, négligé mais d'une importance considérable et constante dans nos vies ; il permet de plus, évidemment, de considérer différemment la question de l'objet de la perception en mettant l'accent, non sur la vue, comme souvent, mais sur le toucher ; enfin, et surtout, il permet de se soustraire – ou de tenter de se soustraire – non seulement au paradigme visuel, mais surtout aux préjugés encombrant, à son corps défendant, l'analyse de la vue. Il s'agit donc non seulement de penser le toucher contre la vue, mais à cette occasion, de penser peut-être différemment la vue [...] grâce au toucher. »⁵³⁵.

Quand on explore la langue française, on se confronte rapidement à une apparente pauvreté du champ sémantique du toucher. Comme précisé dans le chapitre précédent, plusieurs sens externes disposent de termes différents pour désigner la perception active et la perception passive. Les yeux peuvent voir ou regarder (sans parler de scruter, entrevoir etc.), les oreilles peuvent écouter ou entendre, le nez peut

535ROUX Jeanne-Marie. « Le toucher entre objet et ob-jektivité (I) ». art. cit.

sentir ou humer etc. Il n'existe pas un verbe d'état et un verbe d'action pour le toucher (ni pour le goût). Le verbe « sentir » est lui-même trop polysémique pour pouvoir désigner la perception tactile passive.

Cependant, de nombreuses expressions sont soumises à un arbitraire grammatical. Le signifiant (le mot) est à décorrélérer du signifié (le concept), dans la mesure où leur association est circonstancielle. De sorte que l'utilisation d'un verbe d'état ou d'action est à relativiser. Il paraît important de ne pas inférer trop rapidement des conclusions philosophiques à partir de hasards linguistiques.

Malgré cette précaution, il reste difficile d'identifier le champ sémantique du toucher, et surtout de séparer ce dernier de celui de la sexualité. Par exemple, les mains, aussi bien que le corps tout entier, peuvent toucher ou être en contact. Les mains, plus spécifiquement, peuvent également palper. Il s'agit d'un verbe d'action lourdement chargé par le champ médical, et définitivement limité au seul toucher haptique manuel. De la même manière, les doigts, très localement, peuvent tâter. Il s'agit encore une fois d'un verbe d'action, qui désigne un type de mouvement restreint à la sphère digitale et qui, lorsqu'il n'est pas utilisé de manière imagée, pâtit d'une connotation sexuelle (tout comme les verbes « doigter », « caresser », etc.). Les verbes « palper » et « tâter » relèvent en outre de la perception haptique plutôt que de la perception tactile. Le français semble manquer de mots pour qualifier cette dernière, aussi bien que pour qualifier la perception somesthésique.

Le corps peut ressentir. Mais il se situe dans ce cas aux frontières de la sphère émotionnelle et de la sphère perceptive. D'autant que ce mot sous-entend, par définition, une dimension subjective, voire-même une distance réflexive. Même si l'on affirme que toute perception est en même temps une action⁵³⁶, et que l'expérience

536 Certaines théories considèrent la perception, non pas comme une compilation et computation d'informations (à l'instar des théories cognitivistes), mais comme un acte d'auto-

perceptive exige nécessairement une interprétation cognitive, on ne peut se défaire de la connotation psychologique que charrie ce verbe et, par suite, on ne peut l'utiliser pour caractériser la perception tactile passive. Pour décentrer le problème, on est en droit de se demander s'il s'agit d'une spécificité de la langue française ou s'il ne s'agit pas d'une simple illusion sémantique.

La première question que je me pose est la suivante : quelle est l'étymologie du verbe « toucher » en français ? Souvent fétichisée par les philosophes, l'étymologie n'a pas pour vocation de révéler une vérité absolue sur un signe linguistique. Elle apporte néanmoins un éclairage sur l'évolution d'un mot, voire d'un concept. S'agissant du « toucher », il se trouve que ce mot provient du verbe latin « *tocare* », lui-même issu d'une forme vernaculaire du verbe « *tangere* ». Dans la langue latine populaire, « *tocare* » désigne le fait de frapper, de heurter, de cogner quelque chose. Il se réfère à l'onomatopée « *toc* », qui évoque le bruit des doigts sur une surface dure. Le verbe « *tocare* » se fonde donc sur une analogie auditive.

Dans la langue latine classique, « *tangere* » a de nombreuses significations, spécifiquement tactiles ou davantage figurées. Par exemple, « *tangere* » qualifie le fait des'adonner à une activité, et de faire preuve d'un certain talent à cet endroit. Il est question de savoir se laisser toucher et de plonger dans une pratique. Autrefois attribuée à un registre de langage assez

engendrement perceptif. Toute perception procède d'une « cognition incarnée » ou « cognition située » et s'appuie sur la relation que le sujet percevant entretient avec son environnement. Francisco Varela utilise le concept d'« énaction » pour définir ce processus. Cf. VARELA Francisco, THOMPSON Evan, ROSCH Eleanor. (trad. De HAVELANGE Véronique). *L'inscription corporelle de l'esprit : Sciences cognitives et expérience humaine*. Paris : Seuil, 1996 ; pour une explication détaillée de la perception-action, cf. *Infra*

soutenu, cette formule a désormais une connotation quelque peu argotique. Dire d'une personne qu'elle touche à la philosophie, par exemple, c'est dire qu'elle est douée pour comprendre les théories et manier les concepts.

La deuxième question que je me pose est la suivante : qu'en est-il des autres langues ? Parce qu'il ne s'agit pas d'une recherche en sciences du langage, et parce que je n'ai pas les compétences d'une linguiste, je me borne ici à l'étude de l'anglais. Compte-tenu de la place de cette langue dans mon corpus bibliographique et dans la recherche scientifique, il m'apparaît légitime de me concentrer uniquement sur celle-ci⁵³⁷. Par ailleurs, je me limite à une analyse des verbes concernant la perception à proprement parler, et évacue les expressions idiomatiques ou bien les usages figuratifs.

En anglais, il existe les verbes « to touch » et « to feel ». Les concernant, il semble difficile de déterminer une réelle distinction en termes de signification ou d'usage, et notamment en termes de passivité ou d'activité. Si je touche ma main, je dis « I touch my hand » ; quand je prends le pouls de quelqu'un-e, je dis « I feel somebody's pulse ». Si je touche son pouls avec les doigts, je dis « I can touch her pulse with my fingers » ; quand je sens la caresse du vent sur mes poignets, je dis « I feel the touch of wind on my wrists » ; et quand je vais bien, je dis « I feel good ».

Globalement, il semblerait que « to touch » traduise la motricité engagée dans la perception, quand « to feel » traduit la sensibilité mobilisée par les impressions. En d'autres termes, le premier relèverait d'une perception distale (c'est-à-dire tournée vers les objets externes au corps), tandis que le second

537J'aborderai le japonais dans le chapitre suivant, car l'idéogramme nommé *sezushin*, qui signifie littéralement « le toucher-soin », soulève des questions d'ordre proprement thérapeutique, plutôt que d'ordre lexicologique.

relèverait d'une perception proximale (c'est-à-dire tournée vers les sensations internes du corps). Cependant, cette distinction n'est valable que lorsqu'on se concentre sur le ou la touchant-e (le sujet de l'action) et qu'on ne se focalise pas sur le ou la touché-e (l'objet de l'action). Si l'on renverse la perspective, il semblerait alors que « to feel » puisse aussi désigner les sensations externes et passives, tel le vent sur la peau.

Plus qu'une distinction portant sur l'activité ou la passivité, l'anglais semblerait suggérer une différence traitant de l'objectivité et de la subjectivité. Toutefois, cette distinction reste subtile et n'est pas sans poser de problèmes. Soit les verbes « to feel » et « to touch » se comportent comme des synonymes. Soit le verbe « to feel » déborde la seule expérience du toucher. Cette acception préfigure d'ailleurs un paradoxe : c'est « to feel » qui rend compte de la perception proximale du toucher, et pourtant, c'est aussi ce verbe qui surpasse l'expérience tactilo-kinesthésique.

Dans l'exemple de la prise de pouls, on emploie aussi bien l'un ou l'autre verbe. L'enjeu est de saisir ce sur quoi on met l'accent : est-ce qu'on insiste sur la sensation de la pulsation sous ses propres doigts (perception proximale) ? Ou est-ce qu'on s'attarde sur l'expression de la pulsation dans les veines de l'autre (perception distale) ?

Ce détour par l'anglais m'amène à interroger le « langage ordinaire des sens », pour reprendre l'expression du philosophe John Langshaw Austin⁵³⁸. Pour ce dernier, le langage ordinaire n'est pas qu'une compilation d'énoncés déclaratifs, soit d'énoncés qui décrivent une action. Le langage ordinaire contient aussi des énoncés performatifs, soit

538Cf. AUSTIN John Langshaw. (trad. De GOCHET Paul de). *Le langage de la perception*. Paris : Armand Colin, 1971. pp. 11-23

des énoncés qui effectuent une action en même temps qu'ils la disent. Les énoncés performatifs sont des actes opératifs qui ne se contentent pas de décrire des faits. Par exemple, dire « je te promets », ce n'est pas uniquement décrire la promesse en train de se faire. C'est aussi, et peut-être surtout, sceller un engagement.

M'inspirant de la démarche de ce philosophe, la question que je me pose est donc la suivante : que dit-on lorsqu'on touche ? Dit-on seulement quelque chose lorsqu'on touche ? Autrement dit, est-ce qu'il y a quelque chose de performatif dans le langage du toucher ? Est-ce que les mots du toucher débordent la seule expérience sensorielle ?

En philosophe, j'essaie non seulement d'identifier s'il y a une différence entre le mot, le concept et l'idée de toucher, mais aussi de savoir s'il y a une barrière entre l'objet de la perception et le sujet percevant. Selon Austin, la philosophie ne rend pas justice à la complexité et à la subtilité des mots usuels. Elle présuppose elle-même un obstacle entre la faculté perceptive et les choses matérielles. Or, il est possible d'étudier les faits de la perception au moyen d'une « phénoménologie linguistique » et, partant, de rendre compte de la diversité des significations qu'il y a derrière un seul mot.

Si l'on se penche à nouveau sur l'exemple anglophone du pouls, on s'aperçoit en effet que la langue anglaise est à même de raconter l'action, en prenant tantôt une perspective proximale et subjectiviste, tantôt une perspective distale et objectiviste et ce, au moyen d'un simple mot.

En épistémologue, je ne peux toutefois pas nier les obstacles épistémologiques que peuvent représenter le visiocentrisme et le visuocentrisme pour dire le toucher. Dans ces conditions, comment faire pour que le langage (qu'il soit ordinaire ou savant) réussisse à échapper aux biais cognitifs et perceptifs induits par les réflexes visiocentrés ? Est-il seulement possible de modifier à ce point les perspectives ?

En français, c'est un fait linguistique qu'il manque un verbe pour dire « être en contact », c'est-à-dire pour décrire la perception tactile passive. Le verbe « sentir » reste trop ambigu⁵³⁹. On peut se demander si cette absence est une conséquence de la dévalorisation du toucher, ou bien si l'intérêt porté au toucher concerne autre chose que la question de l'activité.

Selon la première hypothèse (le manque de vocabulaire tactile résulte de la dévalorisation du toucher), il y a une différence de traitement entre les sens dévalués (le toucher, le goût, l'odorat) et les sens valorisés (la vue, l'ouïe). Par exemple, le champ lexical de la vision est très riche, alors que celui du toucher est plus réduit. À titre de preuve, j'ai recherché les verbes « voir » et « toucher » dans un dictionnaire de synonymes⁵⁴⁰. Certes, je me suis contentée de chercher des verbes et non des substantifs ou des adjectifs, car je voulais trouver des manières d'exprimer, en tant que sujet, la perception ou l'expérience tactile ou somesthésique vécue en première personne.

Pour le premier (voir), trente-huit occurrences sont sorties, dont neuf relèvent de la perception (regarder, scruter, contempler, apercevoir, entrevoir, etc.), et de nombreuses autres évoquent l'analogie entre la vue et la connaissance (discerner, juger, être témoin, etc.).

Pour le second (toucher), seules dix-neuf occurrences sont sorties, dont huit relèvent de la perception (tâter, palper, caresser, tripoter, titiller, etc.) – on apprécie le

539 Pour plus de détails sur l'ambiguïté du verbe « sentir », cf. BELIGON Stéphanie. « Ce que "sentir" veut dire : que nous dit le langage de la perception ? ». *The conversation*. 15/11/2022. https://theconversation.com/ce-que-sentir-veut-dire-que-nous-dit-le-langage-de-la-perception-193541?_app_id=193541&_app_type=article&st=Ce+que+%C2%AB%C2%A0sentir%C2%A0%C2%BB+veut+dire%C2%A0:+que+nous+dit+le+%C2%A0langage+de+la%C2%A0perception%C2%A0?&sd&si

540 Pour cette expérience, j'ai utilisé le logiciel DIC 560 ; seul logiciel de dictionnaires accessibles au déficient-es visuel-les et compatible avec les logiciels de revue d'écran JAWS et NVDA.

recours au langage familier –, et beaucoup évoquent la violence ou la sexualité (blesser, heurter, pénétrer, etc.). Le toucher est relégué à ce qui est tabou ou qui est condamnable, alors que la vue est élevée à ce qui progresse ou qui guide.

Le langage du toucher demeure souvent confisqué par le champ lexical de la sexualité. De nombreuses expressions ont une connotation sexuelle, suivant les registres de langue ou les usages sociaux. Par exemple en français, lorsque le verbe « toucher » est employé à la forme pronominale, il a une signification ambiguë. « Se toucher » désigne à la fois l'auto-exploration manuelle et la masturbation. Autres exemples, si le verbe « doigter » a un sens éminemment sexuel, « se frotter » fait aussi écho à ce champ sémantique ; c'est notamment le cas du mot « frotteurs » qui qualifie les agresseurs sexuels dans les transports en commun. De nombreux termes ont donc souvent un double-sens sexuel.

C'est comme s'il était impossible d'envisager l'expérience intime et corporelle du toucher sans la comparer à une activité sexuelle, comme si tout corps à corps était saturé de sexualité. Ce premier constat va dans le sens de l'hypothèse primordiale de mon travail : le toucher est traversé par les questions de genre et de sexualité et, à ce titre, il doit être étudié par ce prisme. Cela permettra entre autres de savoir si cette interprétation que l'on peut dire « sexualiste » n'est qu'un obstacle transitoire à surmonter, et si cette interprétation n'est en réalité que le résultat de préjugés ordinaires empêchant de bâtir une conception plus large du toucher.

Selon la deuxième hypothèse (l'intérêt du toucher est ailleurs que dans le langage de l'action), il y a focalisation sur l'intention plutôt que sur l'attention du toucher. Autrement dit, l'accent est mis sur le toucher comme acte intentionnel, donc sur le fait

d'être tourné-e vers l'extériorité, plutôt que sur le toucher comme expérience sensitive, donc sur le fait d'être tourné-e vers l'intériorité.

Si l'on reprend encore l'exemple de la pulsation cardiaque, on remarque qu'il est plus courant de dire qu'« on prend le pouls », plutôt que l'« on sent le pouls » de quelqu'un-e. Il semble plus important de parler de l'acte plutôt que de la sensation, du mouvement plutôt que du résultat, du contenant plutôt que du contenu, de ce geste. Certes, les situations médicales influencent aussi les usages linguistiques. Lorsque le pronostic vital est en jeu, on se préoccupe de savoir si l'on sent la pulsation cardiaque. Mais en contexte de soins de routine, on préfère dire qu'on prend le pouls. Cependant, la perspective peut être décalée. « Prendre le pouls », ce peut être une façon d'objectiver la pulsation cardiaque, qui devient une simple donnée mise à disposition par le poignet. De sorte que l'accent est davantage mis sur le contenu que sur le contenant.

Face à ce constat, deux interprétations sont possibles : soit la formulation des faits objectifs est une manière de revendiquer une langue française non subjectiviste. Soit le vocabulaire dynamique permet de valoriser la faculté préhensile de l'espèce humaine.

La troisième et dernière question que je me pose concernant le langage du toucher est donc la suivante : qu'en est-il vraiment du français, qui paraît manquer de vocabulaire pour dire le toucher ? Peut-être que cette défaillance n'est qu'une illusion. Ou bien peut-être qu'elle est compensée par d'autres procédés linguistiques, et que le critère quantitatif, selon lequel c'est le nombre de mots qui signe la richesse lexicale, n'est pas le plus pertinent.

Selon le linguiste Bertrand Vérine, « la carence des mots est un préjugé »⁵⁴¹ en ce qui concerne le toucher. « Il est vrai qu'il n'y a pas, dans les langues romanes, de nom générique pour désigner ce qu'on perçoit par le toucher ni la représentation mentale que le toucher permet de former : on voit des images, on entend des sons, on hume des odeurs et on goûte des saveurs, mais on touche des matières, des textures, des consistances, etc., c'est-à-dire des propriétés spécifiques au même titre que les couleurs pour la vue ou les timbres pour l'ouïe. »⁵⁴². Certes, la neuropsychologie propose le terme de *tangibilia* pour qualifier les objets du toucher. Mais ce mot reste cantonné à une réalité restreinte et à une langue experte. Il n'est pas usité dans des interactions quotidiennes ou communes.

De la même manière, certaines professions manuelles mobilisent une terminologie tactile fournie. Par exemple, l'haptonomie⁵⁴³ s'appuie sur diverses formes de contacts manuels et créent des concepts tels que l'« haptosynésie » pour expliquer la pratique du toucher corporel. Autre exemple, les artisan-nes ébénistes et stylistes-modélistes utilisent un langage tactile très spécifique pour parler des textures, des matières et de leurs transformations⁵⁴⁴. Est-ce à dire que le lexique tactile existe, mais qu'il est l'apanage de quelques expert-es ?

541VÉRINE Bertrand. « Dire le toucher ». *Fondation du toucher*. 08/08/2019. <http://fondationdutoucher.org/dire-le-toucher/>. [Consulté le 28/04/2020]

542Ibid.

543L'haptonomie est une approche holistique du soin qui met l'accent sur la communication et l'accompagnement par le toucher. Elle peut être utilisée lors des suivis gynécologiques, dans des services de soins palliatifs, pour accompagner des personnes atteintes de maladies chroniques, hors d'un cadre réglementé et conventionnel, etc.

544Pour découvrir le langage d'artisan-nes spécialistes du toucher, cf. SOLAP Christel. « "Y a pas de mots pour le dire, il faut sentir." Décrire et dénommer les happerceptions professionnelles ». *Terrain*. n°49, 2007. pp. 37-50. <https://journals.openedition.org/terrain/5841>

D'après Vérine encore, cela aussi est un préjugé. Car « s'il répond aux besoins de l'ensemble d'une communauté, n'importe quel terme d'un vocabulaire spécialisé peut devenir d'usage absolument courant »⁵⁴⁵. Il faut alors se saisir de cette parole experte et la diffuser dans l'espace public.

En réalité, Vérine explique que « le vocabulaire tactile existe »⁵⁴⁶, mais il s'agit de se le réapproprier et, pour ce faire, d'identifier les obstacles qui le rendent impalpable. Le premier obstacle est celui dont il a déjà été question plus haut, à savoir la hiérarchie des sens dans les sociétés occidentales. Je ne reviendrai donc pas sur le privilège de la vision et sur sa tendance à effacer les autres sens, au niveau du langage comme de la pensée.

Le deuxième obstacle est proprement linguistique, et dérive d'un manque d'habitude pour ce qui est de décrire « tactilement » des situations, aussi bien à l'oral qu'à l'écrit. D'un côté, les mots ne viennent pas aisément, car ils restent peu utilisés en dehors des sphères de spécialistes. De l'autre, la communication se réfère rarement au toucher, car les associations d'idées utilisant ce sens ne sont ni courantes, ni spontanées. C'est un cercle vicieux, mais ce n'est pas une fatalité ; d'autant que « nous parlons souvent du toucher sans nous en apercevoir », comme l'explique encore Vérine⁵⁴⁷.

Le troisième obstacle est davantage d'ordre neurocognitif et, à ce titre, plus difficile à contourner. Pour toucher, il faut généralement aussi agir. Non seulement les informations tactiles précises proviennent d'une exploration

545VÉRINE Bertrand. « Dire le toucher ». art. cit.

546VÉRINE Bertrand. « Le vocabulaire tactile existe, je l'ai entendu ». *Fondation du toucher*. 10/11/2019. <http://fondationdutoucher.org/le-vocabulaire-tactile-existe-je-lai-entendu/>. [Consulté le 28/04/2020]

547Ibid.

haptique (c'est-à-dire d'un toucher manuel actif), mais elles intègrent de plus des manipulations complexes engageant d'autres sens (c'est-à-dire l'intermodalité sensorielle) ou divers mouvements (c'est-à-dire la perception agissante). De sorte que le toucher demeure associé à l'action ou, plus particulièrement, à une perception-action diffuse et dynamique. Comme s'il était alors difficile de saisir son unicité et, a fortiori, de décrire cette singularité.

Selon Vérine, « cela explique qu'un bon nombre de verbes d'action incluent, de manière plus ou moins saillante, des propriétés tactiles qui, du coup, ne sont pas toujours développées par des termes spécifiques dans le reste du discours. »⁵⁴⁸. Par exemple, le verbe « glisser », s'il désigne avant tout des nuances diverses de mouvement, caractérise également des textures plus ou moins adhérentes, donc des frottements entre les objets. Réciproquement, cela explique peut-être que le toucher ait du mal à s'extraire de la voie active et soit quasiment ineffable à la voie passive. Il est d'ailleurs remarquable que le nom « toucher » ne soit qu'une substantivation du verbe « toucher » dans la langue française.

Pour conclure sur le langage du toucher, je laisse à nouveau la parole à Vérine, ne pouvant que souscrire aux citations suivantes ; la première résumant l'insécurité provoquée par le vocabulaire tactile, la seconde suggérant un programme de réappropriation de celui-ci :

« On le sent, à condition d'y prêter attention, on peut trouver des éléments tactiles un peu partout dans certains de nos discours. Mais il s'agit le plus souvent de notations diffuses, non reconnues comme telles, pour ainsi dire clandestines, qui ne donnent pas aux personnes la conscience de verbaliser leur toucher. Or cultiver cette

548Ibid.

conscience apporterait une réponse positive à [...] l'insécurité discursive des perceptions autres que la vue [...]. »⁵⁴⁹.

« Comme personne aveugle, j'en conclus que chacun doit apprendre à toucher et à parler du toucher, et que cela devrait être enseigné, surtout si on envisage un processus à la fois conscient des sensations de la personne qui touche et attentif à la subtilité de l'objet touché. »⁵⁵⁰.

II.3. Les principes gnoséologiques pour penser le toucher

À présent que l'on connaît l'objet, la fonction et le langage ordinaire du toucher, il paraît nécessaire de comprendre comment ce sens se rapporte à ses propres objets et, par suite, quel est le type de savoir qui en découle. En d'autres termes, il semble important de comprendre le genre d'objectivité mobilisée par l'expérience tactile. Est-ce à dire qu'il manque un verbe pour parler de la perception proximale ou passive du toucher ? Est-ce pertinent de chercher un mot pour décrire la sensation interne et subjective du toucher ?

II.3.1. Penser le toucher à travers l'action, la relation et le corps-à-corps

Définir le toucher, c'est reconnaître sa spécificité. Dans une perspective diacritique (c'est-à-dire en définissant par la négative), on peut supposer que ce sens n'est pas propice à une logique de la mise à distance, au sens où l'est le réflexe visiocentré. Cela ne veut pas dire que la perception tactile, haptique ou somesthésique ne permet pas de faire l'expérience de la distance. Bien au contraire, le toucher est le

549VÉRINE Bertrand. « Le vocabulaire tactile existe, je l'ai entendu ». art. cit.

550VÉRINE Bertrand. « Dire le toucher ». art. cit.

sens par lequel on expérimente et découvre les frontières corporelles. De la même manière, le toucher intervient dans la proprioception, donc dans l'expérience de son propre corps dans l'espace. Cela veut dire que cette perception ne fournit pas des métaphores et des analogies qui valorisent la position de surplomb, l'omniscience, etc.

Dans une perspective analytique (c'est-à-dire en identifiant les prédicats contenus dans la proposition), on s'aperçoit que le toucher repose sur trois choses : l'action, la relation et le corps.

Concernant l'action, le toucher est stricto sensu une perception active ou agissante. Active, parce que le mouvement en est généralement la condition de possibilité. Agissante, parce que c'est l'exploration manuelle ou corporelle qui fait advenir les *tangibilia*. Concernant la relation, le toucher met en jeu un rapport, sinon intime, du moins sensible entre sujet et objet de la perception. L'expérience tactile est l'expérience de la relationnalité ; par le biais de la sensation de résistance (comme chez Condillac) ou de la fusion (comme chez Merleau-Ponty). Et concernant le corps, le toucher vient, d'une part, engager l'ensemble de la sphère somesthésique lors de l'acte percevant et, d'autre part, insister sur le corps-à-corps à l'œuvre dans la relation perceptive.

Dans cette perspective, où le toucher est intriqué à l'action, à la relation et au corps, il apparaît à la fois légitime et cohérent que le vocabulaire du toucher soit privé d'un verbe d'état. À l'inverse, les verbes pronominaux sont peut-être plus pertinents pour rendre compte de cette expérience. Par exemple, le verbe « s'embrasser » sous-entend, grâce au pronom personnel réfléchi, que l'embrassant-e est en même temps l'embrassé-e. Il semble alors d'autant plus judicieux de fonder une épistémologie de la relation de soins sur ce sens ; pour sa dimension active, relationnelle et corporelle.

D'un côté, il n'est peut-être pas souhaitable de chercher un mot qui appauvrirait la richesse contenue dans cette notion. Pour construire une épistémologie du toucher utile à la relation de soins, il devient crucial, non seulement d'en conserver, mais aussi d'en revendiquer la complexité.

D'un autre côté, il n'est peut-être pas non plus possible d'exiger du langage qu'il exprime ce qui n'existe pas. Ce qui constitue l'unité du toucher est ce rapport particulier qu'il présuppose entre sujet et objet. En témoigne peut-être le fait qu'il n'y a pas de spécialité médicale qui traite précisément de la perception tactile proximale et subjective ; alors qu'il y a par exemple une spécialité médicale pour la vision (l'ophtalmologie). Comme s'il n'était pas concevable d'envisager le toucher uniquement à partir des objets perçus, ou uniquement à partir du processus fonctionnel. Seule la neuropsychologie s'intéresse parfois aux défaillances du système somato-sensoriel⁵⁵¹.

En examinant le fonctionnement anatomophysiologique du toucher, les neurosciences se focalisent principalement sur l'objet de ce sens. En explorant les idées suscitées par l'expérience tactile, la philosophie se concentre quant à elle sur le sujet de ce même sens. Au moyen de l'épistémologie, j'aspire à élucider le problème du toucher et à fonder l'unité de ce sens sur une objectivité tridimensionnelle, soucieuse du corps-à-corps entre sujet et objet.

II.3.2. Quelle objectivité pour l'épistémologie du toucher ?

Si elle procède d'une logique de la mise à distance, l'objectivité reproduit le réflexe visiocentré et, ce faisant, n'est tenable ni sur le plan éthique (il ne me semble

551 Pour des descriptions détaillées et imagées de déficits intéroceptifs ou proprioceptifs, cf. SACKS Oliver. (trad. De HERONNIERE Edith de la). *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau. Et autres récits cliniques*. Paris : Seuil, 2020

pas souhaitable de prôner une démarcation entre les sujets et les objets de la connaissance), ni sur le plan épistémologique (il n'est pas possible de se défaire de la totalité des biais subjectifs)⁵⁵².

Toutefois, il ne s'agit d'évacuer ni la notion de distance, ni celle d'objectivité. La première est nécessaire au processus réflexif ; il n'y a pas de critique sans prise de distance. De plus, le sens du toucher n'efface pas toute forme de distance pour prôner exclusivement la fusion. À l'inverse, ce sens introduit une dimension spatiale ou topique, laquelle est inhérente au schéma corporel et, par extension, aux interactions avec autrui. En revanche, ce sens ne permet pas d'accéder à une distanciation globale telle que l'exigerait une posture de surplomb, y compris à titre analogique. Il y a toujours un point de contact et, par conséquent, une part d'implication corporelle.

La notion d'objectivité, pour sa part, reste utile pour délimiter les critères de scientificité d'un discours, voire pour en augmenter la valeur empirique et politique. À ce sujet, la philosophe Sandra Harding a développé le concept d'« objectivité forte » (« strong objectivity » en anglais)⁵⁵³, auquel je me réfère grandement. L'objectivité forte invite à assumer et à expliciter les biais subjectifs qui sous-tendent l'activité scientifique des chercheurs-euses. Ces biais subjectifs témoignent d'une incontournable implication corporelle des scientifiques dans le

552Pour une critique constructive de ces deux principes (démarcation sujets/objets et biais subjectifs), cf. STENGERS Isabelle. *L'invention des sciences modernes*. Paris : La découverte, 1993. Selon Stengers, la distinction sujet-objet « n'attribue pas au sujet le droit de connaître l'objet, mais à l'objet le pouvoir (à construire) de mettre à l'épreuve le sujet » (p. 151). Pour elle, « l'autonomie, pas plus que l'objectivité ou la pureté, ne constitue un attribut de la pratique scientifique. » (p. 120).

553Cf. HARDING Sandra. *Whose science? Whose knowledge? Thinking from women's lives*. Ithaca : Cornell University Press. 1991

processus de production des connaissances ; ne serait-ce qu'en termes d'émotions, de valeurs non épistémiques, de motivations, etc.

Ici, il s'agit plutôt de reconfigurer les normes de l'objectivité grâce au toucher. Celui-ci semble inviter à repenser le statut des objets de la connaissance, de même que le processus d'objectivation de ces mêmes objets. Pour le dire autrement, mon hypothèse est la suivante : le sens du toucher propose une objectivité qui prend en considération l'action, la relation et le corps.

Pour ce qui est de l'action, on sait désormais que le toucher opère majoritairement dans le mouvement. L'idée d'un savoir tactile qui viendrait illuminer soudainement l'esprit du ou de la scientifique n'est pas concevable. En cela, l'épistémologie du toucher s'accorde avec l'épistémologie historique de Bachelard. Cependant, elle n'a pas pour ambition de débusquer les « ombres » projetées par la lumière de la connaissance du réel, mais de rappeler que toute démarche scientifique demeure un acte, a minima perceptif. Selon la philosophe Alireza Bani Sadr, « les études scientifiques ne répondent pas définitivement à la question de l'interdépendance entre action et perception. Dès lors, un effort philosophique semble nécessaire pour établir la continuité entre le toucher passif et actif. »⁵⁵⁴.

Comme suggéré dans le chapitre précédent, c'est le liage des traits qui assure au toucher cette continuité. C'est lui qui garantit une représentation unifiée et communicable du monde. Le liage des traits consiste en un rééquilibrage perpétuel entre le système sensoriel du toucher et celui des autres

554BANI SADR Alireza. « Sur la possibilité d'une conception pluraliste et active de l'expérience tactile ». art. cit.

sens, de même qu'entre ce qui provient de l'extérieur (les objets perçus) et de l'intérieur du corps (les modalités perceptives). Pour Bani Sadr, « cette proposition est prometteuse dans la mesure où elle offre aux études de l'expérience tactile un cadre qui distingue système sensoriel et modalité perceptive. Cette distinction nous sera utile, si nous tenons compte du fait que la perception n'est pas une simple expérience sensorielle, mais qu'elle consiste également à examiner activement le monde. »⁵⁵⁵.

En ce qui concerne la perception somesthésique, le liage des traits compile les sensations internes et externes au corps, et leur donne une signification en fonction du contexte dans lequel elles surviennent. Autrement dit, la perception est fonction de l'environnement. Par exemple, si je touche la main de ma partenaire durant une représentation de théâtre, je cherche à identifier différentes qualités sensibles (la température, la réactivité du mouvement, l'emplacement de la main, etc.) pour satisfaire un besoin affectif (être rassurée si j'ai peur, être réconfortée si je suis triste, etc.). Tout ceci forme une perception unifiée et informée par le contexte ; sachant que cette perception dépend également des mouvements d'exploration que j'effectue. Si je touche la main d'un-e patient-e à l'hôpital, je cherche d'autres qualités sensibles et, surtout, je souhaite satisfaire un besoin affectif d'une toute autre nature. C'est tout le sens d'une observation ou perception active du monde. Les modalités perceptives sont relatives à des circonstances et à des événements particuliers. Cette définition

555Ibid.

fondée sur la distinction entre expérience sensorielle et modalité perceptive est importante pour mon travail⁵⁵⁶.

D'un côté, il s'agit de maintenir la distinction entre l'objet perçu et le sujet percevant ; ce qui permet d'échapper à l'aporie merleau-pontienne de la fusion entre le soi et le monde. De l'autre, il s'agit d'expliquer et de justifier cette interaction à travers le processus de recalibration. La recalibration est le processus par lequel les sujets percevants modifient et ajustent les informations sensorielles, afin d'atténuer la distorsion des informations spatiales. Elle se base sur des mouvements physiques, sans être elle-même un mouvement physique⁵⁵⁷. Ce processus insiste sur la part de l'action dans la perception. Elle suggère par ailleurs un modèle d'objectivité dynamique, selon lequel les modalités perceptives interagissent avec le système sensoriel et les données sensibles. D'où la conclusion de Bani Sadr : « si l'on accepte la (re)calibration comme la capacité sur laquelle se fonde l'objectivité, et que le liage des propriétés nécessite

556 Pour une présentation très détaillée de la différence entre expérience sensorielle et modalité perceptive à l'endroit du toucher, cf. BANI SADR Alireza. *La perception du point de vue du toucher : sensation, action et croyance*. Thèse en philosophie. Université Panthéon-Sorbonne. 2021. <https://theses.hal.science/tel-03684183>

557 Proust explique que la fonction de recalibration est indispensable pour concevoir l'objectivité. Elle formule cela de la manière suivante : « Le problème de l'objectivité peut être présenté sous forme de la devinette suivante : existe-t-il une capacité structurée de localisation dans l'espace qui remplisse les quatre conditions ou sous-capacités suivantes : 1) exploiter une information proprement sensorielle (condition de phénoménalité) ; 2) organiser le champ perceptif en respectant les contraintes de l'équilocalité ; 3) corriger si nécessaire les entrées en cas de conflit pour que ces contraintes continuent à être respectées et 4) procéder à cette organisation et à ces corrections non pas aléatoirement, mais de manière fiable et réglée ? ». in PROUST Joëlle. « L'espace, les sens et l'objectivité ». in PROUST Joëlle (dir.). *Perception et intermodalité. Approches actuelles de la question de Molyneux*. Paris : PUF, 1997. P. 151. Cité dans BANI SADR Alireza. « Sur la possibilité d'une conception pluraliste et active de l'expérience tactile ». art. cit.

l'objectivité, on peut alors soutenir que c'est la (re)calibration qui assure le liage des qualités sensibles. »⁵⁵⁸.

Pour ce qui est de la relation, on comprend maintenant que le toucher fonctionne selon un processus d'interactions. Par le biais du liage des traits, le toucher construit une relation entre le corps touchant et le corps touché. Il détermine les limites de chaque corps ; offrant par là-même le sentiment d'extériorité et, en contre-point, d'individualité. Comme le souligne Jeanne-Marie Roux, « il y a ainsi un contraste entre "moi" qui touche "moi", et "moi" qui touche autre chose que "moi". [...] La différence du "moi" et du "non-moi" s'atteste donc dans le toucher. »⁵⁵⁹.

Dans ce cadre, l'expérience tactile est toujours et immédiatement double. Si je me touche moi-même, je me sens touchée et touchante à l'endroit de mon propre corps. Si je touche autre chose que moi-même, je me sens touchante à l'endroit de mon propre corps, mais également touchée à l'endroit du corps de l'autre. De sorte que le toucher établit le principe d'objectivité et ce, en tant qu'il développe le sentiment de distance et de différence entre le sujet et l'objet de la perception. D'après Roux, « ce serait grâce au toucher qu'il y a de l'objet »⁵⁶⁰. En d'autres termes, le toucher représente la condition de possibilité de l'objectivité. Cet argument, à tout le moins condillacien, conserve néanmoins une conception inappropriée de l'objectivité et, plus particulièrement, des objets du toucher.

Contre la compréhension conventionnelle du toucher, et dans la continuité du chapitre précédent, je reprends à mon compte la question de Roux, à savoir

558BANI SADR Alireza. « Sur la possibilité d'une conception pluraliste et active de l'expérience tactile ». art. cit.

559ROUX Jeanne-Marie. « Le toucher entre objet et ob-jektivité (II) ». art. cit.

560ROUX Jeanne-Marie. « Le toucher entre objet et ob-jektivité (I) ». art. cit.

« y a-t-il bien de l'objet dans le toucher, au sens où il y aurait de l'objet qui serait distinct et distinguable du sujet ? »⁵⁶¹.

Cela demande en premier lieu de différencier les objets qui ont une valeur de vécu et ceux qui ont une valeur de vérité. Les premiers relèvent du registre de la psychologie (comment construit-on des objets dans notre représentation du monde ?), tandis que les seconds de l'épistémologie (quels sont les objets sur lesquels et par lesquels on élabore des connaissances ?). Lorsqu'on déclare que c'est « grâce au toucher qu'il y a de l'objet », comment s'opère le glissement pour dire que c'est grâce au toucher qu'il y a de l'objectivité ? Y a-t-il une confusion entre le registre psychologique et l'analyse épistémologique ? Il semble que non, car ce qui est en question, c'est le processus perceptif par lequel on peut appréhender le réel et, ainsi, établir des jugements sur ce réel ; que ce soient des jugements de valeur ou des jugements de connaissance.

Ce que Roux exprime, c'est que la manière de percevoir le réel informe la façon de le connaître. En ceci, elle effectue un geste proprement épistémologique. Ce que l'on peut en induire, c'est que la façon dont l'expérience tactile construit des objets est fondamentale pour concevoir l'objectivité : le toucher donne le sentiment de distance indispensable à la critique et à la réflexivité, ainsi que le sentiment de différence nécessaire à la compréhension des interactions que le sujet entretient avec les objets.

Cela demande en second lieu de s'interroger sur la définition d'« objet », avant-même de questionner celle d'« objectivité ». Si l'on maintient la définition de l'objet comme « ce qui est posé devant », alors le paradigme visiocentré vient à nouveau s'immiscer dans la réflexion. De fait, ce « devant » est généralement envisagé

561Ibid.

à l'aune de la perception visuelle. Ce paradigme est néanmoins contraire à la conception de l'objectivité que j'essaie d'avancer ici.

D'abord, il présuppose une relation statique et analytique entre le sujet et l'objet. À cet égard, il n'est pas cohérent avec le processus de « liage des traits » et de « recalibration » qu'implique l'expérience tactile. En effet, ce processus n'est possible que dans l'action et le mouvement.

Ensuite, il préfigure un rapport d'usage et de connaissance, selon lequel toute relation d'un sujet avec son objet est synonyme d'intervention. Cependant comme l'écrit Roux, « nous ne touchons pas nécessairement des objets car nous ne sommes pas dans un rapport d'usage ou de connaissance à tout ce que l'on touche. »⁵⁶². Toute expérience tactile n'est pas le produit d'une décision intentionnelle ou, plus précisément, d'une démarche scientifique. Lorsque je touche mon poignet, je ne tiens pas nécessairement à élaborer un savoir sur cette partie de mon anatomie, ou à modifier quelque chose à cet endroit. Je peux le faire par réflexe, par habitude, par réconfort. Il est envisageable de toucher une chose sans agir dessus, même s'il est difficile de toucher quelque chose sans agir tout court.

Si le toucher se construit sur une appréhension active des objets, il ne se traduit pas nécessairement par une modification intentionnelle de ces mêmes objets. Assumer le caractère dynamique de la perception, ce n'est pas prôner une éthique de l'intervention. C'est plutôt reconnaître la dimension relationnelle de l'objectivité.

Agir, ce n'est pas toujours « agir sur », et encore moins « agir pour » quelque chose. Agir, c'est simplement s'extraire de soi-même et entrer en relation avec l'autre. Les objets ne sont pas uniquement des occasions d'exercer son pouvoir ou son savoir. L'enjeu ne relève pas tant de l'effectivité du lien, que du type de lien, entretenu avec les

562Ibid.

objets. Assumer la dimension relationnelle de la perception, c'est donc prendre conscience que l'on interagit avec les objets, et prendre soin de questionner le contexte et les conséquences de cette interaction.

D'après Roux, « la pertinence de l'usage de la notion d'objet semble dépendre de l'attitude supposée du sujet touchant. C'est-à-dire que, si la notion d'objet du toucher a un sens, il ne faut pas, de nouveau, se représenter des objets en soi, permanents, ontologiquement déterminés, que nous nous efforcerions de toucher, et dont nous nous efforcerions de saisir les propriétés tactiles sans pouvoir jamais sentir la totalité de leurs propriétés, l'objet restant ainsi intouchable. »⁵⁶³. Cela signifie que la définition de l'objet tangible est fonction de l'acte perceptif et du sujet percevant qui interagit avec. Il n'existe pas de définition totale d'un objet tangible, ni d'universalité dans la perception tactile. Et Roux d'ajouter, « parler d'objet, c'est parler de cette incomplétude de notre connaissance, [...] et, en tout cas, d'identification des entités de notre monde. Parler des objets que l'on touche, ce serait, au fond, parler de cette démarche identificatoire de notre part, ce qui explique du reste qu'il puisse y avoir tout aussi bien des objets mentaux. Les objets du toucher, finalement, seraient les cibles de cette démarche d'identification lorsque nous utilisons le toucher pour la mener à bien. »⁵⁶⁴. Cela signifie que la perception tactile est un processus constant de collection d'informations sur le monde et, en définitive, de représentation du monde. Derrière l'opération d'identification, il y a l'idée d'une recherche perpétuelle de percepts, et celle d'humilité compte-tenu de l'incomplétude de notre connaissance. L'identification vise à recalibrer sans cesse les données en cours d'acquisition avec les données déjà acquises.

Pour ce qui est du corps, on s'aperçoit finalement que le sens du toucher repose sur une expérience somatique. Parce que l'on touche avec tout son corps, parce que l'on

563ROUX Jeanne-Marie. « Le toucher entre objet et ob-jektivité (II) ». art. cit.

564Ibid.

entre en relation avec les objets au moyen d'un corps-à-corps, parce que l'on ressent son propre corps lorsqu'on en touche un autre etc., pour toutes ces raisons le toucher semble ouvrir la voie vers une épistémologie du corps. Ce dernier est en effet autant la condition de possibilité que le critère de vérification du processus d'objectivation. Autrement dit, c'est à la fois le corps qui invite à entrer en contact avec des objets, tout en assurant la délimitation entre le soi et le non soi, et qui permet de forger la définition-même d'objet, tout en évaluant le type de rapport entretenu avec les données de cette expérience. L'épistémologie du toucher non seulement parle du corps, mais en émane également.

Bani Sadr résume cela de la façon suivante : « l'expérience perceptive étant intuitivement considérée comme une forme d'«ouverture au monde», le toucher est souvent perçu comme le sens le plus objectif assurant une telle ouverture. [...] L'idée d'un tel rapport privilégié s'appuie souvent sur le constat que le toucher implique l'expérience de notre corps combinée à l'expérience des objets externes. »⁵⁶⁵.

Loin d'évacuer la notion d'objectivité, le toucher la mobilise, et va jusqu'à la redéfinir, voire jusqu'à la renforcer. Toucher assoit la conscience du corps aussi bien que la conscience des objets. Comme l'explique Roux, « toucher implique de toute façon une conscience motrice, le toucher n'étant pas dissociable d'une conscience de nos gestes et de notre corps. »⁵⁶⁶.

Le processus d'objectivation dépend d'une expérience somesthésique, lors de laquelle la perception associe différentes données perceptives et interagit avec ces

565BANI SADR Alireza. « Sur la possibilité d'une conception pluraliste et active de l'expérience tactile ». art. cit.

566ROUX Jeanne-Marie. « Le toucher entre objet et ob-jektivité (II) ». art. cit.

dernières. En outre, il provient d'une démarche de conscientisation : d'abord prise de conscience de soi-même, des autres et de la place que l'on occupe vis-à-vis de ceux et celles-ci ; puis conscientisation du monde et de la manière dont on interagit avec. La prise de conscience est une étape individuelle qui relève d'un processus psychologique, alors que la conscientisation nécessite une mise en commun de l'expérience personnelle et, ainsi, constitue une démarche épistémologique. La première s'intéresse à l'appréhension et à la perception du monde, quand la seconde s'attache à le comprendre et à l'expliquer.

Cette proposition est puissante épistémologiquement parlant. Elle tend à fonder le savoir sur une forme d'immanence corporelle. Parler d'immanence corporelle, ce n'est pas valoriser les intuitions au détriment de la réflexion, de la démonstration ou de toute forme de raisonnement analytique. C'est rappeler l'importance de la matérialité sensible dans le processus de production du savoir. La notion d'immanence corporelle permet d'échapper à un genre de transcendance ambiguë, selon laquelle la connaissance est subordonnée à des principes a priori, soit transmis de manière innée et mystérieuse. Faire du corps le siège du savoir, c'est assumer la part de subjectivité qui accompagne toute démarche de connaissance. Pour la philosophe Iris Marion Young, « dès que l'on considère non pas la conscience, mais le corps vécu comme siège de la subjectivité et de la transcendance, toute transcendance devient ambiguë, puisque le corps (étant naturel et matériel) est immanence. »⁵⁶⁷.

Il ne s'agit toutefois pas de céder au réductionnisme en rejetant toute forme de transcendance, et en fondant la connaissance uniquement sur

⁵⁶⁷YOUNG Iris Marion. « Lancer comme une fille. Une phénoménologie de la motilité, de la spatialité et du comportement corporel féminins ». *Symposium*. Vol. 21 n°2, 2017. p. 42

l'immanence. Le savoir semble être davantage que la somme des connaissances individuelles. De la même manière, la perception est informée par les discours collectifs aussi bien que par l'expérience corporelle. Dans ce cadre, l'objectivité n'est pas un ensemble de règles a priori mais le résultat d'une intersubjectivité dynamique et holistique.

En résumé, le sens du toucher protège de l'illusion épistémologique d'une « vue de nulle part » désincarnée et surplombante. En effet, il fait appel à des principes ancrés dans l'action, la relation et le corps. C'est-à-dire premièrement qu'il mobilise une objectivité consciente des connexions à l'œuvre au sein de son propre corps lors de l'acte perceptif, ainsi que des interactions de son propre corps avec les objets scientifiques. Deuxièmement, il assume la dimension sensible de la connaissance, laquelle nous affecte autant qu'elle est affectée par nous. Troisièmement il dispose d'un langage pour rendre compte de cette sensibilité et, somme toute, pour bâtir une épistémologie du corps sensible.

III. D'une épistémologie du toucher somesthésique à une épistémologie du corps sensible

Définir l'épistémologie du toucher a permis d'insister, non seulement sur le caractère somesthésique de ce sens, mais aussi sur la dimension relationnelle du savoir. À travers les principes de conscientisation et d'interaction, l'épistémologie du toucher a mis en évidence l'importance du corps au sein de la démarche de connaissance.

Ici, le corps ne consiste pas en un réceptacle inerte et passif des faits du réel. Il demeure au contraire une preuve de l'inscription de chaque chercheur-euse dans son

contexte d'existence, de même qu'un phénomène dynamique et agissant. Le corps est donc une réalité sensible, d'une part en tant qu'il interagit avec les informations issues de la perception ; d'autre part en tant qu'il est affecté autant qu'il affecte le réel.

Les conditions matérielles d'existence des scientifiques influencent jusqu'à la façon de percevoir le monde, et rappellent que tout corps matérialise la position que chacun-e occupe dans ce monde. De plus, les manipulations ou expérimentations des scientifiques modifient le réel. D'une certaine manière, la science ne se contente pas d'établir des théories pour représenter le monde, mais participe à le transformer par le biais d'un ensemble de pratiques⁵⁶⁸.

III.1. La somesthésie, entre intersensorialité et conscience du corps

Dans un premier temps, il paraît important d'expliquer comment l'épistémologie du toucher conduit à une épistémologie du corps sensible et, plus fondamentalement, pourquoi l'épistémologie du toucher se traduit en définitive par une épistémologie du corps sensible. Sans surprise, cela découle du caractère somesthésique de ce sens.

Parce qu'il opère au moyen d'un processus de liage des traits, le toucher est par définition intersensoriel et multimodal. L'intersensorialité désigne la capacité à fusionner (si l'on adopte le vocabulaire de Georges Simmel) ou à transposer (si l'on préfère celui de Joëlle Proust) les impressions sensibles. Les percepts représentent des

568 Pour une analyse épistémologique approfondie concernant la manière dont la recherche scientifique participe à transformer le monde, cf. HACKING Ian. (trad. DUCREST Bernard). *Concevoir et expérimenter : thèmes introductifs à la philosophie des sciences expérimentales*. Paris : Christian Bourgois, 1989. Concernant la traduction du titre de cet ouvrage, il est intéressant de noter que le titre original *Representing and Intervening*, qui signifie littéralement « Représentation et intervention », a été traduit par *Concevoir et expérimenter*, ce qui atténue la dimension interventionniste sous-entendue par l'auteur dans la version originale.

éléments essentiels de la conscience du corps, qui constitue la clef de la conscience de soi et, par extension, de la conscience des autres.

Dans un article traitant de l'intersensorialité humaine, l'anthropologue Joël Candau définit la conscience corporelle de deux manières : soit une unité perceptive globale, soit une synthèse des sensations⁵⁶⁹. La conscience corporelle est autrement dit une activité perceptive et représentative basée sur les relations entre les sens et les individus.

Cela suppose, d'un côté, que la cognition est, en tant que capacité à construire des représentations, une faculté sociale. Elle ne peut exister que s'il y a intersubjectivité. D'un autre côté, cela suppose que l'unisensorialité est illusoire. Saisir un percept, c'est toujours appréhender un phénomène multiforme et, de plus, c'est le faire par des voies plurielles. Selon Candau, « seuls existent des représentations, des actes et un espace péri-personnel multisensoriels. »⁵⁷⁰.

Ce n'est pas tant que le toucher est le seul sens qui recourt à l'intersensorialité. Comme je viens de l'exposer, la perception est intrinsèquement multimodale. C'est plutôt que le toucher est indissociable d'une expérience somesthésique. Il est compliqué de raconter une perception tactile, sans évoquer a minima la température de l'objet touché et le mouvement qui a permis de toucher celui-ci. Par exemple, je peux difficilement faire le récit d'une prise de pouls en passant sous silence la manière dont j'ai positionné mes doigts sur l'artère radiale, ainsi que la sensation que j'ai ressentie au contact de la chaleur et de la texture de la peau.

569CANDAU Joël. « Intersensorialité humaine et cognition sociale ». art. cit. p. 28.

570Ibid.

Par ailleurs, c'est aussi que le toucher met plus facilement en évidence l'aspect actif et relationnel de la perception. Encore une fois, je ne peux me défaire de la sensation d'être touchée à l'endroit de mes doigts quand je prends le pouls de quelqu'un-e, de même que je ne peux nier l'acte qui a permis cette sensation. Le toucher révèle la dimension doublement agissante de la conscience corporelle : l'une tournée vers l'autre, l'autre tournée vers soi.

L'expérience intersensorielle relate la manière dont le corps déborde la conscience en ce qui concerne la perception. Pour reprendre la formule de Candau, « dans ce domaine de l'intersensorialité le corps nous agit bien plus que nous ne l'agissons »⁵⁷¹.

Le corps demeure ainsi le siège de la « cognition sociale ». Cela signifie qu'il est non seulement le lieu des perceptions individuelles, mais aussi la source de la communication interindividuelle. Il est à la fois ce qui nous permet d'entrer en contact avec les autres et de formuler une impression, voire une connaissance, sur celles et ceux-ci.

Comme l'explique Candau, « le corps, dans cette perspective, peut être considéré comme le plus efficace des sociotransmetteurs : tant par ses productions que par ses réceptions sensorielles, il est, au quotidien, un média particulièrement performant de l'information intersubjective. Véhicule du langage des sens, il participe ainsi de nos manières partagées d'être au monde. »⁵⁷².

571Ibid. p. 31

572Ibid.

III.2. Les limites de l'intersensorialité : la perception comme compétence pratico-sensible

Dans un deuxième temps, il convient de présenter les limites de la notion d'intersensorialité et, par suite, les outils pour les dépasser. Si l'approche intersensorielle permet de mettre en avant l'aspect somesthésique et multimodal de l'expérience corporelle, elle ne se détache pas tout à fait de l'illusion unisensorielle. Certes, les spécialistes de l'intersensorialité abordent ce champ d'étude en complémentarité avec le champ de la motricité ou de l'action. Néanmoins, ils et elles n'intègrent pas suffisamment la question de la construction sociale de la sensorialité.

III.2.1. Critiquer l'illusion unisensorielle et son lien avec le réflexe visiocentré

Bien qu'elle conçoive la perception comme l'entrelacs des sens externes, la notion d'intersensorialité ne rend pas justice, pour reprendre les mots de la sociologue Marion Ink, à la dimension « pratique, collective, processuelle et sociale »⁵⁷³ de l'expérience perceptive. En outre, elle reflète une conception unisensorielle de la perception.

La méthode unisensorielle repose sur deux éléments : étudier les sens externes en les distinguant les uns des autres et faire primer la centralité du champ perceptif. Premièrement, il s'agit d'isoler les percepts de chacun des sens et d'en déduire les qualités, les spécificités, le fonctionnement. Cette attitude n'est pas incompatible avec

⁵⁷³INK Marion. « Pour une approche pratico-sensible de la perception. Ce que les handicaps visuels et auditifs nous apprennent des sens », in BATTESTI Vincent, CANDAU Joël (éd.). *Apprendre des sens, Apprendre par les sens. Anthropologie des perceptions sensorielles.* Paris : Éditions Petra, 2023 .

une explication intersensorielle, dans la mesure où elle admet l'importance des interactions perceptives. Elle favorise même cette explication, car celle-ci justifie de penser les sens séparément en première instance, et d'envisager leurs connexions en seconde instance.

Deuxièmement, il s'agit de s'attacher aux détails de la perception dite centrale, au détriment de la perception dite périphérique. En tentant de dégager la spécificité d'une perception, la démarche unisensorielles accorde moins de crédit à tout ce qui relève du diffus, c'est-à-dire à ce qui ne peut pas être clairement visé et identifié.

Dans le vocabulaire (central versus périphérique) comme dans la méthode (précision versus diffus), on retrouve une fois de plus des résidus de visiocentrisme. Selon le modèle unisensoriel, la perception idéale est synthétique et immédiate. L'anthropologue Emmanuel Grimaud illustre cette ambition à travers le concept d'*eye-tracker* (« œil traqueur » en français)⁵⁷⁴. L'*eye-tracker* décrit la tendance à confondre le mouvement de la pupille et le point de vue général de la personne. Se faisant, il se focalise sur les détails de la vision centrale et manque tout ce qui reste hors champ : la vision périphérique, le rôle du diffus, l'acte exploratoire, l'interprétation cognitive, la place de la conscience etc.

Le visiocentrisme n'opère pas uniquement sur le plan du canal sensoriel. Il s'insinue également au niveau de la méthode, pour récolter les faits perceptifs, et des valeurs, pour évaluer ces derniers. D'après Ink, « au-delà d'une

574GRIMAUD Emmanuel. « Le point de vue de la pupille. Mouvement oculaire et infra-perspectivisme ». in REMY Catherine, DENIZEAU Laurent (dir.). *La vie, mode mineur*. Paris : Presses des Mines, 2015. pp. 115-142. Cité in INK Marion. « Pour une approche pratico-sensible de la perception. Ce que les handicaps visuels et auditifs nous apprennent des sens ». art. cit.

hypertrophie de l'œil, il existe une hypertrophie de la centralité du champ perceptif. Il ne s'agit pas tant de l'importance de l'outil sensoriel (vue, ouïe, toucher, odorat, goût) que d'une immédiateté de certains éléments centraux qui obstruent l'attention aux éléments diffus (quel que soit le sens utilisé pour y accéder). Il s'agit dès lors de porter une attention particulière aux indices dans le champ diffus, à la qualité diffuse, aux intuitions sensibles et affectives qui constituent toute situation [...]. »⁵⁷⁵.

III.2.2. Valoriser la perception du diffus

L'opposition entre perception centrale et « perception diffuse » n'est pas sans rappeler la distinction entre perception et « aperception », telle qu'elle a été forgée par le philosophe Gottfried Wilhelm Leibniz au début du XVIIIe siècle⁵⁷⁶. Pour Leibniz, l'aperception désigne la perception consciente qui forme une unité, construite à partir d'une multitude de « petites perceptions » non conscientes qui constituent la toile de fond de l'expérience sensible. Les « petites perceptions » sont appelées ainsi parce qu'elles sont trop infimes, trop habituelles, trop homogènes, ou trop nombreuses pour être conscientisées, c'est-à-dire intellectualisées. D'après ce philosophe, la perception est spontanée, tandis que l'aperception est réfléchie. Cela signifie que l'aperception est une démarche inductive et ampliative, soit une démarche qui ajoute un contenu théorique à un contenu sensitif. Autrement dit, elle est un acte presque plus intellectuel que perceptif. Elle s'apparente à une sorte de synthèse sélective. Toutefois, l'aperception

575INK Marion. « Pour une approche pratico-sensible de la perception. Ce que les handicaps visuels et auditifs nous apprennent des sens ». art. cit.

576Cf. LEIBNIZ Gottfried Wilhelm (trad. BRUNSCHWIG Jacques). *Nouveaux essais sur l'entendement humain*. Paris : Flammarion, 1990

n'est pas que la somme des « petites perceptions » et comporte quelque chose d'holistique. L'intervention de la conscience en fait une expérience à part entière.

Cependant, malgré le caractère actif de l'aperception, elle ne peut pas être assimilée à la perception active et centrale dont il est question ici. Tout d'abord, la perception active nécessite un mouvement physique plutôt qu'une attention psychologique. Ensuite, il existe des perceptions passives intentionnelles et conscientisées ; par exemple lorsque je recherche la caresse du vent sur ma peau. Certes, la perception diffuse prend en charge ce que Leibniz appelle les « petites perceptions ». Mais elle s'oppose davantage à la perception centrale, qui nécessite une focale, qu'à la perception non consciente, qui est trop infinitésimale. La perception du diffus est, ainsi que l'explique Ink, celle qui s'occupe de tous les percepts gravitant autour de la focale et sur lesquels on ne porte pas son attention, soit les percepts ne répondant pas à l'ambition synthétique et à l'acuité visuelle.

Porter son attention sur les éléments diffus, c'est renoncer à la valorisation des seuls percepts qui tombent sous le joug du visiocentrisme. C'est aussi explorer la synchronie interactionnelle qui est à l'œuvre dans l'expérience perceptive. Les intuitions sensibles et affectives participent autant de la perception que les informations sensorielles et nerveuses.

La synchronie interactionnelle désigne la transaction entre un organisme et son environnement au moment de la perception. Celle-ci n'est pas qu'une activité individuelle, intellectuelle et cognitive. Elle est avant tout un ensemble d'opérations motrices, émotionnelles et expérientielles. De sorte que la perception n'est jamais « désincarnée » (privée de corps) ou « désaffectée » (privée d'affects).

En définitive, la synchronie interactionnelle suggère une approche écologique des expériences perceptives. Elle envisage le corps comme un monde

sensible, dans lequel l'observation est un processus dynamique et interactif. Pour reprendre une expression de l'anthropologue Daniel Cefaï citée par Ink : « tout individu perçoit une situation en "observant l'observation de son observation par les observés qui s'observent eux-mêmes en observant leur monde". »⁵⁷⁷.

La synchronie interactionnelle est cohérente avec les principes d'une épistémologie du toucher somesthésique, telle qu'elle a été définie plus haut. De fait, elle reprend et illustre les notions d'action, de relation et de corps, lesquelles constituent les fondations de l'épistémologie du toucher telle que je la conçois. Premièrement, l'observation est un processus dynamique (notion d'action) ; deuxièmement, le monde est envisagé comme un monde sensible (notion de corps sensible) ; troisièmement, la sensibilité du corps et le dynamisme de l'observation sont permis par des mécanismes d'interactions constantes (notion de relation).

III.2.3. Penser la perception comme un apprentissage pratico-sensible

Pour prendre au sérieux cette écologie corporelle, il faut prendre en considération la dimension collective, pratique, processuelle et sociale de la perception. La notion de « compétence pratico-sensible », telle qu'elle est développée par Ink, est la plus appropriée pour cela.

Cette notion, d'après Ink, permet d'aborder l'expérience perceptive, non pas comme « un état de fait sensoriel », mais comme un « apprentissage

⁵⁷⁷CEFAÏ Daniel. *L'enquête de terrain*. Paris : La découverte, 2003. Cité in INK Marion. « Pour une approche pratico-sensible de la perception. Ce que les handicaps visuels et auditifs nous apprennent des sens ». art. cit.

pratico-sensible ». Dans ces conditions, « il serait vain, voire présomptueux, de prétendre saisir la perception d'un non voyant en se bandant les yeux » écrite⁵⁷⁸. De la même manière, il serait illusoire de vouloir atteindre une perception tactile des mouvements organiques sans avoir au préalable reçu l'entraînement nécessaire à toute thérapie manuelle.

À travers l'idée d'apprentissage pratico-sensible, il s'agit d'insister sur le caractère construit de toute expérience sensorielle. La perception requiert du temps, se nourrit des expériences corporelles et motrices, ainsi que des intuitions sensibles, affectives et émotives de chaque personne. Dans le sillage d'Ink, « si je préfère le qualificatif de pratico-sensible à celui de sensoriel, cela s'explique pour deux raisons. Premièrement, cela souligne le caractère processuel de la perception. C'est au fil d'expériences pratiques que notre perception s'affine et s'aiguise. Deuxièmement, le sensible permet d'ouvrir la perception à tous les outils affectifs, émotionnels et sensoriels qui la constituent. »⁵⁷⁹.

Par ailleurs, la compétence pratico-sensible met en évidence la place de l'environnement perceptuel au sein de l'acte perceptif. Elle insiste sur l'importance de la situation au sein de la perception et, plus précisément, sur l'appréhension de cette situation par les sujets percevants. Autrement dit, elle exprime le contexte derrière l'expérience et, par là-même, lui donne une consistance relationnelle : relation à l'autre, au milieu, au moment etc. En ceci, elle s'inscrit aisément dans le projet d'une épistémologie critique qui, non seulement propose d'adopter des perspectives

578INK Marion. « Pour une approche pratico-sensible de la perception. Ce que les handicaps visuels et auditifs nous apprennent des sens ». art. cit.

579Ibid.

inhabituelles sur le réel, mais s'attache aussi à penser l'influence du contexte sociopolitique sur l'appréhension, la compréhension et l'explication de ce réel.

En résumé, comme l'explique Ink, « la perception d'une situation intègre nécessairement la perception des individus percevant eux même la situation. Elle est en cela, d'emblée collective et affective. C'est alors qu'il est nécessaire d'abandonner l'explication de la perception par les sens, qui tend à naturaliser la perception et y donner une vision physicaliste. »⁵⁸⁰. La qualité sensible d'une expérience procède à la fois de son aspect sensitif (l'information sensorielle) et affectif (la réception émotionnelle). La polysémie du terme « sensibilité » prend donc tout son sens.

En soulignant l'aspect processuel et collectif de la perception, la compétence pratico-sensible s'inscrit finalement dans une démarche d'apprentissage, et donc de transmission autant que d'adaptation. À l'instar de toute compétence, elle nécessite des partenaires et des expériences pour devenir effective et efficace. De même, elle dispose d'une valeur plus ou moins forte selon les situations. De fait, « un soignant remarquera les indices corporels d'une maladie quelconque chez les personnes en coprésence », comme le souligne Ink⁵⁸¹.

Pour reprendre une fois encore le cas de la pulsation cardiaque, il faut au départ être guidé-e par des pairs pour savoir où disposer ses doigts sur l'artère radiale, et comment adapter sa position à l'anatomie de chacun-e. Les collègues et les patient-es jouent dans ce cadre un rôle non négligeable. Et si ce geste est très utile en contexte thérapeutique, il l'est un peu moins quand il s'agit, par exemple, de recoudre une manche de T-shirt aux bonnes dimensions.

580Ibid.

581Ibid.

Par le biais de l'apprentissage pratico-sensible, les partenaires en coprésence se transmettent mutuellement des gestes, des attitudes, des réflexes. Ils et elles adaptent leurs pratiques à la présence de l'autre. Et Ink d'ajouter : « ils développent même parfois ensemble un corps percevant en synchronisant et complétant leurs compétences pratico-sensibles. »⁵⁸².

La synchronie interactionnelle s'exerce aussi bien à une échelle personnelle qu'interindividuelle. Non seulement elle permet de faire de la perception une expérience dynamique et contextuelle, mais elle suggère également la survenue de compétences pratico-sensibles collectives et, partant, d'un corps percevant collectif⁵⁸³.

III.3. Le paradigme du sensible : de l'outil phénoménologique au principe épistémologique

Dans un dernier temps, il est capital de saisir la raison pour laquelle la compétence pratico-sensible du toucher participe à élaborer une épistémologie du corps sensible. Puisque l'on dispose maintenant de l'outil conceptuel de l'apprentissage pratico-sensible, il s'agit de l'appliquer à la réalité expérientielle de la relation de soins. Je fais en effet l'hypothèse que le domaine de la santé ne peut faire l'économie du concept de corps sensible pour penser la relation thérapeutique, et que le toucher reste une voie d'accès privilégiée pour y parvenir. Reste à savoir ce qu'il y a derrière l'idée du « sensible », et à comprendre la façon dont le toucher s'y réfère. Cela permettra de comprendre ce qu'apporte mon hypothèse et ma définition du corps sensible aux

582Ibid.

583Je remercie Marion Ink pour m'avoir fait découvrir des ressources bibliographiques sur l'intersensorialité et le corps sensible dans le champ de l'anthropologie, ainsi que le concept de « compétence pratico-sensible », et pour les échanges que nous avons eus à ce sujet.

recommandations déjà existantes, notamment en provenance de la Haute Autorité de Santé.

III.3.1. Le paradigme du Sensible : un modèle de relation soucieux des affects et du contexte

Dans le cadre de l'expérience corporelle, le sensible désigne trois choses : le corps qui sent, le corps qui ressent, le corps qui fait sens. La première décrit la réalité organique de la sensibilité, soit la perception sensorielle au sens strict. La deuxième exprime la dimension subjective, soit l'interprétation affective qui accompagne l'activité perceptive. Et la troisième expose la valeur discursive de la sensibilité, soit la signification de chaque expérience à l'égard de son contexte d'apparition.

D'après les membres du Centre d'Étude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie Perceptive (CERAP) de l'Université Fernando Pessoa de Porto⁵⁸⁴, le sensible constitue un paradigme permettant de tenir ensemble le caractère mouvant, émouvant et signifiant du corps. Selon Danis Bois et Didier Austry, « la *fibre sensible* du corps [...] représente d'abord sa capacité d'être touché, sa capacité de répondre, et son potentiel d'évolutivité autonome. Le Sensible est donc ce corps qui déploie et actualise sa sensibilité potentielle au-delà même des capacités de perception habituelles du sujet. »⁵⁸⁵.

Défini ainsi, le paradigme du sensible décline la polyvalence de la sensibilité. Se faisant, il intègre la question de la subjectivité corporelle. C'est-à-dire qu'il prend en

584 Cf. <https://www.cerap.org/>

585 BOIS Danis, AUSTRY Didier. « Vers l'émergence du paradigme du sensible ». *Réciprocité*. N°1, 2007. <https://www.cerap.org/fr/paradigme-du-sensible>. [Consulté le 06/05/2020]

considération le rôle des affects au sein de la relation perceptive, de même qu'il prend en charge les biais qui entourent la construction des percepts.

Loin de disqualifier l'expérience corporelle, la subjectivité vient l'extraire des apories unisensorielles et lui donner une valeur aussi bien éthique qu'épistémologique. D'un côté, elle prévient l'illusion naturaliste, qui tend à isoler chaque donnée sensorielle. De l'autre, elle inscrit le corps dans son contexte d'existence. En outre, elle admet qu'un corps qui a la capacité d'affecter a aussi celle d'être affecté. De sorte que, comme l'écrivent Eve Berger et Didier Austry, « si toute expérience du toucher est expérience du corps, reste que son contenu, sa qualité, son intensité, sa résonance, le sens qu'elle livre, dépendent du cadre dans lequel on la mène, dans lequel on la vit. [...] Pour aborder l'empathie par le toucher, il faut donc tenir compte du lien qui existe entre les gestes ou les techniques propres au cadre d'expérience considéré d'une part, et l'expérience subjective singulière d'autre part, telle qu'elle est vécue par chacun des acteurs du soin ou de la relation d'accompagnement à travers ce cadre précisément. »⁵⁸⁶

III.3.2. Le paradigme du Sensible : un modèle empathique ou sympathique ?

Pour les membres du CERAP, c'est à travers le toucher que l'on peut à la fois conceptualiser et réaliser le paradigme du sensible. En associant recherches en sciences cognitives ainsi que sciences de l'éducation et pratique de la

586 AUSTRY Didier, BERGER Eve. « Empathie, toucher et corps sensible : pour une philosophie pratique du contact ». in BOTBOL Michel, GARRET-GLOANEC Nicole, BESSE Antoine (dir.). *L'empathie au carrefour des sciences et de la clinique*. Paris : Doin, 2014. p. 239

somatopsychopédagogie, ils et elles explorent la portée thérapeutique, pédagogique et philosophique du toucher. Didier Austry et Eve Berger disent avoir « appris à vivre et à étudier le toucher comme un canal empathique à part entière et spécifique, dans différentes visées : comme acte de soin et/ou d'accompagnement, comme lieu de résonance intime et comme source de connaissance spécifique, inhérente à ce mode de relation. »⁵⁸⁷. Du fait de sa « résonance intime » et de sa capacité d'accompagnement, ces auteurs-rices envisagent le toucher comme l'occasion idéale d'interroger l'empathie ou, plus exactement, la sympathie à l'œuvre dans la relation de soin.

Traditionnellement, l'empathie est conçue sur un mode asymétrique : une personne tente de ressentir ce que ressent une autre. Étymologiquement, elle désigne la perception de la souffrance du dedans, de l'expérience subjective et interne de la maladie. Bien que les membres du CERAP revendiquent la valeur de l'empathie, il est préférable de parler de sympathie. Étymologiquement, la sympathie qualifie la possibilité de pâtir avec quelqu'un-e, c'est-à-dire d'éprouver une expérience commune. En outre, ce terme provient à l'origine de la sphère médicale, au sein de laquelle il désigne l'influence des organes entre eux, puis du monde philosophique, pour lequel il représente la faculté de participer aux peines et aux plaisirs d'autrui. Cela résonne davantage avec la posture des soignant-es qui ne peuvent, ni ne doivent, substituer leur expérience à celle des soigné-es.

Par ailleurs, l'empathie, telle qu'elle est définie et revendiquée par les modèles de médecine dite humaniste, n'a pas que des bases et des effets positifs. Comme le souligne la philosophe Juliette Ferry-Danini⁵⁸⁸, l'empathie est en premier lieu biaisée à divers titres par nos préférences et nos habitudes. Il y a le biais de ressemblance ou de

587Ibid. p. 230

proximité, qui consiste à s'émouvoir davantage au contact des personnes qui nous ressemblent ou qui nous sont proches (en termes d'apparence, de groupe social, etc.). Il y a aussi le biais d'identification des victimes, qui consiste à aider en priorité une victime en particulier, au détriment d'un groupe. Ce dernier aspect rejoint à ce titre la critique qui est classiquement adressée à la pitié.

En second lieu, l'empathie peut avoir des conséquences néfastes. Ce peut être en privilégiant le court terme plutôt que le long terme, ce qui se révèle problématique dans le cas de maladies dégénératives, ou bien augmente les risques d'errance diagnostique. Ce peut également être en engendrant des situations de paternalisme, ce qui pose des problèmes aussi bien sur le plan moral (l'expertise des médecins n'a pas plus de valeur que l'expérience des malades), que sur le plan déontologique (les médecins se retrouvent à agir sans demander le consentement des malades, pensant disposer d'une connaissance juste), et même sur le plan diagnostique (ce n'est pas parce que l'on pense ressentir la souffrance d'autrui qu'on est à l'abri de se tromper au sujet du ressenti des autres). Ce peut enfin être en plaçant les soignant-es dans des postures intenable, et en relayant certaines inégalités à l'endroit des compétences sociales et émotionnelles. D'après Ferry-Danini, « dans un milieu saturé de souffrances comme l'est la médecine, il semble cruel de promouvoir l'empathie émotionnelle [...] comme une vertu, au risque de tomber dans l'écueil d'une peinture qui représente les médecins comme des saints ou saintes morales ; un idéal impossible à atteindre et potentiellement néfaste pour celui

588FERRY-DANINI Juliette. « Redéfinir l'humanisme médical au-delà de l'empathie ». *Archives de Philosophie*. 2020. https://www.academia.edu/43479118/Red%C3%A9finir_lhumanisme_medical_au_del%C3%AO_de_lempathie. [Consulté le 13/01/2022]

qui s'y investirait corps et âme. »⁵⁸⁹. L'injonction à l'empathie augmente les risques d'anxiété et de dépression auprès du personnel soignant. En outre, elle accentue les différences et les inégalités en termes de genre. Comme le montrent les études empiriques de Vicki Helgeson et Heidi Fritz effectuées en 1998 et citées dans l'article de Ferry-Danini, les femmes sont, du fait de leur socialisation, plus susceptibles de valoriser l'empathie et, par conséquent, de se retrouver dans des situations de détresse mentale. Le souci de l'autre étant l'un des piliers de l'activité médicale, peut-être est-il alors suffisant de prôner la sympathie des soignant-es pour les soigné-es, plutôt que d'imposer aux premier-es de vivre la souffrance des second-es.

Au moyen du toucher sensible, la sympathie est une expérience corporelle partagée ou, pour reprendre les termes d'Ink, une synchronie interactionnelle et pratico-sensible. En contexte thérapeutique, le toucher peut opérer comme le gage de la sensibilité, dans la mesure où il fait appel aux trois dimensions qui garantissent la survenue d'une expérience symétrique, autrement appelée réciprocité. Pour Berger et Austry, « la main Sensible réunit, dans un même geste, la dimension d'acte de toucher, la dimension de perception, perception de ce que sent le praticien "sous" sa main et dans le corps de son patient, et perception de ce que sent la personne accompagnée, dans son propre corps, et enfin la dimension de résonance, dans soi, dans son propre corps. La réunion de toutes ces dimensions fait naître un espace commun [...] et constitue l'architecture de la relation de réciprocité [...]. »⁵⁹⁰.

589Ibid.

Si la perception tactile fait advenir un « espace commun », du fait de la réciprocité du contact, elle ne gomme pas les frontières de la subjectivité corporelle. C'est-à-dire qu'elle ne donne pas accès à l'expérience intime du corps de l'autre. Elle permet seulement de créer un dialogue corporel. De la même manière, si la perception tactile suscite une certaine résonance dans le corps des soignant-es, elle ne construit que des expériences analogues, et non des expériences identiques. Ainsi, le fait d'être intimement affecté-e par la souffrance d'autrui lorsqu'on est soignant-e ne suffit pas à comprendre, et encore moins à vivre, l'épreuve de la maladie. Et pour reprendre la critique de Ferry-Danini mentionnée plus haut, il n'est ni réaliste, ni souhaitable que les soignant-es s'identifient aux soigné-es. C'est pourquoi il me paraît préférable de parler de sympathie, plutôt que d'empathie.

III.3.3. Le paradigme du Sensible : un modèle fondé sur le sens du toucher haptique plutôt que sur le sens du toucher somesthésique

La « main sensible » est la synthèse de ce que Bois appelle la « main effectrice » et de la « main percevante ». La première désigne le geste technique à l'œuvre dans la relation tactile. Elle représente en d'autres termes la compétence pratico-sensible du toucher thérapeutique, c'est-à-dire l'ensemble des savoirs et savoir-faire haptiques : la palpation, l'enveloppement, les pressions, la prise etc. La deuxième caractérise la perception de la réalité holistique des personnes, au-delà de la réalité mécanique du contact. Elle parvient autrement dit à appréhender la dimension physique, psychique et sensible du corps, en adaptant la profondeur et l'intimité du geste.

590AUSTRY Didier, BERGER Eve. « Empathie, toucher et corps sensible : pour une philosophie pratique du contact ». art. cit. p. 238

En définitive, la main sensible est la concrétisation d'une relation d'aide basée sur la réciprocité, l'écoute, l'adaptation et l'exploration. D'après Berger et Austray, « la main Sensible construit un lieu d'échange intersubjectif »⁵⁹¹, de sorte que « la main n'est plus qu'un média : ce qui, dans le praticien, perçoit chez l'autre cette intériorité corporelle mouvante et émouvante, vivante et signifiante, c'est l'équivalent chez lui : sa propre intériorité corporelle mouvante et émouvante, vivante et signifiante. »⁵⁹².

Malgré le caractère séduisant de cette formule, il est difficile de savoir à quoi elle renvoie concrètement. Je n'ai pas trouvé dans les écrits de Bois, Berger ou Austray d'exemple ou de récit illustrant cette résonance de l'« intériorité corporelle mouvante et émouvante » qui sous-tendrait la relation de soin. Si je me réfère à ma propre expérience de praticienne de shiatsu, je comprends cette résonance permise par la main sensible comme une invitation à porter son attention sur ses sensations proximales lorsqu'il y a un toucher de soin. Pour la personne qui reçoit le soin, la présence d'un contact sur un point précis de la peau permet plus facilement de se concentrer sur l'ensemble des perceptions tactiles internes. Et pour la personne qui délivre le soin, le fait d'adopter la meilleure position possible pour ressentir sans se tendre ou se contracter, de même que le fait de percevoir des mouvements organiques sous la main, tout ceci suggère d'être attentif-ive à sa propre expérience corporelle.

Par ailleurs, le toucher sensible semble être une condition de possibilité de la relation en soi. Comme s'il n'était pas envisageable de penser la relation thérapeutique sans l'expérience tactile. C'est notamment ce que semble sous-entendre la chercheuse en *science and technology studies* Nelly Oudshoorn, dans

591Ibid.

592Ibid. p. 242

ses travaux sur la manière dont la télémédecine reconfigure la relation soignant-e/soigné-e⁵⁹³. Selon elle, la télémédecine, et notamment le télémonitoring (mesure des constantes physiologiques à distance) n'a pas les mêmes résultats en termes d'observance des soins et d'appropriation de la maladie par les malades qu'une consultation en co-présence.

Ce n'est pas tant que le toucher actualise le paradigme du sensible, c'est plutôt qu'il le rend possible. D'après Bois et Austray, « la relation à ce Sensible est donc née d'un contact direct avec le corps; c'est à travers le toucher manuel que s'est élaborée fondamentalement la donnée du Sensible incarné. »⁵⁹⁴.

Ici, les auteurs concentrent leur réflexion sur le toucher haptique, soit sur l'expérience associant la perception tactile et la motricité manuelle. Mais on peut élargir cette réflexion au cadre de la somesthésie générale, soit à l'expérience du corps tout entier ; corps entendu comme surface de contact et d'échange entre l'intérieur et l'extérieur. On doit d'ailleurs ouvrir la discussion à l'expérience somesthésique, sous peine de ne pas saisir pourquoi le toucher est la voie d'accès vers la corporéité et la sensibilité. Ainsi est-ce bien l'épistémologie du toucher somesthésique, et pas uniquement du toucher haptique, qui fait advenir l'épistémologie du corps sensible.

Contrairement à ce qu'affirme Bois, la somesthésie n'est pas que l'expression de la fonction passive du toucher. Elle est davantage le résultat d'un apprentissage pratico-sensible de l'expérience tactile. Selon moi, c'est à cause de cette définition réductrice de l'expérience somesthésique que les membres du CERAP produisent une phénoménologie du corps sensible, plutôt qu'une épistémologie de celui-ci.

593Cf. OUDSHOORN Nelly. « Diagnosis at a Distance : The Invisible Work of Patients and Healthcare Professionals in Cardiac Telemonitoring Technology ». *Sociology of Health & Illness*. vol. 30, n°2, 2008. pp. 272-288

594BOIS Danis, AUSTRAY Didier. « Vers l'émergence du paradigme du sensible ». art. cit.

Certes, le concept de « paradigme du sensible » permet d'échapper à l'aporie de la phénoménologie classique. Pour cette dernière, le toucher est une condition nécessaire, voire suffisante, de la réalité intersubjective. Il reste toutefois appréhendé de manière spatiale, en tant qu'il est principalement convoqué pour saisir les bornes corporelles. Ceci rejoue à nouveau l'ambition analytique ainsi que l'éthique de la distance du visiocentrisme. Pour comprendre cette ambition analytique et son lien avec la logique visiocentrée, je renvoie à ce qui a été écrit dans la première partie de ce chapitre.

Malgré tout, le toucher sensible du CERAP n'insiste pas assez sur l'ancrage social de cette expérience perceptive. La pratique somatopsychopédagogique se concentre sur les perceptions individuelles des soignant-es ou des soigné-es ou, dans le meilleur des cas, sur les perceptions interindividuelles qui surgissent lors de la relation de soin. Cette relation reste duale, dans la mesure où elle n'est pensée que comme une transformation ou une « altération » réciproque. Les acteurs-rices font l'expérience de l'altérité, mais ne se projettent pas au-delà du cadre de la relation d'aide. L'accompagnement tourne autour du développement ou de l'accomplissement individuel. C'est du moins ce que j'en induis des textes produits par les membres du CERAP, car peu de récits d'expériences ou de soins sont présentés sur leur site Internet ou dans leurs articles. Il est d'ailleurs difficile de savoir en quoi consiste véritablement une séance de somato-psycho-pédagogie, et quels peuvent en être les retentissements sociaux.

Conceptualisé ainsi, le toucher sensible se fourvoie dans une perspective individualiste et dyadique de la relation de soin. Individualiste, car elle se concentre sur l'expérience en première personne du soin, que ce soit du côté des soignant-es ou bien des soigné-es. Dyadique car, même quand elle s'intéresse à la réciprocité du contact en contexte thérapeutique, elle se cantonne à la relation duale entre soignant-es et soigné-es, c'est-à-dire qu'elle sous-estime l'influence du cadre social et institutionnel du

soin. Une éthique de la relation de soin devrait pourtant être soucieuse des pratiques en vigueur et de son contexte d'application. Or, la compréhension épistémologique de la somesthésie permet d'intégrer la dimension sociale de toutes les expériences corporelles, dans la mesure où elle les considère comme des compétences pratico-sensibles ; lesquelles résultent toujours d'un apprentissage socialement situé et construit.

C'est pourquoi il paraît désormais nécessaire d'étudier in situ la place et la définition du toucher dans le champ thérapeutique. Il s'agit donc de faire la genèse du toucher thérapeutique, car celui-ci ne s'exerce pas dans un cadre indifférent ou imperméable aux normes sociologiques. Au contraire, il charrie des structures de savoir et de pouvoir importantes, voire aliénantes.

Conclusion du chapitre

Partant d'une définition du toucher, telle qu'elle a été établie au chapitre précédent, ce chapitre a tenu à critiquer les écueils de l'épistémologie « désincarnée » et à poser les jalons d'une épistémologie du corps sensible. Cette dernière permet d'interroger la relation de soin à partir de la réciprocité du contact, du dialogue corporel et, partant, à revendiquer la sympathie, plutôt que l'empathie, des soignant-es à l'égard des soigné-es.

Pour parvenir à cette conclusion, il a tout d'abord fallu élucider certains paradoxes et impensés de l'épistémologie classique. Il semble qu'une grande partie de la pensée et de l'activité scientifiques modernes soit encombrée par un surinvestissement du sens de la vue ; surinvestissement qualifié parfois d'« hypertrophie de l'œil », de visuocentrisme ou de visiocentrisme, selon la perspective critique (sociologique, linguistique, philosophique).

Après ce travail critique préparatoire, il a ensuite été possible de poser les principes d'une épistémologie du toucher. Il s'est agi de définir, premièrement, les principes linguistiques, afin de trouver un langage susceptible de dire le toucher, et, deuxièmement, les principes gnoséologiques, dans le but de penser à partir du toucher.

Pour donner une consistance et une cohérence à l'épistémologie du toucher, il a enfin été question de cheminer du toucher somesthésique vers le corps sensible. L'enjeu a été de prendre en considération la dimension active et dynamique de la perception somesthésique. Pour ce faire, j'ai montré, dans un premier temps, l'intérêt et les limites de l'approche intersensorielle de la perception. Dans un deuxième temps, j'ai étudié la

perception comme une « compétence pratico-sensible », c'est-à-dire comme un apprentissage présupposant un ancrage social et nécessitant un entraînement. Cela permet d'éviter l'illusion d'une perception universelle et objective. J'ai, dans un troisième temps, introduit la notion de « paradigme du sensible », qui permet d'envisager la perception à l'aune de l'expérience sensorielle interindividuelle aussi bien que de l'expérience sociale construite.

C'est dans ce cadre que je souhaite désormais aborder et questionner le toucher en contexte thérapeutique, en tant qu'il y existe à la fois comme geste technique, comme expérience relationnelle, et comme soin à part entière. Cela permet de réfléchir à tout ce qu'il y a derrière la relation de soin : les individus, les institutions, les représentations.

Chapitre 4 : Pour une définition féministe du toucher de soin

Introduction du chapitre

Dans les chapitres précédents, j'ai tenu à analyser le sens du toucher à partir d'une approche épistémologique. Ce faisant, j'ai tenté de dépasser certains chiasmes de la philosophie de la perception ainsi que certains préjugés dans les études sur les sens externes. Par la suite, j'ai souhaité renverser la perspective et recourir à l'épistémologie, non plus seulement en tant que méthode d'analyse, mais aussi en tant qu'outil de construction. Cela m'a permis de passer d'une étude épistémologique du toucher à une véritable épistémologie de ce même sens. Pour ce faire, j'ai exploré les conditions de possibilité de cette épistémologie, à un niveau linguistique et gnoséologique, ainsi que les implications philosophiques et sociales de celle-ci. Cela m'a amenée à développer la notion de corps sensible et, partant, à réfléchir au contexte dans lequel s'inscrivent mes recherches. Cela m'a également amenée à m'interroger sur la place du corps sensible en contexte thérapeutique.

À présent que ce travail liminaire est effectué, il s'agit d'en appliquer les principes. Puisque cette thèse s'intéresse au toucher dans la relation de soin, il semble nécessaire d'interroger la manière dont est défini, aussi bien à un niveau théorique que pratique, le toucher dans ce contexte. Et parce que la grille de lecture féministe me paraît être la plus pertinente pour saisir les enjeux concernant la place du corps sensible dans la relation de soin, il semble judicieux de la mobiliser dans ce travail définitionnel.

Si l'approche féministe du toucher de soin me paraît pertinente, c'est aussi parce qu'elle permet d'interroger le toucher en contexte thérapeutique avec une

perspective originale. Si l'on revient sur la distribution des densités perceptives au sein du schéma topique⁵⁹⁵, on se souvient que cette distribution est très hétérogène. Parmi les zones les plus sensibles, il y a la zone du sexe anatomique. De sorte que les perceptions qui proviennent de cette zone participent grandement à l'élaboration de l'intimité corporelle de chaque personne. En d'autres termes, la construction du schéma corporel, et plus largement du corps sensible, est en partie fonction de ce type de perceptions. Par conséquent, il me semble important de prêter attention à la manière dont le milieu des soins tient compte de cette zone du corps, et plus particulièrement, de la façon dont le toucher est mobilisé à cet endroit. Cette attention peut justifier le recours à une grille de lecture féministe ; laquelle permet d'introduire par exemple la question des violences gynécologiques et obstétricales, la notion de santé sexuelle, et, plus globalement, d'interroger le rapport au consentement dans les touchers de soin et, partant, le rapport au corps sensible.

C'est dans ce cadre que je suggère d'examiner le toucher de soin. À l'instar du *care*, le toucher revêt une dimension corporelle, dynamique et relationnelle. Mais à l'instar du soin, il constitue un processus normatif et il ne me semble pas possible de cerner la définition du toucher de soin, sans comprendre le rôle qu'il joue dans l'établissement de certaines normes. A fortiori, il ne me paraît pas envisageable d'en tirer une théorie émancipatrice, sans saisir les mécanismes de domination qu'il charrie. En mettant la question de la normativité à la fin de ce chapitre, je souhaite donc adopter une grille de lecture politique pour étudier le toucher de soin. Par « politique », j'entends l'organisation sociale selon des

595 Cf. chap. 2, I-3

rapports de pouvoir structurels, plutôt que l'organisation institutionnelle des services de santé. C'est pourquoi je parlerai aussi bien de soins conventionnels que de soins non conventionnels. Sans dire que l'institutionnalisation des soins n'est pas partie prenante des rapports de pouvoir, je m'intéresse principalement aux représentations qui entourent et qui structurent le toucher de soin.

En travaillant à l'élaboration d'une définition féministe du toucher de soin, je tiens plus largement à contribuer à la constitution d'une définition féministe des soins en général. Si la philosophie peut s'emparer de certains problèmes féministes⁵⁹⁶, c'est notamment en participant à l'effort définitionnel qu'implique un changement de paradigme.

I. Comment définir le toucher de soin ?

L'expression « toucher de soin » a une double fonction. D'une part, elle est générique. Elle tient ensemble les dimensions diagnostique aussi bien que thérapeutique de l'expérience tactile. De la même manière, elle ne présume pas de résultats en termes d'efficacité curative. S'il était uniquement question du « toucher de guérison », il faudrait se borner à des cas cliniques prouvant le rôle de ce sens ; négligeant alors la dimension d'accompagnement et de support auquel le soin fait également référence. De plus, elle situe le problème dans le domaine général de la santé, sans restreindre la réflexion au seul cadre de l'institution médicale, et sans exclure les trajectoires de soins qui existent en dehors de la sphère conventionnelle. Par « conventionnelle » j'entends la médecine occidentale contemporaine exercée aussi bien dans les hôpitaux qu'en cabinet

596 Cf. VÉDIE Léa. *Le sujet politique du féminisme, de l'ontologie à la pratique : comment la philosophie doit-elle s'emparer des problèmes féministes ?*. Thèse en philosophie. ENS de Lyon. 2022. <https://theses.hal.science/tel-03945735>

libéral, reconnue et généralement remboursé par le système de sécurité sociale français⁵⁹⁷. Cette pratique médicale regroupe la médecine allopathique, la médecine préventive, la médecine clinique, etc. Dans ce chapitre, l'adjectif « conventionnel-le » désigne donc cette pratique médicale, à la fois majoritaire, habituelle et conventionnée par l'État. Ici, s'il était seulement question du « toucher médical » ou du « toucher en médecine », il serait inapproprié de parler des thérapies complémentaires ou alternatives. Or, la relation tactile existe en médecine conventionnelle comme dans les thérapies complémentaires ou alternatives. La différence réside dans le cadre institutionnel qui entoure et qui préexiste à cette relation. Comme évoqué dans les chapitres précédents, la relation de soin n'est pas dyadique. En effet, elle implique non seulement les deux acteurs-rices de la relation (en l'occurrence le ou la soignant-e et le ou la soigné-e), mais aussi le contexte institutionnel et social (en l'occurrence le type de pratique thérapeutique, le lieu d'exercice des soins, etc.). D'où la nécessité de toujours contextualiser le toucher de soin.

D'autre part, l'expression « toucher de soin » délimite l'argumentation au champ des soins, quoiqu'au sens large du terme. L'angle d'attaque de cette enquête est néanmoins celui de la santé, en raison de mon propre positionnement, ainsi que de l'actualité. Depuis 2015, la société française assiste

597 Je définis la médecine conventionnelle de la même manière que le praticien en hypnose intégrative Gerome Ettzevoglov, selon qui « la médecine conventionnelle occidentale est celle qui est enseignée dans les facultés de médecine en vue d'obtenir le diplôme et le titre de médecin. Reconnue par les systèmes de santé, elle repose sur des traitements qui ont été scientifiquement validés. Cette validation s'obtient par des essais cliniques réussis. Ils doivent répondre favorablement à des processus stricts en termes d'autorisation, de réalisation, d'éthique et de pertinence scientifique. Cette méthodologie rigoureuse vise à prouver qu'un traitement soigne et tend à la guérison des maladies dont il est question. ». in ETTZEVOGLOV Gerome. « Des "médecines alternatives et complémentaires" (MAC) ». Caducee. *net*. 27/07/2019. <https://www.caducee.net/actualite-medicale/14521/des-medecines-alternatives-et-complementaires-mac.html>

en effet à une prolifération de scandales sanitaires mettant en jeu la question du toucher, notamment la manière dont ce sens peut être utilisé comme un instrument de violence (comme pour les violences gynécologiques et obstétricales), ou peut être mobilisé malgré l'absence de consentement (comme pour les touchers intimes sur patient-es endormi-es). Toutefois, ce travail déborde le cadre des institutions de santé, car le soin recouvre une réalité plus vaste. L'expression « toucher de soin » permet de resserrer la réflexion sur la question des soins corporels et intimes, tout en précisant que ces derniers s'exercent aussi en dehors du cadre hospitalier. Elle contient les compétences de *care*, qui sont définies par Pascale Molinier, Sandra Laugier et Patricia Paperman comme « une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer notre "monde" de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités [...] et notre environnement »⁵⁹⁸. De cette façon, les compétences de *care* ne constituent pas uniquement des gestes techniques, mais relèvent également d'une posture éthique, voire d'un acte politique. Si je mentionne ici le *care*, c'est parce que ce cadre théorique va être mobilisé pour définir le toucher de soin, même si le chapitre suivant en montrera certaines limites.

598 MOLINIER Pascale, LAUGIER Sandra, PAPERMAN Patricia (dir.). *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2010. p. 73

I.1. Le toucher de soin, entre diagnostic et traitement

Dans le cadre des soins de santé, le toucher peut être utilisé à deux moments différents : le diagnostic et le traitement. Il constitue soit un instrument d'analyse ou d'anamnèse, soit un outil thérapeutique ou curatif. Parfois, ces deux phases sont simultanées. Dans ce cas, il est question de « palpation thérapeutique » ou de « diagnostic proactif », c'est-à-dire de gestes tactiles qui tiennent ensemble l'étape diagnostique (telle la palpation) et thérapeutique (d'où l'adjectif « proactif »)⁵⁹⁹. Mais avant d'étudier les expériences de fusion (diagnostic et traitement simultanés), il paraît judicieux de décrire les deux versants séparément.

I.1.1. Définition du toucher diagnostique

Le toucher diagnostique est mobilisé aussi bien dans les soins conventionnels médicaux (médecine générale, maïeutique, chirurgie etc.) que paramédicaux (kinésithérapie, soins infirmiers, etc.), et non conventionnels (ostéopathie, massothérapie, shiatsu, etc.). Il peut être superficiel, c'est-à-dire qu'il demeure à la

599 Les expressions « palpations thérapeutiques » ou « diagnostic proactif » proviennent des thérapies complémentaires et ne sont pas utilisées en médecine occidentale. Pour cette dernière, la palpation est du côté du diagnostic. À titre de preuve, voici deux définitions :

Définition de la palpation par le C.H.U de Nantes :

« La palpation consiste à utiliser le sens du toucher pour évaluer les caractéristiques des tissus [...]. La palpation permet d'évaluer différentes caractéristiques comme la température, la texture, la présence d'œdème et la sensibilité. »

https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/signes-cliniques_1480678253084-pdf

Définition du diagnostic par *Le dictionnaire médical* en ligne :

« Le diagnostic est la pierre angulaire de la médecine occidentale. Ce mot est formé sur la racine "gnose", la connaissance. C'est à la fois la démarche qui permet de rattacher les symptômes du patient à une affection précise, et le résultat de cette démarche, dite "démarche diagnostique". »

<https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/068-diagnostic/>

surface de l'enveloppe corporelle, ou profond, c'est-à-dire qu'il explore, au moyen de gestes techniques précis et délicats, les zones viscérales, articulaires ou musculaires placées sous les couches superficielles de la peau. Il a pour mission de fournir des informations quant à la consistance (dureté ou mollesse), température (fraîcheur ou chaleur), élasticité (souplesse ou rigidité) des organes, des muscles ou des articulations ; quant à la présence d'anomalies (indurations : durcissement des tissus ; ptôses : relâchement des tissus ; adynamies : extrême fatigue des muscles etc.) ; quant à l'adaptabilité du corps, en termes de réponses organiques (hyperactivité ou hypoactivité), ou de mouvements réflexes.

Le toucher diagnostique consiste à envisager la peau comme une interface informationnelle et à utiliser les mains, et plus précisément les mouvements d'exploration haptiques, comme des instruments analytiques capables de fournir des données scientifiques. Dans ce cadre, il est appelé « palpation » ou « toucher-palper-diagnostic », et repose sur une connaissance anatomophysiologique du corps. D'après les médecins Charles Bourdallé-Badie et Philippe Erny, « synonyme de tact, d'attouchement, de contact et surtout de palpation, il a intégré la pratique quotidienne lors de l'avènement de la médecine anatomo-clinicienne. Il est devenu, à l'époque du développement de la sémiologie, le mode exclusif d'exploration de l'autre et l'élément indispensable à l'approche diagnostique de la pathologie »⁶⁰⁰.

Selon Bourdallé-Badie et Erny, la palpation est au fondement de la méthode anatomoclinique en médecine occidentale. Inventée au XVIIIe siècle

600 BOURDALLÉ-BADIE Charles, ERNY Philippe. « Le toucher, moyen de communication. Son évolution dans l'histoire médicale ». *Culture technique*. N°24, 1992. http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/32729/C&T_1992_24_253.pdf

par Giovanni Battista Morgagni, cette méthode vise à classifier les maladies à partir de leurs lésions tissulaires (nosologie) et, par conséquent, à établir une relation de cause à effet entre les symptômes anatomiques et les sources étiologiques (sémiologie). Diffusée en France par Xavier Bichat à la fin du XVIIIe siècle, puis par René Laennec au début du XIXe siècle, cette méthode développe notamment le diagnostic sensoriel. Ce dernier consiste à faire appel aux sens externes des médecins lors de l'anamnèse, soit lors de la phase d'investigation. Dans ce cadre, le toucher a pour fonction d'entrer en contact avec les malades et, partant, de franchir les barrières de l'intimité organique. Comme l'écrivent Bourdallé-Badie et Erny, la démarche sémiologique s'assigne la tâche « d'aller à l'encontre de cette protection intimiste, et de pouvoir par la méthode de la palpation pénétrer l'intimité organique, voire pathologique, de chacun. »⁶⁰¹.

Apprendre à palper constitue dans ce cas une prérogative médicale et nécessite un apprentissage minutieux. C'est pourquoi le « toucher pédagogique » occupe une place importante dans les études de médecine en France. Présenté comme un équilibre subtil entre distance et proximité, le palper anatomoclinique est réservé aux médecins assermentés et se fonde sur un idéal de neutralité. Dans cette perspective, le toucher se doit d'être scientifique. Tout ce qui relève des affects ou du plaisir est évacué. D'après Bourdallé-Badie et Erny, « le toucher est trop intime pour ne pas être obligatoirement neutre. »^{602 603}.

601 Ibid.

602 Ibid.

603 Dans une veine quelque peu sensationnaliste et politiquement inappropriée, Bourdallé-Badie et Erny parlent à deux reprises de « viol » s'agissant, d'une part, de l'intrusion dans l'intimité corporelle au moyen du contact et, d'autre part, de la mise en visibilité de l'intérieur du corps par le biais des techniques de radiologie. Sans parler du caractère indécent de la comparaison

Je tiens à souligner que la notion de neutralité en contexte médical est problématique, dans la mesure où elle est polysémique. Elle désigne tantôt une posture déontologique consistant à exercer la médecine avec un souci de prévenance et de respect, tantôt une attitude épistémologique traitant chaque malade comme un corps biologique quelconque au nom de l'objectivité. En référence à la critique de la neutralité effectuée au chapitre précédent, je souligne que cette notion est, de par la polysémie que j'ai identifiée, souvent difficile à justifier.

Durant les études médicales en France, l'anatomie palpatoire est toujours enseignée. Le sens du toucher, quoique parfois supplanté par celui de la vue en raison du développement des technologies d'imagerie, a toujours une place dans l'apprentissage et la pratique du diagnostic médical. Parfois, il est convoqué de façon détournée. Par exemple, la notion de « palpation virtuelle » a été développée en radiologie. Tandis que la palpation manuelle est un outil diagnostique *in vivo*, la palpation virtuelle est une analogie dématérialisée de l'examen clinique. Elle désigne l'étude approfondie et systémique d'un cliché radiologique. Autrement dit, elle qualifie une appropriation visuelle du palper diagnostique. Par ailleurs, le toucher, s'il n'a plus la même place dans le savoir médical, demeure présent au sein de la relation de soins et ce, peut-être

entre une expérience de radiologie et une expérience de viol, l'analogie reste peu pertinente sur le plan épistémologique. Il n'est pas précisé de quelle intimité il s'agit, il n'est pas envisagé que l'image visuelle puisse avoir quelque chose d'intimiste, il n'est pas dit pourquoi le contact tactile est nécessairement intrusif, il n'est pas mentionné que certaines technologies d'imagerie ont recours au toucher telle l'échographie, etc. En outre, le concept de viol est vidé de sa substance, car ces auteurs supposent qu'il est accepté par l'institution médicale, autant que par les victimes. C'est pourquoi je fais le choix de prendre de la distance avec cette analyse, tout en examinant ce qu'elle a d'intéressant, particulièrement dans la mesure où elle est produite par des médecins.

davantage du côté des soins paramédicaux que des actes médicaux à proprement parler.

Au-delà de son aspect scientifique, le toucher diagnostique possède une dimension communicationnelle importante. Bourdallé-Badie et Erny en parlent d'ailleurs comme d'un « moyen de communication »⁶⁰⁴. En maïeutique, par exemple, il occupe une place importante lors de l'examen clinique obstétrical. Non seulement il permet de connaître, entre autres, la position de l'enfant avant l'accouchement, mais il favorise de plus une prise de contact avec le fœtus tout au long de la grossesse ; pour la personne qui porte l'enfant, comme pour les professionnel-les de santé. S'ajoute alors une composante relationnelle sur laquelle s'appuie l'haptonomie, dont il sera question plus loin.

Dans les soins infirmiers, le toucher peut avoir une double fonction : une fonction instrumentale pour enrichir l'examen clinique ; une fonction éthique pour pallier la détresse des malades hospitalisé-es. Dans sa thèse de doctorat en sciences de l'éducation, la fasciathérapeute, somato-psycho-pédagogue et ancienne infirmière Hélène Bourhis témoigne de ce double aspect du toucher :

« Durant la première période de ma vie professionnelle où j'ai exercé le métier d'infirmière, je touchais souvent les malades dans une visée clinique pour prendre le pouls ou la tension artérielle, et dans une visée thérapeutique pour réaliser un pansement ou effectuer une injection. Dans ce contexte, mon toucher était instrumentalisé et seul le contact humain représentait pour moi une manière de toucher l'autre pour entrer en relation avec lui. La nature du toucher que j'affectionnais particulièrement était celui que j'appliquais lors des soins de

604 BOURDALLÉ-BADIE Charles, ERNY Philippe. « Le toucher, moyen de communication. Son évolution dans l'histoire médicale ». art. Cit.

nursing, ce moment où l'on palpe directement la peau pour laver, masser, prévenir les escarres et assurer le confort du malade. J'aimais avoir un contact manuel direct avec le corps et apporter ainsi à la personne malade un peu d'humanité dans les moments d'isolement liés à l'hospitalisation. »⁶⁰⁵.

Les soins de *nursing* semblent avoir à la fois une dimension physique et psychologique, c'est-à-dire qu'ils ont à la fois un aspect corporel et communicationnel. Le toucher permet de mettre en place un « contact humain » à travers des gestes techniques (laver, masser, prévenir les escarres, etc.). En d'autres termes, c'est à l'occasion de gestes techniques impliquant le toucher que la relation de soin peut advenir ou se construire.

Dans les thérapies manuelles, le diagnostic par le toucher est par définition central. Au sein du Iokai Shiatsu, il représente l'un des quatre outils d'anamnèse. Ces quatre diagnostics (« shindan » en japonais) se fondent sur les sens externes. Premièrement, il y a le diagnostic par la vue (*bôshin*), lors duquel le ou la *shiatsushi* examine par exemple les teintes de la peau. Il y a deuxièmement le diagnostic par l'ouïe et l'odorat (*bunshin*), lors duquel le ou la praticien-ne analyse le son de la voix ou les odeurs corporelles. Troisièmement, il y a le diagnostic par la parole (*monshin*), lors duquel il s'agit d'interroger le ou la *jusha* sur son contexte de vie personnelle, professionnelle, sociale, environnementale etc. Il y a quatrièmement le diagnostic par le toucher

605 BOURHIS Hélène. *Toucher manuel de relation sur le mode du sensible et intelligence sensorielle. Recherche qualitative auprès d'une population de somato-psychopédagogues*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation. (sous la dir. de LE GRAND Jean-Louis). Université Paris 8. 06/07/2012. <https://www.cerap.org/fr/sant%C3%A9-soin-formation/toucher-manuel-de-relation-sur-le-mode-du-sensible-et-intelligence-sensorielle>

(*setsushin* ou *sezushin*), lequel se décline sur trois niveaux : la palpation des zones diagnostiques sur le dos ou l'abdomen (« hara » en japonais, qui relève de la physiologie et de l'énergétique) ; la prise du pouls sur l'artère radiale, qui relève de la sphygmologie et aussi de l'énergétique ; l'exploration des fonctions énergétiques organiques de vie, aussi nommées méridiens. Ces trois *setsushin* peuvent être effectués simultanément ou séparément, et peuvent être localisées sur des zones anatomiques identiques ou simplement reliées par des trajets énergétiques ou bien des similitudes tissulaires. Ils recherchent ou accueillent les informations organiques transmises grâce à l'exploration haptiques évoquées plus haut (consistance, température, adaptabilité etc.). Ils concrétisent également la relation de soin entre *shiatsushi* et *jusha*, en instaurant notamment le principe du « I shin den shin », c'est-à-dire du contact « cœur à cœur ». De sorte que le *setsushin* a déjà quelque chose de thérapeutique.

I.1.2. Définition du toucher traitement

Dans le contexte conventionnel français, le toucher thérapeutique est principalement convoqué en maïeutique et en rééducation fonctionnelle pour ce qui est de la sphère médicale, et en kinésithérapie pour ce qui est de la sphère paramédicale. Je développerai la question du toucher dans les soins kinésithérapeutiques dans une section postérieure à celle-ci. Il n'y a pas de spécialité médicale qui prenne en charge les troubles du toucher, à l'instar des ophtalmologistes pour la vision et des oto-rhino-laryngologistes pour l'audition. Dans les thérapies complémentaires, l'usage thérapeutique du toucher est vaste : ostéopathie, tui-na, shiatsu, fasciathérapie, etc. Dans les deux cas, l'usage

thérapeutique du toucher est à remettre en perspective avec les récentes études concernant ses bienfaits, dont il a été question dans l'état de l'art.

Le toucher thérapeutique opère aussi bien à un niveau préventif que curatif. Il a pour rôle de soulager les tensions, les raideurs, les douleurs, les adhérences ; de rééquilibrer ou de réharmoniser la circulation des liquides organiques (sang, lymphe, etc.) et des souffles énergétiques (différentes énergies appelées « qi » en chinois ou « ki » en japonais) ; de stimuler la sécrétion des hormones dites « positives ». Dans tous les cas, il est question de recourir à des gestes et à des compétences haptiques, acquises au cours d'un apprentissage pratico-sensible.

Lorsqu'il s'agit de soulager, le toucher se traduit par des techniques de massage (effleurage de la peau, palper-rouler sur les couches superficielles de l'épiderme, percussions corporelles, etc.), par des techniques d'acupression ou de digipuncture (pressions des doigts, de la main, des coudes, des pieds sur des points ou des zones précises), par des techniques de mobilisation et d'étirement (du squelette, des muscles, des tissus conjonctifs aussi appelés fascias, des organes, etc.). Son but est d'assouplir les tissus et les articulations, de réduire les douleurs liées aux tensions, de reconquérir une mobilité ou un équilibre perdus à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Par exemple, si la kinésithérapie est connue pour participer à la rééducation musculo-squelettique suite à des traumatismes, elle peut également intervenir au niveau de l'épiderme en contexte post-opératoire. De fait, un suivi kinésithérapeutique favorise la cicatrisation après une mastectomie (ablation des seins) partielle ou totale. Le ou la praticien-ne mobilise, masse, étire et décolle les cicatrices post-chirurgicales ; il ou elle enseigne au ou à la patient-e les mouvements capables d'optimiser le processus ;

il ou elle travaille à améliorer la qualité et la souplesse des cicatrices au moyen de soins endermologiques (technologie associant le palper-rouler et l'aspiration)⁶⁰⁶.

Lorsqu'il s'agit de rééquilibrer, le toucher représente un outil capable de percevoir ce qui est invisible. Pour ce qui est de la médecine traditionnelle chinoise (MTC), ou bien de la médecine traditionnelle japonaise (kampo), ou encore du shiatsu, il constitue une voie d'accès aux méridiens. Imperceptibles autrement que par la sensation tactile, les méridiens forment des trajets organiques et énergétiques et traversent l'ensemble du corps. Ils matérialisent les lignes de force des fonctions physiologiques, c'est-à-dire les ressources corporelles dont chacune d'entre elles a besoin pour fonctionner correctement. Les méridiens n'ont pas véritablement de réalité anatomique. Ils ne correspondent pas tout à fait aux organes au sens anatomique du terme, mais plutôt à des fonctions au sens physiologique et ce, malgré leur association avec certains organes (tels les poumons, le foie, le cœur, etc.). Il existe par exemple des fonctions qui ne renvoient à aucun organe précis, à l'instar du triple réchauffeur. La MTC et le kampo dénombrent douze méridiens principaux : poumon, gros intestin, estomac, rate-pancréas, cœur, intestin grêle, vessie, rein, constricteur du cœur, triple réchauffeur et vésicule biliaire, ainsi que de nombreux « merveilleux vaisseaux » (sortes de méta-méridiens qui combinent certains aspects et rôles des douze méridiens de base).

606 Cf. <https://www.institut-kinesitherapie.paris/kinesitherapie-femme/traitement-des-cicatrices/>

PLANCHE SHIATSU-IOKAI DES MERIDIENS

Illustrant les 12 méridiens du corps, tels qu'ils sont représentés par S. Masunaga
(Revue par l'Académie d'Europe, avec le concours K. Sasaki)

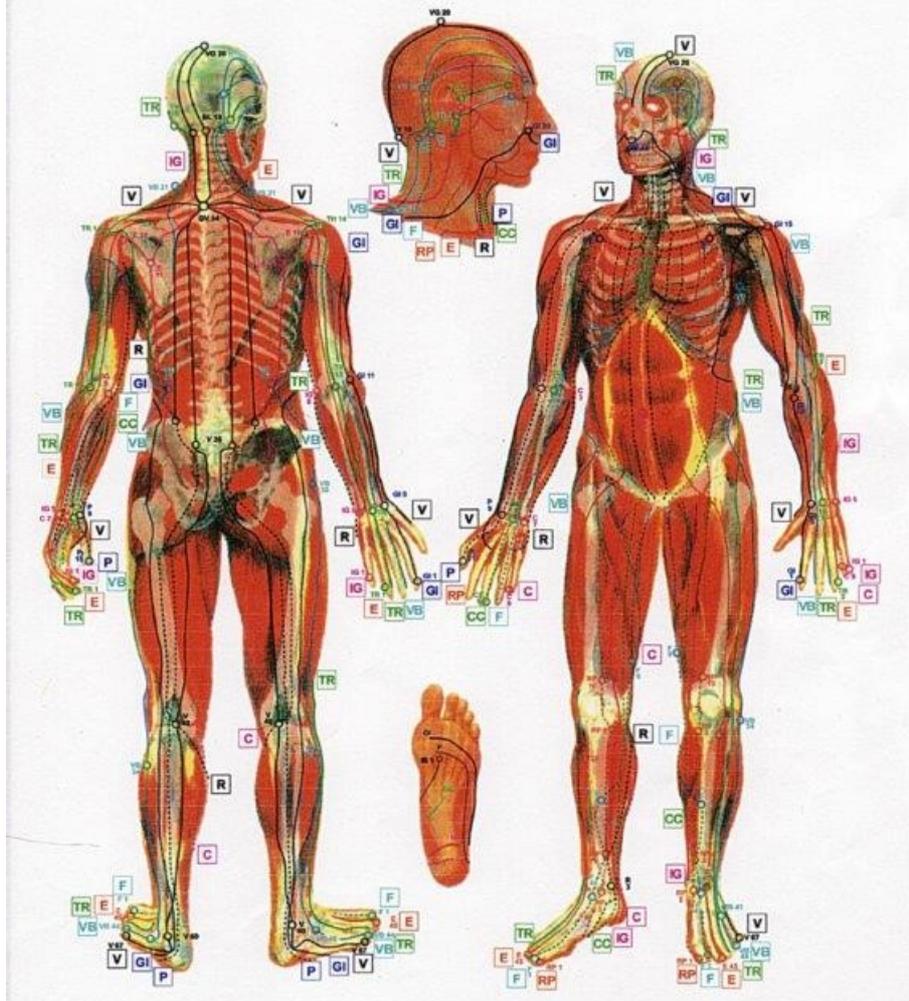


Planche Shiatsu-Iokai des méridiens illustrant les 12 méridiens du corps, tels qu'ils sont représentés par S. Masunaga, et revue par l'Académie Iokai d'Europe, avec le concours de K.Sasaki

Le corps est envisagé de manière holistique, c'est-à-dire qu'il est pensé selon un système d'interdépendances, au sein duquel chaque élément fait appel aux autres pour prospérer, et d'après lequel l'ensemble des parties façonnent un tout qui supprime leur seule addition. De même, la santé est appréhendée à partir d'un modèle physiologique

plutôt qu'ontologique. Selon ce modèle physiologique, la santé se situe dans l'équilibre métabolique, souvent nommé homéostasie, et pas dans l'absence d'entités pathogènes. Une personne en bonne santé possède un équilibre interne efficace pour lutter contre les affections externes. En circulant de partout dans le corps afin de nourrir les organes, les méridiens transcrivent cet équilibrage homéostatique. Ils présentent une consistance ou une texture particulière à chaque fonction organique et énergétique, et à chaque individu-e ; bien que des similitudes interindividuelles existent. Par exemple, le méridien du foie s'apparente à une corde de guitare ; il a quelque chose de tendu et de granuleux. Le méridien du poumon se rapproche davantage d'un courant électrique ; il a quelque chose de pétillant et de vif.

En MTC ou en shiatsu, le toucher thérapeutique désigne, pour reprendre la formule du politiste Ronald Guilloux, « la pratique consistant à rétablir l'équilibre énergétique du corps par un contact dont la matérialité et la distance varient selon la forme que prend cette pratique »⁶⁰⁷.

Le toucher est au cœur de cette tradition thérapeutique. Il est présent dans les différents outils de la MTC même s'il se manifeste différemment. En acupuncture, on localise le point grâce aux doigts avant d'insérer l'aiguille. En tui-na, on masse les points ou les organes avec les mains. En *qi gong*, on propose des mouvements chargés de développer la perception interne du corps et de fluidifier les différentes sortes de circulations. En shiatsu, on utilise par définition la pression des doigts sur la peau. Comme l'explique Guilloux, « sous une divergence apparente de rapport au corps, ces formes sont toutes "de toucher" car elles établissent un contact avec le patient. De la manière la plus

607 GUILLOUX Ronald. « Le toucher en médecine chinoise ». *Dilecta*. N°1, 01/2006. Pp. 99-106. <http://www.cairn.info/revue-corps-dilecta-2006-1-page-99.htm>

visible, le massage touche le corps par le contact direct des mains. Mais de façon plus distante, le qigong procure un contact dont l'efficacité n'est pas moindre : action sur les organes internes par le mouvement corporel, action sur le souffle intérieur par la visualisation, action par le qi à travers les points spécifiques »⁶⁰⁸.

I.1.3. Spécificité du toucher de soin

Parce qu'il n'est pas toujours possible de séparer le toucher scientifique du toucher relationnel ainsi que le toucher diagnostique du toucher thérapeutique, l'expression « toucher de soin » semble pertinente car elle associe les différentes dimensions de cette expérience sensible. Qu'il intervienne au moment du diagnostic ou à celui du traitement, le toucher fournit des informations d'ordre physiologique comme d'ordre personnel, influence la relation de soin en agissant autant sur les soignant-es que sur les soigné-es, et conditionne l'estime et la perception de soi et de son corps. Autrement dit, le toucher de soin englobe la double dimension de l'expérience tactile dans le champ de la santé.

Dans les approches conventionnelles, le diagnostic est souvent chronologiquement préalable au traitement. Néanmoins, il reste partie prenante du soin en général. Dans certaines thérapies complémentaires, comme dans certaines techniques paramédicales, le diagnostic et le traitement sont simultanés, ou du moins parallèles. Le toucher est à la fois informatif et curatif.

Pour désigner cette double dimension du toucher de soin, le socio-anthropologue et kinésithérapeute Arnaud Choplin parle de « palpation thérapeutique »⁶⁰⁹. En

608 Ibid.

609 CHOPLIN Arnaud. *La palpation thérapeutique : lecture ethno-pédagogique*. Saint-Denis : Connaissances & savoirs, 2018.
<https://www.youscribe.com/catalogue/livres/savoirs/medecine/la-palpation-therapeutique->

conservant le champ sémantique du palper, il entend insister sur le caractère médical et technique du geste, tout en soulignant l'apprentissage que cela requiert et, partant, l'ancrage social que cela présuppose. À partir de la formule « palpation thérapeutique », Choplin développe une approche socio-constructiviste du toucher de soin.

Bien que je m'inscrive dans une perspective similaire, je trouve cette formule restrictive à double titre. D'abord, elle maintient le vocabulaire médical conventionnel en reprenant la notion de « palpation ». Ce faisant, elle entretient l'emprise de la médecine sur le toucher de soin, alors que les thérapies complémentaires s'intéressent depuis plus longtemps et avec plus de profondeur à cette question. Ensuite, cette formule réduit le toucher à la seule sphère manuelle et tactile. De fait, elle ne prend pas en compte les expériences de toucher somesthésique ; c'est-à-dire les expériences engageant tout le corps, et ne répondant pas nécessairement à une intention analytique.

Dans certaines thérapies manuelles (shiatsu, somato-psychopédagogie, « toucher-massage® », « toucher psychocorporel », etc.), on se réfère davantage au « diagnostic thérapeutique » ou au « diagnostic proactif ». Ces expressions reposent non seulement sur des observations pratiques, mais aussi sur une conception à la fois physiologique de la santé et optimiste de l'organisme.

Pour ce qui est de la conception physiologique et optimiste de l'organisme, il s'agit d'envisager la santé, non pas comme une privation de maladies, mais comme un équilibre des fonctions. Nommé homéostasie, cet équilibre fait appel aux ressources de l'organisme, tant en ce qui concerne sa capacité à se défendre des agents pathogènes (virus, bactéries, changements climatiques, etc.), qu'à pondérer les interactions et les productions des diverses parties du corps (les fluides corporels tels que le sang, la lymphe, la synovie ; les voies de transmission ou d'activation telles que les nerfs, les

[lecture-ethno-pedagogique-2813585](#). [Consulté le 24/06/2020]

muscles, les os ; etc.). Il s'agit en outre de faire confiance à l'organisme, en le supposant à même de discriminer entre ce qui est bon et ce qui est mauvais pour sa santé, et en mesure de puiser ce dont il a besoin là où il en a besoin. Le diagnostic proactif représente la concrétisation de cette double hypothèse. Le toucher, quant à lui, en est la condition de possibilité ou de réalisation, soit, en un mot, le catalyseur. Lorsque la main du ou de la praticien-ne entre en contact avec le corps du ou de la receveur-euse, l'organisme va concomitamment transférer des informations sensorielles permettant d'en cerner l'état de fonctionnement, et rectifier les déséquilibres mis en évidence par le biais du contact manuel. En résumé, le diagnostic thérapeutique ou proactif qualifie une interaction de soin, pour le moins paradoxale, durant laquelle la main du ou de la praticien-ne oriente ou suggère et le corps du ou de la receveur-euse agit ou réagit.

Pour ce qui est des observations pratiques à l'endroit du diagnostic thérapeutique, le Iokai shiatsu a très souvent recours à ce diagnostic paradoxal. En général, une séance débute par un entretien oral, afin d'effectuer une première anamnèse de la personne. Il est alors question de l'hygiène de vie (type d'alimentation, vie professionnelle et personnelle, activités sociales, etc.), du fonctionnement organique (digestion, respiration, sommeil, etc.), et de l'état psychologique (tendances émotionnelles, habitudes comportementales, etc.). Ensuite, la séance continue avec l'exploration tactile d'une zone diagnostique : le dos ou l'abdomen (nommé « hara » en japonais). Sur l'un comme sur l'autre, l'ensemble des fonctions énergétiques et organiques s'expriment ; quoique sur des secteurs limités et définis et selon des intensités variables. Par exemple, il paraît plus aisé de ressentir la fonction du gros intestin sur le ventre, plutôt que dans le dos. L'agencement anatomique ne doit pas être sous-estimé. Le Iokai

shiatsu met pour sa part l'accent sur le diagnostic du *hara*. Lors de cette phase, le ou la *shiatsushi* pose sa main sur différents endroits attribués aux diverses fonctions ; d'abord en surface puis, si besoin, en profondeur. Le corps du ou de la *jusha* réagit doublement à ce contact : d'un côté il donne accès aux informations diagnostiques, de l'autre il met en œuvre une réponse organique. Cette dernière peut se traduire par une protection augmentée, qui se manifeste souvent à travers une crispation des tissus, ou par une reconfiguration de la circulation des fluides et des énergies, qui signe d'ores et déjà le début du processus thérapeutique. Dans les deux cas, cela dit quelque chose du corps, et cela engage ce même corps. Le soin débute au premier contact. Et parfois, ce premier contact suffit à débloquent, tonifier, fluidifier une fonction. C'est pourquoi il est possible de parler de diagnostic proactif, dans la mesure où la prospection n'est pas passive, et s'accompagne déjà d'une action curative. Il est d'ailleurs préférable de parler de diagnostic proactif plutôt que de diagnostic agissant : cela rend davantage compte de l'attitude du ou de la praticien-ne qui se doit de mettre de côté son intention et son jugement, au profit de sa disponibilité et de son écoute. La séance s'achève quoi qu'il advienne par un travail d'acupressions et de mobilisations. C'est en croisant les renseignements recueillis pendant l'entretien, lors du diagnostic et durant l'ensemble du traitement que le ou la *shiatsushi* opère, généralement sur tout le corps et ce, quel que soit le problème identifié.

Le toucher de soin se caractérise également par une valeur autre que mécanique. Prendre soin, ce peut être guérir, mais ce peut aussi être soutenir, accompagner, accueillir. Dans ce cas, le toucher prend une dimension affective

ou, pour reprendre les termes de la somato-psychopédagogie, une dimension sensible. Par « affective », j'entends la réalité émotionnelle, psychologique, voire énergétique, qui entoure la relation thérapeutique. D'après Bourdallé-Badie et Erny, le contact physique met le plaisir charnel au cœur de la relation de soin et demeure aujourd'hui l'apanage du personnel soignant. Dédaignée par les spécialistes de l'anatomophysiologie des XVIII^e et XIX^e siècles, la part du plaisir de l'expérience tactile est remise en avant grâce au personnel soignant. Relégué aux infirmier-es ou aides-soignant-es en contexte conventionnel, le toucher de soin est une « affaire de ressenti » – notion qui, loin s'en faut, ne répond pas aux critères de scientificité de la médecine occidentale – et n'est qu'une expérience hédoniste⁶¹⁰.

Cette analyse est tronquée à double titre. Premièrement, le contact corporel met en jeu aussi bien le plaisir que le déplaisir. Toucher un corps, ou certaines parties du corps, peut avoir quelque chose de répugnant, de gênant, etc. D'où le fait de chercher parfois à mettre entre parenthèses le ressenti personnel, au profit du professionnalisme de l'acte. Cependant, cela ne revient pas à évacuer les affects. Les sensations telles que le dégoût influencent la posture professionnelle, que ce soit dans la fuite ou la recherche du plaisir ou du déplaisir. Cela ne signifie pas non plus que certaines professions ne sont pas davantage sollicitées, voire enjointes de recourir à des contacts corporels, notamment le personnel soignant au bas de la hiérarchie médicale.

Deuxièmement, l'analyse de Bourdallé-Badie et Erny me paraît tronquée, en ce qu'elle minimise la place du toucher au sein de certaines professions paramédicales (kinésithérapie) comme médicales (maïeutique, médecine générale et interne, chirurgie,

610 BOURDALLÉ-BADIE Charles, ERNY Philippe. « Le toucher, moyen de communication. Son évolution dans l'histoire médicale ». art. Cit.

etc.). S'il n'est pas toujours central, il est à tout le moins présent. Toutefois, c'est moins le contact affectif que le geste technique qui est mobilisé. Ces professions promeuvent un apprentissage pratico-sensible du toucher, que ce soit pour l'acquisition des bons gestes, l'interprétation des signaux tactiles, le respect de la pudeur ou bien la mise à distance de la répugnance, etc. Les professionnel-les de santé aussi bien que les chercheurs-euses en sciences sociales et les usager-es des soins construisent des outils pour évaluer les « bonnes pratiques, notamment à l'endroit des gestes tactiles »⁶¹¹.

Revendiquer la part d'affectivité du toucher thérapeutique, c'est assumer la qualité émotive de la relation de soin et, par conséquent, des acteurs-rices de ce même soin. Mais c'est aussi se confronter aux représentations sociales entourant ce plaisir charnel, ainsi qu'à l'agencement social de la relation rendant possible ce même plaisir. Par conséquent, Bourdallé-Badie et Erny défendent une conception réductionniste et approximative du toucher de soin, puisqu'ils estiment que l'affectivité du geste ne dépend que du personnel soignant. Ils écrivent : « Le toucher dans sa dimension affective retrouve ces réalités. [...] Il y a une reconnaissance du plaisir et de sa nécessité relationnelle. Il est exprimé par d'autres termes, notamment l'énergie. [...] [L]a dimension et la nécessité relationnelle du plaisir du contact par la peau sont admises. Ce n'est plus un mal moral, mais une nécessité de bien. L'application thérapeutique va suivre ; mais essentiellement sous l'autorité des "nurses", donc des paramédicaux qui retrouvent leur réalité maternante. [...] Les applications haptonomiques sont

611 Par exemple, du 4 au 6 avril 2019 s'est tenu le colloque « Genre & santé » à Lyon. Organisé en partenariat avec plusieurs institutions universitaires ainsi qu'avec la Maison de santé de la Guillotière (Lyon 07), il a été l'occasion pour les professionnel-les de cette dernière de réfléchir et de rédiger une « charte de bonnes pratiques ». Cf <https://genre-et-sante.sciencesconf.org/> ; <http://www.maison-sante-guillotiere.com/>

témoins de notre évolution sociale, mais aussi du déclin de l'innovation technique médicale, qui a pu engendrer des fascinations, certes, mais qui s'est essoufflée »⁶¹².

Pour ces médecins, la médecine occidentale contemporaine n'a tout d'abord pas les termes pour parler de la dimension affective du contact physique, ce dont disposeraient à l'inverse les thérapies complémentaires énergétiques. Or, il s'agit d'une confusion à propos de la notion d'énergie. Cette dernière n'a pas nécessairement un aspect affectif. Ensuite, le contact physique est associé à une « réalité maternelle », laquelle est attribuée aux *nurses*, c'est-à-dire au personnel paramédical. Or, il est problématique de considérer les compétences de soins comme relevant d'une autorité maternelle, particulièrement dans le domaine médical, et de penser que les *nurses* retrouvent une place prétendument perdue grâce au retour du toucher. Enfin, le retour présumé de l'affectivité de la relation de soin, à travers les pratiques haptonomiques, est dû selon ces médecins au « déclin de l'innovation médicale ». Or, il ne semble pas que le progrès scientifique ou technologique se soit arrêté. Les auteurs ne justifient pas leur assertion et font des associations d'idées réductrices : si tant est que le progrès médical s'est interrompu, en quoi cela entraînerait-il un désir de toucher affectif ?

Les « applications haptonomiques » dont il est question ici désignent l'ensemble des pratiques manuelles qui fleurissent en contexte aussi bien conventionnel (activités médicales et paramédicales) que non conventionnel

612 BOURDALLÉ-BADIE Charles, ERNY Philippe. « Le toucher, moyen de communication. Son évolution dans l'histoire médicale ». art. Cit.

(thérapies complémentaires et alternatives). Elles traduisent cette recherche d'un toucher susceptible de matérialiser le lien entre l'aspect thérapeutique et l'aspect communicationnel de la relation de soin. Cependant, l'expression « applications haptonomiques » est une généralisation abusive. D'un côté, elle ne rend pas justice au projet et à l'effectivité de la pratique haptonomique. Elle conçoit l'haptonomie comme une manière de qualifier l'ensemble des techniques utilisant le toucher ; alors que l'haptonomie est une pratique à part entière. Il serait plus juste, sur le plan linguistique comme éthique, de parler de pratiques haptiques, plutôt que d'applications haptonomiques. D'un autre côté, cette expression instrumentalise la méthode haptonomique. En la réduisant à la sphère paramédicale et au *nursing*, non seulement elle vide l'haptonomie de sa substance philosophique, mais elle rejoue en outre la hiérarchie entre la médecine et le *caring*. La première relève d'une compétence scientifique et, à ce titre, connaît et ordonne le protocole de soin. Le second, en revanche, applique les ordonnances médicales et apporte de la sollicitude au milieu de ce protocole.

Inventée par le psychothérapeute Frans Veldman dans les années 1980, l'haptonomie (aussi nommée « science de l'affectivité ») est une méthode, une attitude, une démarche mettant le toucher au cœur de la relation thérapeutique, et cherchant par ce biais à mettre l'accent sur la dimension relationnelle et communicationnelle des soins. Au travers d'un « contact affectivo-psycho-tactile »⁶¹³, pour reprendre l'expression de Veldman, cette méthode insiste sur l'affectivité qui traverse l'ensemble des acteurs-rices des soins : autant les personnes qui délivrent les soins que celles qui les reçoivent. Cela repose sur une présence attentive et sensitive de l'autre et de

613 Cf. VELDMAN Frans. *Haptonomie. Science de l'affectivité*. Paris : Presses Universitaires de France, 2007

l'environnement qui l'entoure. En d'autres termes, cela relève d'une conscience particulière des phénomènes corporels et de leurs multiples facettes et significations (neurologiques, physiologiques, psychologiques, etc.). Cela se traduit en définitive par une perception particulière, nommée « happerception » par son inventeur⁶¹⁴.

Comme écrit sur le site *haptonomie.org*, « l'haptonomie est une approche phénoménologique de la personne humaine, cela en particulier dans ses composantes affectives. Elle envisage la personne dans son entièreté et dans ce cadre elle est soucieuse d'intégrer les acquis les plus récents de la médecine et de la neurobiologie. [...] L'haptonomie permet une "manière d'être" qui imprègne la pratique de chaque professionnel. Ce n'est donc pas une profession en soi. [...] En effet, l'haptonomie, bien que faisant appel à des invariants qui découlent directement des facultés humaines affectives des soignés et des soignants, se met en œuvre de façon spécifique dans chaque domaine professionnel. C'est à dire qu'un médecin reste un médecin, une sage-femme reste une sage-femme, etc »⁶¹⁵.

Bien que l'haptonomie ne soit pas une profession à part entière et qu'elle ait une expression spécifique selon les domaines, le contexte dans lequel j'en ai le plus entendu parler, ou bien pour lequel il y a le plus de littérature, est celui de la maïeutique. Sans pouvoir en inférer quelque chose de probant, j'émetts l'hypothèse que ceci est dû au caractère « sensible » de la profession, au sens où cela a été défini dans le chapitre précédent. En effet, les sages-femmes doivent maîtriser un toucher à la fois technique (pour le travail obstétrical) et relationnel (pour le travail périnatal). Par ailleurs, les maïeuticien-nes peuvent aussi utiliser l'haptonomie pour apprendre aux

614 Ibid.

615 <https://www.haptonomie.org/fr/espace-professionnel/presentation-de-l-haptonomie.html>

parent-es non enceint-es à accompagner la personne enceinte ou à communiquer avec l'enfant à naître. De fait, il existe des méthodes haptonomiques permettant de soulager les douleurs liées à la grossesse, ainsi que des outils favorisant la communication avec le fœtus par le biais du toucher. Dans ce cas, les sages-femmes sont dans une relation d'apprentissage et de transmission dans laquelle au moins quatre termes sont impliqués : le ou la maïeuticien-ne, la personne enceinte, l'autre parent-e (a minima) et le bébé.

Dans le cadre des soins médicaux et paramédicaux, l'haptonomie devient « haptosynésie », selon les termes de Veldman. L'haptosynésie est une approche refusant le modèle techniciste des soins, lequel réduit d'une part les soigné-es à leur maladie, et d'autre part les soignant-es à leur compétence technique. Comme l'explique à nouveau le site *haptonomie.org*, « l'haptosynésie est une application spécifique de l'haptonomie à la pratique des soins. Elle concerne tous les professionnels du soin quelle que soit sa position de soignant, sa fonction au sein ou hors d'une institution de soin. Elle permet de développer une autre relation de soin, plus riche d'une vraie rencontre avec une personne et non plus seulement une maladie ou un malade, de façon que la personne aidée puisse mettre en œuvre au mieux ses propres ressources. En même temps, le professionnel peut donner sa "pleine mesure" humaine et plus seulement technique »⁶¹⁶.

En définitive, le toucher de soin s'inscrit dans le paradigme du Sensible. Comme décrit dans le chapitre précédent, ce paradigme met au cœur de la relation thérapeutique la réalité corporelle. Derrière cette dimension corporelle, s'entend à la fois

616 Ibid.

la complexité du corps individuel, c'est-à-dire l'ensemble des fonctions physiques et émotionnelles d'une personne, et la spécificité du corps-à-corps entre soignant-e et soigné-e, soit la mise en contact de deux individu-es à travers leurs corps. De la même manière que l'approche haptonomique, le paradigme du Sensible prend en considération les affects qui surgissent à l'occasion de la relation de soin : la peur, le dégoût, la protection, etc. Toutefois, la première se soucie davantage de la posture des soignant-es que de l'implication de ces dernier-es. Elle tend à préconiser un comportement approprié et, par là-même, à développer un cadre prescriptif centré sur les personnes qui soignent plus que sur les personnes qui sont soignées. Pourtant, elle ne propose guère d'outils pour aider les soignant-es à affronter leur propre affectivité.

Le paradigme du Sensible, quant à lui, s'intéresse aux conséquences de l'expérience tactile, et notamment aux conséquences corporelles. Selon Eve Berger et Didier Austry, « le toucher, par sa fonction de mise en relation directe avec l'autre et son corps, est un lieu d'expérience idéal pour comprendre la forme de perception réciproque d'états internes rencontrée par les deux protagonistes. Par ailleurs, la relation (d'aide) manuelle que nous expérimentons sur le mode du Sensible est aussi exemplaire pour modéliser des notions comme la proximité et la distance entre les deux acteurs de cette relation. »⁶¹⁷.

Dans cette perspective, le toucher permet, d'une part, de réfléchir à la juste distance de la relation de soin. Si la proximité est trop forte, alors les frontières de l'intimité sont enfreintes et, par suite, le climat de confiance est rompu. A contrario, si la distance est trop grande, alors la communication ne peut être assurée. Cela renvoie au concept de « proxémie », tel qu'il a été

617 AUSTRY Didier, BERGER Eve. « Empathie, toucher et corps sensible : pour une philosophie pratique du contact ». in BOTBOL Michel, GARRET-GLOANEC Nicole, BESSE Antoine (dir.). *L'empathie au carrefour des sciences et de la clinique*. Paris : Doin, 2014. p. 230

développé par l'anthropologue Edward Hall⁶¹⁸. Pour Hall, les interactions sociales s'organisent selon quatre « distances » : la distance intime, la distance personnelle, la distance sociale et la distance publique. Ces distances se mesurent en centimètres et possèdent un mode « proche » ou un mode « lointain ». Par exemple, la distance intime concerne les interactions entre deux personnes placées à moins de 40cm l'une de l'autre ; sur le mode proche, elles sont placées à moins de 15cm l'une de l'autre et sur le mode lointain, entre 15 et 40cm. Autre exemple, la distance sociale mesure entre 120 et 360cm ; sur le mode proche entre 120 et 210cm et, sur le mode lointain, entre 210 et 360cm. Trouver la « juste distance » dans la relation de soin, c'est donc savoir si l'on adopte la distance intime ou personnelle, ainsi que le mode proche ou lointain. Cela dépend des pratiques et des praticien-nes.

Sur ce thème, l'approche haptonomique s'est emparée de la question avec justesse et précision, bien que d'autres thérapies manuelles s'appuient aussi sur le caractère dialogique du toucher thérapeutique. C'est le cas du « toucher psychocorporel » (aussi nommé « relation d'aide par le toucher ») développé par Jean-Louis Abrassart (un coach de vie qui a le vent en poupe dans le milieu du développement personnel depuis une dizaine d'années). D'après lui, le toucher de soin suscite une mise en relation profonde et globale des acteurs-rices du soin. Plus qu'un soin mécanique, le toucher est une conversation thérapeutique. Bien que sceptique et peu connaisseuse des techniques de coaching de vie, je trouve certaines formulations d'Abrassart pertinentes. L'idée de considérer le toucher de soin comme une « conversation thérapeutique » renvoie justement à la

618 Cf. HALL Edward. (trad. De PETITA Amélie). *La dimension cachée*. Paris : Points, 1971

dimension dialogique du contact corporel. Elle fait d'ailleurs écho aux pratiques de Feldenkrais, qui envisagent les soins comme des « conversations tactiles ». Pour Abrassart, « cette approche demande au praticien qualités d'écoute et de sensibilité qui dépasse la simple maîtrise d'une technique. Celui-ci de plus ne doit pas rechercher une disparition rapide des problèmes physiques mais au contraire favoriser par le toucher un véritable dialogue avec le corps de l'autre qui nourrira l'intégration verbale »⁶¹⁹. Tout comme l'haptonomie, le toucher psychocorporel se focalise davantage sur la posture a priori des soignant-es, que sur les effets a posteriori de la relation de soin. Ainsi que je l'ai écrit plus haut, l'haptonomie, et donc le toucher psychocorporel également, ne donnent guère d'indications aux soignant-es pour faire face au surgissement de leur propre affectivité durant une relation de soin, soit pour savoir comment composer avec des émotions ou des affects engendrés par un contact physique.

Par ailleurs, le toucher interroge les principes d'échange et d'équivalence qui sont à l'œuvre dans la relation thérapeutique. En affirmant que les deux acteurs-rices du soin sont affecté-es par ce même soin, le paradigme du Sensible donne une véritable consistance à la notion de réciprocité. C'est au nom d'une égalité axiologique – selon laquelle le toucher de soin affecte aussi bien les soignant-es que les soigné-es – que ce paradigme construit un véritable programme éthique. Pour formaliser cela, Berger et Austray créent le concept de « doublitude ». Voici comment il et elle définissent et justifient son usage : « notre notion de doublitude veut marquer le fait que la rencontre de deux

619 ABRASSART Jean-Louis. « Le toucher, relation d'aide psychocorporelle ». in *Le toucher.info*. 2016. <http://toucher.info/index.php/articles-et-textes-de-jla>. [Consulté le 04/06/2017]

opposées ne génère pas forcément une opposition statique mais qu'elle peut donner lieu à une tension dynamique évolutive par leur mutuelle coopération. [...] Cette notion de doublitude est d'ailleurs un leitmotiv de l'étude du toucher et nous la retrouverons dans un autre aspect du toucher, le fait que le toucher emporte avec lui une notion de résonance, d'implication de soi »⁶²⁰.

En mettant sur le même plan la résonance de l'accompagnement et l'implication de soi, la théorie du Sensible envisage le soin comme un processus évolutif et affectif. Évolutif, car elle admet que la relation de soin se construit, et n'affirme pas que les mêmes causes ont nécessairement les mêmes conséquences. Il ne suffit pas de définir un cadre thérapeutique pour le respecter ou pour le rendre opérationnel. Et affectif, car elle assume le risque de l'expérience tactile, lequel réside dans une certaine intimité des corps. Il ne suffit pas de prôner la neutralité pour que la juste distance relationnelle soit atteinte. Plus qu'une interaction, la relation tactile est aussi, pour paraphraser la philosophe Marìa Puig de la Bellacasa, une intro-action réciproque⁶²¹. Cela signifie que le contact a des incidences aussi bien sur le plan externe qu'interne de la personne touchante, comme de la personne touchée. L'approche n'est pas centrée plus sur le ou la patient-e que sur le ou la soignant-e. En somme, il s'agit non seulement de rejeter l'idéal du toucher neutre tel qu'il a été prôné et enseigné par les médecins anatomophysiologistes du XIXe siècle, mais aussi de

620 AUSTRY Didier, BERGER Eve. « Empathie, toucher et corps sensible : pour une philosophie pratique du contact ». art. cit. p. 233

621 Cf. PUIG DE LA BELLACASA Marìa. « Touching technologies, touching visions. The reclaiming of sensorial experience and the politics of speculative thinking ». *Subjectivity*. N°28, 2009. Pp. 297-315

faire du toucher de soin la liaison entre la singularité individuelle du corps et la dimension holistique du soin.

I.2. Le toucher de soin, entre expérience singulière et approche holistique

Pour les théoricien-nes du Sensible, le toucher permet de prendre contact à la fois avec son individualité, dans son entièreté et sa complexité, et avec son environnement. Il est autrement dit une voie d'accès à l'expérience de la globalité, et une voie de liaison entre soi, autrui et le monde. Il forme un pont entre la réalité intérieure et extérieure du corps. Pour Berger et Austray, « la personne touchée se perçoit dans sa singularité propre, dans sa manière unique d'habiter son corps, dans la qualité unique du matériau qui la constitue, tout ceci lui renvoyant une sorte d'écho intérieur, intime, de ses manières d'être à elle-même, à autrui et au monde »⁶²². À cet égard, le toucher de soin semble relever d'une approche holistique. Reste à savoir ce que signifie ce caractère holistique.

En apparence, il est paradoxal qu'un seul et même outil thérapeutique tienne ensemble conscience de soi et conscience du monde. Comment passer de l'une à l'autre ? Et comment articuler l'une et l'autre ? En réalité, cette double conscience, qui traverse le principe-même de holisme, repose sur une analogie fondamentale entre le corps et le monde. Envisagée à partir du couple microcosme/macrocosme dans la théorie de la médecine traditionnelle chinoise (MTC), ou d'après un matérialisme systémique dans la science médicale occidentale, cette analogie est la clef de voûte de l'approche holistique.

622 AUSTRAY Didier, BERGER Eve. « Empathie, toucher et corps sensible : pour une philosophie pratique du contact ». art. cit. p. 242

Pour le texte canonique de la MTC⁶²³, le corps humain est un petit monde parcouru de paysages (des fleuves, des vallées, des collines, etc.), et régi par une véritable organisation sociale (avec des fonctionnaires, des charges, etc.)⁶²⁴. Dans le paradigme occidental, le corps humain est soumis aux mêmes lois générales que le reste de la matière, et requiert le même traitement scientifique que le reste du vivant.

Dans un cas comme dans l'autre, en étudiant le monde, on étudie aussi l'humain, et réciproquement. Certes, la correspondance présente des limites épistémologiques, mais elle informe grandement l'imaginaire médical occidental, japonais et chinois⁶²⁵.

I.2.1. Définition du holisme

Asséné avec vigueur dans le champ des thérapies complémentaires, le concept de holisme ne jouit ni d'une définition stable, ni d'une signification consensuelle. Ce concept est en effet porteur de multiples héritages et d'acceptions diverses. D'après le biologiste et épistémologue David Gatherer, « cela se reflète dans la variété des façons dont le terme est actuellement

623 Cf. ANONYME. (Trad. De CHEN You-Wa). *Huángdì Nèijīng ou Classique interne de l'Empereur Jaune*. Paris : You Feng, 2006

624 Pour une description détaillée du « corps paysage » et du « corps microcosme » de la pensée taoïste sur laquelle repose la théorie de la MTC, cf. DESPEUX Catherine. « Le corps, champs spatio-temporel, souche d'identité ». *L'Homme*. Tome 36, n°137, 1996. Pp. 87-118

625 Pour une présentation et une critique détaillées de la correspondance entre microcosme et macrocosme dans l'imaginaire médical occidental, cf. CRIGNON Claire. « Révolution anatomique et révolution cosmologique : quelques réflexions à partir de la lecture de "L'homme de Vésale dans le monde de Copernic" ». *Revue de métaphysique et de morale*. N°82, 02/2014. Pp. 167-195. <https://www.cairn.info/revue-de-metaphysique-et-de-morale-2014-2-page-167.htm>

utilisé »⁶²⁶. Le holisme prend un sens très différent selon qu'il est opposé à l'individualisme ou au réductionnisme ; sachant que l'un comme l'autre se subdivisent encore en divers courants théoriques, à l'instar de l'atomisme qui est par exemple une forme spécifique de réductionnisme.

Le terme provient du grec *holos* signifiant lui-même tantôt « entier », tantôt « total » : il y a d'ores et déjà une certaine ambiguïté. Ce qui est entier, c'est ce à quoi rien n'a été retranché et dont l'intégralité perdure. Ce qui est total, c'est ce qui ne manque de rien et ne demande aucun ajout. Dans le premier cas, il s'agit d'un point de vue soustractif et tourné vers le passé : quelque chose a-t-il été enlevé ? Dans le second, il s'agit d'un point de vue additif et tourné vers le futur : faudra-t-il ajouter quelque chose ? Cette différence subtile est pourtant lourde de conséquences car elle vient éclairer la double opposition holisme/individualisme et holisme/réductionnisme.

Premièrement, qu'en est-il de la distinction entre holisme et réductionnisme ? Cette distinction provient d'une querelle entre deux doctrines scientifiques de la matière dérivant du matérialisme, et ayant pour objectif d'expliquer le principe qui produit les choses. Le matérialisme consiste à ramener l'unité du monde à la seule substance matérielle ; la variété et la diversité des formes et des propriétés n'étant que des transformations de cette substance unique. L'aspect matérialiste de la pensée réductionniste reste toutefois plus évident que celui de la pensée holiste, comme je le montrerai un peu plus loin.

626 « This is reflected in the variety of ways in which the term is currently used. ». in GATHERER David. « So what do we really mean when we say that systems biology is holistic ? ». *Systems Biology*. 2010. p. 8

D'un côté, le réductionnisme procède par déduction : si des choses pourtant distinctes partagent certaines propriétés, il en déduit alors des rapports d'identité. Les choses ne sont autrement dit que des combinaisons simples ou compliquées de ces propriétés élémentaires. Cette doctrine n'admet à ce titre qu'une seule sorte de causalité au sein de sa démarche explicative. Le réductionnisme méthodologique classique n'est qu'un pari épistémologique : il explique les propriétés des niveaux « supérieurs » en se focalisant uniquement sur les propriétés des niveaux « inférieurs ». Le réductionnisme ontologique va toutefois plus loin et n'attribue de réalité qu'aux niveaux les plus élémentaires.

D'un autre côté, le holisme opère par induction, en tant qu'il repose sur des inférences ampliatives. Une chose née de transformations multiples est plus qu'une juxtaposition de propriétés similaires. Il y a dans le concept de transformation l'idée d'un au-delà, d'un après, d'un plus. Le holisme considère qu'il y a dans le processus de formation un ajout nécessaire sur le plan qualitatif comme sur le plan quantitatif. Cette doctrine accepte à ce titre l'explication pluricausale pour mieux rendre compte des propriétés émergentes des processus de formation.

Dans ce cas, le holisme correspond à la prise en compte de l'entière et demeure une posture épistémologique : il est question de connaissance et de méthode. Le holisme épistémologique est l'une des deux catégories du holisme moderne tel qu'il a été défini par le philosophe Thomas Nagel⁶²⁷. Sous la plume de Gatherer, il se caractérise comme suit : « l'antiréductionnisme épistémologique est la reconnaissance que certains phénomènes sont trop complexes pour être compris par l'intelligence humaine, voire informatique. [...] L'antiréductionnisme épistémologique est un holisme parce que le

627 Cf. Ibid. pp. 3-9

réductionnisme complet est impossible »⁶²⁸. Ce holisme s'inscrit dans une problématique gnoséologique, soit dans une problématique portant sur la théorie de la connaissance. Il tient à assumer la finitude humaine dans la mesure où il est impossible de comprendre les réseaux de phénomènes dans leur ensemble, pas plus qu'il n'est possible de prévoir les progrès et tournures du savoir, en particulier du savoir technique.

Deuxièmement, qu'en est-il de la distinction entre holisme et individualisme ? Cette distinction provient pour sa part d'une querelle ancienne entre deux courants sociologiques, et concerne la manière d'interpréter les rapports entre conduites individuelles et réalité sociale. Pour le courant individualiste, le social est un agrégat de comportements individuels et les entités individuelles sont en elles-mêmes porteuses de sens. L'individualisme incite à rendre compte des phénomènes macroscopiques à partir d'un ensemble de phénomènes microscopiques⁶²⁹. Pour le courant holiste, en revanche, le social est une totalité déterminant les conduites individuelles et les entités individuelles ont une autonomie toute relative. Le holisme préfère expliquer les phénomènes microscopiques à partir des phénomènes macroscopiques. C'est non seulement le procédé explicatif, mais également la conception de la réalité qui diffèrent. Cependant, il est aujourd'hui davantage question de constructions que de déterminations sociales. Le clivage n'est donc plus aussi marqué qu'aux XIXe et début du XXe siècles mais demeure malgré tout opérant.

628 « Epistemological antireductionism is the recognition that some phenomena are too complex to be comprehended by human, or even computer, intelligence. [...] The epistemological antireductionist is a holist because complete reductionism is technically impossible. ». Ibid. p. 5

629 Pour une présentation détaillée des différents types d'individualismes (ontologique, axiologique, méthodologique, etc.), cf. MAILLARD Nathalie. *La vulnérabilité, une nouvelle catégorie morale ?* Genève : Labor et Fides, 2011

Dans ce cas, le holisme correspond à la prise en compte de la totalité et demeure une posture ontologique : il n'est pas uniquement question de méthodologie. La théorie touche au problème de l'existence si ce n'est à celui de l'être. Il existe deux écoles qui se revendiquent du holisme ontologique : l'une classique et l'autre moderne. Pour l'école classique, « l'univers entier a été basé sur une tendance innée à la formation d'un tout stable à partir d'éléments »⁶³⁰, comme l'écrit Gatherer. Cette doctrine s'insère dans un héritage vitaliste, dans la mesure où elle tente d'expliquer à la fois l'apparition de la vie et la différence entre l'animé et l'inanimé. Elle veut dépasser toute forme de mécanisme et, partant, propose une définition de la vie en dehors de la matière. Dans cette perspective, penser la vie à travers les interactions matérielles, c'est encore être dans la pensée mécaniciste. Le holisme ontologique classique ne se contente pas d'attribuer des propriétés à la matière, il va jusqu'à postuler un panpsychisme. Formulée à la fin du XIXe siècle, cette hypothèse a été très vite abandonnée par la communauté scientifique, en raison de son caractère jugé hautement métaphysique.

Pour l'école moderne, « l'antiréductionnisme ontologique s'appuie sur l'argument selon lequel il existe certaines choses, entités ou lois, que l'on ne peut capturer, même si l'on transcende les limites épistémologiques »⁶³¹, comme

630 « The entire universe was based on an innate tendency for stable wholes to form from parts. ». in GATHERER David. « So what do we really mean when we say that systems biology is holistic ? ». p. 3

631 « Ontological antireductionism is the argument that there are certain things, entities or laws, that reductionism can never capture, even if we transcended the epistemological limitations. ». Ibid. p. 6

l'écrit à nouveau Gatherer. Mais alors deux nouvelles subdivisions apparaissent selon qu'il s'agit d'un holisme ontologique de type constitutif ou un holisme ontologique de type descriptif. Pour le premier, certaines choses fondamentales sont irréductibles à des explications d'ordre physique ou physiologique. C'est par exemple le cas des choses dites spirituelles. Pour le second, la description scientifique suffit à expliquer les phénomènes physiques, mais d'autres lois émergent quant aux faits du monde. Et ces lois ne peuvent être dérivées des lois physiques ou de la connaissance habituelle, c'est-à-dire des lois décrivant des objets inertes ou provenant de la connaissance empirique. Elles doivent avoir un caractère systémique et causal, sans pour autant se réduire aux éléments du système qu'elles influencent. Il faut donc distinguer les événements physiques et les faits du monde. Comme l'explique Gatherer, « on peut admettre que chaque événement physique a une explication en termes scientifiques, mais qu'un fait peut être décrit de plusieurs manières »⁶³².

En résumé, il y a d'un côté le holisme du genre antiréductionniste et de l'autre celui du genre anti-individualiste. Or ce dernier est aussi parfois dit antiréductionniste. Ceci montre d'abord qu'ils ne s'excluent nullement l'un et l'autre et qu'il y a ensuite tout intérêt à les faire dialoguer l'un avec l'autre. C'est probablement le seul moyen d'appréhender la traduction de ce concept avant tout sociologique et biologique dans le langage thérapeutique. Dans le champ des soins, parler de holisme, c'est envisager la personne comme un tout et ce, tant à l'échelle individuelle – l'individu-e possède des composantes physiques, psychologiques, émotionnelles, etc. – qu'à l'échelle sociale – l'individu-e interagit avec ses groupes d'appartenance, son environnement, etc. En

632 « One might acknowledge that every physical event has an explanation in terms of physics, but that a fact can have many physical descriptions that satisfy it. ». Ibid. p. 7

bref, il n'y a pas de lien nécessaire entre un holisme anti-réductionniste et un holisme anti-individualiste. Il est possible de défendre l'un sans défendre l'autre, ou bien de défendre les deux pour des raisons différentes. Cependant, le fait de prendre en compte le tout, plutôt que ses parties, a des conséquences pratiques, notamment dans le champ thérapeutique. Cela influence le vécu de la maladie pour ce qui est de l'appropriation de la cause de la souffrance, comme du cadre pour vivre cette dernière.

I.2.2. Mobilisation du holisme en contexte thérapeutique

Dans le vocabulaire ainsi que dans le milieu thérapeutique, il est question tantôt de prise en charge holistique, tantôt d'approche holistique. Pour des raisons de pertinence, je préfère recourir à la seconde acception. Au premier abord, la prise en charge est du côté de la pratique, relevant de l'action à effectuer, quand l'approche est du côté de la théorie, exposant un modèle à suivre. Dans une démarche thérapeutique, la prise en charge a pourtant quelque chose de statique, contrairement à l'approche qui fait montre d'un certain dynamisme. La première présuppose une représentation linéaire du soin et suggère une relation unilatérale parmi les différents acteurs-rices. Ce sont toujours les soignant-es qui prennent en charge les soigné-es et, par voie de conséquence, ce sont toujours celles et ceux-là qui agissent sur celles et ceux-ci, ce sont toujours les mêmes qui supportent les autres. La seconde n'assigne en revanche pas de rôle et autorise une plus grande marge de manœuvre. De fait, approcher, c'est en même temps tenter d'appivoiser et de se faire appivoiser. Ceci vaut autant pour les soignant-es que pour les soigné-es.

Il existe un véritable écart entre la prise en charge et l'approche holistique. Pour les médecins Valérie Duchêne, Donatien Mallet et Philippe Colombat,

« l'approche globale n'est pas la prise en charge globale. La globalité n'est pas la totalité. L'expression "prise en charge globale", introduite pour garantir une prise en charge complète, peut se limiter à un exercice du savoir et du pouvoir, exposant le soignant à assujettir l'autre. L'approche globale est d'abord une attention envers autrui dans la globalité perçue de son existence. Elle implique une acceptation du manque. Elle ouvre à la reconnaissance de la différence et de l'énigme de l'autre. Elle est un appel à la rencontre et non au pouvoir »⁶³³.

Pour reprendre les spécifications du holisme, je dirais que la prise en charge holistique relève du holisme-entièreté. Elle tient à prendre en compte l'ensemble des dimensions d'un-e individu-e, mais pense par juxtaposition et non par fusion ; rien de plus n'émerge de l'ensemble. Ainsi n'est-elle pas à l'abri de la segmentation. L'approche holistique, quant à elle, procède du holisme-totalité. Elle décrit les personnes comme des systèmes complexes et irréductibles à leurs composants, et réfléchit par interrelations. Les soignant-es n'ont rien à ajouter aux soigné-es, et c'est pourquoi ils et elles ne peuvent les asservir. Concrètement, la prise en charge holistique (qui relève du holisme-entièreté) tend à se focaliser sur le colloque singulier entre médecin-cienne et malade. D'après Duchêne, Mallet et Colombat, cette perspective prend le risque de mettre en place un modèle paternaliste (en raison de l'asymétrie épistémique qui se joue durant une consultation médicale). J'ajouterais qu'elle peut aussi avoir tendance à arracher les individu-es à leur contexte social (vie professionnelle, vie familiale, vie personnelle, etc.) et, partant, à manquer de réflexivité lors de l'anamnèse. En revanche, l'approche holistique (qui relève du holisme-totalité)

633 MALLET Donatien, DUCHÊNE Valérie, COLOMBAT Philippe. « Globalité et médecine moderne ». *Laennec*. tome 56, 2008. P. 48

n'est ni dans une perspective dyadique (celle du colloque singulier), ni dans un modèle individualiste (au sens sociologique du terme).

L'enjeu de l'approche holistique est de contextualiser au mieux la réalité pathologique d'un-e individu-e. C'est pourquoi le diagnostic occupe une place si importante. C'est aussi pourquoi le diagnostic a une valeur thérapeutique, en tant qu'il ne va ni arracher la personne à son environnement, ni la réduire à celui-ci. Dans une étude comparative sur le monde des soins au Japon et dans les pays anglo-saxons, l'anthropologue Margaret Lock explique comment le diagnostic permet de faire le lien entre le microcosme humain et le macrocosme environnemental. D'après elle, « le diagnostic n'a pas pour fonction de classer le malade dans tel ou tel type d'affection, mais d'appréhender aussi complètement que possible l'état du corps et ses relations au macrocosme social et naturel. La recherche des causes des maladies porte sur le "pourquoi" plus que sur le "comment" de leur apparition, et le modèle admet que, pour le bien du malade, des explications lui soient données en des termes largement psychosociaux ou en recourant à l'environnement, de façon aisément compréhensible et recevable »⁶³⁴. En bref, l'enjeu de l'approche holistique est, dans l'idéal, d'élucider ce que Mallet, Duchêne et Colombat appellent « l'énigme de l'autre ».

Comme ils et elle l'expliquent, « l'énigme de l'autre » constitue le motif de l'approche holistique et ce, à tous les sens du terme : le motif comme prétexte, le motif comme cause, le motif comme moteur. Elle vient tout à la fois stimuler, débiter et justifier un soin placé sous le signe de la singularité et de la globalité. Cette énigme engage les soignant-es à considérer la relation de soin comme une enquête. Il n'est pas question d'éclaircir l'ensemble des mystères que portent les

634 LOCK Margaret. « L'Homme-machine et l'Homme-microcosme : l'approche occidentale et l'approche japonaise des soins médicaux ». *Annales économies, sociétés, civilisations*. Année 35, n°5, 1980. P. 1121

soigné-es ; ceci menacerait leur intégrité. Il est question d'accepter à la fois l'altérité à un moment donné, et la portée limite du soin. Malgré la proximité étymologique des termes « santé » et « salut », les soignant-es ne sont pas des sauveurs-euses. Pour reprendre leur formulation, « il s'agit d'accueillir l'autre dans la complexité de ses héritages, non de se porter thérapeute de l'ensemble de l'héritage »⁶³⁵.

L'approche holistique revendique son caractère circonstanciel et relationnel, dans la mesure où le soin dépend aussi bien du contexte que de la rencontre. Le « corps-à-corps » entre soignant-e et soigné-e n'est plus seulement le « colloque singulier » entre médecin-cienne et patient-e. Pour reprendre la formule attribuée au gynécologue et obstétricien Louis Portes, le colloque singulier consiste en une « rencontre entre une confiance et une conscience »⁶³⁶. Cette expression met l'accent sur le dyadisme qui traverse la relation thérapeutique (seules deux personnes sont impliquées : le ou la soignant-e et le ou la soigné-e), de même que sur le caractère rationnel de cette relation (la raison guide la confiance des malades ainsi que l'action des médecins-ciennes).

Cependant, le dyadisme de la relation de soins est, sinon illusoire, du moins douteux. Les médecins-ciennes sont toujours accompagnées de leur cortège institutionnel (personnel étudiant, personnel paramédical, cadre hospitalier, cabinet médical, blouse blanche, etc.), et ne sont parfois pas les interlocuteurs-rices privilégiés des patient-es. La médecine hospitalière (à l'hôpital ou en clinique) comme la médecine de ville (en cabinet libéral) peut certes être l'occasion d'un dialogue étroit entre une

635 MALLET Donatien, DUCHÊNE Valérie, COLOMBAT Philippe. « Globalité et médecine moderne ». art. cit. p. 40

636 Cf. HARDY Anne-Chantal. « Du colloque singulier à l'éthique médicale ». in *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2013. Pp. 23-45

personne malade et une personne soignante, mais le contexte des soins influence et encadre ce dialogue. Et ceci vaut aussi bien pour la France que pour le Japon, les États-Unis, etc.

L'approche holistique, pour sa part, consiste en une rencontre entre des corps. Cette conception met davantage l'accent sur l'aspect global des individu-es (les personnes ne sont pas réduites à leurs facultés rationnelles), et sur la dimension contextuelle de la relation (les corps sont influencés par leur inscription sociale). Plus qu'à la globalité, la conception holistique se réfère à l'intégrité des personnes. Cette notion fait ressortir à la fois le caractère entier des individu-es et leur valeur personnelle (qu'elle soit morale, politique, sociale, etc.). Elle permet d'échapper au diallèle éthique charrié par le concept de globalité, et exprimé par les questions suivantes des médecins-ciennes Mallet, Duchêne et Colombat : « la globalité est-elle un bon terme pour évoquer ce qu'est la personne humaine ? L'homme [ou la femme] est-il un cercle que l'on pourrait circonscrire en analysant de manière spécialisée et segmentaire ses besoins? Cette démarche n'induit-elle pas un supplément de morcellement – pour ne pas dire "saucissonnage" – en contradiction avec son objectif ? »⁶³⁷.

Ce que ces auteurs-riche redoutent, c'est l'interprétation individualiste et la récupération capitaliste de l'approche holistique ; lesquelles tendent à atomiser les individu-es, et visent à en faire des consommateurs-rices responsables, pour ne pas dire coupables, de leur trajectoire thérapeutique. Ils et elle écrivent : « si l'on n'y prête garde, le terme "globalité" pourrait réduire le sujet au comblement

637 MALLET Donatien, DUCHÊNE Valérie, COLOMBAT Philippe. « Globalité et médecine moderne » art. cit. p. 42

de ses besoins »⁶³⁸ et restreindre le soin à une activité consumériste. Cette crainte est néanmoins relative et « relativisable » dans un pays comme la France, où le système de sécurité sociale est (pour l'instant) loin d'être capitaliste. Ces médecins-ciennes semblent craindre la disparition d'un tel modèle et, plus largement, la responsabilisation à outrance des malades à l'égard de leurs maladies.

I.2.3. Le toucher de soin est holistique parce qu'il se réfère au corps sensible

Si le toucher de soin, tel qu'il est défini ici, relève de l'approche holistique, c'est d'abord parce qu'il est fondé sur une prise en compte du corps sensible. Autrement dit, c'est la prise en compte du corps sensible qui fait le toucher de soin. C'est bien de ce toucher particulier que je souhaite parler. Car tous les touchers effectués en contexte thérapeutique ne sont pas holistiques, sensibles, respectueux, etc. Le toucher de soin est le concept que je propose pour parler de l'expérience tactile en situation de soin, qui s'organise autour d'une relation corporelle et d'une attention à l'ancrage social de cette relation.

Du côté des personnes qui reçoivent le soin, cela se traduit par un double sentiment de singularité et d'universalité, bien que ce dernier concept ne me satisfasse pas pleinement pour des raisons déjà évoquées lors de la présentation du cadre théorique. Singularité, à travers la conscience de son propre corps, grâce au système somato-sensoriel ; je rappelle que le toucher est l'un des composants ainsi que l'un des activateurs de la perception somesthésique. Universalité, par le biais de l'appartenance au vivant ou, plus précisément, au monde sensible. Comme cela a été mentionné plus

638 Ibid.

haut, Berger et Austray affirment que l'expérience tactile interroge en même temps la manière d'habiter son corps et d'être au monde. Plutôt que d'universalité, je préfère parler d'immanence. Par cette notion, j'entends le sentiment d'appartenance au monde qui découle de l'expérience concrète de vivre dans ce même monde.

Du côté des personnes qui délivrent le soin, prendre en considération le corps sensible, c'est s'ouvrir au langage corporel. Pour ce faire, il s'agit d'envisager ses propres mains, non pas comme un simple vecteur thérapeutique, mais comme un outil de communication. Or cet outil jouit d'une sorte d'autonomie langagière, ou du moins donne à entendre un langage à part entière. C'est pourquoi il s'agit également de faire preuve d'une certaine disponibilité ; c'est-à-dire d'une certaine réceptivité à l'égard des informations sensibles (qu'elles soient sensibles, émotionnelles, contextuelles, etc.). L'objectif est à la fois d'accueillir et de stimuler la part vivante du corps. Comme s'interroge la psychanalyste Josy Jeanne Ghedighian-Courier, « cette réceptivité ne se rencontre-t-elle pas de temps à autre, chez l'ostéopathe, le masseur, le praticien du shiatsu, etc., chaque fois qu'ils ne font qu'un avec leurs "mains qui questionnent la peau, les muscles, qui écoutent et renvoient leur réponse apaisante, structurante" dans un toucher qui redonne vie au corps ? »⁶³⁹.

Dans la logique de cette autrice, le rôle du toucher est de donner accès aux identités multiples des personnes, dans la mesure où ce sens bénéficie lui-même de significations variées ou, pour reprendre ses propres termes, de nombreux « avatars ». Selon comment et par qui il est pratiqué, le toucher de soin peut avoir des effets ou des échos très différents.

639 GHEDIGHIAN-COURIER Josy-Jeanne. « Le toucher, un sens aux multiples avatars ». *Les cahiers jungiens de psychanalyse*. N°18, 02/2006. p. 26

Si le toucher de soin s'inscrit dans une approche holistique, c'est aussi parce qu'il se fonde sur une confiance à l'égard du corps. Dans le sillage de la conception physiologique et optimiste de la santé, il s'agit premièrement de miser sur les capacités de l'organisme à prendre soin de lui-même, dès lors qu'il est convenablement accompagné. D'après Abrassart, « le toucher catalyse alors la mise en œuvre des potentialités du patient pour favoriser des changements d'attitudes de vie. L'interaction du toucher avec la tension oriente vers la ressource qui doit être intégrée comme si le corps connaissait le chemin qui va permettre de sortir de la problématique. »⁶⁴⁰

Deuxièmement, il s'agit d'accorder du crédit aux sensations éprouvées sous les mains (pour les praticien-nes) ou dans l'ensemble du corps (pour les receveurs-euses). Comme l'explique Ghedighian-Courier, « on peut percevoir, dans l'art de certains doigtés, une aptitude à capter l'impalpable »⁶⁴¹. Ici, la perception manuelle thérapeutique (qualifiée de « doigté ») dépasse la perception manuelle commune (accessible à la moindre exploration tactile). Cette aptitude est le résultat d'une habitude ; soit, pour reprendre les termes de Marion Ink, d'une compétence pratico-sensible acquise. Si cela semble évident pour un geste professionnel en particulier, cela vaut également pour l'expérience corporelle en général. Autrement dit, la compétence pratico-sensible intervient également à l'endroit de la conscience de son propre corps. Les perceptions somesthésiques s'éduquent aussi bien que le reste des perceptions sensorielles. Et apprendre à ressentir, identifier, qualifier ces percepts fait souvent partie de

640 ABRASSART Jean-Louis. « Les fonctions d'un toucher psychothérapeutique ». in *Le toucher.info*. 2016. <http://toucher.info/index.php/articles-et-textes-de-ja>. [Consulté le

641 GHEDIGHIAN-COURIER Josy-Jeanne. « Le toucher, un sens aux multiples avatars ». art. cit. p. 25

la démarche de toucher de soin. Dans ce cadre, les sensations corporelles sont doublement légitimes. D'une part, elles fournissent des informations sur l'état du corps (qu'il soit organique ou émotionnel). D'autre part, elles parviennent à évoluer, en se précisant, se diversifiant, s'accroissant ; offrant ainsi une véritable perspective thérapeutique et inscrivant le soin dans un processus de réappropriation.

Face à cette définition du toucher de soin, fondée sur une approche holistique et sur le corps sensible, plusieurs questions me viennent : comment s'organise ce corps-à-corps ? Comment se répartissent les rôles lors de cette rencontre ? Comment porter attention en même temps au corps singulier et au contexte social ?

À ce stade, il me paraît important d'analyser la traduction pratique de cette approche holistique. Ce qui est notable dans cette approche, c'est non seulement l'importance accordée à l'expérience corporelle, mais aussi l'ancrage de cette même expérience dans son contexte. Or, de nombreuses situations de toucher de soin témoignent de cette double ambition. De fait, le toucher de soin est mobilisé dans les soins médicaux, paramédicaux, alternatifs, naturels, etc. Y a-t-il une différence d'approche entre médecine conventionnelle et thérapies complémentaires ?

II. Comment mettre en œuvre le toucher de soin ?

Maintenant qu'une définition générale du toucher de soin a été esquissée, il paraît nécessaire de la mettre à l'épreuve de la réalité. Est-il possible d'appliquer le toucher de soin tel qu'il a été défini jusqu'ici ? Est-ce que le résultat est satisfaisant sur un plan philosophique, thérapeutique et éthique ?

Sans dire qu'il y a autant de touchers de soins que de pratiques thérapeutiques, il est néanmoins convenable d'affirmer que le cadre d'exercice peut influencer l'approche et, par extension, la définition de ce toucher de soin. C'est pourquoi je propose d'étudier des situations de toucher de soin en contexte conventionnel dans un premier temps, puis en contexte non conventionnel dans un second. Étant donnée la dimension très partielle de la comparaison, il ne sera pas possible d'en inférer une règle générale. Mais peut-être sera-t-il loisible d'observer des tendances (différences, similitudes, oppositions, etc.).

II.1. Le toucher de soin en contexte conventionnel : exemples de la kinésithérapie et des soins palliatifs

II.1.1. Le toucher kinésithérapeutique : un toucher « efficace »

Dans la sphère conventionnelle, la kinésithérapie est probablement la pratique thérapeutique la plus concernée par le toucher de soin. Les kinésithérapeutes sont en effet considéré-es tantôt comme des « thérapeutes manuel-les », tantôt comme des « expert-es du mouvement », ainsi que l'explique le kinésithérapeute et épistémologue Jérôme Fallavollita⁶⁴². À cet égard, les kinésithérapeutes ont l'apanage du toucher thérapeutique haptique : les techniques qui associent gestes tactiles et mouvements corporels. L'appellation « toucher thérapeutique » est de toute façon réservée, en France,

642 FALLAVOLLITA Jérôme. *Approche épistémologique des rapports entre science et pratique clinique en kinésithérapie – Réflexion sur la rééducation neuro-musculo-squelettique*. Mémoire en histoire, philosophie et didactique des sciences. Lyon. 2016

aux soignant-es reconnu-es comme tel-les par le code de la santé publique (médecins-ciennes, infirmier-es, psychologues, etc.). En d'autres termes, l'expression « toucher thérapeutique » ne peut être utilisée, officiellement et légalement, que par des professionnel-les des soins conventionnels.

La kinésithérapie est pourtant une discipline récente, dont les origines se situent du côté des savoirs et savoir-faire dits « populaires », plutôt que de celui des expérimentations scientifiques. Comme le montre Fallavollita, les techniques manuelles qui caractérisent aujourd'hui la kinésithérapie étaient autrefois transmises de proche en proche. C'est sous le contrôle des médecins-ciennes qu'elles sont devenues des pratiques médicales à part entière à la fin des années 1940. Pour les médecins-ciennes, l'enjeu était double : d'une part comprendre, analyser et reproduire les résultats surprenants obtenus par les rebouteux-ses, les masseurs-euses et autres guérisseurs-euses ; d'autre part lutter contre le charlatanisme susceptible de se propager avec ce type de méthodes.

Désormais, le titre de « masseur-euse kinésithérapeute » est légitimé et encadré par les Articles L1110-1 à L6441-1 du code de la santé publique. Voici comment la profession est définie : « La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement : 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ; 2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles. »⁶⁴³

Les instances étatiques ne sont pas les seules à légiférer, du moins à stabiliser les savoirs et savoir-faire kinésithérapiques (généralement appelés

643 https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171311

physiothérapeutiques dans les autres pays francophones). En 2009, l'*International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapy* (IFOMPT) s'est constituée dans le but de rassembler et de faire évoluer ces savoirs. Cette organisation internationale, à laquelle la France ne fait pas encore officiellement partie, compte vingt-deux pays membres.

Face à la pluralité des thérapies manuelles et à la diversité des modalités d'application, l'IFOMPT a été créée pour caractériser la spécificité des soins kinésithérapeutiques. Plus largement, l'IFOMPT travaille à identifier et à prouver l'efficacité des soins manuels.

Si l'efficacité à court terme des thérapies manuelles a été démontrée⁶⁴⁴, leur efficacité à long terme peine à émerger. D'où le besoin de mener des expériences scientifiques pour remédier à ce manque de données. Fallavollita le résume comme suit : « la science peut aider le kinésithérapeute à agir, dans le contexte thérapeutique, de la manière la plus efficace possible en lui offrant un socle de connaissances validées par la recherche systématique »⁶⁴⁵.

La méthode choisie pour y parvenir est l'*evidence-based practice* (EBP)⁶⁴⁶. Sur le modèle de l'*evidence-based medicine* (EBM), l'EBP cherche à établir des

644 Cf. COOK Chad. « Immediate Effects from Manual Therapy : Much Ado about Nothing? ».

Journal of Manual & Manipulative Therapy vol. 19 n° 1, 02/2011. pp. 3-4

645 FALLAVOLLITA Jérôme. *Approche épistémologique des rapports entre science et pratique clinique en kinésithérapie – Réflexion sur la rééducation neuro-musculo-squelettique*. op. Cit.

646 L'EBP est une méthode scientifique conçue en 5 étapes :

1. « Traduire une incertitude sous la forme d'une question claire ;
2. Effectuer une recherche systématique des meilleures preuves disponibles ;
3. Évaluer de manière critique la validité, la pertinence clinique et l'applicabilité des preuves ;
4. Appliquer ces résultats dans la pratique ;
5. Évaluer les résultats. »

cité in FALLAVOLLITA Jérôme. *Approche épistémologique des rapports entre science et pratique clinique en kinésithérapie – Réflexion sur la rééducation neuro-musculo-squelettique*. op. Cit.

données reproductibles et quantifiables. Le but est, selon les mots de Fallavollita, le suivant : « la meilleure thérapie est réalisée au meilleur moment à l'aide de moyens dont les actions sont démontrées, ou ayant partiellement fait état d'un effet quantifiable »⁶⁴⁷.

Cependant, l'EBP, présentée comme un « modèle de pratique clinique raisonnée », ne parvient pas, comme le souligne Fallavollita, à s'imposer comme un nouveau paradigme thérapeutique auprès des kinésithérapeutes. Très peu de clinicien-nes sont formé-es à la démarche EBP. L'argument de l'expérience est souvent opposé à celui de la science. Indépendamment des imperfections méthodologiques (difficultés à accéder à la littérature scientifique et à trouver des preuves évidentes dans certaines situations), les reproches adressés à l'EBP portent sur la finalité de la méthode. Cette dernière semble davantage un « modèle d'acquisition de connaissances qu'un modèle d'action », ainsi que l'écrit Fallavollita⁶⁴⁸. Par conséquent, les kinésithérapeutes cherchent parfois à fonder l'efficacité de leur pratique ailleurs que dans les données scientifiques. Or, l'argument de l'efficacité peut lui-même être illusoire ou biaisé⁶⁴⁹.

En cherchant à fonder la légitimité du toucher kinésithérapique sur des critères exclusivement scientifiques, les kinésithérapeutes peuvent s'éloigner de la pratique du toucher de soin telle que je l'ai définie jusqu'à présent. Ce dernier consiste, pour rappel, en un corps-à-corps sensible ancré dans son contexte

647 Ibid.

648 Ibid.

649 Pour une présentation détaillée des biais d'efficacité en contexte kinésithérapique, cf. HARTMAN Steve. « Why Do Ineffective Treatments Seem Helpful ? A Brief Review ». *Chiropractic & Osteopathy* vol. 17 n°1, 2009. p. 10

social. C'est en tout cas ce que laissent entendre les travaux de la philosophe Martine Brillant Samé, qui a réalisé une thèse sur la formation au toucher thérapeutique des kinésithérapeutes⁶⁵⁰. Pour elle, beaucoup d'étudiant-es en formation initiale ne questionnent pas les implications ou les significations de leurs gestes. « Nombre d'entre eux n'ont soit pas conscience des dangers d'un toucher mal exécuté, soit pas envie de se limiter à des gestes plus sécuritaires », ainsi que l'écrit Brillant Samé⁶⁵¹. Ce qu'ils et elles veulent, c'est maîtriser les « technologies de base » du toucher thérapeutique.

Ces techniques de base regroupe six grandes familles de manœuvre (gestes techniques) et permettent de réaliser les massages dits « classiques » : massages circulatoires, massages antalgiques, massages de relâchement, drainage lymphatique manuel, techniques myotensives, etc. Pour le dire autrement, ces techniques de base contribuent à forger le toucher thérapeutique, qui est lui-même perçu comme la prérogative des kinésithérapeutes. Dans ce cas, le toucher thérapeutique correspond à des critères d'efficacité, eux-mêmes fixés selon les normes de la profession ; parmi lesquelles l'hygiène et la thérapie font office d'étalons. « Le terme "techniques de base" est réservé au savoir-faire dont la mise en œuvre permet d'obtenir volontairement un résultat donné, une application conforme à un ensemble de normes et de règles d'action codifiées par les pairs », comme l'explique Brillant Samé⁶⁵².

Les normes qui sous-tendent le toucher kinésithérapique ne semblent pas des plus bienveillantes pour Brillant Samé. L'évaluation des pratiques se mesure à l'aune de

650 Cf. BRILLANT SAMÉ Martine. *Le toucher suspendu*. Thèse en philosophie. Université Paris Est. 2009. <https://theses.hal.science/tel-00512771>

651 Ibid.

652 Ibid.

la « capacité de parler, d'agir, de se soumettre à des normes », selon les mots de cette philosophe⁶⁵³. Les étudiant-es kinésithérapeutes doivent « fortifier » leur corps et « affermir » leur tempérament pour répondre aux exigences de l'apprentissage. De sorte qu'ils et elles n'hésitent pas à effectuer des « frictions douloureuses et agressives » à leurs camarades, au nom de l'apprentissage. Ces expériences sont envisagées comme « des mauvais moments à passer » qui ne doivent pas détourner de l'objectif de la formation.

Aux normes d'obéissance et d'abnégation s'ajoute la norme de la validité. Selon Brillant Samé, la véritable spécificité du toucher kinésithérapique est de « toucher au handicap », c'est-à-dire de prendre en charge ou d'accompagner le handicap (sous-entendu moteur ou physique). Les kinésithérapeutes sont autorisé-es à pénétrer dans « l'espace des incapacités fonctionnelles », qui, pour cette autrice, serait l'espace le plus oublié des thérapeutes. Toutefois, la question du handicap est loin d'être centrale dans la formation. Le handicap n'est pas perçu comme une norme possible. Le point de référence reste le corps valide, capable d'être restauré dans sa norme fonctionnelle, soit d'être réparé selon un modèle de fonctionnement qui exclut l'invalidité. Brillant Samé le résume de la façon suivante : « Toucher un corps humain pour tenter de le rétablir dans son propre système de différences anatomiques n'inquiète pas les thérapeutes, kinésithérapeutes de surcroît, mais toucher un corps humain définitivement "handicapé", hors du système de la différence, "terrible, parce que cela suggère la relativité du système, sa fragilité, sa mortalité" »⁶⁵⁴. Face au handicap, le critère d'efficacité du toucher thérapeutique ne tient pas. Le corps handicapé n'est pas un corps que l'on peut (ni que l'on doit) « réparer ». C'est éventuellement un corps que l'on peut entretenir ou

653 Ibid.

654 Ibid.

apaiser au moyens de mouvements plus ou moins actifs. Et pour Brillant Samé, c'est ici que devrait se loger la spécificité du toucher kinésithérapique.

Cette autrice fonde ses arguments sur une observation de terrain, depuis sa triple position de kinésithérapeute, philosophe et enseignante en institut de formation en masso-kinésithérapie (IFMK). Dans sa thèse, elle se concentre sur les deux premières années d'études en IFMK, faisant tantôt mention de son propre parcours d'étudiante, tantôt référence à sa posture d'enseignante. Si sa thèse de philosophie date de 2009, un ouvrage publié en 2016 en reprend les grandes idées, de même qu'un article paru en 2021 dans la revue *Pratiques* (dans un dossier thématique intitulé « Peut-on soigner sans toucher ou être touché »). On peut tout de même déplorer le manque de données pour étayer ses observations, ainsi que le manque d'actualisation de son cadre théorique. Malgré tout, Brillant Samé formule des intuitions intéressantes, quoique parfois réductrices (notamment au sujet du handicap). Elle semble appeler de ses vœux une réforme de la formation des kinésithérapeutes et particulièrement une distance réflexive par rapport à l'usage du toucher en contexte thérapeutique. À ce propos, je ne peux qu'être en accord avec elle.

En résumé, le toucher kinésithérapique est soumis à des critères d'efficacité qui dépendent eux-mêmes de normes quelque peu instables, et parfois peu éthiques. En réalité, le toucher kinésithérapique est traversé par des injonctions contradictoires. Pour conquérir une légitimité médicale, la kinésithérapie doit adopter une méthode scientifique. Mais pour assurer le bon déroulement des soins, l'expérience reste la guide principale. À ceci s'ajoutent les normes inculquées pendant la formation. Outre l'hygiène et la thérapie, les normes qui président à l'apprentissage du toucher thérapeutique, telles qu'elles ont été identifiées par Brillant Samé, ne semblent pas tournées vers

l'émancipation du corps sensible. Obéissance aux règles, abnégation face à la douleur, validité des corps, sont autant de prescriptions validistes et aliénantes.

Pour Brillant Samé, le moyen d'échapper à ces dictats serait de développer un « toucher suspendu » aux émotions . Cet « apprentissage du toucher beaucoup plus éthique » consisterait à faire de la place aux affects ressentis par les kinésithérapeutes durant la pratique et, par extension, à agir en fonction de ces affects.

Si cette préconisation répond à l'exigence d'un corps-à-corps sensible, elle ne me paraît pas suffisante d'une part, surplombante d'autre part. Insuffisante, car les affects individuels ne permettent pas de lutter contre les dominations structurelles. Un travail épistémologique est nécessaire pour y parvenir. Et surplombante, car elle ne prend pas en considération le cadre déontologique auquel se réfèrent déjà les kinésithérapeutes. De fait, selon l'Article R. 4321-85 du code déontologique des masseurs-euses kinésithérapeutes, « En toutes circonstances, le masseur-kinésithérapeute s'efforce de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement »⁶⁵⁵. Il n'est certes pas question d'un « toucher suspendu » aux émotions, mais d'une sorte d'impératif d'empathie ou, plus précisément, de sympathie – du moins tel que j'interprète cette notion d'« accompagnement moral ».

Peut-être est-il nécessaire de préciser que les travaux de Brillant Samé datent de 2009, alors que la version citée du code de déontologie des masseurs-euses kinésithérapeutes de 2023. Des évolutions ont pu avoir lieu durant les douze années qui séparent ces textes. Malgré tout, les intuitions esquissées par cette philosophe au sujet du toucher thérapeutique ne me paraissent pas anachroniques. À l'inverse, j'estime qu'elle a contribué à l'épistémologie critique du toucher de soin, non seulement en évoquant la question des affects, mais aussi en interrogeant le rapport ambigu que

655 CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES. *Code de déontologie*. 21/06/2023. <https://deontologie.ordremk.fr/>

cette profession entretient avec le handicap. Certes, la question du handicap a certainement été repensée dans les études de kinésithérapie depuis 2009. Néanmoins le fait d'aborder cette question à l'aune de la domination structurelle concernant la norme de validité constitue une réflexion avant-gardiste.

II.1.2. Le toucher des soins palliatifs ou soins de support : un toucher qui engage

Dans le contexte de la fin de vie ou d'une maladie grave nécessitant une prise en charge fortement médicalisée, l'efficacité thérapeutique du toucher de soin n'est pas la priorité. Du moins elle ne se situe pas au même endroit. Si efficacité il y a, ce n'est pas dans la restauration des capacités fonctionnelles, mais plutôt dans le soulagement des souffrances corporelles ou psychologiques, dans la possibilité de communiquer là où le langage verbal ne suffit plus et dans la reconquête du sentiment d'intégrité. Par conséquent, le toucher thérapeutique des soins palliatifs ou de support est un toucher éminemment somesthésique et sensible. Malgré tout, ce toucher reste encore à définir et à construire.

À titre d'exemple, l'Institut de Formation Joël Savatofski (IFJS) propose une formation au toucher-massage® spécifique aux soins palliatifs, dont les intérêts sont les suivants : « dans la relation clinique, dans les soins d'hygiène et de confort, dans le soulagement de la douleur, dans les étapes du deuil »⁶⁵⁶. Les techniques enseignées visent toutes les difficultés relationnelles rencontrées dans les unités palliatives, de la relation entre soignant-e et soigné-e à la relation entre proches et malades, en passant par la relation entre collègues. D'où un panel de méthodes :

656 <https://www.ifjs.fr/>

- « Le massage minute® pour accompagner les actes de vie : le lever, la toilette, les gestes pour prévenir et soulager la douleur induite par des soins invasifs, réguler un transit, détendre le dos, la nuque, les jambes douloureuses ;

- les soins apaisants des différentes parties du corps pour répondre aux besoins de confort, de réconfort de la personne rendue vulnérable par la douleur, la tristesse ou l'anxiété ;

- le toucher affectif ou toucher présence : aider à l'apaisement, la sérénité ;

- les pratiques en duo (massage des mains) pour inviter la famille, les proches à maintenir un lien de proximité ;

- le massage anti-stress minute® pour une pratique bien-être entre collègues, fédérer une équipe de soins. »⁶⁵⁷

Au-delà du fait qu'il me semble étrange de breveter différentes formes de massages et de touchers⁶⁵⁸, cette formation n'est pas un prérequis pour tous-tes les professionnel-les qui travaillent en soins palliatifs ou de support. Si l'on peut se réjouir que de telles formations existent, on ne peut pas en tirer une conclusion générale sur la place du toucher de soin en contexte palliatif ou de support.

657 Ibid.

658 Il me semble étrange de breveter des techniques de massage ou de toucher pour deux raisons. D'une part, nombre de ces techniques sont issues de massages traditionnels pour lesquels il n'y a pas de brevet (par exemple : le massage balinaise qui est un massage plutôt énergisant pratiqué avec de l'huile, le hamma japonais qui est un massage sur personne assise, la relaxation coréenne qui effectue des vibrations pour détendre les articulations, etc.). D'autre part, les brevets sous-entendent des protocoles prédéfinis en termes de manœuvres et de techniques manuelles. Or, le type de massage et de gestes à effectuer dépend beaucoup des personnes, de leur état de santé et de fatigue, du temps imparti, du lieu, etc. De sorte qu'il me paraît difficile de protocoliser des gestes qui doivent justement aider à sortir du parcours de soin.

En décembre 2007, la Société Française d'Accompagnement et de Soins palliatifs (SFAP) publie un « guide pour la pratique » concernant le rôle du toucher dans les soins infirmiers en unités palliatives. Ce guide est intitulé « le toucher au cœur des soins ». Ayant valeur à la fois d'outil de formation et d'évaluation, ce guide s'attache à bâtir une « éthique du toucher » et ce, dans un contexte institutionnel au sein duquel ce sens est confronté à plusieurs problèmes.

D'abord, il demeure une grande hétérogénéité à l'endroit des formations (initiales comme continues), aussi bien sur le plan des concepts que des techniques. Pour ce qui est des concepts, les mots communément utilisés ne s'inscrivent généralement pas dans un registre thérapeutique au sens strict (« toucher-massage[®] », « caresses », « toucher détente », « toucher relationnel », etc.). De plus, ils renvoient parfois à une sphère mystique, voire à des dérives sectaires (« toucher de l'âme », « imposition des mains », etc.). Or, cela peut participer à nourrir les fantasmes ou bien à discréditer le toucher de soin. Pour ce qui est des techniques, les institutions de formation ne transmettent pas des techniques manuelles homogènes, lorsqu'ils en proposent : ce peut être du « toucher-massage[®] », du « toucher psychocorporel », du shiatsu etc. Or, cela peut renforcer les disparités entre institutions, et même entre gestes : certain-es soignant-es peuvent exécuter un massage avec brio, mais faire preuve d'une forme de violence physique à l'endroit des soins manuels quotidiens (par exemple lors de la toilette).

Ensuite, il reste encore difficile de trouver, donc de légitimer, la place du toucher de soin dans un domaine dont ce n'est officiellement pas la spécialité. Deux écueils sont possibles : soit les soignant-es sont accusé-es de pratique illégale de la profession de kinésithérapeutes ; soit le toucher est, pour reprendre la formule des autrices du

rapport de la SFAP, perçu comme étant d'une « affligeante banalité sans grand intérêt pour la pratique »⁶⁵⁹.

Pourtant, le constat des personnes en charge de ce rapport est sans appel : « aucun professionnel approchant le corps de l'autre ne peut faire l'économie d'une réflexion sur le toucher à la fois comme sens tactile (récepteur cutané) et comme émetteur de peau à peau sous la forme de ce contact direct de peau (les mains du soignant) à peau (le corps du soigné) »⁶⁶⁰. Et les autrices de préciser : « c'est un soin complémentaire pour évaluer, prévenir ou soulager la douleur, repérer une souffrance globale, améliorer l'estime de soi, permettre de sentir, ressentir son corps autrement qu'au travers des gestes invasifs. Le toucher est au service du processus de soins, dans ses différents aspects préventifs, curatifs, éducatifs ou palliatifs »⁶⁶¹.

Les autrices du rapport « le toucher au cœur des soins » reconnaissent trois principaux avantages au toucher thérapeutique. Premièrement, il peut repérer une douleur ou une souffrance et, le cas échéant, la soulager ou la prévenir. À cet égard, on peut se référer aux effets bénéfiques du toucher tels qu'ils ont été détaillés dans l'état de l'art (sécrétion d'ocytocine ou d'endorphine, stimulation du nerf vague, etc.).

Deuxièmement, il peut maintenir la communication, même quand l'échange verbal est devenu impossible du fait de maladies, de dégénérescences, de comas, de traitements, etc. Dans une perspective similaire, le toucher peut aider les proches d'une

659 FEDOR Marie-Christine, BROUSSET Sylvie, LEYSSENE-OUVRARD, al. « Le toucher au cœur des soins ». Rapport pour le Collège National des Acteurs en Soins Infirmiers. *Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs*. Décembre 2007. <http://www.sfap.org/system/files/toucher-coeur-des-soins-version-longue.pdf>

660 Ibid.

661 Ibid.

personne en fin de vie à maintenir la relation avec celle-ci. Quand la parole n'est plus possible, le geste reste accessible. Dans ce cadre, les soignant-es peuvent valoriser, voire enseigner la gestuelle communicationnelle.

Pour illustrer la dimension communicationnelle du toucher de soin, les infirmières Sylvie Simonneau et Dominique Grouille ont publié un récit d'expérience en unité palliative à domicile. Elles racontent les effets bénéfiques du « toucher détente » sur la communication entre une patiente atteinte d'un cancer en phase terminale et sa mère qui s'en occupe à domicile ; ces dernières étant en conflit depuis l'installation de la fille chez sa mère. Au préalable, Simonneau et Grouille décrivent comment la confiance s'instaure entre la patiente et l'infirmière grâce au toucher. Elles écrivent : « rien que le fait de poser tout doucement mes mains sur [son abdomen] lui permet de se détendre. Elle ferme les yeux, se "laisse aller" et s'endort parfois. S'installe alors une période de répit dans son combat quotidien. À travers les soins, petit à petit la confiance s'instaure »⁶⁶². Assistant à la scène à quelques pas de distance, la mère de la malade est très émue par la douceur de l'échange. Connaissant les tensions qui opposent la mère et sa fille, l'infirmière lui propose de prendre doucement sa place et de disposer ses mains sur le visage de la jeune fille. La narratrice conclut en écrivant : « la course du temps semble être suspendue pendant ces moments d'une rare intensité. Des liens nouveaux entre la mère et la fille se tissent sous mes yeux sans qu'un mot ne soit échangé »⁶⁶³. Dans cet exemple, le

662 SIMONNEAU Sylvie, GROUILLE Dominique. « Toucher-détente en soins palliatifs : récit d'une expérience unique ». *Revue internationale de soins palliatifs* n°27, 03/2012. pp. 15-16. <https://www.cairn.info/revue-infokara-2012-3-page-115.htm>

663 Ibid.

toucher participe de la « restauration des liens familiaux mis à rude épreuve par la maladie », ainsi que l'expliquent Simonneau et Grouille⁶⁶⁴.

Troisièmement, le toucher peut stimuler le confort corporel des malades, si ce n'est augmenter le plaisir d'être encore en vie. Parce qu'il favorise l'accès à la conscience des contours du corps (par exemple en amenant l'attention sur des zones peu sollicitées), ou à la conscience des mouvements organiques (par exemple à travers la circulation de chaleur), le toucher de soin contribue à développer la conscience de soi, dans toutes ses dimensions. L'infirmière et masseuse Armelle Simon va jusqu'à dire que le toucher (en l'occurrence le toucher-massage®) permet de « se réapproprier son corps » (ce qui n'est pas sans rappeler le titre de cette thèse)⁶⁶⁵. Et aux frontières de la mort ou en chambre stérile, cela n'est pas anodin.

De nombreux services hospitaliers proposent à ce titre les soins de socio-esthéticiennes⁶⁶⁶, afin d'améliorer le confort et l'image de soi des personnes hospitalisées longtemps, ou soumises à des traitements lourds dont les effets secondaires modifient beaucoup l'apparence (alopécie, assèchement de la peau, perte des ongles, etc.). Les socio-esthéticiennes apportent à la fois des soins cosmétiques et des soins « de confort », tels que des massages du corps ou du visage⁶⁶⁷. Les infirmier-es peuvent aussi prodiguer des soins tactiles. La démarche

664 Ibid.

665 J'ai choisi le titre de ma thèse avant de découvrir l'article d'Armelle Simon, mais je suis ravie de m'inscrire dans le sillage de cette chercheuse et praticienne. Cf. SIMON Armelle. « Se réapproprier son corps grâce au toucher-massage ». *La revue de l'infirmière* n°181, 2012. pp. 40-41. https://ovoia.com/sites/default/files/sous_page_pdf/Article-revue-de-IIDE-Mai-2012%2819%29.pdf

666 J'accorde le mot « socio-esthéticiennes » uniquement au féminin car les personnes qui pratiquent cette activité sont très majoritairement des femmes, et, de ce fait, la littérature emploie généralement l'accord féminin pour en parler.

667 Pour une présentation détaillée du métier de socio-esthéticienne et de ses enjeux, cf. DAMBUYANT-WARGNY Gisèle. *La socio-esthétique. Prendre soin, soulager et embellir le corps*

est moins tournée vers la beauté que vers le plaisir ou, du moins vers le minimum de confort. C'est notamment le cas des touchers-massages[®] que pratique Armelle Simon en secteur protégé d'hématologie, soit dans des services où les malades sont placés-es en chambre stérile, et où le toucher est généralement « le sens interdit » au nom de la protection des patient-es. Dans ce cadre, le toucher de soin crée une situation durant laquelle les personnes sont envisagées autrement que par « leur statut de malade ». Comme l'explique Simon, « il rappelle aux patients dont le corps fait défaut, qu'il est encore possible de percevoir des sensations agréables. Ceux-ci peuvent ainsi réinvestir leur corps en faisant la démarche d'en prendre soin, car si c'est par le corps que la maladie survient, c'est aussi de lui qu'émane la guérison »⁶⁶⁸. Au-delà de leur image de soi, c'est aussi leur schéma corporel que les personnes malades peuvent se réapproprier. Et cela peut mettre un peu de sens sur des expériences si difficiles qu'elles en deviennent absurdes. Comme l'expliquent les autrices du rapport de la SFAP, « sous sa forme toucher ou toucher détente, [le toucher] impose aussi une connaissance de soi : limites personnelles, capacité à entrer en contact, répulsions à identifier et à accepter, savoir-faire, savoir renoncer, savoir passer la main »⁶⁶⁹. Dans cette perspective, le toucher de soin participe des soins de support et pas seulement des soins palliatifs. Ce qu'il s'agit de supporter, c'est bien sûr la situation de la fin de vie ou de l'isolement thérapeutique, mais c'est aussi l'expérience du corps dans sa totalité, y compris dans sa finitude.

vulnérable. Toulouse : Érès, 2023

668 SIMON Armelle. « Se réapproprier son corps grâce au toucher-massage ». art. Cit.

669 FEDOR Marie-Christine, BROUSSET Sylvie, LEYSSENE-OUVRARD, al. « Le toucher au cœur des soins ». op. Cit.

Aux trois avantages présentés par les autrices du rapport de la SFAP s'en ajoute un autre concernant exclusivement les professionnel-les de santé. Cet avantage a bien été perçu par l'IFJS qui, pour rappel, met à disposition des soignant-es une technique de massage visant à favoriser le « bien-être entre collègues » et à « fédérer une équipe de soins ». Les soins palliatifs ou de support exposent souvent les personnes qui y travaillent à la mort ou à la souffrance d'autrui. D'où le besoin de créer un climat professionnel confortable. Et d'où la nécessité de former les soignant-es aux enjeux complexes du toucher de soin. Or, la formation de l'IFJS n'est pas un prérequis pour travailler dans les unités palliatives ou de support, notamment parce qu'elle dépend d'un organisme privé. En outre, il reste difficile de cerner précisément ce en quoi consiste le toucher de soin, comment l'apprendre et l'appliquer, comment le transmettre. De fait, le toucher relève souvent de ce qu'Armelle Simon, Christine Vidal-Gomel et Géraldine Body appellent « compétences incorporées », c'est-à-dire de gestes profondément ancrés dans l'habitude, voire transformés en réflexes⁶⁷⁰.

Pour remédier à ce déficit de formation, ces trois chercheuses ont mis en place une formation par simulation et entretiens collectifs⁶⁷¹. Les étudiant-es

670 Cf. SIMON Armelle, VIDAL-GOMEL Christine, BODY Géraldine. « La formation au toucher-relationnel par la simulation : Un outil didactique pour élargir les perspectives soignantes ». Communication donnée à l'occasion du colloque *Entre pressions institutionnelles et autonomie du sujet : Quelles analyses de l'activité en situation de travail en didactique professionnelle ?* Université de Lille, 2017. https://rpd2017.sciencesconf.org/data/3136_SIMONArmelleVIDAL_GOMELChristineBODYGeraldine.pdf

671 Voici la méthodologie de la formation par simulation au toucher-relationnel :

« 3.1. Déroulement de la formation, mise en œuvre de la simulation

La formation d'initiation au toucher-relationnel se déroule sur 2 journées, espacées d'une intersession d'un mois.

Lors de la première journée de formation, les participants sont invités à entamer une réflexion globale sur les enjeux du toucher dans la relation soignant/soigné, dans les gestes de soin du quotidien tels que les aides à la mobilisation, les soins de nursing, ou les soins plus techniques. Ils sont initiés à des gestes de toucher-relationnel qu'ils pourront, dès l'issue de

participent à des jeux de mise en situation durant lesquels l'un-e joue la ou le soigné-e et l'autre la ou le soignant-e. Ces jeux sont filmés puis visionnés en groupe, afin de servir de supports aux échanges. L'enjeu n'est pas uniquement d'acquérir les bons gestes. Il est surtout d'offrir un espace de discussion sur ce que le rapport au toucher dit du rapport au travail dans les institutions de santé. Ainsi que l'expliquent Simon, Vidal-Gomel et Body, « la simulation favorise les échanges sur le sens du travail, qui au-delà de développer les compétences des professionnels, pourrait contribuer à la préservation de leur santé au travail »⁶⁷².

Durant cette formation, les étudiant-es apprennent la complexité que revêtent les « gestes professionnels » du toucher de soin. Ces gestes possèdent à la fois une composante collective, en tant qu'ils s'appuient sur les normes professionnelles, et une

la première journée, dispenser dans leurs soins quotidiens, voire comme soin à part entière après avoir identifié une situation propice à cette méthode (anxiété, douleur etc.).

La seconde journée de formation se déroule à distance de la première (un mois) afin que les participants puissent éprouver la mise en œuvre des apprentissages relatifs au toucher-relationnel sur leur lieu d'exercice professionnel, quel qu'il soit (médecine, chirurgie, pédiatrie, gériatrie, psychiatrie etc.). Le début de la session de formation est consacré aux problèmes qu'ils ont pu rencontrer en situation de travail pour mettre en œuvre le toucher-relationnel. La séquence de formation au toucher-relationnel par la simulation se déroule lors de cette seconde journée.

3.2. Recueil des données

Lors de cette simulation filmée, l'ensemble des formés est invité à remettre en œuvre une technique de toucher-relationnel court, d'environ 5 à 7 minutes, qui peut se pratiquer en toutes circonstances de soins. Il est proposé de le réaliser en position assise pour le "soigné" et debout pour le "soignant". Le soin concernera le dos, les bras et la tête. Les formés sont en binôme : l'un joue le rôle du patient touché, l'autre effectue le toucher-relationnel (illustration 1). Le soignant peut ainsi avoir un retour sur le soin qu'il réalise et le bien-être du patient. Le toucher-relationnel est réalisé à travers les vêtements. L'un des binômes de volontaires est filmé. Le film centré sur le binôme volontaire sert de support à la réalisation d'une alloconfrontation (Mollo & Falzon, 2004). L'alloconfrontation est principalement menée avec les deux acteurs principaux qui ont simulé le soin de toucher-relationnel, en présence de l'ensemble du groupe de formés (figure 3). Elle est animée par le formateur qui guide, relance. Tous les participants peuvent à tout moment prendre part à l'alloconfrontation. ». Ibid.

672 Ibid.

composante individuelle, en tant qu'ils prennent une forme singulière par le biais du processus d'incorporation. Parmi les normes invariantes du toucher relationnel, il y a son organisation en quatre étapes : 1. l'entrée en contact ; 2. le massage ; 3. la fin du massage ; 4. la communication. Cette organisation est sous-tendue par l'idée de continuité du contact, du premier geste jusqu'au dialogue final. Or, la notion de continuité du contact est elle-même fondée sur une double exigence. D'une part, pour maintenir le contact, il faut être non seulement présent-e physiquement, mais surtout engagé-e dans la relation de soin. Cet engagement diffère selon les personnes avec qui on est en contact. Simon, Vidal-Gomel et Body résument cette première exigence par le vocable de « présence incarnée ». D'autre part, pour assurer la continuité du contact, il faut sortir de la temporalité effrénée de l'hôpital. Autrement dit, il faut s'accorder « un temps d'arrêt, d'attente, de pause », ainsi que l'écrivent les trois chercheuses. Plus qu'une présence, cela demande une disponibilité physique et émotionnelle. Le toucher de soin est donc un engagement dans la relation ; un engagement par les gestes et les affects.

II.2. Le toucher de soin dans les thérapies non conventionnelles : alternative, complément ou continuité ?

S'intéresser au toucher dans les thérapies non conventionnelles, ce n'est pas seulement identifier les pratiques qui ont recours à ce sens, dans une visée descriptive. C'est également interroger le rôle et la place du toucher dans un tel contexte, dans une perspective épistémologique. En d'autres termes, c'est se demander si le toucher de soin prend une forme différente hors des institutions conventionnelles ou, inversement, si les thérapies complémentaires façonnent un toucher de soin original. Avant d'examiner le

toucher de soin en contexte non conventionnel, il convient de définir ce que j'entends par thérapies complémentaires ou non conventionnelles. Je précise que ce détour par les thérapies complémentaires ne serait pas indispensable si je m'en tenais à une définition du toucher de soin en contexte conventionnel. Mais pratiquant moi-même une technique hors du cadre réglementé, il me paraît important d'effectuer ce pas de côté, car c'est ce pas-là qui m'a confrontée au toucher de soin pour la première fois.

II.2.1. Définir les thérapies complémentaires

À l'heure actuelle, il n'existe pas de consensus international quant à la réglementation, ainsi qu'à la désignation des thérapies complémentaires. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) privilégie les termes de médecines alternatives et complémentaires (MAC) et de médecines traditionnelles. Cette dernière représente, selon l'OMS, « la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent, rationnellement ou non, sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales »⁶⁷³. Autrement dit, les médecines traditionnelles relèvent d'une histoire et d'une géographie spécifiques. En revanche, toujours selon l'OMS, « les termes "médecine complémentaire" ou "médecine parallèle" désignent quant à eux un vaste ensemble de pratiques de soins qui ne relèvent ni de la tradition du pays ni de la médecine conventionnelle et qui ne sont pas pleinement intégrées au

673 CONSEIL EXÉCUTIF DE L'OMS. *Rapport sur la médecine alternative*. 13/12/2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173539/B134_24-fr.pdf

système de santé dominant »⁶⁷⁴. Ainsi, les MAC peuvent s'inspirer de médecines traditionnelles provenant d'autres bassins culturels, ou bien mélanger différentes approches traditionnelles et contemporaines, ou encore chercher une reconnaissance institutionnelle.

Le Parlement européen, pour sa part, parle de « médecines non conventionnelles », dans la résolution A4-0075/97 du 29 Mai 1997⁶⁷⁵. Cette résolution identifie huit pratiques thérapeutiques comme « médecines non conventionnelles dignes d'intérêt » : le shiatsu, la médecine traditionnelle chinoise, la chiropraxie, l'ostéopathie, l'homéopathie, la naturopathie, la phytothérapie et la médecine anthroposophique de Rudolf Steiner⁶⁷⁶. Cette résolution n'a pas de valeur contraignante auprès des États membres de l'Union Européenne. De plus, la formulation « dignes d'intérêt » constitue une précaution rhétorique. Il s'agit de dire que les médecines non conventionnelles semblent avoir une efficacité, mais qu'elles ne peuvent pas être élevées au rang de médecine conventionnelle par manque de preuves scientifiques.

674 Ibid.

675 Cf. <https://www.apma.fr/wp-content/uploads/2019/05/resolutioneuropeenne1997.pdf>

676 Si l'anthroposophie n'est pas officiellement considérée comme une secte par les instances gouvernementales françaises et européennes, il est important de rappeler que la « médecine anthroposophique » et la « pédagogie Steiner » font l'objet de surveillance, notamment de la part de la MIVILUDES (Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires). La MIVILUDES avait mentionné la médecine anthroposophique dans son guide « Santé et dérives sectaires » publié en 2012 ; mais cette mention a été condamnée par le tribunal administratif de Paris 4 ans plus tard. De plus, la MIVILUDES incite à la vigilance quant aux risques d'endoctrinement à des idéologies ésotériques dans les écoles pratiquant la pédagogie Steiner. Pour plus de détails, cf. https://www.liberation.fr/checknews/2018/10/30/l-anthroposophie-est-elle-une-secte_1688775/

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) français, quant à lui, parle de « thérapies complémentaires », se référant de la sorte au Rapport de l'Académie Nationale de Médecine (ANM) du 5 mars 2013 rédigé par les médecins Daniel Bontoux, Daniel Couturier et Charles-Joël Menkès⁶⁷⁷. Ce rapport a pour rôle de faire le point sur l'usage des thérapies complémentaires depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002 sur le droit des malades. Le but de cette loi était, entre autres, de légaliser la pratique de l'ostéopathie et de la chiropraxie par des personnes non titulaires d'un diplôme médical, c'est-à-dire par des tradi-praticien-nes⁶⁷⁸. Encore aujourd'hui, le CNOM reconnaît seulement quatre thérapies complémentaires : l'acupuncture, l'ostéopathie, la mésothérapie et l'homéopathie, quand l'OMS en recense environ quatre cents. Pourtant, en 2015, le CNOM publie un webzine consacré aux « médecines complémentaires », allant ainsi à l'encontre des préconisations de l'ANM, selon laquelle le terme de « médecine » ne doit être utilisé que pour désigner la médecine occidentale fondée sur les preuves et les essais cliniques randomisés. Dans ce webzine, le CNOM révèle que 40% des Français-es ont régulièrement recours aux thérapies complémentaires⁶⁷⁹.

Pour ma part, je préfère utiliser le vocable de « thérapie complémentaire ». Cela me permet de faire montre d'une certaine prudence, dans la mesure où le Code de la santé publique réserve le titre de médecin-cienne aux personnes titulaires d'un diplôme universitaire en études médicales, et que le droit pénal protège le monopole des

677 Cf. BONTOUX Daniel, COUTURIER Daniel, MENKÈS Charles-Joël. *Rapport sur les thérapies complémentaires. Leur place parmi les ressources de soin*. 05/03/2013. <https://www.cfhtb.org/medias/2013/03/rapports-therapies-complementaires-acad-medecine.pdf>

678 Cf. Article 75 de la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Modifié par l'article 20 de la LOI n°2015-1541 du 27 novembre 2015. Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000031549014/

679 Cf. ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS. « Quelle place pour les médecines complémentaires ? ». *Webzine de l'Ordre des Médecins*. N°3, 07/2015. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html#/intro>

médecins-ciennes en matière de diagnostic et de traitement. De fait, tout-e individu-e qui s'essaie à la pratique illégale de la médecine encourt deux ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende⁶⁸⁰.

Cependant, cela me permet aussi d'affirmer la dimension thérapeutique de certaines pratiques, qui semblent apporter un mieux-être. C'est pourquoi, à l'inverse du thérapeute en hypnose intégrative Gerome Ettzevoglov, je ne veux pas parler uniquement d'« approches complémentaires ». Pour cet auteur, « devant la quantité importante de praticiens (non professionnels de santé et professionnels de santé), et la multiplicité de leurs pratiques non conventionnelles, il nous paraît plus raisonnable et prudent de parler alors d'« approches complémentaires » et d'éviter les termes « médecines », « thérapies » et « alternatives » tant que celles-ci, se présentant ainsi, n'auront pas été approuvées et/ou validées par les autorités de santé compétentes »⁶⁸¹. Il me paraît important de valoriser la dimension thérapeutique des pratiques non conventionnelles, même si les critères de scientificité de la médecine conventionnelle ne parviennent généralement pas à expliquer leur efficacité.

II.2.2. La place du toucher dans les thérapies complémentaires

Parler de thérapies complémentaires, c'est déjà commettre une sorte de généralisation abusive. Ces pratiques se distinguent en effet par leur hétérogénéité et leur nombre. Pour tenter de rendre compte de cette variété, le CNOM a suggéré dans son webzine paru en 2015 une classification selon quatre catégories : 1. les thérapies biologiques, qui utilisent des principes actifs perçus

680 Cf. Article L 378 du Code de la santé publique. Disponible sur <http://www.code-sante-publique.fr/article-L378-dispositions-penales-a6693026.html>

681 ETTZEVOGLOV Gerome. « Des « médecines alternatives et complémentaires » (MAC) ». art. Cit.

comme naturels et en grande partie issus des plantes (phytothérapie, naturopathie, aromathérapie, etc.) ; 2. les thérapies manuelles, qui recourent à des manipulations haptiques pour prendre soin du corps (shiatsu, ostéopathie, tui-na, étiopathie, chiropraxie, etc.) ; 3. les systèmes complets, qui reposent sur des théories thérapeutiques et préventives globales, soit des théories souvent alternatives au modèle occidental conventionnel (médecine traditionnelle chinoise, médecine ayurvédique, kampo⁶⁸², etc.). 4. les approches corps-esprit, qui ne dissocient pas sphère psychologique, sphère physiologique et sphère émotionnelle, et qui estiment que ce sont des sphères qui s'influencent mutuellement (néo-chamanisme, approche psychocorporelle, radiesthésie, reiki, etc.)⁶⁸³.

Si cette classification rend la diversité des thérapies complémentaires un peu plus intelligible, elle est loin d'être parfaite et rigoureuse. En effet, de nombreuses pratiques peuvent appartenir à plusieurs catégories. C'est le cas de la médecine traditionnelle chinoise qui s'appuie sur une pharmacopée originale, des techniques manuelles, un paradigme théorique non occidental, tout en ne séparant pas le corps et l'esprit.

Le sens du toucher est souvent présent dans les thérapies complémentaires. Il occupe d'ailleurs une des quatre catégories identifiées par le CNOM (thérapies manuelles), même s'il peut aussi être présent dans les trois autres. Parmi les huit médecines non conventionnelles considérées comme dignes d'intérêt par la résolution européenne de 1997, au moins quatre font

682 Le kampo est le nom de la médecine traditionnelle japonaise en transcription latine (c'est-à-dire en *romanji*).

683 Cf. ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS. « Quelle place pour les médecines complémentaires ? ». op. Cit.

explicitement appel à des gestes manuels : le shiatsu (à travers les techniques d'acupression et les mobilisations ostéo-articulaires), la médecine traditionnelle chinoise (à travers les techniques de digipuncture et les massages tui-na), la chiropraxie et l'ostéopathie (à travers les mobilisations articulaires, les massages des viscères et des fascias, etc.).

Le toucher est également présenté comme la pratique complémentaire la plus répandue dans le rapport de l'ANM de 2013, bien que ce dernier se focalise sur l'acupuncture, l'hypnose et l'ostéopathie. À ce sujet, le rapport fait référence à une enquête réalisée en mars 2012 par les médecins-ciennes Jean-Yves Fagon et Catherine Viens-Bitker, membres du comité d'orientation en matière de médecines complémentaires de l'assistance publique des hôpitaux de Paris (APHP), selon laquelle quatorze des vingt-neuf CHU interrogés déclarent proposer et utiliser le toucher- massage dans leur offre de soins⁶⁸⁴.

La prévalence du sens du toucher dans les thérapies complémentaires ne signifie pas que toutes ces pratiques mettent en œuvre le toucher de soin, tel que je l'ai défini précédemment. Pour rappel, le toucher de soin doit, selon moi, faire advenir le corps sensible. Or, nombre de pratiques non conventionnelles n'utilisent le toucher que de manière instrumentale. Je pense par exemple à la médecine traditionnelle chinoise qui, telle qu'elle est pratiquée en France, se concentre beaucoup sur l'acupuncture et la pharmacopée, et ne recourt au tui-na (massage thérapeutique) qu'à titre occasionnel. En revanche, l'ostéopathie ou le shiatsu se construisent autour et à partir du sens du toucher.

684 Cf. <https://pitiealpetriere.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/134/files/2014/04/Rapport-M%C3%A9d-Compl-%C3%AO-IAP-HP.pdf>

Par ailleurs, l'emploi du toucher thérapeutique par les thérapies complémentaires demeure réglementé. Certains gestes manuels sont réservés au corps médical. Si la loi Kouchner de 2002 autorise l'exercice de l'ostéopathie et de la chiropraxie par des tradipraticien-nes, elle leur interdit la pratique des touchers pelviens et gynécologiques. Ces derniers ne peuvent être pratiqués que par des titulaires d'un diplôme médical conventionnel⁶⁸⁵. Il s'agit d'une mesure visant à protéger l'intégrité des patient-es et à prévenir le risque de violences corporelles. Pour la législation, ces gestes sont jugés trop intimes pour être pratiqués par des personnes non médecins-ciennes. De fait, ces dernier-es disposent d'une dérogation stricte encadrée par la loi, l'ordre des médecins et les règles déontologiques pour effectuer de tels gestes, à condition que ceux-ci soient consentis par les patient-es d'une part, et contribuent à la santé d'autre part. Or, l'exercice des tradipraticien-nes n'est pas autant encadré.

Restreindre les touchers intimes au cadre conventionnel constitue un postulat déontologiquement pertinent, mais repose malgré tout sur un double paradoxe.

Premièrement, les thérapies complémentaires centrées sur le toucher peuvent être conscientes du caractère intrusif du toucher thérapeutique et, de ce fait, peuvent en tenir compte dans la formation des futur-es praticien-nes. À titre d'exemple, le premier module de la formation au Iokai shiatsu que j'ai suivie a explicitement pour but d'enseigner le « toucher non intrusif ». Pour ce faire, les étudiant-es doivent apprendre à positionner leur corps de façon à respecter la proxémie intime de leurs futur-es *jusha*. Une enseignante de Paris a

685 « Le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe ne peut effectuer les actes suivants :

1° Manipulations gynéco-obstétricales ;

2° Touchers pelviens. »

Cf. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, Chap. 1, art. 3, § I.
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000462001>

illustré cela en précisant que si le ou la *shiatsu* sent le souffle de la respiration du ou de la *jusha* sur sa peau, cela signifie que le ou la premier-e a pénétré la sphère intime du ou de la second-e. De la même manière, l'ensemble des enseignant-es que j'ai rencontré-es ont insisté sur le placement optimal des mains lors des acupressions : les pouces exercent une pression sur la peau dans une trajectoire perpendiculaire à celle-ci, c'est-à-dire perpendiculaire à la zone précise de la pression et non au sol ou au reste du corps. Les autres doigts se placent en support et, pour cela, doivent être dynamiques sans être crispés. Ils ont pour rôle de garantir la perpendicularité de la pression, d'éviter que les pouces ou que les mains glissent (notamment vers une zone inappropriée), de donner un sentiment de soutien et de stabilité à la personne qui reçoit le geste.

Deuxièmement, l'idée de réserver les gestes intimes au corps médical est paradoxale, car les étudiant-es en médecine du premier ou du deuxième cycle ne reçoivent pas forcément un bagage éthique et théorique plus avancé sur ces questions. J'ai pu constater cela durant mon service d'enseignement à la faculté de médecine Lyon Est de l'Université Lyon 1. Lorsque j'ai eu la possibilité de partager les problématiques de mes recherches avec des étudiant-es de FGSM2 ou de DASM, notamment à l'occasion d'une école d'été sur les « humanités en médecine » en juillet 2018, je me suis aperçu qu'ils et elles n'avaient pas eu l'opportunité de questionner le toucher en contexte médical jusqu'à notre rencontre. Et cela était valable pour des étudiant-es français-es, canadien-nes et chinois-es. En 2023, l'expérience s'est reproduite à l'occasion d'un cours délivré dans le cadre du Master « Sciences et société » proposé aux étudiant-es de médecine, de maïeutique, de kinésithérapie et d'ondotologie de la faculté Lyon Est. Sur la douzaine d'étudiant-es présent-es, une seule se sentait suffisamment formée aux gestes tactile, et il s'agissait d'une étudiante sage-femme. Les autres affirmaient « ne

pas savoir sentir » avec les doigts et les mains et ce, malgré les modules d'apprentissage de la palpation. Lorsque je suis intervenue durant le congrès national de la kinésithérapie salariée, organisé à Lyon en novembre 2019, j'ai été confrontée à une situation similaire. Suite à mon intervention, qui portait sur les enjeux liés au genre et à la sexualité dans les thérapies manuelles, divers-es responsables d'Instituts de Formation de masseur-euses Kinésithérapeutes (IFMK) m'ont appris que ces sujets n'étaient pas abordés durant le cursus classique.

Par ailleurs, il semble que l'organisation institutionnelle des soins conventionnels favorise les pratiques maltraitantes, en raison d'un manque de personnel ou de moyens, ou bien à cause de formations défailtantes. En témoigne le scandale des touchers intimes sur patientes endormies de 2015, dont je reparlerai plus loin.

II.2.3. Quelle place pour le corps sensible dans les thérapies complémentaires ?⁶⁸⁶

Malgré la prévalence du sens du toucher dans les thérapies complémentaires, toutes ne font pas appel au toucher de soin, soit au toucher susceptible de faire advenir le corps sensible. L'hypothèse est la suivante : la mise en œuvre du toucher de soin est dépendante de la conception du corps sur laquelle ces pratiques reposent. Plus encore, ces conceptions du corps disent quelque chose de la place et de la signification de l'objectivité auxquelles ces pratiques se réfèrent. Cette question de l'objectivité me paraît corrélée à celle du corps-à-corps sensible. De fait, si les critères explicatifs d'une pratique thérapeutique sont incompréhensibles, inatteignables, repoussants, alors la

686 Cette sous-partie est issue d'un échange (par personne interposée) avec la philosophe Julie Mazaleigue-Labaste, que je n'ai pas eu la chance de remercier de vive voix, et à qui je souhaite rendre un hommage (un hommage au féminin) chaleureux et respectueux.

relation de soin ne peut survenir. Il y a trop de résistance et donc il n'y a pas de contact possible.

Bien que les thérapies complémentaires désignent un ensemble vaste et hétérogène, beaucoup ont en commun une approche holistique des personnes malades, ainsi qu'une remise en question des critères d'objectivité de la médecine conventionnelle. Néanmoins, la plupart de ces pratiques ne rejettent pas l'idée d'objectivité en tant que telle. Elles préfèrent l'enrichir, en intégrant par exemple l'expérience sensible vécue en première personne, ou bien en préconisant la contextualisation de la connaissance, ou encore en s'appuyant sur un autre système théorique que celui de la science occidentale. C'est le cas de la médecine traditionnelle chinoise et du shiatsu, qui se fondent sur la théorie des méridiens et des énergies organiques.

Plus globalement, la plupart de ces pratiques ne nient pas les apports de l'approche biomédicale. Elles suggèrent davantage une ouverture épistémologique (une autre manière de penser) ainsi que thérapeutique (une autre manière de soigner). Autrement dit, elles proposent d'investir d'autres voies que la médecine conventionnelle. Ce faisant, les thérapies complémentaires peuvent participer à forger une épistémologie extensive, soit une épistémologie davantage ouverte à des théories explicatives alternatives ainsi qu'à des démonstrations de l'efficacité thérapeutiques fondées sur d'autres méthodes que celle des essais cliniques randomisés. Par exemple, l'efficacité de la médecine traditionnelle chinoise et japonaise repose sur une assise empirique, lors même que les explications théoriques de son efficacité restent parfois insaisissables. Dans ce cas, les thérapies complémentaires répondent au projet d'« objectivité forte » de la philosophe Sandra Harding, dont j'ai déjà parlé, et dont je me revendique aussi en tant que chercheuse. L'objectivité forte permet de pointer les limites des critères de

scientificité de la science occidentale, lesquels ne prennent pas suffisamment en compte l'expérience des populations minoritaires au sens sociologique du terme. À l'inverse, l'objectivité forte, de même que les savoirs dits situés, s'assignent la tâche de partir de l'expérience des individu-es, soit de mettre l'expérience au cœur des critères d'évaluation. Or, parce qu'elles reposent sur une assise empirique, les thérapies complémentaires sont en quelque sorte des thérapies de l'expérience. C'est à ce titre que j'estime qu'elles contribuent au projet d'une objectivité forte, dans le champ de la santé.

Pour illustrer cette épistémologie extensive, je vais prendre l'exemple du shiatsu, qui reste celui que je maîtrise le mieux. En mobilisant les principes théoriques de la médecine traditionnelle chinoise et japonaise, il ne s'agit pas de substituer un cadre explicatif (un cadre énergétique et vitaliste) à un autre (un cadre analytique et objectiviste). Il ne s'agit pas non plus de cumuler deux cadres théoriques incompatibles. De fait, les théories du fonctionnement corporel sont radicalement distinctes entre MTC/kampo et biomédecine : la seconde se fonde sur des preuves scientifiques et revendique un modèle causal, tandis que les premières constituent une pratique empirique et se réfèrent à une méthode inductive. C'est probablement pourquoi la science médicale occidentale peine à rendre compte des effets thérapeutiques des pratiques complémentaires. Cela ne signifie pas que l'activité médicale ne recourt pas à ces pratiques. Certain-es médecins-ciennes mobilisent l'acupuncture et le shiatsu pour eux et elles-mêmes, ou bien les préconisent aux patient-es qu'ils et elles accompagnent. Cela signifie que les modèles explicatifs de la médecine traditionnelle chinoise et japonaise n'entrent pas dans le cadre de celui de la médecine conventionnelle occidentale.

Ainsi que l'explique l'anthropologue Margaret Lock, la médecine traditionnelle chinoise et japonaise se base sur une « pensée corrélative » du corps. L'accent est mis sur l'étude des « relations de chaque organe principal appréhendé en tant qu'élément d'un système complexe », selon ses mots⁶⁸⁷. Autrement dit, « l'accent est mis sur la pensée du tout plus que sur des relations linéaires, qu'il s'agisse des fonctionnements internes au corps ou de ses relations avec le macrocosme »⁶⁸⁸. En d'autres termes, la MTC et le kampo s'inscrivent dans une approche fonctionnelle, dans la mesure où ils s'intéressent davantage à la fonction qu'à la structure. Mais contrairement à l'approche homéostatique du physiologiste Claude Bernard, selon laquelle l'organisme fonctionne selon des interactions perpétuelles, ou de l'approche biopsychosociale du médecin Georges Libman Engel, selon laquelle l'individu-e malade doit être appréhendé dans sa dimension biologique, psychologique et sociale⁶⁸⁹, la médecine traditionnelle chinoise et japonaise envisage la globalité d'une personne d'après un modèle énergétique.

Les relations entre les différents éléments sont assurées par le système d'énergie *ki*. Traduit tantôt par « souffle », tantôt par « énergie »⁶⁹⁰, le *ki* constitue un moyen de communication non seulement entre les différentes parties du corps, mais aussi entre les divers éléments du macrocosme. Le *ki* est l'élément central du système médical du shiatsu. Lock l'explique de la façon

687 LOCK Margaret. « L'Homme-machine et l'Homme-microcosme : l'approche occidentale et l'approche japonaise des soins médicaux ». *Annales économies, sociétés, civilisations*. Année 35, n°5, 1980. pp. 1116-1136

688 Ibid.

689 Cf. ENGEL Georges. « From Biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain ». *Psychosomatics* n°38, 1997. pp. 521-529

690 En japonais, l'idéogramme du *ki*, est formé de deux images : l'une représente le riz en train de cuire, l'autre la vapeur qui se dégage de la cuisson. Le riz représente la nourriture fondamentale en diététique japonaise. Il est d'ailleurs intéressant de noter que dans la langue japonaise, le mot « riz » se traduit par « gohan », qui désigne aussi le repas en général. La vapeur, quant à elle, représente les essences légères et la chaleur à la base du mouvement, donc de l'action.

suivante : « lorsque le Ki ne circule pas naturellement – parce qu’il est excessivement ou insuffisamment absorbé par le système – des déséquilibres surviennent et, partant, des maladies. Cependant, la nature de toute chose, y compris du corps humain, est homéostatique, et tend donc naturellement à retourner à l’équilibre »⁶⁹¹. Dans cette perspective, la santé parfaite n’existe pas. Elle n’est qu’un stade hypothétique et transitoire.

De sorte que « le but ultime des malades et des médecins n’est donc pas la santé parfaite, mais la meilleure adaptation possible à tous les aspects du milieu », ainsi que l’exprime Lock par une formule très canguilhémienne⁶⁹². Santé et maladie participent d’un continuum dynamique. Et c’est davantage le dynamisme que l’inertie de l’organisme qui est mise en valeur.

En mobilisant les principes théoriques de la médecine traditionnelle chinoise et japonaise, il s’agit, en quelque sorte, d’étayer les gestes de soin par une métaphore explicative. En tant que praticienne de shiatsu, je ne peux nier que cette pratique fonctionne et, partant, qu’elle met en évidence certaines limites de la médecine conventionnelle. Mais en tant qu’épistémologue de culture française, je ne peux pas adhérer pleinement à l’édifice théorique de la MTC et du kampo.

Je ressens le *ki* sous les doigts, je comprends l’idée d’une énergie fondamentale, mais je ne parviens pas à l’expliquer rationnellement. Il s’agit donc d’assumer une sorte de paradoxe épistémologique : si les effets des thérapies complémentaires ne sont pas forcément prouvables scientifiquement, ils n’en demeurent pas moins positifs en termes

691 LOCK Margaret. « L’Homme-machine et l’Homme-microcosme : l’approche occidentale et l’approche japonaise des soins médicaux ». art. Cit.

692 Ibid.

de vécu corporel. Ils donnent notamment accès à l'expérience du corps sensible ou, pour le dire autrement, à l'expérience d'une interaction dynamique.

Si le toucher de soin donne accès à une interaction thérapeutique dynamique, ou bien à une expérience corporelle holistique, ou encore à une relation sur le mode du sensible, cela ne signifie pas que toutes ces interactions thérapeutiques adviennent en dehors des dominations structurelles. Les « toucher-massage[®] », « toucher détente », « toucher relationnel » et autres « toucher psychocorporel » ou « toucher énergétique » ne s'assignent pas la tâche de lutter contre les rapports de domination. Il manque donc quelque chose à la définition du « toucher de soin » pour être pleinement satisfaisante.

III. Pourquoi recourir aux théories féministes pour définir le toucher de soin ?

Qu'il s'agisse du toucher efficace des kinésithérapeutes, du toucher qui soulage des soins palliatifs ou du toucher qui complète les soins conventionnels, ces divers touchers de soin ne répondent pas à l'objectif que je me suis fixé dans l'introduction du chapitre, à savoir construire une définition féministe des soins. Ce n'est pas parce que le toucher de soin possède une dimension à la fois holistique et sensible qu'il satisfait les enjeux féministes en santé. Ce n'est pas non plus parce qu'il peut ouvrir la voie vers une épistémologie extensive que le toucher de soin combat les dominations sexistes.

Définir le soin d'après une philosophie féministe, c'est non seulement identifier les rapports de domination qui le traversent, mais c'est aussi se demander comment il peut contribuer à l'émancipation. Dans le sillage de la philosophie du soin, la philosophie féministe du soin se réfère à une approche sensible de la relation thérapeutique : elle met en valeur l'expérience corporelle, ainsi que la dimension interactive de cette expérience. À cet égard, la philosophie féministe du soin s'appuie sur l'une des définitions du *care* tel qu'il a été conceptualisé par la politiste Joan Tronto, à savoir le *care* comme une activité (*care giving*) soucieuse des besoins des personnes malades (*caring about*), et comme une activité consciente de la responsabilité qui incombe aux soignant-es de répondre à ces besoins (*taking care of*) tout en prenant en considération les réactions des malades (*care receiving*)⁶⁹³.

Si cette définition du soin reconfigure en partie l'activité thérapeutique, elle ne la révolutionne pas non plus. En quoi la philosophie féministe du soin est-elle donc tournée vers l'émancipation ? Et en quoi cela résonne-t-il avec le toucher de soin ? Pour répondre à ces questions, je me réfère aux travaux de la philosophe Coline Fournout concernant la place des chocs à l'insuline dans le développement de la psychiatrie française entre les années 1930 et 1970. Les chocs à l'insuline, aussi appelés « insulinothérapie », consistaient à provoquer un coma hypoglycémique par injections d'insuline auprès des patient-es jugé-es dangereux-ses ou agité-es, puis à mettre fin à ce coma par le biais d'un « resucrage » progressif. Selon Fournout, « la logique thérapeutique des chocs à l'insuline [était] la suivante : plonger les corps psychiatisés dans un coma provoquerait une désintégration des fonctions psychiques, et ouvrirait

693 Cf. TRONTO Joan. (trad. MAURY Hervé). *Un monde vulnérable*. Paris : La Découverte, 1993

ainsi la voie à une réintégration de ces dernières, temporairement purgées de leur caractère pathogène »⁶⁹⁴.

Pour Fournout, la technique de l'insulinothérapie reposait non seulement sur des dispositifs genrés, mais participait aussi à construire les normes de genre. De fait, l'insulinothérapie avait pour mission de forcer les sujets malades à atteindre un état dit régressif, soit un état interprété comme étant analogue à la petite enfance. Lors de la phase de régression, les infirmières (bien plus que les infirmiers) étaient chargées du « maternage » des malades. Elles devaient faire preuve de patience, de prévenance, d'observation, de surveillance et s'assurer du confort et de l'hygiène des sujets en état de régression. Autant d'actes qui étaient considérés comme des dispositions naturelles pour les femmes et, à l'inverse, comme des aptitudes professionnelles pour les hommes ; si tant est que ces derniers eussent daigner s'exposer au « ridicule » de la chose⁶⁹⁵. Au fondement de la « thérapie » par chocs à l'insuline se trouvaient ainsi deux principes profondément antiféministes : d'un côté la valorisation de la division sexuelle du travail au nom de l'aptitude prétendument naturelle des femmes au maternage ; de l'autre l'appréhension de toute forme de rapport de dépendance et de sa prise en charge à l'aune de la relation mère-enfant.

694 FOURNOUT Coline. « L'imaginaire thérapeutique des chocs à l'insuline. Une question pour la philosophie féministe ». *GLAD ! Revue sur le langage, le genre, les sexualités* n°12. 2022. <https://journals.openedition.org/glad/4437>

695 En témoignent les propos de la psychiatre Germaine Balvet-Thiébaud, qui a participé à l'expérimentation : « Au début, les malades hommes étaient surveillés par un infirmier, et les malades femmes, par une infirmière. Notre avis est maintenant très net : le personnel d'insulinothérapie doit être uniquement féminin. [...] Il ne s'agit pas seulement de patience, mais aussi de mille prévenances qu'un homme ne sait pas avoir ou qui le rendent ridicule s'il les a. ». BALVET-THIÉBAUD Germaine. *De l'organisation d'un service d'insulinothérapie (par la méthode de Sakel) et de narcothérapie dans un hôpital psychiatrique rural, par le Docteur Germaine Balvet-Thiébaud*. Lyon : BOSC Frères M. & L. Riou, 1941. cité in FOURNOUT Coline. « L'imaginaire thérapeutique des chocs à l'insuline. Une question pour la philosophie féministe ». art. Cit.

À partir de cette étude historique, Fournout interroge le concept de soin. Plus précisément, elle se demande ce que l'organisation du travail dans les services psychiatriques qui pratiquent l'insulinothérapie dit de la manière dont est considéré le soin. Si l'épisode historique des chocs à l'insuline ne permet pas de dresser une définition stable et immuable du soin, il montre comment cette notion s'est construite sur un double axe : un axe technique et un axe relationnel. Comme l'écrit Fournout, « le soin vient désigner à la fois la technicité du geste, et sa délicatesse relationnelle, et non plus seulement le fait de s'assurer de la propreté et de l'obéissance des patient-es »⁶⁹⁶. Cela revient à faire du soin une pratique qui requiert des compétences techniques ainsi que relationnelles. Et cela résonne avec la conception du *care* de Joan Tronto citée plus haut.

Cependant, la définition du soin telle qu'elle est préfigurée par Fournout ajoute une couche supplémentaire de complexité. Pour cette autrice, le « thérapeutique » n'est pas qu'une activité technique ou relationnelle. C'est aussi un « processus normatif », c'est-à-dire un fait social qui crée de la norme et ne se contente pas de l'appliquer. Ainsi que l'écrit Fournout, « la logique thérapeutique que les chocs à l'insuline déploient met la philosophie féministe au défi de poser la question des normes balisant ce que soigner et prendre soin veut dire, et donc de proposer plus clairement une définition féministe du thérapeutique »⁶⁹⁷. L'enjeu est de comprendre la façon dont le soin produit des

696 FOURNOUT Coline. « L'imaginaire thérapeutique des chocs à l'insuline. Une question pour la philosophie féministe ». art. Cit.

697 Ibid.

normes et, par extension, la manière dont ces dernières façonnent les corps, les comportements et les rôles sociaux.

L'hypothèse est la suivante : le « soin » et le « prendre soin » sont communément définis d'après un prisme sexiste ; d'où la nécessité de construire une « définition féministe du thérapeutique ». Dans le sillage de la spécialiste en études de genre Elizabeth A. Wilson, Fournout souhaite s'emparer du caractère « inévitablement pharmacologique » du thérapeutique, c'est-à-dire de son caractère éminemment ambivalent (à la fois remède et poison). Sans cela, il n'est pas possible de bâtir des « épistémologies émancipatrices » ; lesquelles ont pour mission d'extraire la relation de soin de son carcan oppressif.

Mon hypothèse est la suivante : une définition féministe du soin et, par extension, du toucher de soin, doit non seulement être consciente des rapports de domination qui traversent la relation thérapeutique, mais aussi proposer des outils pour y remédier. Or, j'estime qu'il est plus aisé de parvenir à une définition féministe des soins en cherchant au préalable une définition féministe du toucher de soin. De fait, l'expérience du toucher comporte un caractère éminemment « pharmacologique » (à la fois remède et poison), pour reprendre l'expression de Coline Fournout. Pour bâtir une épistémologie émancipatrice, il paraît donc nécessaire de comprendre cette ambivalence de la relation tactile. Cette dernière participe en effet d'un processus normatif de taille, dans la mesure où elle relaie des problématiques liées au genre et à la sexualité. Sans l'identification de ces problématiques, il me semble compliqué de parvenir à une définition féministe des soins. D'où la dimension politique qu'il y a à définir le toucher de soin.

III.1. Comment théoriser la normativité du toucher de soin ?

III.1.1. La perception tactile : une expérience normative et relative

En reprenant la méthode de l'épistémologie critique, telle que je l'ai mobilisée dans les chapitres précédents, je souhaite montrer que la perception tactile est d'emblée et toujours une activité normative. Cela signifie qu'elle demeure une démarche qui repose sur et reconduit des normes plus ou moins conscientes, et plus ou moins assumées.

Le postulat de base est le suivant : la clinique (l'examen des symptômes) comme la sémiologie (l'analyse des signes de la maladie) se confrontent à la construction sociale des manifestations et des perceptions corporelles, et sont elles-mêmes en partie issues de cette construction sociale. De ce fait, les instruments de la clinique et de la sémiologie, notamment l'examen sensoriel, sont également conditionnés par le contexte social.

Le toucher, qui intervient entre autres lors de la phase clinique, n'est pas une expérience neutre, universelle et unifiée et ce, malgré la similitude des récepteurs tactiles. Le kinésithérapeute et socio-anthropologue Arnaud Choplin l'explique d'ailleurs comme suit : « du récepteur cutané à l'intégration corticale sensitive puis motrice, le fonctionnement de l'appareil sensitivomoteur représente l'élément anatomique que tout palpeur possède de manière unifiée : il permettrait de rendre la sensation identique pour tous les individus. Pourtant, nous constatons des différences interprétatives du toucher et par conséquent du

toucher thérapeutique. Dans des conditions similaires, le perçu n'est pas identique d'un palpeur à l'autre. L'interprétation sensitive d'une information varie en fonction des individus. Ces décalages successifs, ces approches par le toucher et plus particulièrement du toucher thérapeutique déplacé sur la peau d'autrui (haptique) répondent à un contexte historico-culturel différent. Le même geste peut être interprété de façon différente d'un continent à l'autre »⁶⁹⁸.

La relativité de la perception tactile repose vraisemblablement sur l'interprétation du geste ou de la sensation. Cette interprétation est elle-même corrélée à une expérience individuelle ou à un contexte social, géographique, historique, culturel, etc. Si je parle de corrélation plutôt que de détermination, c'est parce que les normes qui entourent l'expérience tactile sont fluctuantes. Elles ne sont ni définitives, ni omniprésentes. C'est pourquoi la notion de normativité semble plus pertinente que celle de normalité. S'inscrivant dans une perspective canguilhémienne, Choplin pense le toucher à l'aune d'une « normativité perceptive ». D'après lui, « Canguilhem [...] confirme [...] qu'il faut considérer une normativité plutôt qu'une norme préétablie et immuable : la perception d'un palpeur serait unique. [...] La normativité perceptive se construit grâce à l'expérience professionnelle. Le praticien construit sa norme perceptive dans une relation sociale au sens large »⁶⁹⁹.

La perception se forge dans la pratique professionnelle et dans la relation sociale « au sens large », c'est-à-dire au sens d'une interaction entre deux personnes, ainsi qu'au sens d'une influence de la société. Autrement dit, la perception tactile s'apprend

698 CHOPLIN Arnaud. *La palpation thérapeutique : lecture ethno-pédagogique*. Saint-Denis : Connaissances & savoirs, 2018. <https://www.youscribe.com/catalogue/livres/savoirs/medecine/la-palpation-therapeutique-lecture-ethno-pedagogique-2813585>. [Consulté le 24/06/2020]

699 Ibid.

en touchant des individu-es dans un contexte donné. Comme le résume Choplin, « il y a certainement, dans l'approche de l'apprentissage du toucher, une construction avec et par le social »⁷⁰⁰. C'est à ce titre que cet auteur et praticien revendique une approche dite « socioconstructiviste » de l'enseignement de la « palpation thérapeutique » (forme de toucher à la fois informatif et curatif⁷⁰¹).

L'adjectif « socioconstructiviste » met l'accent sur l'influence du social dans la construction de l'expérience perceptive. Cette dernière n'est pas innée, mais modelée par les représentations culturelles et les événements personnels.

Si je reprends ce qui a été avancé dans les chapitres précédents, je dirais que la perception est un apprentissage pratico-sensible, particulièrement lorsque la perception constitue un outil professionnel. Or, la notion de compétence pratico-sensible permet d'insister sur le rôle de la temporalité dans la construction et l'exercice des gestes techniques. D'une part, les gestes (en l'occurrence les mouvements d'exploration haptiques) s'acquièrent à force de temps et d'entraînement. D'autre part, ces gestes sont circonscrits à un temps donné, à un moment spécial. De fait, la relation de soin a généralement lieu dans un cadre temporel et spatial spécifique. En dehors de ce cadre, la perception professionnelle n'est pas à sa place, ou bien n'a pas de valeur. Par exemple, il serait étrange de prétendre effectuer un diagnostic par le toucher lorsqu'on tient la main de son ou sa partenaire dans la rue. La perception tactile n'est pas sous-tendue par des enjeux thérapeutiques dans ce cas. Réciproquement, le cadre est lui-même défini par le type d'expérience perceptive. Le recours à un geste technique nécessite la mise en œuvre d'un cadre spécifique. Par exemple, on s'attend à subir des mobilisations ostéo-

700 Ibid.

701 Cf. supra dans la section I-1-3.

articulaires dans un cabinet de kinésithérapie. Inversement, la survenue de ce même geste dans un cadre intime a quelque chose de décalé et fait entrer la relation dans un registre de soin, ou un registre technique.

III.1.2. La relativité de la perception tactile au prisme des soins éducatifs

Pour théoriser la normativité perceptive du toucher de soin de manière approfondie, il me paraît important de questionner les normes sociales qui entourent l'expérience tactile en contexte de soin ou de *care*. Ne pouvant pas m'adonner à une ethnographie comparative et exhaustive du toucher de soin, et ne souhaitant pas non plus me livrer à une définition universaliste de cette expérience, je concentre mon analyse sur quelques exemples que j'espère significatifs.

Bien souvent, la relativité de l'expérience tactile en contexte de *care* est abordée par l'anthropologie et sous l'angle des soins parentaux. Il existe en effet des différences culturelles quant au rôle du toucher dans la relation adulte-enfant, ou bien quant à la place de ce sens dans les procédés éducatifs, ou encore quant au recours au toucher dans les stratégies de communication. Le toucher est plus ou moins valorisé, plus ou moins dépendant d'autres sens en fonction des cultures et des espaces.

Dans le contexte culturel au sein duquel j'évolue, le sens de la vue prédomine sur celui du toucher, ainsi que je l'ai déjà montré. Cela transparait dans l'éducation et les soins apportés aux enfants. Plus précisément, le langage

visuel, soit le fait d'accorder à la vision une dimension communicationnelle et signifiante, prévaut sur le langage des autres sens. La psychanalyste Josy-Jeanne Ghedighian-Courier le résume d'ailleurs de la façon suivante : « Le rôle du toucher dans les apprentissages a été beaucoup déconsidéré pour privilégier l'observation et la recherche du mot juste; au point de dire à l'enfant qui explore son environnement de "toucher avec les yeux" »⁷⁰². En réalité, cette expression est généralement utilisée pour dire qu'il est interdit de toucher. Elle montre néanmoins comment le sens de la vue est parfois utilisé pour se substituer à d'autres sens ou, en l'occurrence, pour combler la frustration de ne pas pouvoir utiliser un sens en particulier.

En 2000, l'anthropologue Inger Rødbroe publie une étude ethnographique comparative pour comprendre l'usage de la perception dans l'éducation des enfants sourds-aveugles. Elle met ainsi en exergue le visiocentrisme de la relation parentale telle qu'elle est pratiquée dans les pays d'Europe de l'ouest et du nord, par rapport aux habitudes éducatives en Ouganda⁷⁰³. Le linguiste Bertrand Vérine, décrivant les travaux de cette anthropologue, le résume comme suit : « le primat du regard et de l'écoute dans la communication entre adultes et enfants, quelles que soient leurs capacités sensorielles, n'a rien d'une norme biologique : il s'agit seulement de la tradition culturelle qui a été privilégiée en Occident »⁷⁰⁴. Pour exemplifier cette différence, Rødbroe compare la communication entre et avec des enfants sourds-aveugles. En

702 GHEDIGHIAN-COURIER Josy-Jeanne. « Le toucher, un sens aux multiples avatars ». *Les cahiers jungiens de psychanalyse*. N°18, 02/2006. P. 20

703 Cf. RØDBROE Inger . « Des enfants sourds-aveugles de naissance dans un contexte culturel différent. Expériences en Ouganda ». *Enfance*. 01/2000. Pp. 85-98. https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_2000_num_53_1_3170

704 VÉRINE Bertrand. « Différences sensorielles entre les cultures : l'exemple ougandais ». *AFONT*. 25/01/2022. <http://fondationdutoucher.org/differences-sensorielles-entre-les-cultures-lexemple-ougandais/>

Europe du Nord, l'enseignement du langage auprès des enfants sourds-aveugles s'attache à reproduire les modalités de la communication verbale à travers des appareils technologiques. En Ouganda, cet enseignement passe par l'acquisition d'un langage tactile nécessitant un corps-à-corps entre les locuteurs-rices.

Si l'expérience tactile est absente des modèles éducatifs occidentaux majoritaires, elle demeure encouragée par certain-es théoricien-nes de pédagogies alternatives depuis plusieurs décennies. C'est notamment le cas de la médecinne et psychiatre Maria Montessori, qui préconise des exercices tactiles visant à favoriser le développement des enfants⁷⁰⁵. Mais il faut attendre la deuxième moitié du XXe siècle pour que l'étude des perceptions tactiles ne soit pas reléguée aux méthodes d'éducation alternatives ou à l'accompagnement de personnes handicapées. C'est la mise en valeur de pratiques éducatives issues de contextes socioculturels différents qui a permis de prendre conscience du recours extrêmement restreint au toucher dans les habitudes occidentales. Comme l'explique l'historienne Anne Vincent-Buffault, « grâce à des enquêtes anthropologiques, la découverte d'autres pratiques de soin permet de remettre en valeur la proximité et le toucher dans l'accueil du petit enfant. L'Occident redécouvre les vertus du contact avec l'enfant, au prix de quelques simplifications et assignations identitaires de l'autre culturel »⁷⁰⁶.

L'engouement récent pour les pratiques tactiles en contexte éducatif a tendance à exotiser les différences culturelles et, par suite, à les aborder de manière schématique et stéréotypée. Vincent-Buffault précise que « le regard porté sur l'autre tend à simplifier voire à naturaliser ce rapport au toucher qui

705 Cf. HATWELL Yvette, GENTAZ Edouard. « Origine et évolution des recherches psychologiques sur le toucher en France ». *L'année psychologique*. vol. 111, 04/2011. Pp. 701-723

706 VINCENT-BUFFAULT Anne. *Histoire sensible du toucher*. Paris : L'Harmattan, 2017. p. 46

est tout aussi complexe dans les autres sociétés »⁷⁰⁷. D'où l'importance de mobiliser une approche épistémologique de la normativité perceptive. L'expérience du toucher n'a rien de naturel ou de déterminé et demeure largement construite par l'environnement socioculturel. Elle est un phénomène qui mérite d'être problématisé.

III.2. Comment problématiser la normativité perceptive du toucher de soin ?

III.2.1. Les normes du toucher de soin, entre prescriptions et interdictions

Dans les paragraphes antérieurs, j'ai montré que la normativité perceptive était relative au contexte socioculturel. Cela signifie que les normes perceptuelles sont en grande partie socialement construites. Ces normes sont elles-mêmes corrélées à des expériences individuelles (gestes techniques, traumatismes personnels, etc.), ainsi qu'à des standards sociaux. De sorte que normaliser, c'est toujours édicter des injonctions, des censures et des tabous. Par conséquent, la normativité perceptive, entendue comme la capacité à instituer des normes de perceptions, est sous-tendue par un ensemble de représentations et d'injonctions.

Comme le souligne Vincent-Buffault, « dans toutes les sociétés, les contacts tactiles ne se conçoivent que dans un environnement social fait de prescriptions et d'interdits »⁷⁰⁸. Cette assertion se vérifie notamment dans les pratiques éducatives : la régulation du toucher va de pair avec l'apprentissage de la propreté, la découverte de sa

707 Ibid. p. 58

708 Ibid. p. 56

propre identité, et l'acquisition des réflexes de protection⁷⁰⁹. Si les autres sens externes sont également soumis à ce processus de normalisation, le toucher fait face à des tabous de taille. De fait, il est fortement associé à la sensualité et à la sexualité.

Selon Vincent Buffault, la diminution voire la prohibition des soins tactiles résulte d'une influence du puritanisme de l'Angleterre victorienne du XIXe siècle. Leur réhabilitation progressive prend des directions contradictoires. Comme l'écrit cette historienne, « l'importance du contact dans le développement est reconnue avec l'appui de discours scientifiques et de nouvelles pratiques thérapeutiques, mais le toucher ne cesse d'inquiéter. L'appréhension de contacts où le sensuel évoque immédiatement le sexuel domine, dans un contexte de juridisation de la société civile. Les gestes d'effraction font scandale et l'anxiété à l'égard du trauma s'accroît. C'est la raison pour laquelle certaines écoles américaines mettent en place des objectifs et règles du "zéro toucher" tant l'angoisse prime à l'égard de la pédophilie. Ce qui passait pour de simples taquineries entre enfants est qualifié de harcèlement sexuel. Chaque société a affaire avec le trop ou le pas assez de toucher qui marque l'accueil et la distance, la domination et la protection. Cet équilibre délicat prend la figure d'un processus paradoxal dès qu'il s'agit de l'enfant dans la société contemporaine : sous la douceur, la séduction et la menace du traumatisme »⁷¹⁰.

709 « Les premières interdictions faites à un enfant concernent les contacts tactiles. L'interdit de toucher sert à le protéger des dangers extérieurs et à la nécessité d'éviter de toucher les objets dangereux, brûlants ou coupants. La première éducation familiarise l'enfant à la distinction entre le dedans et le dehors, l'intérieur et l'extérieur, entre le familier et l'étranger. Les autres interdits vont prendre appui sur l'interdit tactile lié à l'apprentissage de la propreté. La politesse implique le refus du contact impur qui crée le conflit intérieur. Le savoir-vivre oblige à se replier sur soi et d'offrir aux sens une surface de contact limitée, privilégiant la distance sur la proximité ». Ibid. p. 54

710 Ibid. p. 59

III.2.2. Les liens entre toucher et sexualité

De nombreux interdits et tabous concernant le toucher semblent liés à la sexualité. Comme l'écrit Ghedighian-Courier, « le toucher rencontre avec la sexualité son espace de confrontation et les chances de son épanouissement; c'est, en quelque sorte, l'épreuve de vérité qui exigera de lui de nouvelles différenciations »⁷¹¹. Par « espace de confrontation », s'entend la découverte et l'explicitation des normes sexuelles entourant le toucher et les problèmes que ces dernières posent à ce sens.

Or, la sexualité ne désigne pas uniquement une stimulation physique des zones génitales, mais, pour reprendre les termes du sociologue Michel Bozon, une « sphère spécifique mais non autonome du comportement humain, qui comprend des actes, des relations et des significations », telle que « le non sexuel donne sa signification au sexuel »⁷¹². Cela veut dire que la sexualité est socialement construite et qu'elle est un fait social total. En d'autres termes, la sexualité est un dispositif de normalisation des corps et des conduites. Elle dit quelque chose des membres d'une société et, ce faisant, participe à les catégoriser et à entretenir des rapports de domination. L'exemple le plus édifiant à ce propos est celui de l'orientation sexuelle : ne pas être hétérosexuel-le est un inconvénient socioéconomique, un risque de violence, une source d'exclusion.

Cependant, l'association entre le toucher et la sexualité repose sur deux arguments captieux (évoqués plus haut par Vincent-Buffault) : premièrement, la

711 GHEDIGHIAN-COURIER Josy-Jeanne. « Le toucher, un sens aux multiples avatars ». art. cit. p. 23

712 BOZON Michel. *Sociologie de la sexualité*. Paris : Armand Colin, 2009. P. 7

confusion entre sensualité et sexualité ; deuxièmement, la fragilité des frontières de l'intimité. Comme si, d'une part, le sensuel évoquait nécessairement le sexuel et, d'autre part, il n'était pas possible de trouver un équilibre entre le trop et le trop peu de toucher, le trop et le trop peu d'intimité.

Pour ma part, je ne pense pas que la sexualité soit la « vérité » du toucher, c'est-à-dire qu'elle en soit l'unique critère explicatif. Néanmoins, il est illusoire de vouloir détacher la question du toucher de celle de la sexualité, étant donnée la charge symbolique que les normes sociales font peser sur ce sens d'une part, et la réalité expérientielle de beaucoup de personnes pour qui le toucher est un haut lieu d'intimité d'autre part. Je ne désire pas à tout prix arrimer le toucher de soin à la sexualité. En revanche, je souhaite tenir compte de la « charge sexuelle » que l'expérience du toucher peut porter malgré elle. C'est le moyen le plus efficace de parvenir à une définition du toucher de soin qui soit compatible avec une épistémologie émancipatrice. Cette « charge sexuelle » semble être un état de fait, et non une fatalité et la critique féministe a pour but de s'émanciper du poids de cette charge sexuelle.

Dans un article de presse paru en 2013, le philosophe Bernard Andrieu propose une définition du « soin de toucher » fondée sur la relation d'intimité, reprenant ainsi le titre d'un article scientifique publié dix ans auparavant⁷¹³. Cet auteur affirme que « chaque toucher ravive le vif de notre chair réveillant nos empreintes et les traces des autres en nous »⁷¹⁴. Autrement dit, il précise que le contact physique vient bouleverser non seulement les règles sociales de la proxémie, soit les distances convenables entre

713 Cf. ANDRIEU Bernard. « le soin de toucher ». *Le portique*. N°3, 2006. <http://leportique.revues.org/867>. Bien que le concept de « toucher de soin » évoque le titre de cet article, je ne m'y référerai pas davantage. Rédigé dans un style difficile d'accès, ce texte s'intéresse à l'hybridation des corps au moyen de dispositifs tactiles, plutôt qu'aux activités de soin recourant au toucher.

714 ANDRIEU Bernard. « Est-ce violent de toucher ? ». *Huffington Post*. 07/02/2013. https://www.huffingtonpost.fr/bernard-andrieu/toucher-corps-humain_b_2631029.html

des corps étrangers, mais aussi la conscience de son propre corps, sur laquelle je reviendrai dans le chapitre suivant.

Selon Andrieu, toucher un corps exige de prendre soin de l'intimité sensorielle de celui-ci. Concrètement, il s'agit de mettre en place une communication non verbale, notamment pour saisir les limites de la relation et du consentement. C'est d'ailleurs là que résident les enjeux d'une éthique du soin. D'après ce philosophe, « la mise en œuvre des thérapies sur le corps de l'autre, exige une promiscuité beaucoup plus grande que celle d'une simple visite médicale obligée : celle de l'intimité. L'incorporation des produits, l'imposition des gestes, la manipulation des outils, l'apposition d'artefacts vont certes bouleverser les coordonnées traditionnelles de la représentation du corps par le sujet »⁷¹⁵. Autrement dit, l'expérience du toucher de soin vient interroger non seulement les normes proxémiques, mais aussi les contours du corps tels qu'ils sont perçus par le sujet touché.

En quoi le toucher de soin ouvre la voie vers une éthique thérapeutique ? En d'autres termes, pourquoi la relation thérapeutique se comprend mieux à l'aune du « soin de toucher » ?

Par « soin de toucher », j'entends, tout comme Andrieu, la réflexion autour d'une éthique des soins ou, plus précisément, d'une éthique de la mise en contact. Mais j'entends également la problématisation du toucher en contexte de soin, notamment en tant qu'il est lié à la sexualité. Le concept de « toucher de soin » n'est pas mentionné directement par cet auteur ; c'est moi qui fais le rapprochement. Ici, le soin de toucher désigne à la fois l'attention à ce qui pose problème dans le toucher de soin, et la recherche de solutions à ces problèmes. Or, ces deux éléments sont représentatifs de la démarche éthique en contexte thérapeutique.

715 ANDRIEU Bernard. « le soin de toucher ». *le portique*. N°3, 2006.
<http://leportique.revues.org/867>

Si l'association entre toucher et sexualité est problématique, c'est parce qu'elle rend l'expérience tactile inconvenante et suspecte. Comme l'écrivent les psychologues et sexologues Martine Drapeau et Nathalie Houde, dans leur ouvrage intitulé *Sexualité et éthique dans les professions du toucher*, « notre société s'est construite autour de l'idée que le toucher est incorrect en dehors de presque tout, sauf quand il s'agit d'hygiène corporelle et de soins de santé. Encore là, il fut un temps où les gens se lavaient très vite ! Il fallait éviter de s'attarder à la région génitale, comme si le toucher impliquait forcément la sexualité, voire le sexe »⁷¹⁶.

Peut-être que l'inconvenance du toucher était liée à la répression de la masturbation, qui a bien souvent été jugée pathologique ou immorale jusqu'au milieu du XXe siècle. Comme l'explique le spécialiste en sciences de l'information et de la communication Patrick Pognant, à partir du XIXe siècle, « la masturbation devint la mère de toutes les maladies (l'hémiplégie, les tumeurs, la paralysie générale, la fièvre, le délire...) »⁷¹⁷. Dans ce contexte, les soins corporels – qu'ils relèvent de l'auto-exploration haptique ou de la relation tactile – ne sont pas encouragés. Par conséquent, la prise en compte du corps sensible semble difficile.

S'agissant des soins de santé, le toucher, particulièrement dans sa dimension diagnostique, a été grandement encadré durant le développement de

716 DRAPEAU Martine, HOUDE Nathalie. *Sexualité et éthique dans les professions du toucher : comprendre la sexualité pour mieux soigner*. Montréal : Modulo, 2012

717 POGNANT Patrick. « Les interdits hors la loi : la répression institutionnelle et médicale de la sexualité (1850-1930) ». *Droit et cultures*. N°57, 2009. pp. 129-142. <https://journals.openedition.org/droitcultures/1301>

l'anatomo-clinique au cours du XIXe siècle. L'art de la palpation a, comme le montrent les médecins Charles Bourdallé-Badie et Philippe Erny, été technicisé pour mieux être désexualisé. Le but est d'évacuer toute forme de plaisir charnel dans le cadre médical. Le toucher étant considéré comme une source de plaisir, il a été confisqué par les médecins, au détriment du personnel soignant. Or, celui-ci est largement composé de femmes ; lesquelles sont jugées trop enclines et génératrices de plaisir voire de sexualité. De sorte qu'elles ne sont souvent pas autorisées à exercer les gestes diagnostiques. Comme ces gestes constituent la part noble de l'exercice médical, on peut se demander si les femmes sont exclues parce qu'elles sont associées au plaisir charnel et, ce faisant, ne pourraient pas garantir la technicité de l'acte, ou parce qu'elles sont considérées comme inférieures et, partant, sont reléguées à des instincts primitifs incompatibles avec la pratique noble de la médecine. Quoiqu'il en soit, les femmes ont été mises à l'écart des techniques palpatoires, au nom d'une préservation de l'ordre moral au sein des institutions de santé. Comme l'écrivent ces médecins, « le jugement du bon palper a pu servir de prétexte de choix ou de préservation de caste. Le personnel paramédical n'a pas droit à cet apprentissage. [...] L'acte du palper ne lui est pas autorisé. La distinction de l'origine sociale, d'une part, mais surtout le sexisme, ou l'un rejoignant l'autre, seront à l'origine de cet interdit. [...] On peut être ausculté par un homme, mais pas par une femme. Ce risque de sensation à connotation sexuelle obligera, durant toute cette période des anatomo-cliniciens, les femmes à rester à l'écart de la profession médicale »⁷¹⁸.

718 BOURDALLÉ-BADIE Charles, ERNY Philippe. « Le toucher, moyen de communication. Son évolution dans l'histoire médicale ». *Culture technique*. N°24, 1992. http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/32729/C&T_1992_24_253.pdf?

Les tabous autour du toucher sont généralement des tabous déguisés autour de la sexualité. De fait, si l'expérience tactile pose problème, c'est parce qu'elle évoque des situations sexuelles. Comme le soulignent Drapeau et Houde, « si le toucher est si souvent associé à la sexualité, c'est que la plupart des gens l'ont expérimenté essentiellement dans un contexte sexuel »⁷¹⁹. C'est pourquoi ces psychologues s'attachent à « comprendre la sexualité pour mieux soigner ». Elles cherchent ainsi à expliquer le fonctionnement de la sexualité dans son entièreté, afin non seulement d'informer les soignant-es sur ce sujet généralement absent des cursus de formation, mais aussi de désamorcer les situations compliquées lors desquelles la sexualité est suggérée ou sollicitée. C'est à ce titre qu'elles proposent une « éthique de la sexualité » pour les professionnel-les du toucher.

Si leur démarche a le mérite de mettre en évidence la charge sexuelle du toucher de soin, leurs pistes de réflexion et d'intervention ne me paraissent pas satisfaisantes. En effet, elles s'inspirent de la tradition psychanalytique dont elles reprennent certains éléments incompatibles avec une approche épistémologique comme la mienne. D'un côté, elles s'appuient sur des stéréotypes genrés pour décrire la différence de comportement sexuel entre les hommes et les femmes, sans pour autant justifier le recours à de tels stéréotypes⁷²⁰, et sans non plus chercher à les déconstruire. D'un autre

sequence=1. [Consulté le 17/06/2020]

719 DRAPEAU Martine, HOUDE Nathalie. *Sexualité et éthique dans les professions du toucher : comprendre la sexualité pour mieux soigner*. Op. Cit.

720 Cf. à titre d'exemple : « Dans les professions du toucher, il est facile de voir que les codes d'attraction sexuelle peuvent être fortement activés. Typiquement, les femmes, plus que les hommes, sont très sensibles au toucher, alors que ceux-ci le sont davantage à la vue. Si le toucher est pratiqué par un homme dominé par les codes d'attraction typiques, il prêtera naturellement une attention particulière à l'apparence et, lorsque cela est possible, à la nudité. Si le toucher est reçu par une femme, elle le décodera comme de la gentillesse ou une

côté, elles adoptent une grille de lecture centrée sur l'individu-e pour analyser la survenue des situations délicates rencontrées par les professionnel-les, sans pour autant interroger la construction sociale des actes et des ressentis donnant lieu à de telles situations.

Par exemple, elles affirment que l'on « sexualise moins le toucher lorsque les soins sont donnés par une femme : la figure maternelle prend le dessus et rassure la personne »⁷²¹. Or, cette assertion, qu'elles reprennent à leur compte et qui n'est pas une simple description de l'opinion des personnes qu'elles ont rencontrées ou accompagnées, va à l'encontre de l'expérience de certaines femmes thérapeutes manuelles, ainsi que je le montrerai au chapitre suivant. Drapeau et Houde vont jusqu'à dire que le toucher serait « sexiste », dans la mesure où l'on se méfie davantage du contact d'un homme que d'une femme, ce qui, selon elles, pénaliserait les hommes plus que les femmes. Ceux-là, parce qu'ils se soucient de la manière dont leur geste va être interprété, seraient discriminés. C'est effectivement ce que sous-entend la notion de « sexisme », mais elle est en l'occurrence irrecevable. De fait, le sexisme n'est pas un rapport de domination bilatéral. Si l'on reprend les termes du féminisme matérialiste, on constate que seule la classe des hommes domine structurellement celle des femmes. Or, les hommes ne sont ni exclus, ni empêchés au sein du contexte médical et ce, contrairement aux femmes. Cela ne veut pas dire que les hommes ne sont pas exposés à certaines difficultés dans l'exercice médical ou dans la relation de soin. De fait, il est par exemple compliqué d'être un homme sage-femme, que ce soit au niveau du sentiment de légitimité ou à celui des interactions avec certaines patientes. Toutefois, les hommes

marque d'attention privilégiée, selon la façon dont elle est touchée. Si le toucher est pratiqué par une femme, elle associera sa douceur et son style au caractère professionnel de son métier. Si c'est un homme typique qui reçoit le toucher, sa manière de le recevoir dépendra de l'intérêt physique qu'il éprouve pour la soignante. ». Ibid.

721 Ibid.

rencontrent statistiquement beaucoup moins d'obstacles matériels ou de violences sexistes et sexuelles que les femmes durant la formation ou la pratique médicale en général. Par ailleurs, le toucher n'est pas une entité capable de reproduire des rapports de pouvoir. Ce n'est pas une personne susceptible d'être sexiste. Et ce n'est pas parce qu'on se demande comment un geste va être interprété que l'on est forcément dans un rapport de domination.

Bien qu'elles mentionnent les « habitudes socioculturelles » qui entourent le toucher de soin, Drapeau et Houde n'intègrent que très peu celles-ci à leur modèle explicatif. Pourtant, elles se réfèrent au concept de « santé sexuelle », mais sans en mobiliser la portée critique. C'est pourquoi il me paraît désormais nécessaire de comprendre en quoi le toucher de soin est rattaché à des problématiques de santé sexuelle.

III.2.3. Les enjeux de santé sexuelle qui traversent le toucher de soin

Compte tenu de la charge sexuelle de l'expérience tactile, y compris dans un cadre thérapeutique, il me semble important d'aborder le toucher de soin par le prisme de la santé sexuelle.

Le concept de santé sexuelle est apparu dans les années 1970, dans le sillage de la « révolution sexuelle ». La « révolution sexuelle » qualifie, dans certains pays occidentaux (États-Unis, Canada, France, Royaume-Uni, Italie, Allemagne, Espagne, etc.), l'évolution des représentations et des pratiques à l'endroit de la sexualité : celle-ci n'est plus cantonnée à la question procréative et devient une source de plaisir à part entière.

En 1974, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose, à l'occasion d'une convention ayant lieu à Genève, le concept de « santé sexuelle » afin de

tenir compte de cette transformation sociale et idéologique. Cette notion s'inscrit en droite ligne de la définition de la santé telle qu'elle a été rédigée dans le préambule de la Constitution de l'OMS de 1946 : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁷²². Dans cette perspective, la santé est considérée comme une valeur centrale, si ce n'est suprême, du monde contemporain. Plus encore, « la santé est progressivement devenue le fondement et la justification des valeurs morales individuelles et collectives », ainsi que l'écrit le sociologue Alain Giami⁷²³.

Par extension, la sexualité est présentée comme une composante importante, voire fondamentale de la santé, dans la mesure où elle est envisagée comme une source de bien-être physiologique, psychologique et social. D'où la nécessité, dans la logique de l'OMS, de forger la notion de santé sexuelle. En voici la définition actuelle : « La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de

722 <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>. [Consulté le 29/03/2022]

723 GIAMI Alain. « Les formes contemporaines de la médicalisation de la sexualité ». in YAYA Hachimi Sanni (dir.). *Pouvoir médical et santé totalitaire : conséquences socio-anthropologiques et éthiques*. Laval : Presses Universitaires de Laval, 2009. pp. 225-249. https://hal.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/511344/filename/Formes_Contemporaines_de_la_medicalisation_2009.pdf

santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés. »⁷²⁴

Comme l'explique Giami, la notion de santé sexuelle fait entrer la sexualité dans un registre médical. Plus précisément, cette notion rend compte du processus de médicalisation de la société. La médicalisation désigne, pour le dire rapidement, la récupération d'un fait social par les institutions médicales. Dans ce cadre, l'idée de santé sexuelle vient insister sur l'idée d'un « comportement sexuel responsable » (particulièrement depuis les années 2000), ainsi que sur la prise en charge publique et politique de l'éducation à la sexualité (depuis sa formulation en 1974)⁷²⁵.

Si l'on peut se réjouir des avancées concernant l'éducation à la sexualité et les droits sexuels des individu-es permises par la création du concept de santé sexuelle, certain-es auteurs-rices trouvent que la médicalisation de la sexualité représente une nouvelle forme de normalisation des conduites. D'une certaine manière, la santé sexuelle constitue un régime de contraintes et de normalisation à part entière⁷²⁶. D'une part, elle participe à pathologiser les comportements jugés déviants. Reste à savoir ce que signifient ces

724 <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>. [Consulté le 29/03/2022]

725 Cf. GIAMI Alain. « Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être ». *Journal des psychologues*. N°250, 07/2007. Pp. 56-60. <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2007-7-page-56.htm>

726 Je pense notamment aux injonctions au couple, à la monogamie, à l'hétérosexualité qui, bien que rarement mentionnées comme telles, traversent les textes et les instances fondamentales de la discipline (cf. la charte de la chaire « Santé sexuelle & Droits humains). Ce cadre normatif entretient largement le paradoxe intrinsèque à l'idée même de santé sexuelle : d'abord le bien-être sexuel apparaît comme le gage de la santé globale, ce qui, en tout état de cause, fournit à la sexualité une mission sociale de premier ordre ; ensuite le bien-être sexuel apparaît comme une règle à laquelle il faut se soumettre, ce qui, insidieusement, fait de la sexualité une stratégie de coercition, lors-même qu'elle est vouée (dans sa définition première et courante), à combattre les comportements coercitifs.

« comportements déviants », car c'est aussi à cette époque que l'homosexualité a commencé à être dépénalisée et à être « dépathologisée »⁷²⁷. D'autre part, elle tend à réguler et homogénéiser les comportements. La sexualité devient un moyen de mesurer la santé des individu-es. D'après Giami, « dans son acception contemporaine, le terme de "sexualité" n'inclut plus nécessairement les fonctions de procréation, dans leur déroulement normal. La pathologisation porte désormais sur les difficultés à développer et maintenir une vie érotique, gage d'une santé sexuelle satisfaisante et d'un bien-être »⁷²⁸.

En décembre 2010, l'UNESCO crée la chaire « Santé sexuelle et droits humains », dans le but de promouvoir et de développer un accès libre et éclairé à la sexualité⁷²⁹. La santé sexuelle est dès lors envisagée comme un droit humain fondamental⁷³⁰ ou comme une protection juridique.

Cette conception juridique de la santé sexuelle s'est largement diffusée dans les institutions de santé françaises. Elle a influencé en partie la rédaction

727 L'homosexualité a été retirée du DSM II (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux édité par l'association américaine de psychiatrie) en 1973. Cependant, si le terme d'« homosexualité » a été supprimé, il a été remplacé par d'autres expressions telles que « perturbation de l'orientation sexuelle ». C'est en 1987 que toute référence à l'homosexualité a été définitivement enlevée du DSM. Et c'est seulement en 1992 que l'homosexualité a cessé d'être considérée comme une pathologie psychiatrique en France. Cf. <https://www.ina.fr/ina-eclairer-actu/1970-quand-l-homosexualite-etait-un-symptome-psychiatrique>

728 GIAMI Alain. « Les formes contemporaines de la médicalisation de la sexualité ». art. Cit.

729 La chaire UNESCO Santé Sexuelle & Droits Humains est une organisation française à vocation internationale réunissant des médecins-ciennes, psychologues, sexologues, sociologues, anthropologues, philosophes, juristes et avocat-es. Elle a pour but de promouvoir dans le monde le développement de la santé sexuelle et ainsi de contribuer à l'épanouissement des individu-es, des couples et des familles dans le respect des droits humains. Ses missions sont éducatives et politiques, en lien avec l'action sur le terrain. En particulier, elle s'inscrit dans le respect de la dignité humaine et pour l'égalité des sexes.

730 Cf. <https://santesexuelle-droitshumains.org/titulaire/>. [Consulté le 29/03/2022]

du Code de la santé publique. Par exemple, l'éducation à la sexualité est l'une des huit actions prioritaires du personnel soignant⁷³¹. De la même manière, « la vie affective et sexuelle » est l'un des thèmes principaux du service sanitaire des étudiant-es en santé depuis 2018, ainsi que l'écrivent les responsables pédagogiques de l'université de Rennes⁷³². Bien que le ministère de la santé et des solidarités de l'époque ne parlent que d'« informations sur la contraception », le service sanitaire des étudiant-es est souvent voué à

731 « Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

- 1° Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;
- 2° Encadrement des stagiaires en formation ;
- 3° Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;
- 4° Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;
- 5° Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;
- 6° Éducation à la sexualité ;
- 7° Participation à des actions de santé publique ;
- 8° Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes. »

Décret n°2004-802- Art.R;4311-15 du Code de la santé publique.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913903/. [Consulté le 29/03/2022]

732 Cf. CHAPRON Anthony, METTEN Marie-Astrid, MAURY Arnaud, AL. « Service sanitaire des étudiants en santé : ancrer l'éducation pour la santé dans le cursus des étudiants ». *Santé Publique* n°33, 03/2021. pp. 407-413. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-3-page-407.htm>

remplacer le travail d'associations non gouvernementales (telles que le planning familial) concernant l'éducation à la vie affective et sexuelle⁷³³.

De par son lien avec la sexualité, le toucher s'inscrit donc dans les problématiques de santé sexuelle. En conséquence, tout-e professionnel-le de santé ayant recours à ce sens devrait, selon le Code de la santé publique, maîtriser les enjeux de la relation tactile. Comme l'exprime l'infirmière et sexologue Nadia Flicourt, membre de la chaire UNESCO « Santé sexuelle et droits humains », un-e membre du personnel soignant « se doit de traiter la dimension sexuelle dans le soin »⁷³⁴. Par extension, un-e membre du personnel soignant devrait savoir traiter la dimension sexuelle du toucher de soin. De fait, être en contact avec un corps, c'est toujours être en contact avec un « corps sexué »⁷³⁵. Un corps n'est jamais indifférent aux normes de genre et de sexualité. Au contraire, un corps est, pour reprendre la formule de Flicourt, le « support des expressions de la sexualité »⁷³⁶.

La normativité perceptive du toucher est alors relative à l'expression sexuelle du corps. Toutefois, il est important de parler de normativité plutôt que de normalité car, selon Flicourt, le principe de normalité est impossible dans le cadre de la sexualité humaine. Pour cette autrice, dès lors que les normes sexuelles deviennent des injonctions, c'est un droit humain qui est bafoué, c'est une liberté qui est entravée. Tenir compte de la charge sexuelle du toucher, ce n'est pas la même chose que reproduire ou

733 FLICOURT Nadia. « Intimité, toucher et posture professionnelle ». Communication donnée à l'occasion du colloque *Santé sexuelle et institutions* organisé par l'École Fribourgeoise du Travail Social (EFTS) et la chaire UNESCO « Santé Sexuelle & Droits Humains ». Fribourg, 06/09/2013. <http://06.cdoi.fr/assets/files/006/actujuris/Intimite-toucher-et-posture-professionnelle-fribourg.pdf>. [Consulté le 29/03/2022]

734 Ibid.

735 Par « corps sexué » j'entends le corps en tant qu'il est non seulement assigné à un sexe biologique (mâle/femelle), mais aussi façonné par les normes sexuelles qui sous-tendent la répartition des rôles sociaux. Cf. chap. 0, III-4-2.

736. FLICOURT Nadia. « Intimité, toucher et posture professionnelle ». art. Cit.

imposer cette même charge. Par exemple, je peux, en tant que praticienne de shiatsu, prendre en considération la plus grande difficulté des femmes à accepter d'être touchées en raison d'une prévalence très élevée de traumatismes liés à des agressions sexuelles. Pourtant, je ne peux pas en déduire une norme inaliénable telle que les femmes devraient être touchées d'une manière spécifique, ou touchées tout court, pour contourner ces normes et entrer dans une démarche thérapeutique.

En définitive, tenir compte de la charge sexuelle du toucher de soin, ce n'est pas réduire tous les corps à leur dimension sexuelle. C'est prendre en charge l'influence de cette dimension dans la relation de soin. Si tout corps est sexué dès la naissance du fait de l'assignation à un sexe biologique, tout corps n'est pas sexualisé en toute circonstance. Par exemple, il n'y a pas à proprement parler de charge sexuelle lorsqu'il s'agit de soigner des nourrisson-nes. Cette précaution est davantage valable lorsqu'il s'agit de toucher des adultes, ou du moins des individu-es dont l'identité ou le vécu ont été confronté-es au gouvernement des corps et des sexualités, donc confronté-es à des enjeux liés au genre.

Selon les sociologues et sociohistoriennes Tania Angeloff et Delphine Gardey, « le gouvernement des corps et des sexualités n'est en effet pas neutre du point de vue du genre mais contribue activement à définir l'objet de ses interventions et la charge asymétrique de l'incorporation des dispositifs médicaux et techniques »⁷³⁷. Cela signifie que l'intervention du toucher en contexte de soin, non seulement procède des normes de genre, mais participe de

737 ANGELOFF Tania, GARDEY Delphine. « Corps sous emprise. Biopolitique et sexualité au nord et au sud ». *Travail, genre et société*. n°34, 2015. pp. 31-38

plus à construire ces normes. Pour le dire autrement, le toucher de soin à la fois relève et produit du genre, dans la mesure où il est soumis à des enjeux de santé sexuelle.

III.3. Un exemple de toucher de soin informé par les enjeux de santé sexuelle

Pour comprendre d'une part comment le toucher de soin est traversé par des enjeux relatifs à la santé sexuelle, et, d'autre part comment la santé sexuelle donne toute sa consistance au toucher de soin, je propose de recourir à un exemple issu de la littérature scientifique.

Entre janvier 2008 et janvier 2010, une expérience interassociative parisienne, regroupant des associations de lutte contre le VIH/SIDA, des patient-es expert-es et des praticien-nes, a étudié les apports du toucher de soin auprès de personnes porteuses des virus VIH et VHC⁷³⁸. Des ateliers de pratique corporelle individuels ou collectifs utilisant la danse ou bien la méthode Feldenkrais ont été proposés à ces personnes. Pour reprendre les mots de la danseuse et praticienne Isabelle Ginot, « la méthode Feldenkrais est une pratique corporelle dite "somatique", ses praticiens la définissent comme éducative et non thérapeutique ; elle vise à l'amélioration de la posture et des coordinations dans le mouvement »⁷³⁹. À la fois observatrice et partie prenante

738 Le VIH est le virus d'immunodéficience humaine qui entraîne le développement du SIDA, lequel n'est que le quatrième stade de l'évolution de l'infection. Le VHC est le virus de l'hépatite C qui est une infection chronique du foie. Ces deux virus se transmettent par les voies sanguines et sexuelles.

739 GINOT Isabelle. « Écouter le toucher : des pratiques corporelles pour des personnes vivant avec le virus VIH – le récit d'une expérience ». *Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva – O*

de l'enquête, cette autrice en dresse un compte-rendu analytique dans un article publié en 2011. Dans ce texte, Ginot décrit comment des pratiques liées au toucher (soit à travers la proprioception pour la danse, soit à travers les gestes haptiques pour le Feldenkrais) permettent à une personne dont le corps est traversé de tabous et d'injonctions de se réapproprier sa maladie ainsi que la conscience de soi.

Au fondement de cette expérience, il y a la souffrance physique et sociale des corps dits « séropositifs ». Comme l'explique Ginot, les personnes touchées par les virus VIH et VHC entretiennent un rapport ambivalent à leur corps, et plus précisément à leurs souffrances. Ces dernières agissent comme des signaux et expriment tantôt le risque de la rechute, tantôt l'omniprésence de la douleur. Le vécu corporel est traversé par une réalité médicale envahissante, en plus d'être travaillé par un regard social stigmatisant. Ainsi que l'écrit Ginot, « la personne séropositive est prise dans une double contrainte : d'une part, être à l'écoute de son corps, c'est toujours écouter les signaux inquiétants susceptibles d'indiquer une déstabilisation de l'équilibre virus/traitement. À quel moment une sensation nouvelle doit-elle être interprétée comme un symptôme ? D'autre part, "trop s'écouter" peut conduire à se noyer dans un sentir inépuisablement douloureux et anxiogène. Dans cet arc entre deux menaces, s'absente le corps global, en qui s'incarne l'ensemble de nos expériences. S'absente parfois tout corps qui ne soit pas assigné à la pathologie. »⁷⁴⁰

Trabalho em Saúde. Tome 5, n°1, 2011. P. 257
740 Ibid. p. 263

Au terme de cette expérience, il y a une écoute renouvelée du corps souffrant. Autrement dit, il y a la possibilité d'accéder au vécu corporel, sans la crainte de la douleur ou l'inquiétude du symptôme. Dans les termes de Ginot, ce programme de pratiques corporelles a permis de contourner les interférences empêchant de parvenir à l'écoute de soi. Ces interférences proviennent d'abord de dérèglements biologiques, lesquels entraînent des douleurs posturales et organiques. Ensuite, elles sont dues à la surmédicalisation du corps séropositif : l'interprétation médicale règne en maîtresse et transforme les sensations en soupçons. Elles sont enfin le produit de conceptions tronquées du corps en général, et de représentations fallacieuses du corps séropositif en particulier. Ce corps est tabou, donc ce corps est mal connu ou mal compris. Ginot le résume de la manière suivante : « le corps séropositif est ainsi pétri du regard des autres, et le vécu des bouleversements corporels liés (ou attribués) à la pathologie n'est jamais indemne de cette stigmatisation »⁷⁴¹. En conséquence, pour les personnes touchées par les virus VIH ou VHC, le vécu subjectif du corps est entravé au niveau des percepts (ce que l'on peut percevoir), des concepts (les mots dont on dispose pour en parler) et des affects (les incidences émotionnelles auxquelles on s'expose) ; trois éléments constitutifs du concept de « corps sensible », tel que je l'ai défini précédemment.

C'est au moyen de mouvements articulaires, de techniques de visualisation interne, de contacts manuels et d'exercices sur la posture, que les pratiques somatiques procèdent à ce que Ginot appelle une « alphabétisation perceptive ». Cette dernière

741 Ibid. p. 268

consiste à « faire des distinctions de plus en plus fines dans la perception de son mouvement et de sa posture »⁷⁴².

L'alphabétisation perceptive travaille aussi à réconcilier deux notions centrales dans le champ des pratiques somatiques : le « schéma corporel »⁷⁴³ et « l'image du corps »⁷⁴⁴. Le premier représente la condition de possibilité de l'expérience corporelle, et désigne l'ensemble des perceptions non conscientes quoique nécessaires : l'équilibre postural, les mouvements respiratoires, etc. La seconde exprime la représentation qu'une personne se fait de son propre corps, et requiert une attention ainsi qu'une intention. Si le premier est parfois affecté par l'expérience de la maladie, c'est généralement la seconde qui en pâtit le plus – surtout lorsque la maladie est sociologiquement chargée, comme dans le cas du VIH. Or, comme le montre le compte-rendu de Ginot, les pratiques somatiques manuelles permettent de développer ou de déplacer la focale du vécu corporel. Plus précisément, elles permettent de développer

742 Ibid. p. 267

743 « Le schéma corporel réunit l'ensemble des fonctions qui permettent le maintien de la posture et l'ensemble des gestes que nous sommes capables d'effectuer sans avoir à y penser ; autrement dit, d'une part, toute l'activité antigravitaire qui, par exemple, nous permet d'assurer notre équilibre vertical alors même que nous saisissons des objets, déplaçons notre regard, etc. D'autre part, toutes les coordinations (ou automatismes acquis) qui nous permettent de marcher, nous déplacer, saisir, etc., sans jamais avoir besoin de penser à ce que nous faisons, voire même sans savoir que nous le faisons. Cette activité dite "prénoétique" (qui produit les conditions de notre conscience, alors même qu'elle n'y apparaît pas) a besoin d'être non-consciente : elle libère notre attention pour d'autres objets que nous-mêmes. ». Ibid. pp. 266-267

744 « "L'image du corps" concerne un autre registre de notre expérience, distinct, quoique interdépendant du schéma corporel : image, ici, est à comprendre non pas au sens visuel mais au sens plus général de "représentation" (qui peut être visuelle comme auditive, kinesthésique, etc., mais surtout proprioceptive). Il s'agit de l'ensemble des registres ou fonctions où notre attention est intentionnellement tournée vers notre propre corps. On distinguera trois niveaux de l'image du corps : les concepts (savoirs, mythologies, croyances, quant à notre propre corps), les percepts, soit les perceptions intentionnelles de notre propre corps (chaque fois que nous faisons explicitement attention à notre corps ou à une de ses parties), et les affects (ce que nous ressentons quant à notre corps). ». Ibid. pp. 266-267

une normativité perceptive individuelle, c'est-à-dire une faculté à sentir ou ressentir son corps selon ses propres capacités, et d'après un processus fortement orienté vers les expériences somesthésiques.

Pour rendre compte de ce processus, Ginot propose un récit de cas, intitulé « les leçons de Xavier ». Xavier souffre de douleurs intenses dans la zone sacro-iliaque (jonction entre le bas de la colonne vertébrale et de l'arrière du bassin), au point de ne pas réussir à dormir la nuit. En raison des traitements visant à stabiliser l'évolution du VIH, il ne peut pas prendre d'antalgiques. Au début des soins de Feldenkrais, Xavier ne parvient pas à relâcher ses articulations, tant son corps est traversé par des douleurs et des enjeux qui dépassent son seul vécu. Ainsi que l'écrit Ginot, « le corps de Xavier est un corps de molécules chimiques et de traces virales ; fait de lésions potentielles (si les examens n'en révèlent aucune, la quête demeure), d'organes en souffrance (reflux gastriques) ; de graisses mal métabolisées qui migrent des tissus musculaires (où elles manquent désormais) aux tissus organiques, dont elles gênent le bon fonctionnement ; un corps digestif, dont il a appris à contrôler les troubles ; un corps nerveux, aussi, où les neuropathies sont tenues à distance. Un autre corps de Xavier est un corps collectif : s'il ne souffre pas de tous ces symptômes, ou si certains sont peu gênants pour lui, il est engagé dans la lutte contre le VIH, et il souffre aussi des symptômes des autres »⁷⁴⁵.

Après une dizaine de séances, la douleur de Xavier n'est plus un simple « phénomène en attente de nomination », qui l'amène à bloquer les mouvements corporels internes. Il parvient à laisser le mouvement se produire et, ce faisant, à

745 Ibid.

permettre à sa respiration de se réorganiser, à ses côtes de s'ouvrir, etc. Xavier éprouve un soulagement que le vocabulaire médical ne réussit pas vraiment à nommer, mais dont les conséquences ont du sens autant sur sa vie personnelle que sur son implication militante. Comme l'explique Ginot, « l'intercesseur entre ces deux modes de présence sera l'acteur associatif, engagé pour lui-même et pour les autres : Xavier possède une grande connaissance du mouvement des patients, de son histoire collective et de la force qu'il a donnée aux individus qui y ont participé, et il a une conscience remarquable des imbrications de cette histoire collective avec son expérience singulière »⁷⁴⁶.

746 Je tiens à citer l'exemple de Xavier dans sa totalité, car le récit qu'en fait Ginot est très détaillé et percutant :

« Xavier souffre d'une douleur sacro-iliaque vive, qui le tient éveillé la nuit depuis des mois, et qui l'amène aux séances individuelles [...]. Tous les examens sont négatifs : pas de neuropathie déclarée, pas d'arthrose, pas de lésion d'aucun ordre. Le symptôme n'évoque rien qui soit lié au VIH. Par contre les traitements contre le VIH lui interdisent la prise d'anti-douleurs. "À votre âge, c'est bien normal d'avoir quelques douleurs", disent les médecins. Au début et à la fin de chaque séance, comme un mantra, il m'interroge : "penses-tu que c'est une arthrose ? Et si ce n'est pas une arthrose, qu'est-ce que c'est ?" Dans le cadre de notre projet j'accueille en principe chaque personne pour cinq séances individuelles maximum. Nous en ferons plus de dix, car la douleur de Xavier résiste. Xavier est aussi engagé dans une association de lutte contre le VIH, et c'est à ce titre, autant que pour sa douleur, qu'il vient à ces séances. Son expérience et ses savoirs dans ce domaine sont immenses ; si en Feldenkrais, nous parlons de "leçons", car notre travail relève d'une éducation au mouvement et non d'une pratique thérapeutique, j'ai senti très vite que Xavier avait beaucoup à m'apprendre.

À chaque séance, il me fait le compte-rendu de ses nouveaux examens – liés à cette douleur, ou au suivi régulier du VIH, actuellement bien stabilisé. Diagnostics, molécules, termes médicaux s'accumulent. Mon attention se laisse happer par ces savoirs nouveaux que je n'ai pas et qu'il m'importe d'acquérir, et je fais un effort pour ne pas écouter le flux du vocabulaire médical et pharmaceutique. Je traque dans sa parole les traces de mouvements, de gestes, de désirs, d'action, voire d'expériences de plaisir. Mais le corps de Xavier est un corps de molécules chimiques et de traces virales ; fait de lésions potentielles (si les examens n'en révèlent aucune, la quête demeure), d'organes en souffrance (reflux gastriques) ; de graisses mal métabolisées qui migrent des tissus musculaires (où elles manquent désormais) aux tissus organiques, dont elles gênent le bon fonctionnement ; un corps digestif, dont il a appris à contrôler les troubles ; un corps nerveux, aussi, où les neuropathies sont tenues à distance. Un autre corps de Xavier est un corps collectif : s'il ne souffre pas de tous ces symptômes, ou si certains sont peu gênants pour lui, il est engagé dans la lutte contre le VIH, et il souffre aussi des symptômes des autres. C'est pour cela qu'il est là : pour soutenir le travail de

En conclusion, « les leçons de Xavier » mettent nettement en évidence la manière dont le toucher de soin peut participer à l'appropriation du corps sensible par les personnes malades. En réconciliant le schéma corporel et l'image du corps, en créant du mouvement là où il n'y a d'ordinaire que des blocages, et en légitimant l'histoire collective qui sous-tend le corps, le toucher de soin tel qu'il est pratiqué par Ginot favorise l'instauration d'une normativité perceptive individuelle. Tandis que la démarche

l'association dont je fais partie, et pour comprendre ce que ce travail peut apporter aux autres séropositifs. Paradoxalement, je ne suis pas sûre qu'il serait venu à ces séances individuelles gratuites, s'il n'avait été motivé que par son propre confort.

Pour Xavier, une douleur est un phénomène en attente de nomination (un diagnostic, une cause objective, c'est-à-dire une lésion) ; la nomination est la condition à un traitement. Cette attente se heurte à mon propre point de vue (favorisé avec lui par la garantie que, en effet, il n'y a pas de lésion), qui propose une éducation au mouvement, une lecture globale de son mode d'action qui ne s'arrête pas sur sa douleur locale, et une hypothèse qui peut sembler assez floue : s'il transforme sa façon globale de bouger, quelque chose pourra changer au niveau de la zone douloureuse. Le corps qu'il connaît est presque "en premier lieu" le corps des chiffres et des examens médicaux. C'est un corps "prouvable".

Xavier est allongé sur la table, sur le côté, soutenu par divers supports pour qu'il puisse en toute sécurité relâcher l'activité antigravitaire – un relâchement que nous sommes loin d'avoir trouvé pour l'instant. Je suggère un mouvement à son épaule, mouvement qui pourrait se prolonger en une rotation du buste vers l'arrière. J'écoute la réponse des tissus, qui s'opposent à mon mouvement dès le début. Résistance serrée. Je répète plusieurs fois ce même début de mouvement en changeant légèrement la direction. Pour la première fois, un changement se produit : une petite impulsion vers l'épaule se transmet largement jusqu'au bassin ; les côtes s'ouvrent, le dos amorce une courbe extensive, la respiration se réorganise. Pour moi, le changement s'exprime ainsi :

Xavier a laissé se produire un mouvement qu'auparavant il rendait impossible, sans le savoir. Xavier vient de "cesser d'arrêter" le mouvement. Quelque chose est en train de changer. J'attends, Xavier ne parle pas. Peut-être dort-il ? "C'est très bizarre, ça me fait comme une anesthésie, dit-il". Je m'inquiète silencieusement – aurais-je mis au jour quelque chose comme une neuropathie ? Je lui demande prudemment de préciser. "Je ne sens plus rien, de là à là – et il montre une vaste part de lui même, de la jambe à l'épaule". "C'est agréable, ou désagréable ?" "C'est difficile à dire, je ne sens plus rien..." Il faudra plusieurs reformulations pour que je sois certaine qu'il éprouve bien un soulagement de la douleur et non pas un symptôme neurologique nouveau. [...]

Il faudra encore plusieurs séances pour que Xavier reconnaisse que ces sensations "étranges", que le discours médical ne peut nommer ("la santé, c'est le silence des organes") ont une existence. Il faudra plusieurs semaines pour qu'il "pense" à me signaler qu'il ne prend plus de somnifères. Il les a remplacés par quelques pratiques respiratoires et des étirements qu'il a

du kinésithérapeute Arnaud Choplin se concentrait sur la normativité perceptive des soignant-es, l'expérience de Ginot s'intéresse à celle des soigné-es – ce qui est suffisamment original pour être souligné.

Ces leçons mettent également en exergue les enjeux relatifs à la santé sexuelle, quoique de façon plus discrète. Parce que le corps de Xavier est traversé et façonné par les tabous liés à la séropositivité, il fait l'objet d'exclusions et de stéréotypes. Ce corps doit surmonter, d'un côté, le stigmate individuel de la déviance – la déviance s'appliquant à tout comportement sexuel jugé anormal, malsain, irrégulier, etc. D'un autre côté, ce corps doit affronter le stigmate collectif de la lutte contre le VIH/VHC – une lutte qui s'appuie sur une stratégie d'opposition au « politiquement correct » en matière de sexualité⁷⁴⁷. Une lutte qui vise aussi à rappeler que le VIH et le VHC ne se transmettent pas uniquement par la voie sexuelle ; même si les personnes concernées par ce cas étaient moins impliquées dans les mouvements associatifs. En outre, Xavier se fait « intercesseur » (c'est-à-dire à la fois porte-parole et acteur) des personnes

repérés comme bienfaisants, dans nos séances et dans celles qu'il suit chez un kinésithérapeute ayant des pratiques également "douces". Le corps du discours médical a un vocabulaire, il a un nom, des mots qui lui donnent une existence. Il n'y a pas eu de diagnostic, pas de traitement ; comment nommer, dès lors, l'expérience qui émerge, et qui n'apparaît pas encore tout à fait comme un soulagement ? L'intercesseur entre ces deux modes de présence sera l'acteur associatif, engagé pour lui-même et pour les autres : Xavier possède une grande connaissance du mouvement des patients, de son histoire collective et de la force qu'il a donnée aux individus qui y ont participé, et il a une conscience remarquable des imbrications de cette histoire collective avec son expérience singulière. Il ne tarde pas à sentir finement les parallèles entre ce registre de son expérience et celui qu'invoquent nos leçons, et il sera le premier à me les faire comprendre. » Ibid. pp. 264-26

747 Comme l'explique Geneviève Paicheler, l'association Act Up a prôné, dans les années 1990, l'usage d'un langage « direct » et « cru » sur la sexualité, à rebours des discours « pudibonds » et « criminels » des pouvoirs publics. Pour parler des situations à risque, il faut aborder sans détour les diverses pratiques sexuelles : multipartenariat, homosexualité, bisexualité, etc. PAICHELER Geneviève. « Les associations de lutte contre le sida et la communication publique : une influence minoritaire ». *Hermès, La Revue*. N°41, 01/2005. Pp. 103-109

séropositives et de leur histoire collective. Or, l'histoire du VIH/SIDA étant elle-même fortement intriquée à des problèmes de santé sexuelle, les corps porteurs des virus VIH et VHC le sont également. Particulièrement lorsque ces corps sont douloureux et marqués par la maladie. De sorte que toute forme d'intimité corporelle (quand bien même serait-elle thérapeutique) expose ces corps à la discrimination ou à la souffrance.

Conclusion du chapitre

Construire une définition féministe du toucher de soin ne pouvait se faire qu'en reprenant la notion de corps sensible. Celle-ci contient en effet des éléments compatibles avec une définition féministe des soins, à savoir l'intérêt porté au corps, aux affects, au contexte social, etc. D'une certaine manière, le toucher de soin est une application de l'épistémologie du corps sensible en contexte thérapeutique. Si ce chapitre ne suffit pas à établir une caractérisation féministe des soins, il en présente quelques fondements par le biais du concept de toucher de soin.

Pour reprendre les grandes lignes de ce travail de conceptualisation, je rappelle que le toucher de soin concerne aussi bien le diagnostic que le traitement. De plus, il repose sur une approche holistique – laquelle permet de prendre en considération, non seulement la réalité technique du soin, mais aussi ses conséquences affectives sur les soigné-es aussi bien que sur les soignant-es. De sorte que le toucher de soin met en évidence la réciprocité de l'acte thérapeutique. À la réciprocité, s'ajoute l'intersubjectivité. Selon Ginot, « ce travail passant par le toucher, souvent décrit dans les textes professionnels sur un mode technique, ne saurait se comprendre en dehors d'une pensée de l'intersubjectivité qui est ici une intercorporéité, une inter-pondéralité, une co-spatialité, une musicalité commune »⁷⁴⁸. À l'intersubjectivité, s'ajoute la

748 GINOT Isabelle. « Écouter le toucher : des pratiques corporelles pour des personnes vivant avec le virus VIH – le récit d'une expérience ». art. Cit. p. 269

contextualité. Tous les touchers exercés dans un cadre thérapeutique ne sont pas des touchers de soin. Inversement, tous les touchers de soin ne sont pas présentés dans ce chapitre. L'enjeu n'était pas tant de faire une liste exhaustive que de puiser dans certains exemples pour construire une définition du toucher de soin soucieuse de l'ancrage social de celui-ci.

D'une part, le toucher de soin est une écoute globale. Bien que je préfère l'idée de totalité à celle de globalité, je décide de l'utiliser malgré tout, parce qu'elle fait consensus dans les études sur le toucher, et parce qu'elle peut être utilisée en dehors d'une conception individualiste des soins. Penser le toucher comme écoute globale, c'est développer une perception somesthésique du corps. Autrement dit, c'est convoquer un large spectre de percepts, au-delà des seuls *tangibilia*. « Il s'agit en quelque sorte d'écouter globalement tout ce qui présente quelque chose du geste et du sentir de la personne », pour reprendre les mots de Ginot⁷⁴⁹.

D'autre part, le toucher de soin est une écoute projective, c'est-à-dire qu'il assume le rôle de l'intersubjectivité dans la relation de soin. Cette intersubjectivité se joue à plusieurs niveaux. Premièrement, elle désigne la manière dont l'ensemble des acteurs-rices du soin sont affecté-es par ce même soin. Deuxièmement, elle évoque le rôle des représentations collectives rendant possible la communication thérapeutique ou, a minima, la communauté expérientielle. Troisièmement, elle souligne l'importance de la position, notamment sociale, des acteurs-rices du soin ; et plus particulièrement de

749 Ibid.

l'influence de l'interprétation des soignant-es sur celles des soigné-es. Ginot l'exprime de la manière suivante : « ces gestes de l'autre que je prétends écouter, percevoir, comprendre, ne me parviennent jamais qu'entrelacés à mon propre geste et mon propre sentir. En formulant une écoute "tendue" vers le geste de l'autre, j'invente ce geste autant que je le perçois »⁷⁵⁰. Cette idée d'« écoute tendue » fait écho au paradigme du Sensible tel qu'il a été présenté dans le précédent chapitre. Plus encore, cette idée exprime en des termes imagés ce qu'il y a derrière la notion de normativité perceptive : la construction sociale et individuelle de l'expérience perceptive.

Le caractère intersubjectif du toucher de soin, lui-même fondé sur l'aspect global et projectif de cette expérience, constitue, dans les termes de Ginot, un « chiasme sensoriel ». Cette expression n'est pas sans rappeler le point de départ de mon travail, à savoir le chiasme philosophique autour du sens du toucher. Pour rappel, la tradition condillacienne insiste sur la rupture de l'expérience du soi intérieur, pour arriver à une conscience du monde extérieur, tandis que l'école merleau-pontienne écarte le hiatus qui préside à l'expérience de la relation, pour prôner une connexion entre les êtres.

Au moyen d'une enquête épistémologique, j'ai voulu surmonter le diallèle dans lequel évolue ce chiasme. À présent, je désire m'en ressaisir, peut-être pour mieux le subvertir. Ici, la formule de « chiasme sensoriel » met l'accent sur la dimension plurisensorielle de l'expérience thérapeutique. Cette plurisensorialité s'exerce au niveau du vécu corporel, mais aussi au niveau du langage. En effet, il

750 Ibid.

est question d'écoute, alors que le sujet est le toucher. Elle met également en avant la place de l'activité ainsi que de la plasticité au cœur de la relation de soin. D'après Ginot, « la notion d'écoute ne peut être pensée que comme chiasmatisque et multiplement réversible : tandis que mon écoute du geste de l'autre est constamment doublée et mêlée à l'écoute de mon propre geste, celle-ci se pose en intermédiaire vers l'écoute de l'autre vers lui-même. Et ces mouvements d'attention ne sauraient se définir comme simples "réceptions" du geste de l'autre ou de soi, ils sont à la fois écoute et énonciation des gestes de soi et de l'autre [...] »⁷⁵¹.

La formule de « chiasme sensoriel » laisse également entendre que les sensations éprouvées à l'occasion du toucher de soin ne coïncident pas avec les intentions thérapeutiques. Cela provient, selon moi, des normes et des représentations qui entourent le sens du toucher en général, et l'usage de ce sens en contexte thérapeutique en particulier. Le toucher de soin semble être travaillé par des tensions, dans la mesure où il est suspendu entre prescriptions et interdictions. Plus précisément, le toucher de soin paraît façonné par le tabou de la sexualité.

Lorsque le toucher est voué à soigner, donc à faire du bien, il cède d'autant plus à la charge sexuelle qui lui est attribuée. De ce fait, une définition féministe du toucher de soin ne peut faire l'économie d'une analyse de la dimension normative du geste thérapeutique. Or, la normativité en question s'avère reliée à la sexualité, entendue comme sphère du comportement humain et pas seulement comme stimulation génitale. De ce fait, elle soulève des problèmes relatifs à la

751 Ibid. p. 286

santé sexuelle. D'où l'importance d'ajouter cette grille de lecture à la notion de toucher de soin.

Chapitre 5 : Pour une critique située du toucher de soin

Introduction du chapitre

Dans le chapitre précédent, j'ai montré que le toucher de soin procède, à l'instar de la santé, d'une démarche normative. Cela signifie que le toucher comme la santé ne reposent pas sur des valeurs universelles, si tant est que de telles valeurs existent. De fait, la normativité perceptive du toucher de soin est fonction aussi bien des trajectoires individuelles que des représentations sociales. Or, les représentations sociales du toucher sont particulièrement investies par le registre de la sexualité. En conséquence, s'intéresser à la charge sexuelle du toucher, c'est automatiquement questionner le genre et, plus précisément, questionner l'impact du genre dans le rapport au plaisir, à la douleur et à l'intimité. Et questionner le genre, c'est généralement s'adonner à une critique féministe des mécanismes sociaux, ainsi que le défendent les théoriciennes du *standpoint* ou des savoirs situés. D'où l'intérêt d'examiner la manière dont les rapports de pouvoir sous-tendent, voire façonnent, le concept de toucher de soin.

Ici, la critique s'entend davantage au sens épistémologique que philosophique du terme. Il est moins question de définir un concept, que de le mettre à l'épreuve de la réalité. Par « critique épistémologique », j'entends à la fois une démarche empirique, en l'occurrence la confrontation à l'expérience, et une attention politique, dans la mesure où cette expérience est elle-même inscrite dans des rapports sociaux de pouvoir. On retrouve le geste de l'épistémologie critique telle qu'elle a été définie dans les chapitres précédents. Dans ce chapitre, je tiens en effet à confronter le concept de toucher de soin à l'expérience. La critique située consiste donc à effectuer un examen épistémologique d'une notion philosophique. Pour ce faire, je choisis de me concentrer

sur trois axes, qui s'appuient eux-mêmes sur trois conceptions possibles de la critique située.

D'abord, une critique située soucieuse de l'expérience vécue en première personne, et, par extension, de l'expérience concrète que l'on peut faire des concepts théoriques. Ensuite, une critique située ancrée dans un contexte socioculturel donné, afin de ne pas produire des concepts hors sol et loin des pratiques réelles. Enfin, une critique située nourrie de mon expérience personnelle de femme aveugle consciente des biais subjectifs qui me traversent, mais aussi de la manière dont ces biais peuvent enrichir la compréhension générale du toucher de soin. En résumé, il s'agit d'étudier comment les différents rapports de domination façonnent le toucher de soin selon une triple perspective : celle de l'expérience, celle du consentement et celle du handicap.

Dans la continuité du précédent chapitre, j'espère poser les jalons d'une définition féministe des soins. C'est pourquoi j'utilise des éléments fondamentaux des théories féministes, tout en souhaitant en montrer les insuffisances ou les contradictions. Dans la première partie, ce sera la centralité de l'expérience dans le processus de conscientisation féministe qui sera mise en question. Si le vécu en première personne est un point de départ et de convergence pour la lutte politique, que faire des situations où il n'y a pas d'expérience ? Aussi paradoxale que puisse paraître cette question, elle reflète une réalité médicale et ce, particulièrement en présence de dominations systémiques.

Dans la deuxième partie, ce sera au tour du consentement d'être interrogé. C'est un scandale médical concernant des touchers intimes sur patientes endormies qui m'a amenée à étudier le toucher de soin et, plus précisément, à mobiliser une grille de lecture féministes pour mener à bien cette enquête. Compte tenu de la dimension intime et de la possible charge sexuelle de l'expérience tactile, il me semble

indispensable de questionner la place et la formulation du consentement au sein des situations médicales qui ont recours à ce type de relation. À cet égard, j'é mets l'hypothèse suivante : plus le consentement est absent, plus on s'éloigne du toucher de soin. Plus précisément, plus on est face à des touchers problématiques, moins on est dans la relation thérapeutique.

La troisième partie cherchera à mettre en œuvre l'objectivité forte de Sandra Harding, dans la mesure où elle revendiquera les apports de mes propres biais subjectifs au sein de la démarche de théorisation. Je pars de l'hypothèse que mon expérience de femme aveugle et praticienne de shiatsu a quelque chose à apporter au concept de toucher de soin. Soit pour dénoncer les clichés attribués au toucher des personnes aveugles. Soit pour montrer comment le handicap peut bousculer les paradigmes en vigueur.

I. L'expérience de la maladie : une réalité paradoxale

Dans cette partie, je proposerai une application des théories féministes à un problème majeur de l'épistémologie de la santé, à savoir la manière dont est pensée l'expérience intime du corps et, par extension, le vécu subjectif de la maladie. Par suite, j'explorerai le rôle du toucher de soin dans la résolution de ce problème, en insistant sur les liens entre expérience du toucher et conscience de soi. Le but est de problématiser la place de l'expérience dans une définition féministe des soins⁷⁵².

752 Cette partie est largement issue d'un article publié en 2020 dans la revue *Nouvelles questions féministes*. Cf. CHOULET-VALLET Anaïs. « Remédier au paradoxe de l'expérience corporelle au moyen d'une épistémologie du point de contact ». *Nouvelles Questions Féministes*. vol. 39 n°1, 2020. pp. 33-49

Si la médecine s'est dotée de techniques ou spécialités pour prendre en charge la santé des femmes (IVG, contraception, gynécologie, etc.) qui ont eu des avantages significatifs en termes d'espérance de vie et de liberté reproductive (baisse de la mortalité lors des accouchements, diminution des risques infectieux voire létaux durant des avortements clandestins, etc.), cela n'a pas été uniquement bénéfique pour la condition féminine. Cela a parfois engendré des violences, en termes d'emprise ou d'essentialisation. L'institution médicale s'est transformée, passant du registre de l'indifférence à celui du contrôle, transformant ainsi le type de coercition exercée sur les corps des femmes. Elle a acquis de nouvelles compétences, confisquant au passage certains savoir-faire jusqu'alors développés dans un contexte non conventionnel.

Cette évolution, en plus d'avoir pu générer de nouvelles formes de domination, n'a pas toujours été accompagnée d'une identification des problèmes systémiques et de leurs conséquences subjectives. Elle n'a pas permis de répondre à l'un des problèmes fondamentaux dans le champ de la santé des femmes : l'impossibilité d'identifier les manifestations corporelles, ou plutôt l'absence de manifestations, de certaines dominations structurelles. Qu'il s'agisse d'une absence de considération ou d'une surmédicalisation des corps féminins, l'expérience corporelle et intime est dédaignée, voire inexistante.

L'expérience corporelle des femmes est loin d'être uniforme, d'une part, tant elle est fonction de la variété des contextes socioculturels⁷⁵³. D'autre part, elle est loin d'être saisissable, tant les mécanismes de domination patriarcale rendent l'accès à cette expérience difficile et incertaine. De fait, la domination patriarcale repose sur des stratégies coercitives à l'endroit des corps et réduit la possibilité même d'accéder à l'expérience corporelle, donc de la revendiquer. C'est ce que la psychologie féministe a

753 Au sujet de la variété des expériences des femmes, Cf. DAVIS Angela (Trad. TAFFIN Dominique, collectif Des femmes). *Femmes, race et classe*. Paris : Des femmes, 1983

montré par le biais des notions d'objectification et d'auto-objectification sexuelle. Les mécanismes d'objectification et d'auto-objectification des corps féminins restreignent la capacité à percevoir son propre corps et engendrent dès lors une diminution du vécu subjectif. Plus précisément, les mécanismes d'objectification sexuelle (aussi bien au sens de sexuation que de sexualisation des corps) entraînent une diminution des perceptions corporelles dans leur ensemble (faim, désir, douleur, etc.)⁷⁵⁴ – perceptions aujourd'hui regroupées sous le vocable d'« intéroception »⁷⁵⁵.

Ce déficit intéroceptif rend délicates aussi bien l'entreprise nosographique (la classification des maladies) et diagnostique, que la pratique thérapeutique (le traitement des maladies). Il est complexe de nommer une maladie en l'absence de catégories médicales appropriées, et de la diagnostiquer pour la traiter lorsqu'il n'y a pas de symptômes apparents. Il semble alors paradoxal, voire inconcevable, de définir l'expérience comme une source de réflexion ou de lutte. Comment fonder la critique et les luttes féministes sur l'expérience corporelle, puisque le recours à celle-ci présuppose déjà non seulement la capacité à communiquer son vécu, mais surtout la possibilité de disposer d'un tel vécu ?

Dans cette partie, je désire examiner ce paradoxe sous un angle à la fois théorique et pratique. Concrètement, je tente d'effectuer, d'une part, la généalogie du vécu corporel des femmes et des minorités de genre, et, d'autre part, la présentation de pistes de réappropriation de ce vécu, dans une perspective toute à la fois philosophique, épistémologique et éthique. L'enjeu est de construire une conscientisation sans vécu, ou

754 FREDRICKSON Barbara, ROBERTS Tomi-Ann. « Objectification theory : Toward understanding women's lived experiences and mental health risks ». *Psychology of Women Quarterly*. N°21, 1997. Pp. 173-206

755 Cf. CEUNEN Erik, VLAEYEN Johan W. S., VAN DIEST Ilse. « On the origin of interoception ». *Frontiers in psychology*. Vol. 743 n°7, 2016. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2016.00743/full>.

avec un vécu amputé. En d'autres termes, l'enjeu est de prendre conscience du caractère problématique de cette absence de vécu, puis de proposer des pistes de remédiation. Car, loin d'être une fatalité, les troubles de l'intéroception ne sont pas irréversibles, dès lors qu'ils sont mis en perspective avec une critique politique, et qu'ils sont pris en charge par des techniques somatiques appropriées.

I.1. Quand l'expérience de la maladie ne permet pas aux femmes de problématiser leur oppression

Dans le domaine de la santé, des paradoxes surgissent dès qu'il est question du statut et du pouvoir de l'expérience des femmes et des minorités de genre. Cette dernière n'est ni si évidente, ni si accessible que ce que la critique féministe tend à laisser croire. D'où les questions suivantes. Comment la médecine se positionne-t-elle à l'égard de l'expérience ? Comment analyse-t-elle les problèmes concernant l'expérience des femmes et des minorités de genre ? Cette problématique de l'expérience des femmes et des minorités de genre ne semble pas non plus prise en charge par l'épistémologie de la santé traditionnelle. Si la pensée canguilhemienne propose quelques notions fort utiles pour résoudre ce problème, elle demeure néanmoins limitée par certains impensés.

Comme évoqué au premier chapitre, il existe différents modèles épistémologiques pour penser la maladie. Pour ma part, je me réfère au modèle subjectiviste et épistémologique tel qu'il a été défini, entre autres, par Canguilhem. Parmi les divers concepts disponibles au sein de ce modèle théorique, je m'intéresse particulièrement à celui de « vécu de conscience »⁷⁵⁶. Ce concept rend compte de la double dimension de la

756 Cf. CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF, 2011/1966

maladie : la dimension subjective – à travers l'expérience de la souffrance – et la dimension objective – à travers l'expérience de l'incapacité. Le « vécu de conscience » conditionne l'adaptabilité des individu-es, car il mesure la manière dont les malades s'approprient leur maladie et la façon dont il est possible de composer avec elle.

Cependant, la conception canguilhémienne de la maladie reste trop tributaire de la notion d'expérience ou, plus précisément, d'une définition erronée de l'expérience. Certes, Canguilhem met l'accent sur l'expérience intime de la maladie, bien que cette intimité soit conditionnée par un ancrage social et par une réalité biologique. Cette approche a le mérite de s'extraire du paradigme objectiviste de la science médicale, qui tend à définir les maladies comme des phénomènes existant en eux-mêmes et indépendants de leur contexte d'apparition. Cependant, elle présuppose un accès à l'expérience individuelle de la maladie. De ce fait, elle fait la part belle au vécu de la maladie et converge ainsi avec l'une des ambitions de la critique féministe, qui consiste à construire le discours à partir de la réalité matérielle des femmes et des minorités de genre. Mais elle ne permet pas de penser l'une des conséquences de la domination patriarcale, à savoir l'impossibilité d'accéder aux perceptions corporelles internes.

Disposer d'une expérience intime de sa maladie, c'est déjà un avantage. La pensée canguilhémienne reste parasitée par une définition fallacieusement neutre du corps. Or, comme l'écrit la philosophe Iris Marion Young, « l'existence féminine n'entre que rarement en rapport corporel avec ses propres possibilités ; son comportement dans son milieu n'est que rarement le rayonnement d'un "je peux" sûr de soi et sans ambiguïté »⁷⁵⁷.

Dans ce cas, jouir d'un vécu subjectif de son corps, c'est déjà une forme de résistance. Grâce aux épistémologies féministes, on peut donc rendre Canguilhem plus

757 YOUNG Iris Marion. « Lancer comme une fille. Une phénoménologie de la motilité, de la spatialité et du comportement corporel féminins ». *Symposium*. Vol. 21 n°2, 2017. P. 31

canguilhémien qu'il ne l'est et ce, en redonnant une centralité au concept de résistance ; lequel imprègne la pensée de cet auteur. Comme l'écrit le philosophe Alexandre Klein, « dans ses deux attitudes distinctes, mais intimement reliées que sont son existence sociale et son existence biologique, le sujet humain n'existe et ne se qualifie, pour Canguilhem, que parce qu'il résiste, que parce qu'il travaille à perpétuer sa normativité vitale tant face aux événements naturels qui peuvent l'entraver que face au processus de normalisation sociale qui tend à l'atténuer »⁷⁵⁸.

Pour Canguilhem, vivre c'est résister. Cela signifie que la vie est un processus constant de tension et d'adaptation. Ceci vaut aussi bien au niveau biologique qu'au niveau social. Cependant, cet auteur n'a pas pris en compte les différentes formes de tension qui traversent l'expérience des femmes et des minorités de genre, de même que l'expérience des populations opprimées en général. C'est pourquoi les luttes féministes ont quelque chose à nous apprendre sur la manière de penser et de prendre en charge cette tension. Grâce aux théories féministes, on peut dire que ressentir, c'est déjà résister. En somme, le vécu de conscience de la maladie n'est pas universellement partagé.

I.2. Quand l'expérience des femmes est limitée par l'objectification sexuelle et sexuée

En un certain sens, les théories féministes permettent de comprendre les conséquences corporelles de la discrimination. Elles offrent un cadre à la fois épistémologique et politique pour analyser la manière dont le vécu de conscience de son propre corps est socialement construit. En d'autres termes, elles suggèrent, à l'instar de la philosophe Marie Garrau, de conceptualiser les « effets subjectifs » de la domination

758 KLEIN Alexandre. « En soi, résister ne dit rien de ce au nom de quoi on résiste ». *Carnet Hypothèses Espaces Réflexifs*. 2017. <https://reflexivites.hypotheses.org/8435>

dans le corps⁷⁵⁹. Pour comprendre les effets subjectifs de la domination, je procéderai en trois temps. Premièrement, je définirai l'objectification sexuelle et sexuée. Deuxièmement, je décrirai les troubles de l'intéroception. Troisièmement, je rappellerai le rôle du visiocentrisme dans ce processus oppressif.

I.2.1. Définir l'objectification sexuelle et sexuée

L'expérience corporelle des femmes et des minorités de genre est traversée par des mécanismes d'objectification sexuelle et sexuée. Ces mécanismes portent atteinte à l'intégrité des corps des femmes et des minorités de genre, dans la mesure où ils impliquent une dénégation du sujet incarné dans ce corps. L'objectification sexuelle et sexuée opère non seulement dans la sphère de la sexualité, mais aussi au niveau plus général de l'identité. Elle participe de la sexuation (l'assignation à un sexe et, par suite, à un rôle social), aussi bien que de la sexualisation (la relégation au statut d'objet sexuel) du corps vécu ou perçu comme féminin. Elle consiste à soumettre ce dernier à des normes, en l'enchaînant par exemple à des canons de beauté rigides.

L'objectification sexuelle vient également réifier les existences individuelles, en leur ôtant leur valeur subjective. De sorte que les personnes discriminées en raison de leur genre sont impliquées dans une dialectique sujet-objet malgré elles : elles subissent une tension permanente entre l'affirmation de soi en tant que sujet et la perception des autres en tant qu'objet⁷⁶⁰. Elles peuvent difficilement échapper à ces mécanismes structurels, quel que soit leur engagement à l'échelle individuelle ou leur situation sur le plan socio-économique. Pour reprendre les mots de la philosophe Geneviève Fraisse,

759 Cf. GARRAU Marie. *Politiques de la vulnérabilité*. Paris : CNRS éditions, 2018 ; GARRAU Marie. « Penser l'oppression et ses effets subjectifs. Remarques à partir d'un texte de Nicole-Claude Mathieu ». Conférence donnée dans le cadre du séminaire *Genre et politique* du laboratoire Triangle. Lyon, 2018

760 Cf. BEAUVOIR Simone de. *Le deuxième sexe. Tome 2 : L'expérience vécue*. Paris : Gallimard, 1949

« objet de désir, objet d'échange, la femme reste tout cela indépendamment de tout régime politique. Il est imaginable par conséquent que l'affirmation du sujet n'entraîne pas la subversion de la place d'objet »⁷⁶¹.

Les philosophes Martha Nussbaum⁷⁶² et Rae Langton⁷⁶³ ont délimité dix critères pour décrire le phénomène d'objectification sexuelle : 1. l'instrumentalisation, 2. le déni d'autonomie, 3. le déni d'agentivité ou la passivité, 4. l'interchangeabilité, 5. le déni d'intégrité ou la violabilité, 6. l'appropriabilité, 7. le déni de subjectivité, 8. la réduction à des parties du corps ou la fragmentation, 9. la réduction à l'apparence, 10. La réduction au silence. Ces dix critères montrent combien les conceptions dominantes ont une perception réductrice du corps et rejettent l'expérience corporelle dans toute sa complexité. Toutefois, ces critères ne s'affranchissent pas totalement de la perception dominante, dans la mesure où ils mettent encore l'accent sur l'apparence physique, c'est-à-dire sur ce qui est visible.

Si la subjectivité des personnes assignées à la catégorie « femme » est déconsidérée, alors la dissolution de leur vécu subjectif paraît inévitable. De fait, l'objectification sexuelle altère l'expérience que l'on a de son propre corps. Il semble alors légitime de se demander s'il est possible de revendiquer une expérience que la société s'évertue à dissimuler, voire à mutiler.

761 FRAISSE Geneviève. « Le devenir sujet et la permanence de l'objet ». *Nouvelles Questions Féministes*. Vol. 24 n°1, 2005. p. 14

762 Cf. NUSSBAUM Martha. « Objectification ». *Philosophy and Public Affairs*. Vol. 24 n°4, 1995. Pp. 249-291

763 Cf. LANGTON Rae. *Sexual solipsism : Philosophical essays on pornography and objectification*. Oxford : Oxford University Press, 2009

I.2.2. Les troubles de l'intéroception comme conséquence de l'objectification sexuelle

En raison des mécanismes d'objectification sexuelle, recourir à l'expérience des femmes et des minorités de genre pour théoriser leur domination, c'est reproduire un geste paradoxal. Les études des psychologues Barbara Fredrickson et Tomi-Ann Roberts ont montré que l'objectification sexuelle peut rendre l'accès à l'expérience intime difficile, dans la mesure où elle peut provoquer une diminution des perceptions corporelles. Cette diminution concerne aussi bien les facultés intéroceptives que les capacités d'absorption cognitive (appelée *flow* en anglais)⁷⁶⁴.

L'intéroception est un terme générique désignant un processus perceptif d'intégration sensitive et de compréhension cognitive. Concrètement, l'intéroception est l'ensemble des perceptions internes, subjectives et multimodales des états corporels. Pour les neuropsychologues Erik Ceunen, Johan Vlaeyen et Ilse Van Diest, « l'intéroception en est venue à faire référence à une intégration multimodale qui ne se limite pas à un canal sensoriel, qui ne se limite pas à de simples sensations, mais qui s'appuie aussi sur des associations, des souvenirs et des émotions apprises et qui les intègre dans l'expérience totale qu'est la représentation subjective de l'état du corps »⁷⁶⁵. L'absorption cognitive, quant à elle, correspond à un état de fonctionnement et d'immersion optimal, tel que le sujet développe une grande motivation, demeure imperturbable et échappe à la temporalité.

En résumé, les mécanismes d'objectification peuvent altérer non seulement la possibilité de disposer de perceptions somatiques et émotionnelles, mais aussi la

764 Si les concepts d'intéroception et d'absorption cognitive ont été à l'origine développés dans le champ des neurosciences cognitives et de la neuropsychologie, ils ont été largement repris par la psychologie.

765 CEUNEN Erik, VLAEYEN Johan W. S., VAN DIEST Ilse (trad. Personnelle). « On the origin of interoception ». art. cit.

possibilité de s'immerger pleinement dans une activité et d'en retirer un sentiment d'efficacité et de satisfaction. D'un côté, « en intériorisant le point de vue de l'observateur en tant que vision primaire du soi physique, les femmes peuvent perdre l'accès à leurs propres expériences physiques intérieures », comme le soulignent Fredrickson et Roberts⁷⁶⁶. De l'autre, « cela peut constituer un obstacle considérable aux tentatives des femmes d'être pleinement absorbées dans toute activité de *flow* enrichissante, qu'elle soit physique ou mentale », comme l'écrivent encore ces autrices⁷⁶⁷. En somme, l'objectification sexuelle peut entraîner des troubles de l'intéroception, bien qu'elle n'en soit pas la cause unique.

Envisager les troubles de l'intéroception comme une conséquence possible des mécanismes d'objectification n'est pas sans faire écho aux concepts de *dirty care* ou de *care* négatif tels qu'ils sont élaborés par la philosophe Elsa Dorlin. Comme l'explique cette dernière dans un ouvrage paru en 2017, les victimes de violences physiques ou psychologiques peuvent développer une hyper attention tournée vers autrui qui entraîne un défaut d'attention à ses propres besoins⁷⁶⁸. Concrètement, ces personnes sont dans un état d'hypervigilance (souvent non conscient), de sorte qu'elles adaptent leur comportement pour éviter, anticiper, désamorcer d'éventuelles attaques. Or, cette hypervigilance engendre une charge cognitive et mentale épuisante et, par extension, une incapacité à prendre correctement soin de soi. Pour Dorlin, le *dirty care* est une stratégie d'autodéfense. C'est une sorte d'« attention négative » que les personnes dominées portent aux personnes dominantes afin de se protéger. Il ne s'agit pas d'un soin porté à autrui. Il s'agit, à l'inverse, d'une attention portée à autrui pour une

766 FREDRICKSON Barbara, ROBERTS Tomi-Ann (trad. Personnelle). « Objectification theory : Toward understanding women's lived experiences and mental health risks ». art. cit. p. 185

767 Ibid. p. 184

768 Cf. DORLIN Elsa. *Se défendre. Une philosophie de la violence*. Paris: La découverte, 2017

préservation de soi, si ce n'est pour un soin à soi. Et comme toute stratégie d'autodéfense, elle est coûteuse en capacités cognitives, donc en facultés intéroceptives.

Dorlin concentre son analyse sur la question des violences, qu'elles soient effectives ou potentielles. Si l'objectification est une forme de violence symbolique, elle n'entre pas tout à fait dans la grille de lecture dressée par cette philosophe. De fait, Dorlin s'intéresse aux violences contre lesquelles il est possible de lutter au moyen de techniques de combat à proprement parler. Or, on peut certes endommager les panneaux publicitaires, ou tout autre vecteur de l'objectification sexuelle et sexuée, mais on ne combat pas directement la source de la violence. C'est pourquoi je préfère parler des troubles intéroceptifs induits par les mécanismes d'objectification, que du *care* négatif entendu comme stratégie d'autodéfense.

Les déficits intéroceptifs se manifestent par une défaillance des perceptions internes (faim, désir, émotion, douleur, etc.) et une diminution du vécu de conscience de la maladie. Pour le dire autrement, la symptomatologie des troubles de l'intéroception réside justement dans l'absence de symptômes. En situation d'objectification, non seulement les chances d'accéder à l'état d'absorption cognitive sont restreintes, ce qui n'est pas sans générer frustrations et angoisses, mais en outre les signaux indispensables au maintien en bonne santé sont rendus difficiles d'accès, ce qui n'est pas sans occasionner des comportements dits à risque. L'objectification est une sorte de détournement de l'attention généralisée, provoquant une systématisation de la charge mentale subie, et entraînant des défaillances cognitives et perceptives. En somme, les déficits intéroceptifs ne produisent pas des maladies asymptomatiques mais un état asymptomatique. En ceci, les troubles intéroceptifs, de même que le *dirty care* de Dorlin, font penser à certains symptômes du syndrome ou trouble de stress post-traumatique (SSPT) – notamment l'hypervigilance à l'égard de l'environnement extérieur ou des

signaux organiques pour le *care* négatif, et l'engourdissement des capacités émotionnelles ou sensorielles provoqué par une forme de dissociation pour les troubles de l'intéroception⁷⁶⁹.

C'est pourquoi le modèle canguilhémien de la maladie n'est pas suffisant. Si le vécu de conscience conditionne l'expérience de la maladie, d'une part, et si l'état asymptomatique est une conséquence de la domination, d'autre part, alors quelle place donner à l'expérience des femmes dans une définition féministe de la maladie ? Ne pas prendre en compte les mécanismes d'objectification sexuelle et leurs conséquences, c'est reproduire une définition androcentrée de l'expérience de la maladie.

Rendre Canguilhem plus canguilhémien qu'il ne l'est, c'est aussi, et surtout, replacer les femmes et les minorités de genre dans leur « milieu », soit dans leur environnement. Il s'agit de prendre en considération les conditions sociales, en tant qu'elles sont sexistes, et d'adopter une perspective écologique. Autrement dit, il s'agit de tenir compte de l'importance de l'environnement dans la théorie de la normativité biologique individuelle défendue par cet auteur, à savoir, pour reprendre une formule de la philosophe Céline Lefève, « le pouvoir propre à l'individu vivant de valoriser sa relation au milieu »⁷⁷⁰.

Les mécanismes d'objectification sexuelle ont un impact sur la santé physique et mentale des femmes et des minorités de genre, et rendent de ce fait l'entreprise médicale compliquée, au niveau du diagnostic comme de la thérapeutique. D'autant que l'institution médicale, non seulement rejoue les discriminations présentes dans le reste de la société, mais produit en outre elle-même certains mécanismes de domination, à

769 Cf. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/anxi%C3%A9t%C3%A9-et-troubles-li%C3%A9s-au-stress/trouble-de-stress-post-traumatique>

770 LEFÈVE Céline. « La philosophie du soin ». *La matière & l'esprit*. N°4, 2066. Pp. 25-34. <http://www.sphere.univ-paris-diderot.fr/IMG/pdf/256CelineLefeveLaphilosophiedusoin.pdf>

travers la médicalisation des corps et l'organisation du système de santé⁷⁷¹. D'une part, elle induit une pathologisation massive du corps féminin, comme je l'ai montré au premier chapitre à partir des travaux de Dorlin sur la théorie des tempéraments⁷⁷². D'autre part, elle fabrique une posture dominante fondée sur des critères de scientificité traditionnels et ou sur des outils technologiques invasifs, comme l'explique le travail de la philosophe et spécialiste en STS Lucie Dalibert⁷⁷³. Ainsi est-on en droit d'interroger la légitimité, voire la capacité de la médecine à prendre en charge les troubles de l'intéroception. De fait, la médecine a notamment recours à des dispositifs qui alimentent l'objectification sexuelle en tant qu'ils relèvent d'un régime visiocentriste. Aussi peut-on souhaiter un recours à des outils critiques permettant, sur le plan théorique autant que pratique, de subvertir cette domination institutionnalisée.

I.2.3. Le visiocentrisme au cœur des mécanismes d'objectification sexuelle

L'objectification sexuelle prend en partie sa source dans le paradigme visiocentriste. Ainsi que je l'ai écrit dans le chapitre 3, le visiocentrisme est un régime de pensée qui met la vision au cœur du processus de connaissance, bien qu'il se réfère à une acception très restrictive de ce sens. Plus encore, le visiocentrisme repose sur une analogie entre la vue et le savoir et, de ce fait, s'appuie sur une logique de mise à distance de toute forme de corporéité ou de sensibilité⁷⁷⁴.

771 Au sujet des rapports de domination produits par l'institution médicale, Cf. GARDEY Delphine, LOWY Ilana (dir.). *L'invention du naturel : les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Op. cit.

772 Cf. chap. 0, V-2 ; Cf. DORLIN Elsa. *La matrice de la race : généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*. Op. cit.

773 Cf. DALIBERT Lucie. « Quand les technologies façonnent le corps ». Intervention à la Bibliothèque Municipale de la Part-Dieu. Lyon, 2019. https://www.bm-lyon.fr/spip.php?page=video&id_video=1113.

De la psychologie sociale (Fredrickson et Roberts) à l'épistémologie (Evelyn Fox Keller et Christine Grontkowski⁷⁷⁵) en passant par la philosophie (Nussbaum) et l'étude cinématographique (Laura Mulvey⁷⁷⁶), les critiques féministes ont mis en lumière le rôle de la vue, et plus précisément du visiocentrisme, dans les mécanismes d'objectification sexuelle. La vue est utilisée comme un dispositif de surveillance, car elle a le privilège de la distance et de la synthèse. Un coup d'œil suffit à saisir un objet dans son ensemble et délivre le sujet percevant de son implication corporelle. En outre, la vue a l'avantage de l'efficacité, dans la mesure où elle transmet rapidement un grand nombre d'informations. Enfin, la vue assoit un pouvoir sur le corps vécu ou perçu comme féminin de manière pernicieuse.

La réalisatrice et théoricienne du cinéma Laura Mulvey forge le concept de « regard masculin » (« male gaze » en anglais) pour décrire cette permanence de la scrutation du corps des femmes et des minorités de genre. Selon elle, le *male gaze* est un phénomène constant et insidieux. Constant, en tant qu'il est partout : dans les médias, dans la rue, dans la consommation (par le biais de la publicité). Insidieux, en tant qu'il finit par être intériorisé par les sujets de ce même regard, en l'occurrence les femmes et les minorités de genre. C'est ce qu'elle appelle l'« auto-objectification »⁷⁷⁷.

774 Comme je l'ai écrit précédemment, « le visiocentrisme, en tant que régime idéologique méprisant la matérialité, tend à effacer ce qui assure la subsistance physiologique (comment se nourrit-on, se loge-t-on, se vêtit-on etc. ?) et l'existence sociale (avec qui est-on en lien et d'où vient-on ?). Par ailleurs, il aspire à désincarner le savoir : seul l'esprit du ou de la chercheur-euse compte, et seul le produit de ses recherches a de l'importance. Tout ce qui se rapporte au corps est passé sous silence, au profit de ce qui permet une vision omnisciente. ». Cf. chap. 3

775 Cf. KELLER Evelyn Fox, GRONTKOWSKI Christine. « The mind's eye ». In KELLER Evelyn Fox, LONGINO Helen (dir.). *Feminism and science*. Oxford : Oxford University Press, 1996. pp. 182-206

776 Cf. MULVEY Laura. « Visual pleasure and narrative cinema ». *Screen*. N°16, 1975. pp. 6-18

777 Ibid.

En situation d'auto-objectification, il y a donc internalisation du *male gaze*. La personne qui est observée devient celle qui s'observe. En d'autres termes, il s'agit autant d'être constamment sous la vue des autres que de penser qu'on l'est ; la surveillance est intégrée et se transforme en auto-surveillance. Il demeure par conséquent un lien fort entre dispositif d'inspection visuelle et mécanisme d'objectification sexuelle. C'est parce que la vue conforte la position de surplomb, et par extension la possibilité d'emprise, de l'observateur-riche, qu'elle est tant décriée par certaines épistémologues féministes, à l'instar de Keller et Grontkowski, Donna Haraway⁷⁷⁸, María Puig de la Bellacasa, Karen Barad⁷⁷⁹, etc.

C'est forte de cette critique, que la philosophe Rosi Braidotti dénonce le rôle de la médecine conventionnelle dans les mécanismes d'objectification sexuelle. Pour cette autrice, la médecine répond, comme déjà mentionné, à une logique du « trop à voir », qui met à distance le corps sensible, tout en l'exposant au regard scrutateur. Braidotti, quant à elle, cherche à repenser les « racines corporelles de la subjectivité », contre la désobjectivation des femmes par la sciences. Cette désobjectivation entraîne, selon ses mots, une « perte de l'unité corporelle »⁷⁸⁰. Si la médecine est perverse, c'est parce qu'elle sépare organes et corps, non pas dans une visée émancipatrice comme a pu le faire la lutte féministe pour le droit à l'avortement et à la contraception, mais dans une visée de domination, si inconsciente soit-elle. Comme l'explique Braidotti, « le hiatus entre sexualité et reproduction [...] a été utile aux femmes, mais le rapport entre les organes et le corps n'est pas, dans le féminisme, de type pervers. Nous avons isolé les organes de la reproduction afin de nous donner les moyens sociaux et subjectifs de nous

778 Cf. HARAWAY Donna. « Savoirs situés : la question de la science dans le féminisme et le privilège de la perspective partielle ». In *Manifeste Cyborg et autres essais*. Paris : Exils, 2007. pp. 110-126

779 Cf. BARAD Karen. *Meeting the universe half way. Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning*. Durham : Duke University Press, 2007

780 BRAIDOTTI Rosi. « Des organes sans corps ». *Les Cahiers du GRIF*. n°36, 1987

réapproprié notre ensemble corporel, notre identité et les représentations sociales de notre être-femme »⁷⁸¹.

I.2.4. Les incidences du visiocentrisme dans le milieu médical : l'exemple de l'endométriose

Pour illustrer les incidences du visiocentrisme et son lien avec les mécanismes d'objectification dans les parcours de soins, l'endométriose⁷⁸² est un exemple édifiant. Comme l'explique la sociologue Anne-Charlotte Millepied, le diagnostic de cette maladie a toujours reposé sur une expertise visuelle et ce, bien avant le recours aux techniques d'imagerie. D'après elle, « l'endométriose s'est donc historiquement trouvée constituée à l'intersection de plusieurs regards : de l'anatomo-pathologiste [analyse des tissus] ; du chirurgien [opération pour localiser les nodules] et du clinicien ; auxquels s'est ajouté celui du radiologue à partir des années 1980 »⁷⁸³.

Toutefois, penser l'endométriose dans un cadre visiocentré, c'est prendre le risque d'effacer la complexité de cette maladie. Selon la chercheuse en *Science and Technology Studies* (STS) Marion Coville, cette maladie dite gynécologique est rendue « invisible » par les technologies médicales. Et par

781 Ibid. p. 18

782 Pour une présentation détaillée de l'endométriose (diagnostics, symptômes, prises en charge etc.), cf. ANONYME. « Qu'est-ce que l'endométriose ». in *Association EndoFrance*. 2016. <https://www.endofrance.org/la-maladie-endometriose/qu-est-ce-que-l-endometriose/>. [Consulté le 27/04/2020]

783 MILLEPIED Anne-Charlotte. « Visualiser l'endométriose. La construction de la vision professionnelle en radiologie ». *Revue d'anthropologie des connaissances*. n°14, vol. 3, 2020. <https://journals.openedition.org/rac/6867>. [Consulté le 10/11/2020]

« technologies », s'entendent aussi bien les instruments techniques que les paradigmes théoriques.

Dans un blog scientifique, cet-te chercheuse présente une auto-ethnographie d'une trajectoire thérapeutique autour de l'endométriose, étant à la fois concerné par cette maladie et formé à la recherche en sciences humaines et sociales. D'après ellui, l'endométriose « fait partie de ces maladies chroniques qui ne s'accompagnent pas de symptômes directement visibles à la surface du corps. [...] Ainsi, l'invisibilité des symptômes et la disqualification des douleurs participent à des retards ou des absences de diagnostic. »⁷⁸⁴.

Après des années d'errance diagnostique, Coville est pris-e en charge par une gynécologue qui lui propose d'avoir recours, pour reprendre ses termes, à « des techniques de visualisation de plus en plus précises de l'intérieur [du] corps, qui dévoileraient une réalité organique jusqu'ici invisible et impalpable »⁷⁸⁵. Iel écrit : « l'échographie m'a été décrite comme une vieille technologie, aux images floues et à la méthode invasive voire douloureuse : moins coûteuse, on la pratique lorsque l'on suspecte une endométriose avant d'entamer d'autres démarches. L'IRM m'a été au contraire présentée comme une innovation aux images précises et complexes, obtenues sans "toucher" au corps observé. L'IRM confirme ou infirme ce que l'échographie ne fait que supposer : ses images donnent le verdict et révéleraient la "vérité" de mon corps »⁷⁸⁶.

784 COVILLE Marion. « Rendre visible le corps et ses douleurs : les technologies de l'endométriose. journal d'un diagnostic (1/5) ». in *FemTech*. 10/09/2018. <https://femtech.hypotheses.org/132>. [Consulté le 27/04/2020]

785 COVILLE Marion. « Rendre visible le corps et ses douleurs : les technologies de l'endométriose. journal d'un diagnostic (3/5) ». in *FemTech*. 12/09/2018. <https://femtech.hypotheses.org/266>. [Consulté le 27/04/2020]

786 Ibid.

Cependant, Coville précise que l'échographie a révélé des nodules caractéristiques de cette pathologie (grâce à un couplage de techniques de palpation et de visualisation), tandis que l'IRM a échoué à représenter ces lésions. Or, l'échec de l'IRM a entraîné une perte de la reconnaissance médicale et un arrêt du diagnostic pour cet-te patient-e. Comme iel l'explique, « en tant que technologie capable d'observer "au travers" du corps pour en rendre visible l'intérieur, l'IRM est souvent présentée comme une technologie de mise en visibilité "transparente" et "non invasive" »⁷⁸⁷. À ce titre, l'IRM est généralement considérée comme l'apogée du progrès médico-scientifique. Elle constitue un critère de scientificité au sein des institutions et de vérité à l'endroit des discours. Pour la radiologue en charge du dossier de Coville, s'il n'y a pas de signes à l'IRM, « alors il n'y a rien »⁷⁸⁸. En somme, ce sont les outils de visualisation qui orientent le diagnostic et qui déterminent le parcours de soins.

L'exemple de l'endométriose illustre la manière dont l'épistémologie visiocentrée peut se traduire dans la sphère médicale. Le visiocentrisme opère comme un paradigme, en tant qu'il met à disposition un appareil théorique très souvent valorisé, mais rarement questionné. Il fonctionne comme un obstacle épistémologique, dans la mesure où il produit des impensés et hiérarchise les pratiques. Cependant, le visiocentrisme n'est pas seulement une entrave aux progrès de la connaissance scientifique. Il est également une source de souffrances, notamment à l'endroit des corps. Il entraîne une forme d'objectification du corps douloureux, dont la souffrance est prise au sérieux lorsqu'elle est objectivable visuellement.

Par ailleurs, l'exemple de l'endométriose suggère une décrédibilisation du toucher par l'institution médicale. D'un côté, l'échographie est jugée moins rigoureuse, non seulement parce qu'elle produit des clichés radiographiques

787 Ibid.

788 Ibid.

moins précis, mais aussi parce qu'elle recourt à des techniques de palpation considérées invasives. A contrario, l'IRM est reconnu pour sa fiabilité technologique et apprécié pour son mode opératoire. Comme l'explique Coville, la valeur de l'IRM repose, entre autres, sur la possibilité de ne pas toucher le corps observé.

Si l'on peut se réjouir de la mise au banc théorique et pratique des gestes intrusifs, on doit néanmoins s'interroger sur l'effectivité de la démarche, ainsi que sur sa signification épistémologique. Dans une certaine mesure, le rejet des actes palpatoires est une mise à l'écart du corps et, plus particulièrement, du corps-à-corps entre soignant-e et soigné-e. En outre, la mise à distance des interactions tactile ne prémunit guère contre d'autres formes d'intrusion. L'immixtion visuelle, c'est-à-dire la capacité à s'immiscer dans l'intimité d'autrui au moyen de la vue, existe bel et bien.

D'un autre côté, le diagnostic, et peut-être plus largement l'activité nosographique, repose en grande partie sur des critères visuels et déprécie les perceptions tactiles. Or, le toucher peut aussi bien participer à la classification des maladies, qu'à l'appréhension de sa propre pathologie. Au-delà des dispositifs d'imagerie, c'est la palpation, et plus précisément l'auto-palpation, qui a permis à Coville de donner une consistance à son endométriose.

Pour pallier le déficit épistémique engendré par une approche visiocentrée des soins, je suggère de faire un détour par l'expérience du toucher. Il ne s'agit pas de substituer un sens à un autre, car le but n'est pas de reproduire une perspective partielle et partielle. En mettant l'accent sur le toucher, il s'agit de convoquer une expérience plus intégrative, qui contient les germes d'une épistémologie impliquant le corps dans son ensemble, d'une part, et qui repose sur une pratique thérapeutique permettant de diminuer les symptômes de l'objectification sexuelle, d'autre part. Je propose en outre

d'étudier des expériences de toucher thérapeutique dans un cadre non conventionnel, afin d'ouvrir la voie vers une véritable démarche de réappropriation de l'expérience corporelle ; loin de la violence engendrée par certains processus de médicalisation et par les approches visiocratiques.

I.3. Pourquoi le toucher de soin peut-il devenir un outil de remédiation politique ?

La puissance critique du toucher de soin opère à un niveau aussi bien théorique que pratique. Toutefois, cette potentialité critique n'existe pas en elle-même ; elle ne se réalise qu'en endossant une approche féministe. Je propose donc d'étudier la dimension politique du toucher en trois étapes. D'abord, quel est le rôle du toucher dans la conscience de soi ? Ensuite, quelle réponse thérapeutique proposer pour pallier les troubles de l'intéroception ? Enfin, quel est l'intérêt de ce que j'appelle une « épistémologie féministe du point de contact », et quels en sont les fondements ?

I.3.1. Le rôle du toucher dans la conscience de soi

Comme cela a été expliqué plus tôt, le toucher non seulement conditionne la perception globale de son propre corps, mais met de plus en lien diverses expériences sensibles. À ce stade de l'enquête, il me paraît important de redire que le sens du toucher comporte une dimension éminemment corporelle, et que cette expérience sensitive comporte un caractère indéniablement relationnel. C'est pourquoi ce sens participe de la conscience de soi. Il me paraît également important de rappeler que la conscience de soi (en particulier de son corps) est un enjeu féministe. En témoignent les groupes de conscientisation mis en place à partir des années 1970, dont il a été question au premier chapitre.

Si la conscientisation socialise le savoir des femmes et des minorités de genre, en tant qu'elle crée un cadre de référence commun, la conscience de soi reste un enjeu féministe, dans la mesure où elle influe sur le vécu intime de son corps. Or, la conscience de l'expérience corporelle précède, donc détermine, la possibilité d'une collectivisation de cette expérience. Et comme l'expliquent les neuroscientifiques Sarah Salgues, Mylène Comte, Émilie Tarroux, Déborah Guyot et George Michael, l'intéroception influence la conscience du corps⁷⁸⁹.

La peau, en ce qu'elle demeure le plus grand organe du corps humain, permet de générer et de maintenir la connaissance des limites corporelles. Cela signifie que le toucher recouvre et concerne tout le corps, donc ne s'occupe pas que des objets tangibles externes. Autrement dit, l'expérience tactile est doublement dépendante de la représentation mentale du corps (« mental body representation » en anglais, abrégé MBR), soit de la conscience de soi. L'expression MBR permet de surmonter la distinction entre schéma corporel et image du corps, puisqu'elle intègre des caractéristiques des deux types⁷⁹⁰.

789 Cf. MICHAEL George, GUYOT Déborah, TARROUX Émilie, COMTE Mylène, SALGUES Sarah. « Feeling Oneself Requires Relationship Between Own-Body Transformations, Schizotypal Personality Traits, and Spontaneous Bodily Sensations ». *Frontiers in psychology*. Vol. 11, 2020. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01554>

790 « A broad distinction has been drawn between two types of MBR, often called body schema and body image, respectively (Gallagher, 2005). The body schema represents the positions of body parts in space, relative to each other. It is of primarily proprioceptive origin, short-lived, and updated as our bodies move. It serves to guide our actions and our interactions with the external world. The body image represents the canonical appearance of the body as an object in third person perspective, is primarily of visual origin, and remains relatively fixed over time and as the body moves and changes. It may contribute to distinguishing between the body and external objects, and contribute more widely to sense of self and personal identity. Often however, the neutral term MBR is preferable to body image or body schema, since representations of the body may include features of both types. ». In SERINO Andrea, HAGGARD Patrick. « Touch and the body ». *Journal Neuroscience and biobehavioral*. Vol. 34 n°2, 02/2010. Pp. 224-236. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19376156/>

D'un côté, la perception tactile à un endroit précis du corps est fonction de la représentation cognitive de cette partie. Selon les neuroscientifiques Andrea Serino et Patrick Haggard, « les jugements perceptifs concernant un objet touchant la peau peuvent dépendre de la représentation que le-la perceur-trice se fait de la partie du corps que l'objet touche »⁷⁹¹. De sorte que la MBR oriente la perception : si la première est péjorative, la seconde risque d'être déficitaire. D'un autre côté, la perception tactile semble nécessaire pour maintenir les frontières corporelles à chaque instant. Or, cela demande des ressources attentionnelles supérieures à ce dont on dispose, particulièrement lorsque l'attention est tournée vers l'environnement extérieur. De sorte que le cerveau paraît devoir générer une activité importante visant à simuler le contact tactile et ce, dans le but de sauvegarder la conscience de soi ; notamment en périphérie, c'est-à-dire hors de l'objet de l'attention. Il est d'ailleurs probable que ces mécanismes soient responsables du syndrome du membre fantôme chez les personnes amputées⁷⁹².

En résumé, « le sens du toucher a une relation étroite et interactive avec les représentations cognitives supérieures de notre propre corps », comme l'écrivent Serino et Haggard⁷⁹³. Par conséquent, le toucher joue un rôle important dans la construction de la conscience de soi et, par extension, dans le processus de conscientisation de l'expérience de la domination, notamment à l'endroit des troubles de l'intéroception. Si la représentation mentale du corps est tronquée, entre autres à cause des mécanismes

791 « perceptual judgements about an object touching the skin may depend on the perceiver's representation of the body part that the object touches ». Ibid.

792 Pour une description détaillée des illusions tactiles et du phénomène de « sensations spontanées », cf. SALGUES Sara, PLANCHER Gaën, JAQUOT Laurence, al. « To the self and beyond : Arousal and functional connectivity of the temporo-parietal junction contributes to spontaneous sensations perception ». *Behavioural Brain Research*. Vol. 396, 01/2021. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0166432820305799>

793 « The sense of touch has a close and interactive relation with higher cognitive representations of our own body. ». in SERINO Andrea, HAGGARD Patrick' « Touch and the body ». art. Cit.

d'objectification sexuelle, alors la perception elle-même est amputée. Le contact tactile étant nécessaire au maintien de la conscience de soi, il paraît donc intéressant de soutenir l'activité cérébrale par un usage thérapeutique du toucher.⁷⁹⁴

I.3.2. Utiliser le toucher thérapeutique pour remédier aux troubles de l'intéroception

Le toucher, en tant qu'instrument de conscientisation somatique, semble proposer une solution au paradoxe de l'expérience corporelle. Il permet non seulement de reconfigurer le rapport à l'expérience individuelle de son corps, mais aussi d'insister sur la dimension collective et relationnelle de cette expérience. Autrement dit, le toucher tient ensemble le remède somatique et la réponse politique. Il implique donc une réponse éthique et pragmatique au problème de l'objectification sexuelle. Et pour étayer cette réponse, j'ai recours à mon expérience de praticienne de shiatsu thérapeutique.

C'est bel et bien ma pratique thérapeutique en contexte de conscientisation féministe qui m'a permis, dans un premier temps, de problématiser les troubles de l'intéroception et, dans un second temps, de chercher des pistes de remédiation. Par remédiation, j'entends à la fois une démarche de prise en charge des troubles et une tentative de reconfiguration des normes de soin. En d'autres termes, j'ambitionne à la fois un dispositif thérapeutique et une entreprise critique, dans le but d'agir aussi bien sur les causes que sur les conséquences de la domination sexiste. C'est pourquoi je m'appuie aussi bien sur ma pratique de thérapeute en shiatsu que sur mes observations militantes.

794 Je remercie grandement Sarah Salgues qui, au détour d'un cours d'aïkido, m'a fait connaître ses propres travaux sur les sensations spontanées et les illusions tactiles, ainsi que les recherches neuroscientifiques à propos du lien entre le contact tactile et la conscience de soi.

Est-ce que l'utilisation du toucher de soin dans un contexte non conventionnel permet d'échapper aux rapports de pouvoir qui le traversent ? Répondre à cette question par l'affirmative serait à la fois démagogique et illogique. Démagogique, car cela consisterait à prétendre qu'il existe une solution simple à l'emprise médicale sur les corps, à savoir les thérapies alternatives ou complémentaires. Illogique, car cela contredirait l'un des postulats de cette thèse, d'après lequel les mécanismes de domination sont structurels et, de ce fait, ne s'interrompent pas aux portes des cabinets thérapeutiques, quels qu'ils soient.

Toutefois, répondre par la négative à la question des rapports de domination charriés par le toucher dans un cadre non conventionnel serait aussi dommageable. De fait, c'est grâce à l'exercice d'une thérapie complémentaire que j'ai pu saisir la portée holistique et épistémologique du toucher de soin et, plus fondamentalement, que j'ai pu théoriser le toucher de soin. Mais sans un engagement militant dans les sphères féministes en parallèle, je n'aurais jamais identifié les mécanismes de pouvoir et de domination qui sous-tendent cette pratique. C'est donc ce cheminement que je souhaite retracer ici.

En tant que praticienne de shiatsu, j'ai eu la possibilité d'accueillir les *jusha*⁷⁹⁵ aussi bien dans un cabinet indépendant aménagé à mon domicile qu'au centre LGBTI de Lyon (dans le cadre d'une association féministe de promotion de la santé sexuelle). Les *jusha* que je rencontre sont en majorité des femmes ou des personnes provenant des minorités de genre, dont beaucoup ont déjà fait l'expérience des violences sexistes ou sexuelles.

795 Pour rappel, en japonais, « jusha » signifie à la fois partenaire et receveur-euse des soins. Selon moi, ce terme rend davantage justice que « patient-e » à la notion de réciprocité et de relationnalité qu'implique le shiatsu, et plus largement le soin.

J'ai été confrontée à un discours récurrent de ces *jusha* au sujet d'un manque de perceptions sensorielles et, plus largement, de perceptions somatiques. Cela s'est notamment traduit par un étonnement de leur part à l'égard de sensations éprouvées pendant et après la séance. Sollicitée à plusieurs reprises pour des troubles du désir ou plaisir sexuels, de l'appétit, du sommeil, j'ai pu identifier le dénominateur commun de ces demandes : les troubles de l'intéroception. De fait, les déficits intéroceptifs recouvrent les troubles de l'appétit et de la sensation, les entraves au sentiment de satisfaction et au recouvrement de la santé. J'ai été amenée à traiter des dysfonctionnements physiologiques ou psychologiques en première instance, pour finalement découvrir des blocages perceptifs ou fonctionnels en seconde instance. Dans ce cadre, l'étiologie des troubles du sommeil n'est pas seulement attribuée à des causes psychosomatiques, mais est aussi à comprendre comme une incapacité de l'organisme à créer ses propres normes de santé (pour le dire en termes canguilhémiens). En définitive, la notion de troubles de l'intéroception, qui ne faisait préalablement pas partie de ma grille de lecture diagnostique, est apparue pertinente pour comprendre certaines demandes des *jusha*. C'est donc la pratique qui m'a permis de saisir la fréquence, l'origine et les conséquences de ces troubles.

Concrètement, je travaille à stimuler les perceptions sensorielles des *jusha* au moyen de techniques d'acupression (pressions avec les doigts) et de techniques ostéo-articulaires (étirements, mobilisations). Le shiatsu que je pratique est en effet une thérapie manuelle qui associe le savoir-faire de la médecine traditionnelle chinoise et japonaise et celui de l'ostéopathie occidentale. Je fais appel aussi bien à la théorie des méridiens et des énergies qu'à la connaissance anatomo-physiologique du corps.

Pour illustrer cela, je propose d'étudier le parcours de SL, une *jusha* que j'ai eu l'opportunité d'accompagner pendant trois séances. SL a éprouvé le besoin de recevoir du

shiatsu pour réguler des troubles de la digestion. Lors de la première séance, elle a parlé de manque d'appétit, de manque d'énergie et de digestion difficile. Les soins que j'ai délivrés se sont traduits par un travail d'acupression sur la zone abdominale et par une stimulation des fonctions impliquées dans la digestion. Après ce travail, SL a déclaré ressentir et se représenter les organes principaux de la digestion (son estomac et ses intestins), notamment en percevant leur état (pleins ou vides) et leur fonctionnement (rapide/lent, appétit/satiété). Lors de la deuxième séance, SL a indiqué que le travail sur la digestion lui avait certes permis de retrouver l'appétit, mais avait en contrepartie révélé une grande fatigue et une absence de désir sexuel⁷⁹⁶. Travailler sur le cycle digestif a mis au jour d'autres troubles sensitifs. Cette fois, le travail s'est concentré autour des fonctions impliquées dans la vitalité (reins) qui, en médecine traditionnelle chinoise et japonaise, nourrissent les fonctions de la digestion. Régler les troubles digestifs a ainsi permis d'envisager certaines corrélations physiologiques et énergétiques. Après ces soins, SL a dit ressentir « un grand froid » dans toute la zone lombaire, qui est la zone d'expression des fonctions de la vitalité. Lors de la troisième séance, SL a déclaré être en capacité de gérer à la fois son appétit et la température de son corps. Cela a laissé de l'espace au travail sur le manque d'énergie et l'absence de désir sexuel qui, aux dires de cette *jusha*, se sont résorbés dans les jours suivants la dernière séance⁷⁹⁷.

Dans ce cas, la santé de S. ne réside pas dans « le silence des organes », pour reprendre la célèbre expression du médecin René Leriche⁷⁹⁸. Si Canguilhem reprend cette définition de façon critique pour théoriser le concept de vécu de conscience, il maintient néanmoins l'impensé que je critique ici : le vécu de conscience de la maladie serait une conscience de son corps, tandis que le vécu de conscience de la santé serait une non-

796 Je précise que SL est une femme cisgenre hétérosexuelle non blanche.

797 Pour une présentation détaillée du cas clinique, cf. annexe du chap. 5

798 LERICHE René. « De la santé à la maladie, la douleur dans les maladies, où va la médecine ? ». *Encyclopédie française*. Vol. VI, 1936

conscience de celui-ci. Or, c'est le fait de développer la conscience de son propre corps qui a permis à SL de se sentir en bonne santé.

Dans une approche objectiviste de la médecine, le corps subjectif tend à être dénigré. Dans celle-ci, il n'y a de corps qu'objectivé et il n'y a de soins qu'à partir des techniques qui construisent et valorisent cette objectivation (par exemple l'imagerie médicale). Le shiatsu, pour sa part, tente d'échapper à cette objectivation et objectification du corps et des soins. L'objectivation intervient sur le plan épistémique, c'est-à-dire dans la manière de définir et de penser le corps et les soins, quand l'objectification relève d'une dimension éthique, c'est-à-dire au niveau de la prise en charge des corps et de la pratique des soins. Dans une approche subjectiviste de la maladie, en revanche, le vécu intime de la maladie est central. Cela ne signifie pas qu'il est indifférent au contexte socioculturel, ni qu'il est universalisable. Au contraire, cela exige une attention toute épistémologique à l'ancrage de l'expérience.

I.4. Vers une « épistémologie du point de contact »

Pour résumer les paragraphes précédents, le toucher de soin aide à lutter contre les symptômes de l'objectification sexuelle et peut favoriser une réappropriation corporelle. En outre, il constitue une alternative épistémologique, en s'appuyant sur une autre manière de définir et de se rapporter à l'expérience sensorielle. Autrement dit, le toucher de soin est thérapeutique en deux sens : d'abord, il parvient à stimuler les perceptions internes, et donc à remédier en partie aux conséquences de l'objectification. Ensuite, il suscite une plongée dans le monde tactile, et ouvre de ce fait la voie vers une compréhension différente de l'expérience de son corps. Selon moi, ce double mouvement se subsume dans ce que j'appelle une « épistémologie du point de contact ». Cette

formule que je propose exprime la dimension critique du toucher de soin que j'essaie de conceptualiser, tout en faisant référence aux théories du *standpoint* dont elle s'inspire.

Dans le sillage des épistémologies du point de vue élaborées par les théoriciennes féministes, l'épistémologie du point de contact est une épistémologie située. L'étalon est néanmoins différent : ce n'est pas le sens de la vue, mais le sens du toucher, compris comme toucher somesthésique. L'expérience sensible est le point de départ et d'achèvement de ce modèle. Et l'expérience tactile en est l'archétype, mais pas la raison d'être. Le toucher est principalement mobilisé pour créer un décalage, un pas de côté épistémique aussi bien qu'un ancrage dans le corps sensible.

Pour paraphraser la philosophe Michèle Le Dœuff, je dirais que l'épistémologie du point de contact s'attache à mettre les mains dans la science et, de ce fait, à rompre avec l'illusion épistémologique de la *theoria* grecque, selon laquelle les choses dignes de connaissance sont intangibles. Le Dœuff le synthétise de la façon suivante : « nous pouvons en conclure que nous vivons toujours sous un ciel grec : il y a vingt-cinq siècles, l'idéal du théorique était un objet que l'on ne touche pas. Que l'objet ne soit pas palpable constituait même un critère. L'arithmétique et la géométrie sont belles et nobles car indépendantes de toute substance. L'astronomie certes traite de corps mais si éloignés qu'on ne pourrait évidemment pas les toucher, donc cela va encore. On est en droit de conférer à toute cette "épistémologie" le statut de folklore. On n'est pas obligé de croire que moins une connaissance a de contenu, plus elle est théorique, et que le pur, le noble, c'est ce à quoi on ne met pas les doigts »⁷⁹⁹.

En référence aux travaux de la philosophe Maria Puig de la Bellacasa, l'épistémologie du point de contact s'inscrit dans une démarche de revendication du

799 LE DŒUFF Michèle. « Théoriser, une spirale sans fin ». in CHOULET-VALLET Anaïs, CLOCHEC Pauline, FRASCH Delphine, al. (dir). *Théoriser en féministe*. Lyon : Hermann, 2021

toucher (« reclaiming touch » en anglais)⁸⁰⁰. D'abord, il s'agit de se réapproprier un sens qui porte ou qui véhicule de nombreux stigmates. Ensuite, il s'agit d'une manière d'« incorporer »⁸⁰¹ pour de bon la réflexion et, en l'occurrence, de « prendre sa santé en main », pour reprendre les mots des autrices du *Référentiel d'auto-santé des femmes* de Bruxelles paru en 2017⁸⁰². Enfin, il s'agit de faire référence au caractère thérapeutique que peut revêtir l'engagement féministe – le « point de contact » n'est pas sans évoquer le point d'acupression du shiatsu. De fait, sans une démarche de conscientisation féministe ou sans un milieu thérapeutique non conventionnel, le toucher n'offre pas nécessairement un espace de réappropriation. L'épistémologie du point de contact s'attache donc à traduire la critique féministe dans la pratique. Cela signifie que les épistémologies féministes et les thérapies non conventionnelles, quand elles sont associées, sont porteuses d'alternatives.

Une telle démarche permet aussi de maintenir la définition canguilhémienne de la maladie, tout en la politisant. Dans le sillage de la philosophe Céline Lefève commentant la pensée de Canguilhem, je revendique une clinique et une thérapeutique qui « s'oppose à toute forme de normalisation de la vie des individus par la société, y compris lorsque cette normalisation est fondée sur l'individualisme »⁸⁰³. Construire une épistémologie située du point de contact, c'est proposer une clinique attentive au corps dans son ensemble, et une thérapeutique soucieuse de l'ancrage de ce même corps. Or, le point de

800 PUIG DE LA BELLACASA María. « Touching technologies, touching visions. The reclaiming of sensorial experience and the politics of speculative thinking ». *Subjectivity*. N°28, 2009. p. 297

801 Le terme « incorporer » provient de la traduction française du travail de Donna Haraway. Il permet de désigner le geste épistémologique consistant à fonder la théorie sur l'expérience corporelle. Il se distingue des termes « incorporer » et « incarner », qui n'expriment pas vraiment ce geste épistémologique.

802 MAQUESTIAU Pascale, GHELLINCK Philippine de, MARKSTEIN Catherine, JAQUET Manoë. *Référentiel : auto-santé des femmes*. Bruxelles : Le monde selon les femmes, 2017. p. 14

803 LEFÈVE Céline. « La philosophie du soin ». art. Cit. p. 32

contact situé permet de mettre l'accent sur l'aspect relationnel de tout ancrage social et sur la dimension plastique de chaque expérience sensorielle. Autrement dit, le toucher permet de mettre en évidence le lien entre milieu externe et milieu interne ainsi que les différentes formes de vécu corporel. L'expérience de son propre corps varie non seulement entre les individu-es, mais aussi au sein d'une même personne. Par définition, tous les sens externes (l'odorat, la vue, l'ouïe, le goût, le toucher, etc.) sont des vecteurs de relationnalité entre le monde et le corps. Mais seule l'expérience du toucher implique le corps dans sa globalité et engage une perception multimodale de celui-ci. C'est pourquoi l'épistémologie du point de contact ne se résume pas au toucher et ouvre la voie aux autres sens.

II. Le consentement en question : une réalité conflictuelle

Dans la partie précédente, j'ai tenté d'expliquer en quoi l'expérience de la maladie peut être une réalité paradoxale. Ce faisant, j'ai souligné l'incohérence quant au fait de fonder les savoirs et luttes féministes sur cette expérience, surtout lorsque cette dernière n'est pas problématisée.

Dans un premier temps, j'ai tenu à mettre en avant l'intérêt des épistémologies féministes pour repenser l'expérience de la maladie. Il s'est agi d'expliquer pourquoi la conceptualisation classique de l'expérience de la maladie, si elle a le mérite de mettre l'accent sur le vécu intime, ne permet pas aux femmes et aux minorités de genre de problématiser leur domination. De fait, la tradition canguilhémienne, à laquelle je me suis référée, demeure trop universaliste et androcentrée. Il s'avère que l'expérience intime et sensible des femmes et des minorités de genre est limitée par les mécanismes d'objectification sexuelle. C'est d'ailleurs là l'une des conséquences majeures de leur

domination. Et c'est aussi tout le paradoxe du recours à l'expérience corporelle au sein des théories féministes. Il s'est alors agi de définir l'objectification sexuelle et sexuée et d'analyser la place du visiocentrisme dans ce processus, afin d'examiner les conséquences en termes de troubles intéroceptifs, c'est-à-dire de troubles des perceptions corporelles internes. Pour illustrer les incidences du visiocentrisme dans les parcours de soin, j'ai souhaité prendre l'exemple de l'endométriose et de l'expérience de Marion Coville.

Dans un second temps, j'ai essayé de montrer en quel sens le toucher de soin peut devenir un outil de remédiation, à la fois thérapeutique et politique. En premier lieu, le toucher joue un rôle important dans la conscience de son corps, et plus largement dans la conscience de soi. Il fait ainsi écho à la démarche de conscientisation féministe. En second lieu, le toucher thérapeutique, utilisé notamment dans un cadre non conventionnel, représente un instrument de remédiation intéressant contre les troubles de l'intéroception. Il vient briser le paradoxe de l'expérience corporelle en situation d'objectification sexuelle. D'où la proposition d'une épistémologie du point de contact, faisant référence à la fois au geste thérapeutique du shiatsu et aux théorisations féministes du positionnement.

Cependant, le toucher a été abordé tout du long comme un moyen de résoudre le problème de la domination sexiste, alors même qu'il cristallise à son corps défendant des problèmes spécifiques. Parce que le toucher de soin n'est pas neutre, il ne suffit pas d'étudier les rapports de domination qui l'entourent. D'où l'importance de l'examiner à présent à l'aune du consentement.

II.1. Des « corps sous emprise » du toucher⁸⁰⁴

Je propose deux manières d'aborder la façon dont le toucher peut participer à des situations d'emprise en contexte médical ou thérapeutique. Une première s'intéresse à l'emprise exercée sur le corps des soigné-es, et une seconde à l'emprise sur le corps des soignant-es. Il ne s'agit pas de réintroduire une perspective binaire sur la relation de soin. Comme déjà évoqué, le soin ne se situe pas uniquement dans la dyade soignant-e/soigné-e. L'environnement (social, culturel, politique, écologique) est également partie prenante du soin. Il s'agit plutôt de réfléchir à la place des acteurs-rices principaux-ales du contact physique et, plus précisément, de la vulnérabilité des corps impliqués dans ce contact. Ici, il sera moins question de toucher de soin que de toucher tout court. C'est en définissant une éthique de la mise en contact, elle-même forgée sur un consentement affirmatif, que l'on pourra retrouver le toucher de soin.

II.1.1. L'emprise sur le corps des soigné-es

II.1.1.1. L'exemple édifiant des touchers intimes sur patientes endormies

Si je tiens à retracer l'historique du scandale des « touchers sur patientes endormies » survenu à Lyon en 2015, c'est parce que cette affaire a désormais une incidence sur la manière dont le toucher est abordé en contexte de soin. Il ne s'agit pas d'un exemple marginal, mais d'un symptôme du dysfonctionnement des institutions de santé, de même que d'une manifestation des représentations structurant l'activité

804 Ce titre fait référence à un article des sociologues et historiennes Delphine Gardey et Tania Angeloff. Cf. ANGELOFF Tania, GARDEY Delphine. « Corps sous emprises. Biopolitique et sexualité au Nord et au Sud ». *Travail, genre et sociétés*. Vol. 34 n°2, 2015. pp. 31-38. <https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2015-2-page-31.htm>

médicale. Loin d'être en dehors des rapports sociaux, la sphère des soins en est un terrain d'expression privilégié, dans la mesure où elle s'organise autour de la prise en charge de la vulnérabilité ou de la souffrance. Or, cette situation présuppose une relation asymétrique, et produit des « corps sous emprise », pour reprendre les mots de la sociologue Tania Angeloff et de la sociohistorienne Delphine Gardey⁸⁰⁵. Et l'exemple des violences gynécologiques et obstétricales est paradigmatique de l'emprise du corps médical sur le corps des femmes et des minorités de genre.

En janvier 2015, Karim Ibazatene, pharmacien et dirigeant de la société « Transparence et Information du Médicament », révèle et diffuse sur les réseaux sociaux des documents de formation provenant de la faculté de médecine Lyon Sud de l'Université Claude Bernard Lyon 1. Ces documents contiennent des recommandations destinées aux étudiant-es stagiaires du DFGSM (Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales : les trois premières années du cursus des études médicales) et du DFASM (Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales : les trois années suivantes du cursus médicales) au sujet de la pratique des TVAG (Touchers Vaginaux sur des patientes sous Anesthésie Générale) dans les services de chirurgie. Ces documents mentionnent autrement dit la pratique des touchers médicaux sans consentement, expliquant l'importance de ces derniers pour la formation des futur-es médecins-ciennes. Nonobstant le scandale, la doyenne et le vice-doyen de la faculté de médecine Lyon sud sont demeuré-es à leur poste, et n'ont été remplacé-es qu'en juin 2022 par la procédure habituelle des élections au conseil facultaire. Il et elle ont pu continuer à défendre leur conception de l'autonomie et de l'autorité médicale pendant sept ans.

805 Ibid.

Suite à ces révélations, les journalistes Béatrice Kammerer et Marie-Hélène Lahaye ainsi que la directrice d'hôpital Clara de Bort publient le 6 février 2015 une Tribune intitulée « Le consentement, point aveugle des études médicales »⁸⁰⁶. Les autrices de cette tribune demandent à Marisol Touraine, alors ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, de prendre des mesures pour faire cesser de tels agissements et pour faire respecter la loi Kouchner du 4 Mars 2002. Selon cette loi, les patient-es doivent formuler un « consentement libre et éclairé » au sujet de l'ensemble des actes et traitements qui leur sont proposés⁸⁰⁷. Dès lors, des témoignages issus de la société civile foisonnent sur le Tumblr *jenaipasconsenti* et le site *payetonuterus*, visant à dévoiler la multitude d'actes médicaux effectués sans le consentement des patient-es et ce, particulièrement dans les services gynécologiques et obstétricaux. Parallèlement, les communiqués de presse fleurissent, notamment sur le blog du Monde de Marie-Hélène Lahaye nommé *marie accouche là*, de même que les articles de journaux se multiplient, particulièrement sur le site de Slate avec les enquêtes de la journaliste Aude Lorriaux.

En juin 2015, la Conférence des doyens de facultés de médecine remet à Marisol Touraine un rapport sur « la formation clinique des étudiants en médecine », dans lequel sont formulées une série de six recommandations, parmi lesquelles deux font explicitement référence au scandale révélé quelques mois plus tôt. La première

806 Cf. <https://marieaccouchela.net/index.php/2015/02/06/le-consentement-point-aveugle-de-la-formation-des-medecins/>

807 Extraits de la loi en question :

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. ».

In « Art. L. 1111-4 ». *LOI n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* (1). 04/03/2002. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

préconise, dans une veine juridique, un enseignement approfondi de la loi Kouchner de 2002 et un strict respect du consentement des patient-es dans les Centres Hospitalo-Universitaires, ainsi que dans les cliniques privées et ce, à toutes les étapes de la prise en charge. La seconde recommande, dans une perspective davantage pédagogique, l'utilisation de mannequins lors des exercices de palpation pelvienne (touchers vaginaux et touchers rectaux) et l'encadrement obligatoire des étudiant-es stagiaires par des seniors lorsque de tels examens ont lieu in situ. De fait, ce rapport révèle, après enquête auprès des responsables de facultés de médecine françaises, que le consentement des patient-es pour des touchers intimes n'est recueilli que dans 67% des cas par les étudiant-es du DFGSM, et dans seulement 80% par les étudiant-es du DFASM, et que bon nombre de ces actes effectués par les étudiant-es ne sont pas encadrés par des enseignant-es⁸⁰⁸.

Malgré une succession de rapports et de communiqués de presse, les témoignages des victimes ne diminuent pas. La justice devient alors un enjeu de lutte et un espace de publicisation de mécanismes structurels et idéologiques. Les touchers vaginaux et rectaux non consentis sont considérés comme des viols, et les instances biomédicales sont condamnées pour le non-respect de la loi et l'incitation au crime. Plus largement, les touchers intimes sans consentement sont perçus comme le produit d'une organisation sexiste des institutions de santé.

En un certain sens, les combats féministes des années 1970, pour lesquels « le personnel est politique », sont remis au goût du jour. Selon de nombreuses victimes ou militant-es, il n'est pas possible de comprendre les scandales des touchers intimes sans consentement sans une approche féministe. Cette dernière permet non seulement de

808 CONFÉRENCE DES DOYENS DE FACULTÉ DE MÉDECINE. *Rapport sur la formation clinique des étudiants en médecine.* 06/2015. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/154000754.pdf>

placer la focale sur la question du consentement, mais aussi d'appréhender les gestes médicaux au prisme des rapports de domination. Comme l'explique la politiste Lucile Quéré, « il apparaît en fin de compte que c'est la problématisation féministe du viol en termes de défaut de consentement qui a rendu possible la lecture des touchers vaginaux sous anesthésie générale en termes juridiques. L'émergence d'une lecture féministe qui politise le cabinet médical s'inscrit donc dans l'histoire des luttes féministes autour de la sexualité qui ont cherché à rendre politique l'espace privé »⁸⁰⁹.

En 2017, Marlène Schiappa, alors secrétaire d'État chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations, commande un nouveau rapport visant à faire le point sur les violences gynécologiques et obstétricales. C'est en juin 2018 que Danielle Bousquet, Geneviève Couraud et Margaux Collet remettent à l'intéressée leur rapport intitulé *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme*. Le titre et le contenu de ce document attirent l'attention sur deux points. Premièrement, la question des touchers intimes revient à de nombreuses reprises (touchers vaginaux, touchers rectaux, touchers mammaires), à travers le défaut de consentement, la systématisation et la répétition de ces actes pendant le suivi médical, et la non prise en compte du caractère intime de ces examens. Il n'est plus seulement question de violences physiques, verbales ou légales ponctuelles, mais de mécanismes de domination structurels. Les autrices du rapport s'interrogent sur le statut des corps, et sur la manière dont les institutions médicales considèrent ces mêmes corps. Deuxièmement, le vocabulaire féministe fait son entrée dans les documents officiels, à travers la mention du « sexisme » dès le titre du rapport, et la

809 QUÉRÉ Lucile. « Luttes féministes autour du consentement. Héritages et impensés des mobilisations contemporaines sur la gynécologie ». *Nouvelles questions féministes*. N°35, 01/2016. Pp. 32-47. <https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2016-1-page-32.htm>

rédaction de ce dernier en écriture non sexiste. Au-delà des mots, l'argumentation adopte un cadre d'analyse soucieux des rapports sociaux de sexe et de genre en particulier, et des rapports de domination en général. La médecine est interrogée non seulement comme lieu de production de connaissance ou d'ignorance, mais aussi comme espace de production de représentations sociales et de catégorisation des individu-es⁸¹⁰.

II.1.1.2. Le paradoxe des « touchers sans contact » sur le corps des soigné-es⁸¹¹

Pour parvenir à une éthique de la mise en contact, il faut préalablement expliciter le sens du toucher auquel cette éthique se réfère. Pour cela, il me paraît intéressant de repenser le toucher à l'aune du contact. Il existe des expériences de « toucher sans contact », c'est-à-dire de toucher sans sensibilité ou de toucher altéré par l'épistémologie visiocentrée. Les « touchers sans contact » ne désignent pas ici des touchers médiatisés pour lesquels le ou la touchant-e utilise un objet pour toucher le ou la touché-e (par exemple : les viols effectués au moyen d'une matraque). Les « touchers sans contact » expriment dans le cadre de ce travail des touchers dépourvus d'une réflexion issue de l'épistémologie critique. Ils peuvent caractériser des touchers problématiques (tels les touchers intimes sur patientes endormies), comme des touchers non conscients des rapports de pouvoir en jeu.

810 BOUSQUET Danielle, COURAUD Geneviève, COLLET Margaux. *Rapport sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme.* 06/2018. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/184000411.pdf>

811 Les sous-parties suivantes sont inspirées d'un article co-écrit avec la sociologue Anna Berrard (que je remercie chaleureusement). Cf. BERRARD Anna, CHOULET-VALLET Anaïs. « Mettre en contact plutôt que mettre à distance le monde sensible. Pour une épistémologie écoféministe du toucher ». *Tracés.* n°42, 2022. pp. 97-122. <https://journals.openedition.org/traces/13843>

En résumé, bien que paradoxale, l'expression « toucher sans contact » que je propose ici peut avoir une portée heuristique. Elle sert à qualifier des touchers médicaux ou thérapeutiques qui n'entrent pas dans la catégorie des touchers de soin, tels que je les théorise. Elle permet également de conceptualiser la place de la sensibilité et de la relationnalité du toucher, par le biais de la notion de « contact ». Dans ce cadre, la notion de « contact » a pour fonction d'exprimer la dimension éthique et épistémologique qui sous-tend mon travail. Bien sûr, cette expression demeure métaphorique et n'a de sens que sur le plan théorique. En pratique, il y a toujours du contact dans le toucher. Cependant, il n'y a pas toujours une conscience et une attention au corps sensible. Et c'est précisément cela que je souhaite interroger.

Aborder les expériences paradoxales que sont les touchers sans contact en situation médicale, c'est donc identifier quelques normes prescriptives pour une éthique de la mise en contact. Par « contact », j'entends, pour le dire autrement, le corps-à-corps dans la relation de soin ainsi que l'appréhension du contexte d'exercice du soin. Derrière la notion de contact, il y a celles de relationnalité et de positionnement : toucher, c'est à la fois entrer en contact avec l'autre et percevoir en contre-point sa propre position, sa propre action, son propre ancrage. Un toucher sans contact est, dans cette perspective, une forme d'emprise, un instrument du dualisme. Au contraire, un toucher avec contact serait un outil de réappropriation.

Ainsi que je l'ai montré dans les paragraphes précédents, le toucher peut être un lieu ou un outil de l'emprise médicale sur les corps féminins ou perçus comme tels. Loin de prendre en compte la sensibilité des corps, le toucher peut se transformer en instrument de violence. Que ce soit au nom de la formation clinique des étudiant-es en médecine, de la technicisation des soins, de la protocolisation des gestes, des

représentations sociales, le « contact » (tel que je le mobilise ici) n'est pas toujours effectif, ou bien n'est pas toujours possible.

À titre d'exemple, le 23 septembre 2021, l'association Stop VOG (violences obstétricales et gynécologiques) publie les témoignages de plusieurs personnes étant ou ayant été suivies à l'hôpital Tenon de Paris pour leur endométriose, et dénonçant la violence du chef de service Émile Daraï⁸¹². Ce gynécologue, considéré comme un grand spécialiste de l'endométriose, est accusé de pratiquer des touchers rectaux et vaginaux « violents » et « par surprise »⁸¹³. En outre, ces touchers intimes ont été effectués sans prendre en compte les douleurs, la pudeur ou la vulnérabilité des personnes auscultées. Ces actes peuvent juridiquement être qualifiés a minima de maltraitance, et au pire de viol : une pénétration par surprise ou contrainte. Ils ont été dénoncés aussi bien par les patient-es que par les étudiant-es en observation ou formation. Dans ce cas, la palpation diagnostique n'a rien d'un toucher de soin. Je la qualifie de toucher sans contact, non pas en tant qu'elle n'utilise pas le sens du toucher, mais en tant qu'elle ne réalise pas le caractère sensible et relationnel du « contact » auquel je fais référence.

Le toucher sans contact constitue une dissociation entre geste technique et relation thérapeutique. Cette dissociation semble être une double source de violences corporelles : sur le plan technique, elle favorise les gestes brutaux et invasifs ; sur le plan déontologique, elle se fonde sur une non prise en compte de la signification de ces gestes en termes d'intimité, de pudeur, d'intégrité. Dans l'exemple de l'hôpital Tenon, on

812 Cf. https://www.francetvinfo.fr/societe/harcelement-sexuel/enquete-franceinfo-un-grand-specialiste-parisien-de-l-endometriose-accuse-de-violences-sur-plusieurs-patientes_4780313.html

813 Cf. https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/10/01/violences-gynecologiques-les-temoignages-affluent-contre-un-praticien-vise-par-une-enquete-pour-viol-sur-mineur_6096658_3224.html

peut interpréter les gestes brutaux du chef de service de gynécologie comme une volonté ou une habitude d'asseoir l'emprise du corps médical sur le corps des patient-es.

Dénoncer les touchers sans contact, c'est donc non seulement introduire de la sensibilité dans le soin, mais c'est aussi appréhender le soin dans sa globalité. De fait, pratiquer des touchers brutaux, douloureux et non sollicités sur des personnes vivant avec une endométriose est doublement contradictoire, d'une part, avec l'enjeu des soins en général qui consistent à apporter du soulagement et, d'autre part, avec la prise en charge de l'endométriose qui passe majoritairement par la réduction des symptômes douloureux. Dénoncer les touchers sans contact, c'est, autrement dit, renoncer à une culture de la mise à distance à l'endroit des corps ainsi que de l'activité médicale. Si cette culture de la mise à distance engendre une dénégation du vécu subjectif de la maladie ou de la souffrance, elle participe également à effacer les soins corporels ou, plus précisément, ce que j'appelle « travail sensible ».

II.1.2. L'emprise sur le corps des soignant-es

Bien souvent, le toucher de soin est envisagé comme une prérogative du travail domestique et, par conséquent, n'est pas considéré comme un travail à proprement parler. Comme je l'ai expliqué au tout début de ce travail, faire reconnaître le travail domestique sur le plan économique comme symbolique est un haut lieu de lutte pour les féministes, notamment pour les féministes matérialistes. De fait, le travail domestique produit aussi bien des richesses que le travail dit productif. La différence est que le premier opère dans la sphère domestique et familiale, alors que le second dans la sphère publique et professionnelle⁸¹⁴.

814 Pour une théorisation détaillée du « travail domestique », cf. DELPHY Christine. « Travail ménager ou travail domestique ». in MICHEL Andrée (dir.). *Les femmes dans la société marchande*. Paris : Presses universitaires de France, 1978. Pp. 39-54

Dans le champ de la santé et des soins, ces deux sphères sont parfois imbriquées, ce qui rend l'entreprise de légitimation encore plus compliquée. Ainsi coexistent deux revendications en apparence contradictoires : d'un côté, la valorisation du travail domestique exercé par les femmes par le biais de rémunérations décentes ; de l'autre, la volonté d'un partage équitable des tâches entre hommes et femmes tant que ces tâches ne sont pas rémunérées.

Parce qu'il relève de l'expérience intime, parce qu'il renvoie à la relation corporelle, le toucher serait, pour reprendre l'expression de la psychologue Nancy Henley, « une affaire de femmes »⁸¹⁵. En effet, il est généralement mentionné dans les domaines de la puériculture, des soins éducatifs, de la maternité, etc. – autant de tâches confiées aux femmes dans notre organisation sociale⁸¹⁶. Cela ne veut pas dire que seules les femmes sont amenées à utiliser le sens du toucher. De la chirurgie à la kinésithérapie, en passant par la palpation abdominale, le recours aux gestes tactiles se fait indépendamment du genre ou du sexe. Cela veut dire que les femmes sont davantage enjointes que les hommes à pratiquer le toucher de soin.

En résumé, le toucher de soin n'est souvent pas considéré comme un travail, parce qu'il relève nécessairement de la sphère intime, et fréquemment de la sphère privée. Comme l'écrit la sociologue Annie Dussuet, « c'est en effet la partition public/privé et la division sexuelle du travail qui lui est attachée qui aboutissent à dénier la qualité de "travail" aux activités, de fait accomplies par les femmes, empreintes des normes du privé »⁸¹⁷. Pour revaloriser les activités sensibles telles que le toucher de

815 Cf. HENLEY Nancy. « Status and sex : Some touching observations ». *Bulletin of the Psychonomic Society*. N°2, 1973. Pp. 91-93

816 Pour des données sur la surreprésentation des femmes dans les métiers liés au *care* (aide à la personne, soins aux enfants, etc.), cf. DARES ANALYSES. « La répartition des hommes et des femmes par métiers ». N°79, 2013. <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-079.pdf>.

817 DUSSUET Annie. « Le "travail domestique" : une construction théorique féministe interrompue ». *Recherches féministes*. Vol. 30 n°2, 2017. Pp. 101-117.

soin, il faut sortir de la distinction entre le domaine public et le domaine privé. Cela exige d'envisager la sphère familiale ou conjugale comme un lieu de production à part entière.

Cela ne passe toutefois pas par une externalisation du travail sensible. Celui-ci se trouve déjà doublement externalisé : soit parce qu'il est placé hors du travail rémunéré ; soit parce qu'il représente une occasion pour les gouvernements néolibéraux de déréguler le salariat, accroissant la précarité des personnes reléguées à ces travaux⁸¹⁸.

II.1.2.1. L'externalisation du travail sensible

Le concept de « travail sensible » vise à interroger la place de la corporéité et de l'affectivité dans l'organisation du travail de soin. En d'autres termes, ce concept s'attache à questionner le rôle du contact (au sens où il a été défini ci-avant) dans une culture de la mise à distance et, plus largement, dans une société patriarcale. Dans ces circonstances, le travail sensible renvoie à l'ensemble des activités de *care* auxquelles les femmes, entre autres minorités, sont assignées : prendre soin des êtres les plus fragiles, les toucher sans les blesser, les manipuler sans les brusquer. Cela demande une sensibilité qui implique à la fois un toucher précautionneux de la part des personnes qui touchent, et un rapport affectif à un autrui sensible avec lequel elles entrent en contact.

De la même manière que Tronto s'attache à penser le contexte idéologique du *care*, je désire réfléchir au contexte sociologique du travail sensible, afin de comprendre les mécanismes et les conséquences de son externalisation. Il s'agit de questionner la place des corps sensibles (des corps chargés des soins domestiques, des émotions et de la sollicitude) au sein de l'organisation du travail de soin dans notre société. Sont-ils à la marge, au fondement, à l'extérieur du travail de soin ?

<https://www.erudit.org/fr/revues/rf/2017-v30-n2-rf03510/1043924ar/>

818 Cf. Ibid.

Les soins de santé occupent une place importante dans les activités de *care*. Cette importance n'est toutefois pas synonyme de reconnaissance. De fait, les métiers d'infirmier-es, auxiliaires de vie, aides-soignant-es, etc. sont dévalorisés tant sur le plan économique (les grilles de salaires sont très basses) que symbolique (les tâches sont rarement mises en avant dans l'espace public, malgré les discours apologétiques au début de la pandémie de Covid-19).

Cette importance n'empêche pas non plus la marginalisation des personnes qui exercent ces soins. Dans une enquête portant sur la place du genre et de l'ethnicité dans le travail de santé réalisé en 2010, l'infirmière et sociologue Marguerite Cagnet montre qu'une grande part des activités de soin sont non seulement reléguées hors des murs de l'hôpital (souvent à domicile), mais aussi exercées majoritairement par des femmes racisées issues des classes populaires⁸¹⁹. Ces activités sont doublement en marge du marché du travail : d'une part en tant qu'elles sont pratiquées par des personnes socialement marginalisées ; d'autre part en tant qu'elles prennent place dans la sphère privée du domicile et non dans la sphère publique du travail. D'où leur « invisibilité », pour reprendre l'expression de Cagnet, ou leur externalisation, si l'on reprend la logique de la mise à distance.

Dans ce cadre, mettre à distance signifie hiérarchiser, c'est-à-dire déterminer ce qui a de l'importance. Or, la professionnalisation du soin représente, selon certaines théoriciennes écoféministes, une source de désintérêt pour cette activité et, partant, un motif d'externalisation du travail sensible. Pour l'essayiste et écrivaine Starhawk, « le professionnalisme lui-même renforce la culture de la mise à distance », en ce qu'il dénie aux soigné-es le pouvoir de se guérir, de même qu'il favorise une organisation

819 COGNET Marguerite. « Genre et ethnicité dans la division du travail en santé : la responsabilité politique des États ». *L'Homme & la société*. n°176-177, 2010. pp. 101-129. <https://www.cairn.info/revue-l-homme-et-la-societe-2010-2-page-101.htm>

hiérarchique des professions de soin⁸²⁰. Toutes les personnes ne sont pas aussi légitimes à guérir les corps, ni à produire de la connaissance sur eux, et encore moins à tirer une reconnaissance économique et sociale de cette activité. L'activité médicale répond le plus souvent à un schéma vertical : au sommet de la hiérarchie, il y a l'authentification de la maladie, tandis qu'à la base, il y a les soins corporels.

En somme, ce sont les personnes les moins visibles et représentées qui exercent les travaux les moins perceptibles et reconnus. Il y a donc un double mouvement d'externalisation du travail sensible, lui-même fonction d'un phénomène de hiérarchisation de l'activité de soin. En haut de la hiérarchie, il y aurait les expert-es du corps, c'est-à-dire celles et ceux qui le connaissent ; en bas, il y aurait les profanes, c'est-à-dire celles et ceux qui le touchent. Les corps touchants semblent alors doublement illégitimes. D'un côté, ils ne répondent pas à la définition hégémonique d'un corps : un corps valide, blanc, cisgenre et masculin. D'un autre côté, ces corps qui ne comptent pas produisent des savoirs sensibles indignes de scientificité.

Il ne s'agit pas ici de mettre en cause l'ensemble du corps médical, mais de mettre au jour certaines tendances dans notre société en général, et dans l'organisation du travail de soin en particulier. Or, la tendance est à l'externalisation, soit à la mise à distance, du travail sensible. Mettre à distance, c'est dénier l'expérience de la corporéité comme source de savoir légitime ; c'est produire des mécanismes d'emprise ou, pour reprendre la formule de Starhawk, de « pouvoir-sur » ; c'est briser la capacité d'entrer en contact. Penser le travail sensible, c'est donc revaloriser les compétences comme les acteurs-rices de ce travail, c'est avancer dans l'élaboration d'une éthique de la mise en contact.

820 STARHAWK. *Rêver l'obscur. Femmes, magie et politique*. Paris : Cambourakis, 2015. p. 114

II.1.2.2. Le paradoxe des « touchers sans contact » sur le corps des soignant-es

En raison d'une déconsidération du travail sensible, le contact physique n'est pas envisagé comme une source de connaissance mais comme un lieu d'obligation. Cela engendre des situations paradoxales, quoique de l'autre côté de la relation de soin. C'est pourquoi il est important d'examiner les incidences du paradoxe des touchers sans contact sur les soignant-es.

Ce paradoxe se manifeste notamment par une dénégation de l'agentivité des acteurs-rices du travail sensible, lors-même que le toucher en contexte médical est traditionnellement envisagé depuis la position de ces dernier-es, donc depuis une position active. Si le toucher est un acte réciproque (on touche en même temps qu'on est touché-e), alors le problème du consentement concerne à la fois les corps touchés et les corps touchants. Mais dans une organisation du travail médical fortement hiérarchisée, l'autonomie et le consentement des pourvoyeurs-euses de soins corporels sont déconsidérés. Ici, il ne s'agit ni d'idéaliser une situation de soin qui serait relationnelle par essence, ni de rendre taboues les actions de toucher. Il s'agit plutôt d'interroger les situations spécifiques lors desquelles un toucher n'implique pas nécessairement un contact initié par les acteurs-rices du travail sensible. D'où l'intérêt de réfléchir à l'agentivité de ces dernier-es.

L'agentivité n'est pas une affaire d'activité mais d'autorité et d'autonomie. En l'occurrence, l'agentivité des pourvoyeurs-euses de *care* peut désigner trois choses : tout d'abord, la possibilité d'affirmer son autonomie dans l'action et dans la décision ; ensuite, la capacité à se constituer comme sujet de l'action thérapeutique ; enfin, l'éventualité de se réapproprier un savoir et un pouvoir à l'endroit des compétences sensibles. Or, les situations de toucher sans contact entraînent une mise à distance de

ces trois dimensions de l'agentivité. Autrement dit, ces situations peuvent participer à maintenir les travailleurs-euses du sensible dans une posture de passivité, donc, par extension, dans un régime d'hétéronomie, de domination et de dévalorisation.

La confiscation de l'agentivité des pourvoyeurs-euses de *care* se traduit de différentes manières. Premièrement, ce peut être lorsque les soignant-es tolèrent des gestes inappropriés de la part des soigné-es, dans le but d'assurer le bon déroulement des soins. En témoigne l'enquête réalisée par la psychologue Pascale Molinier dans la maison de retraite Villa Plénitude⁸²¹ : au nom de la nécessité du soin et du respect de la personne dans sa globalité, les aides-soignantes acceptent d'être touchées sur une zone érotique de leur corps par un certain M. Georges, car c'est la condition pour qu'il consente à être lavé. Dans ce cas, les aides-soignantes sont exposées à ce que Molinier appelle un motif de « compromission », c'est-à-dire une forme de contournement des valeurs morales au profit d'un résultat pratique. D'une certaine manière, les aides-soignantes privilégient l'activité de *caring* (en anglais : « to take care of ») à la déontologie (en anglais : « to care for »). Autrement dit, elles renoncent à leur agentivité en matière de contact physique et d'intégrité corporelle, afin d'affirmer leur agentivité en tant que professionnelles de santé.

L'exemple de la Villa Plénitude révèle une contradiction entre la déontologie des institutions de santé (il n'est pas normal que des aides-soignantes subissent des attouchements durant leur travail) et la sensibilité des travailleuses (il est préférable de réaliser le soin que de ne pas le réaliser selon les aides-soignantes). Pourtant, le *care*, entendu comme sensibilité à une

821 MOLINIER Pascale. *Le travail du care*. op. cit.

situation particulière de soin, n'est pas incompatible avec la déontologie, entendue comme un ensemble de règles prétendument valables pour toutes les situations de soin. Comme l'écrit la philosophe Alice Le Goff, « certaines contraintes d'ordre déontologique, certaines prohibitions peuvent alors être comprises comme ayant leur source directement dans notre sensibilité »⁸²².

Deuxièmement, la confiscation de l'agentivité des pourvoyeurs-euses de soin peut se traduire par une sorte de normalisation de leurs sentiments. Ils et elles sont enjoint-es d'être touché-es, au sens émotionnel du terme, par la souffrance ou la maladie des personnes qu'elles et ils soignent. Comme si prodiguer des soins corporels signifiait nécessairement prodiguer de l'affection, ainsi que l'explique à nouveau Molinier⁸²³. Cela suscite un rapport ambivalent au travail émotionnel : soit un refus d'entrer en contact affectif, dans le but de dénaturer le travail sensible ; soit un surinvestissement des émotions qui donnent du sens à ce travail.

Cette normalisation du toucher de soin peut entraîner une forme d'aliénation du sujet sensible. L'emprise sur le corps des soignant-es s'exerce moins dans l'acte de toucher lui-même que dans les normes déterminant comment et quand ils et elles doivent toucher et ils et elles doivent être touché-es, au sens propre comme figuré. Cela passe notamment par la confusion entre sphère publique et sphère privée concernant le lieu de travail et les gestes professionnels ; bien que cette confusion puisse aussi représenter un acte de réappropriation de la part des travailleurs-euses. Comme l'explique Molinier, les salariées de la Villa Plénitude procèdent à une « domestication » de l'environnement et des relations professionnelles, au sens d'une appropriation de l'espace de travail et des interactions émotionnelles selon un modèle familial. Autrement

822 LE GOFF Alice. « Care, empathie et justice – Un essai de problématisation ». Revue du MAUSS n°32, 2008. <https://www.cairn.info/revue-du-mauss-2008-2-page-203.htm>

823 MOLINIER Pascale. *Le travail du care*. op. cit.

dit, elles s'attachent à « faire comme à la maison » ; ce qui est généralement perçu comme un manque de compétences ou de distance de la part de la hiérarchie institutionnelle. Si le processus de « domestication » est dévalorisé, lors même qu'il constitue un acte de réappropriation, alors les travailleuses sont dépouillées de leur agentivité, quand bien même leurs décisions participent de leur aliénation.

La question de l'agentivité des pourvoyeurs-euses de *care* met en évidence la centralité de la sensibilité (affective, corporelle, etc.) dans les pratiques de soin. En un certain sens, c'est grâce à la sensibilité qu'une relation de soin ne devient pas une relation de pouvoir. Cela va dans le sens des éthiques et théories du *care*, mais aussi dans le sens d'autres mouvements féministes. Comme l'explique Starhawk (dans une perspective écoféministe), « nous ne pouvons retrouver nos pouvoirs, en tant qu'individus et communauté, sans retrouver notre pouvoir de guérir »⁸²⁴. Il s'agit de renoncer au « pouvoir-sur » les corps, et de valoriser le « pouvoir de guérir » ces corps.

II.2. Entre droit et devoir de toucher

À l'endroit du toucher de soin, j'ai montré que les institutions de santé pouvaient mettre en place une emprise aussi bien sur le corps des soigné-es que des soignant-es. Pour les premier-es, cela se manifeste généralement par une dénégation de l'intégrité corporelle, tandis que pour les second-es, par une confiscation de l'agentivité et une normalisation des affects. L'aliénation des sujets sensibles s'appuie non seulement sur des normes déterminant comment et quand ils et elles doivent toucher et être touché-es, mais aussi sur des règles spécifiant qui a le droit ou le devoir de toucher ou d'être touché-e. Il paraît alors intéressant de critiquer de telles règles et, pour ce faire, d'évaluer le risque que représente le toucher en contexte thérapeutique.

824 STARHAWK. *Rêver l'obscur. Femmes, magie et politique*. Op. cit. p. 114

II.2.1. Penser le toucher en contexte thérapeutique comme un risque

Penser le toucher comme un risque, c'est principalement réfléchir aux menaces qu'il comporte. Dans la notice intitulée « toucher » du *Dictionnaire du genre en traduction* publiée en juin 2021, les auteurs-rices précisent que ce sens « a été sémantisé comme une menace et un danger » au début de la pandémie de Covid-19. Considéré comme une source de contagion, le toucher est devenu au minimum « un plaisir différable et dispensable »⁸²⁵, engendrant des situations de manque ou d'isolement, et, au pire, un motif de rejet, jouant les réflexes haptophobes (liés à la peur du toucher) apparus lors de l'épidémie de VIH/SIDA des années 1980/1990⁸²⁶.

Comme je l'ai écrit dans un article paru en octobre 2021, la pandémie n'a pas fondamentalement modifié notre rapport au toucher de soin⁸²⁷. Loin d'instituer de nouvelles formes d'injustice, la crise sanitaire s'est en effet contentée de révéler les inégalités qui traversent le travail sensible en temps normal. La possibilité de s'exposer ou non aux risques que représente le toucher s'est avérée corrélée aux privilèges socioprofessionnels, c'est-à-dire à la place occupée au sein du marché du travail productif ou domestique. Pour reprendre les mots des auteurs-rices de la notice citée ci-avant, il me semble nécessaire de ne pas oublier « le toucher non choisi des travailleurs-euses essentiel-les qui n'ont même pas pu choisir leur exposition en dehors

825 CORUJO Arturo, ISERN ORDEIG María, JUNCOSA Toni R., RAMIREZ Víctor. « Toucher-Touch-Tacto-Tacte (I) ». *Dictionnaire du Genre en Traduction*. 05/06/2021. <https://worldgender.cnrs.fr/notices/toucher-touch-tacto-tacte-i/>. [Consulté le 25/06/2021].

826 Cf. ANDRIEU Bernard. « Du corps intouchable au corps virtuel : vers une relation enseignant-élève désincarnée ». *Le Télémaque*. N°25, 01/2004. pp. 113-124. <https://www.cairn.info/revue-le-telemaque-2004-1-page-113.htm>

827 Cf. CHOULET-VALLET Anaïs. « La pandémie de Covid-19 a-t-elle modifié le rapport au toucher ? #2 ». *Espaces réflexifs, situés, diffractés et enchevêtrés*. 21/10/2021. <https://reflexivites.hypotheses.org/12689>

de l'espace domestique, et donc la conversion de cet espace domestique en espace de travail également comme un privilège »⁸²⁸.

Malgré tout, le problème de la domestication du travail sensible se pose différemment depuis la pandémie de Covid-19. En un certain sens, les personnes privilégiées sur le marché du travail ont pu transformer leur espace domestique en espace professionnel durant les confinements. Au contraire, les personnes précaires exerçant des métiers dits « indispensables », ont exposé leur espace domestique au risque de la contamination provenant de leur espace professionnel. En d'autres termes, elles ont dû laisser pénétrer la menace de la sphère publique dans leur sphère privée.

Voilà peut-être une raison supplémentaire d'abandonner la distinction public/privé quand il est question du travail sensible. Parler du travail sensible, c'est en effet s'intéresser à la distribution des rôles sociaux plutôt qu'à la création de nouvelles formes de travaux. Autrement dit, c'est révéler le système d'injonctions ou d'avantages autour de cette activité et, plus exactement, les droits et les devoirs à l'endroit du sens du toucher. C'est pourquoi mon analyse s'intéresse aux relations entre professionnel-les de santé, plutôt qu'aux rapports entre ces dernier-es et leurs patient-es.

II.2.2. Penser le toucher comme un droit

Dans un premier temps, je propose d'examiner qui a le droit de toucher, et pourquoi. Il s'agit d'examiner l'usage social du toucher en fonction des rôles sociaux de genre. Il n'est donc pas question d'un droit au sens légal ou juridique du terme, mais d'un droit au sens d'une norme sociale implicite.

En 1956, le sociologue Erving Goffman remarque déjà que la configuration des interactions tactiles dit beaucoup de choses sur la structure hiérarchique des métiers du

828 CORUJO Arturo, ISERN ORDEIG María, JUNCOSA Toni R., RAMIREZ Víctor. « Toucher-Touch-Tacto-Tacte (I) ». art. cit.

soin. Dans le milieu hospitalier, le genre et le statut social règlementent les rapports professionnels, tel que les médecins (hommes) s'autorisent à toucher les infirmières, tandis que l'inverse apparaît moins acceptable⁸²⁹. Vingt ans plus tard, cet auteur précise que cette répartition genrée procède d'un « toucher ritualisé », lui-même fondé sur une présomption de vulnérabilité pour les personnes dominées en raison de leur genre⁸³⁰.

Comme l'explique le sociolinguiste Luca Greco, « si les hommes sont présentés comme des êtres dont la corporéité est stable, fixe et solide, celle des femmes apparaît irréductiblement fragile et vulnérable »⁸³¹. Dans le sillage des travaux de Nancy Henley⁸³², Greco montre que le toucher révèle des asymétries sociales diverses, et explique cette différence de pratique en recourant aux notions de légitimité symbolique et d'occupation de l'espace public. Plus on détient de légitimité symbolique, plus on occupe l'espace public. Et plus on occupe l'espace public, plus on est autorisé-e à enfreindre les frontières de la sphère privée d'autrui. Iel affirme que « les hommes initient le toucher sur les femmes d'une façon plus importante que l'inverse en raison de la place occupée par les hommes dans notre société. [...] Les hommes ont un "droit" au toucher sur les femmes et leurs pratiques tactiles sont vues alors comme un signe de protection, une pratique affective ou encore comme teintées d'ironie »⁸³³. En somme, l'asymétrie en termes de droit au toucher entre hommes et femmes repose sur une présomption de vulnérabilité pour les secondes, et une incitation à y remédier pour les premiers. Pourtant, ce sont bel et bien les femmes et les minorités de genre qui sont

829 Cf. GOFFMAN Erving. « The Nature of Deference and Demeanor ». *American Anthropologist*. N°58, 1956. pp. 473-502

830 Cf. GOFFMAN Erving. *Gender Advertisement*. New York : Harper and Row Publishers, 1976

831 GRECO Luca. « Le genre tactile : repenser les imbrications entre la matière et la parole au prisme de l'imagination et de l'expérience ». *GLAD!*. N°07, 2019. <https://journals.openedition.org/glad/1714>. [Consulté le 25/06/2021].

832 Cf. HENLEY Nancy. « Status and Sex : Some Touching Observations ». art. Cit.

833 GRECO Luca. « Le genre tactile : repenser les imbrications entre la matière et la parole au prisme de l'imagination et de l'expérience ». art. cit.

enjointes d'effectuer les soins corporels auprès des personnes considérées comme les plus vulnérables (les enfants, les personnes handicapées et âgées, les malades, etc.).

II.2.3. Penser le toucher comme un devoir

Dans un second temps, je suggère de réfléchir à qui a le devoir de toucher, et comment. Si le droit de toucher n'est pas formalisé par des règles juridiques, le devoir de toucher, quant à lui, peut parfois être encadré par la législation, notamment par les contrats de travail des professionnel-les de santé. Cependant, le cadre légal ne prémunit pas les travailleurs-euses contre les croyances à l'endroit des compétences sensibles ; croyances qui tendent à réduire ces dernières à des choix vocationnels ou à des capacités naturelles. Il s'agit donc d'interroger la manière dont le toucher traduit des attentes sociales, elles-mêmes influencées par des représentations stéréotypées. En examinant la confiscation de l'agentivité et la normalisation des sentiments des pourvoyeurs-euses de soin, j'ai déjà traité une partie du problème. Toutefois, les attentes autour du contact physique interviennent à d'autres niveaux.

Si, tel que le montre Goffman, les hommes semblent davantage enclins que les femmes à asseoir leur autorité par le sens du toucher, les femmes, ou les personnes assignées comme telles, doivent quant à elles toucher des corps, soit pour satisfaire une demande de plaisir, soit pour répondre à une fonction sociale et ce, malgré leur propre désir. Ici, la notion de désir n'est pas mobilisée au hasard. De fait, le toucher de soin s'expose au risque de la sexualisation du travail sensible. Cela provient entre autres du fait que le toucher est traversé par des enjeux et des représentations liées à la sexualité, ainsi que je l'ai expliqué au chapitre précédent.

Dans une étude publiée en 2014 portant sur « les cadres sexués » du travail manuel des physiothérapeutes (kinésithérapeutes en Suisse), les sociologues Hélène

Martin et Céline Perrin ainsi que la formatrice en physiothérapie Pascale Damidot rendent compte de la menace que représente la sexualisation de la relation thérapeutique pour le cadre des soins, comme pour les individu-es⁸³⁴. Cette menace pèse principalement sur les thérapeutes assigné-es au genre féminin. Elle consiste notamment à substituer l'identité de genre à l'identité professionnelle, c'est-à-dire à envisager ces thérapeutes selon leur genre plutôt que selon leurs compétences techniques. Et cette menace s'exprime au travers de phénomènes de harcèlement. Pour y remédier, les praticiennes doivent mettre en place des stratégies de prévention, non seulement en évitant certaines techniques, ce qui entraîne un accaparement de celles-ci par les collègues hommes, mais également en évitant certaines zones sexualisées, ce qui ne fait toutefois pas disparaître le harcèlement, comme le montrent les autrices de l'article cité ci-dessus.

Cette étude présente certains biais, dans la mesure où elle présuppose une perspective très hétéronormée des interactions, c'est-à-dire une conception très binaire du genre (hommes/femmes) et de la sexualité (hétérosexualité). Néanmoins, elle permet de rappeler que la relation tactile est souvent chargée de représentations liées au genre et à la sexualité. Et elle révèle que ce sont les femmes (et les minorités de genre, bien qu'elles ne soient pas mentionnées) qui en pâtissent le plus. Ce n'est pas sans faire écho à l'exemple des soignantes de la Villa Plénitude présenté par Molinier qui acceptent des attouchements pour pouvoir mener à bien les soins. D'où l'importance de repenser la place du consentement dans les relations de soin qui font intervenir un contact physique.

834 MARTIN Hélène, PERRIN Céline, DAMIDOT Pascale. « Les cadres sexués du travail émotionnel dans la relation thérapeutique en physiothérapie ». *Travailler*. N°32, 02/2014. pp. 9-31. <http://www.cairn.info/revue-travailler-2014-2-page-9.htm>

II.3. Théoriser un consentement cohérent avec le toucher de soin

Des scandales des touchers vaginaux sur patientes sous anesthésie générale aux stratégies de prévention du harcèlement par les thérapeutes manuelles, le toucher en contexte de soin soulève des questions relatives au consentement. Théoriser un consentement cohérent avec le concept de toucher de soin tel que je l'entends, c'est alors s'inscrire dans l'histoire des luttes féministes. Il s'agit de politiser la relation de soin. En d'autres termes, il s'agit de saisir à la fois la manière dont la sphère privée (l'intimité corporelle) survient dans la sphère publique (la relation thérapeutique), et la façon dont cette survenue pose notamment des enjeux relatifs à la sexualité.

II.3.1. Théoriser un « consentement situé »

Entre la charge sexuelle portée par le toucher de soin et les dynamiques de genre reproduites par les institutions médicales, il me semble important de théoriser un consentement thérapeutique sur le même modèle que le consentement sexuel. Cela n'invalide pas tous les travaux et toutes les avancées permises par la formulation du « consentement libre et éclairé » de la loi Kouchner de 2002. Cela ajoute plutôt une couche de complexité à cette formulation, correspondant à la problématique du recours au toucher en contexte thérapeutique. Cela s'inscrit surtout dans une démarche théorique et politique féministe car, pour rappel, des autrices comme Elsa Dorlin affirment que la sexualité (comme système politique) pèse grandement sur la construction des sujets sociaux.

Pour théoriser un consentement cohérent avec le toucher de soin, je me réfère aux travaux de la sociologue Alexia Boucherie. À partir d'un travail sur les « zones grises » du consentement sexuel, cette autrice affirme que « le consentement n'est

jamais purement "libre et éclairé", mais toujours "situé" dans un système de valeurs et de croyances »⁸³⁵. Et de préciser qu'un « consentement situé » prend en compte « le contexte, la position de l'autre, ses caractéristiques personnelles et sociales propres »⁸³⁶. Les « zones grises » désignent toutes les situations lors desquelles il n'y a pas de contrainte apparente, mais où il n'y a pas non plus de désir explicite ou certain, voire où les personnes « se forcent » elles-mêmes. Dans les termes de Boucherie, les « zones grises » demeurent les « espaces ambivalents créés par la séparation du désir et du consentement »⁸³⁷. Ces situations ambivalentes sont en partie possibles du fait d'une saturation du langage corporel au détriment du langage verbal : les gestes parlent à la place des mots. Or, ces gestes semblent fonctionner davantage par mimétisme que par envie réelle.

Bien souvent, il y a une confusion entre « désir », « plaisir » et « consentement ». Même l'article sur le viol dans le Code pénal ignore le concept de « consentement ». En revanche, le viol est défini par les termes de « violence », « contrainte », « menace » ou « surprise », c'est-à-dire indirectement au prisme du non consentement⁸³⁸. Légalement, c'est la violence physique qui opère comme le critère de démarcation entre une relation consentie et une relation non consentie. Mais comme le souligne Boucherie, « dans un système hétéronormatif, nul besoin d'en venir à la violence pour faire céder l'autre »⁸³⁹. Dans le sillage de Dorlin, Boucherie explique que les scripts sexuels façonnent les êtres sociaux. Or, ces scripts sont structurellement

835 BOUCHERIE Alexia. *Troubles dans le consentement. Du désir partagé au viol : Ouvrir la boîte noire des relations sexuelles*. Paris : François Bourin, 2019. p. 74

836 Ibid. p. 164

837 Ibid. p. 77

838 Cf. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000043409028/2021-04-23>

839 BOUCHERIE Alexia. « Du "vrai viol" aux "zones grises". Juger du (non) consentement dans la sexualité contemporaine française ». *Archives de philosophie du droit* n°61, 01/2019. pp. 375-386. <https://www.cairn.info/revue-archives-de-philosophie-du-droit-2019-1-page-375.htm>

hétérosexuels et, de ce fait, s'appuient sur des rapports de genre asymétriques. Ils participent de l'intériorisation de ce qui est perçu comme des « devoirs » en matière de sexualité et, dans certaines situations, ils favorisent l'« autocontrainte ». Pour les femmes, cela se manifeste par le fait de céder à une demande de relation sexuelle, particulièrement en contexte de conjugalité, puisque les scripts les enjoignent à être disponibles, voire dociles. Pour les hommes, cela se traduit par une incitation à performer le besoin sexuel, car les scripts assimilent leur virilité à leur propension à désirer une relation sexuelle.

De sorte que la capacité à consentir est corrélée au genre qui nous est assigné ou que l'on performe. Par extension, la capacité à consentir est influencée par les injonctions sociales, plus ou moins internalisées, à l'endroit des comportements relationnels. Ces comportements sont eux-mêmes entretenus par l'idée qu'il existe une « mécanique naturelle et fluide » sous-jacentes aux attitudes et codes corporels. Or, cette « mécanique » est, d'une part, un ensemble de codes culturels, soit de phénomènes socialement construits et hiérarchisés, et non un ensemble de codes « naturels », au sens d'instincts innés et déterminés. D'autre part, cette mécanique déborde le cadre interprétatif habituel du consentement, qui est un cadre binaire : on dirait oui ou non à une relation sexuelle. En réalité, il y a tout « un "spectre du consentement", allant de son énonciation verbale explicite ("oui") à toute une palette de comportements physiques, rendant son interprétation malléable », ainsi que l'écrit Boucherie⁸⁴⁰. En définitive, le consentement est une pratique « relationnelle » et « située » : d'un côté, elle intervient dans un contexte socioculturel donné ; de l'autre, elle met en lien des acteurs-rices eux et elles-mêmes socialement situé-es.

840 Ibid.

En outre, il est important de rappeler que, *stricto sensu*, consentir signifie adhérer à une proposition formulée par autrui, et non désirer activement cette proposition. Ici, entre en jeu la notion d'autonomie, et notamment d'autonomie sexuelle. De fait, le consentement vise à transformer une proposition hétéronome (qui ne dépend pas de soi) en choix autonome (qui vient de soi). Si la notion d'autonomie sexuelle est constitutive de nombreuses critiques féministes du consentement, elle reste généralement envisagée en termes de contrôle et d'indépendance à l'endroit des pratiques sexuelles. La sexualité consentie relèverait ainsi du contrat. Cependant, cette approche contractualiste de la sexualité s'appuie sur une normativité valide, dans la mesure où elle présuppose une égalité de capacités physiques et cognitives des contractant-es. Comme l'écrit Boucherie, « cette approche tend à réimposer des pratiques normatives pensées par et pour des corps valides, qui seraient autorisés à être sexuels sous certaines conditions et pour de "bonnes raisons" uniquement »⁸⁴¹.

841 BOUCHERIE Alexia. « Penser un futur du consentement sexuel à partir des corps vulnérabilisés : les apports analytiques d'une critique *crip/queer* pour un consentement situé ». Communication donnée à l'occasion du 3e Congrès international de l'Institut du genre « No(s) futur(s). Genre : bouleversements, utopies, impatiences ». Université Toulouse Jean Jaurès. 07/2023. <https://shs.hal.science/halshs-04247563/>

II.3.2. Repenser l'autonomie sexuelle

Parce que la relation de soin implique nécessairement une sorte d'asymétrie dans les rapports de pouvoir, généralement une forme de vulnérabilité au niveau des corps ou de la situation sociale, parfois une confrontation à des sujets hors de la norme de validité, il me paraît pertinent de l'étudier au prisme du consentement situé. Mais pour construire une définition du consentement incluant tous les corps et sujets, y compris ceux qui sont vulnérables, il semble désormais important de repenser la notion d'autonomie sexuelle. Dans cette perspective, je m'inspire des travaux de la philosophe Jennifer Nedelsky, et d'un article des juristes Joseph Fischel et Hilary O'Connell⁸⁴².

Ainsi que l'explique Nedelsky, l'autonomie en général, et l'autonomie sexuelle en particulier, est habituellement pensée d'après un modèle kantien, c'est-à-dire selon un idéal d'indépendance et de contrôle⁸⁴³. Or, cet idéal ne paraît ni possible ni souhaitable. Pour Nedelsky, l'indépendance est la voie vers une existence appauvrie, tandis que le contrôle est la voie vers la domination. Le contrôle refuse l'autonomie des autres. En réalité, le sujet humain est éminemment multidimensionnel et relationnel, soit variablement dépendant des autres. L'autonomie s'élabore à partir de relations constructives et structurantes. Et la réalisation de l'autonomie est dépendante du

842 Je remercie Alexia Boucherie pour m'avoir fait découvrir et analysé en profondeur l'article de Fischel et O'Connell à l'occasion d'une séance du Réseau d'Études Handiféministes que nous avons coorganisée.

843 Pour le philosophe Michaël Fessel, l'interprétation de l'autonomie kantienne en termes d'indépendance et de contrôle est erronée, quoique fréquente. Pour lui, « l'autonomie est d'abord un projet : elle consiste à choisir librement la liberté en s'émancipant de l'arbitraire des désirs ». FESSEL Michaël. « Kant ou les vertus de l'autonomie ». *Études* n°414, 03/2011. pp. 341-351. <https://www.cairn.info/revue-etudes-2011-3-page-341.htm>

Même si elle ne se réduit pas à l'indépendance individualiste ou au contrôle disciplinaire, l'autonomie kantienne demeure formulée selon des principes formels (sans contenu expérientiel), universels (théoriquement valables pour tout le monde et tout le temps), et rationnels (d'après la faculté de juger). De sorte qu'elle convient peu au projet d'une autonomie fondée sur un consentement situé.

contexte social. Pour se réaliser pleinement, l'autonomie des sujets nécessiterait, selon cette autrice, une restructuration sociale large, car, en l'état, elle est entravée par des normes et des injonctions contradictoires. L'autonomie devrait pouvoir s'appuyer sur des dispositifs étatiques ou institutionnels de soutien, loin du principe de non ingérence de l'État.

Pour Nedelsky, l'autonomie est davantage une affaire d'autocréation que d'autodétermination. En effet, les individu-es sont déterminé-es par des forces et des logiques qui les dépassent. Il faut donc renoncer à la fiction de l'agent rationnel, capable en toute circonstance de faire œuvre de sa volonté ou de sa raison. En revanche, les individu-es sont des sujets affectifs, relationnels et incarnés. Il faut alors valoriser la créativité et l'inventivité humaine, sans pour autant nier l'influence de l'organisation sociale. Dans cette perspective, l'autonomie est une sorte d'accomplissement humain qui se nourrit des relations sociales. Et si l'autonomie est une affaire de créativité plutôt que de rationalité, alors les personnes d'ordinaire jugées incapables ou incompetentes peuvent éventuellement sortir du régime d'hétéronomie dans lequel elles sont placées. D'où la nécessité d'une transformation sociale⁸⁴⁴.

Penser l'autonomie comme une « capacité d'interactions créatives », si l'on reprend l'expression de Nedelsky, demande toutefois d'expliquer la notion de capacité. C'est ce que font Fischel et O'Connell dans un chapitre d'ouvrage portant sur le consentement sexuel paru en 2019⁸⁴⁵. L'enjeu de leur texte est de resignifier le concept d'autonomie (sexuelle) à partir de celui d'accessibilité. Pour ce faire, ils et elles reprennent et articulent ensemble les théories féministes de l'autonomie et les théories

844 NEDELSKY Jennifer. *Law's relations : A Relational Theory of Self, Autonomy*. Oxford : Oxford University Press, 2012

845 Cf. FISCHEL Joseph, O'CONNELL Hilary. « Crippling Consent. Autonomy and Access ». in FISCHEL Joseph. *Screw consent. A Better Politics of Sexual Justice*. Oakland : University of California Press, 2019. pp. 135-171

crip de l'accessibilité. Les théories *crip* désignent un courant des *critical disability studies* associant la critique de la norme valide (*disability studies*) et de la norme hétérosexuelle (théories *queer*)⁸⁴⁶.

Si la reconstruction de la notion d'autonomie passe par la sphère juridique, celle d'accessibilité passe quant à elle par les institutions et l'organisation sociale. En d'autres termes, ce sont les discours et les actes juridiques qui ont le pouvoir de transformer l'autonomie, quand l'accessibilité relève de l'organisation des institutions et des services publics.

Dans cette grille de lecture qui relie l'autonomie à l'accessibilité, il paraît important d'envisager l'autonomie comme une capacité (*capability* en anglais), et non plus comme une aptitude (*capacity* en anglais). En effet, la capacité (*capability*) est fonction de l'organisation sociale, tandis que l'aptitude (*capacity*) dépend de la constitution individuelle. En reprenant la distinction *capacity/capability* (distinction généralement traduite en français par « capabilité »/« capacité »), Fischel et O'Connell s'inscrivent dans la droite lignée des travaux du philosophe et économiste Amartya Sen et de la philosophe Martha Nussbaum⁸⁴⁷, auxquels ils ajoutent une perspective *crip* et *queer*.

À partir de ce postulat, Fischel et O'Connell définissent l'autonomie sexuelle comme une capacité (*capability*) de codétermination. La notion de codétermination ne repose pas sur une utopie de l'égalité ou de la réciprocité des aptitudes (*capabilities*) ou

846 À l'instar des *Feminist disability studies* (FDS), les théories *crip* dénoncent, d'une part, la propension des *disability studies* à penser le sujet handi comme étant nécessairement hétérosexuel et, d'autre part, la tendance des théories féministes et *queer* à ne pas intégrer les perspectives des sujets handis. Pour plus de détails sur les théories *crip*, cf. PUISEUX Charlotte. *Dictionnaire Crip*. autoédition, 2020

847 Cf. SEN Amartya. « Rights and Capabilities ». in *Resource, Values and Development*. Cambridge : Harvard University Press, 1984 ; NUSSBAUM Marta. *Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste ?*. Paris : Flammarion, 2012

des moyens (physiques, psychologiques, économiques, etc.) entre les acteurs-rices d'une relation. Au contraire, cette notion présuppose une forme d'agentivité mutuelle permettant de participer à la qualité de l'interaction, en l'occurrence sexuelle. Pour ces auteurs-rices, « la *codétermination*, tout comme la "capacité d'interaction créative", affirme la relationnalité au cœur de l'autonomie »⁸⁴⁸. L'autonomie sexuelle, entendue comme capacité relationnelle, est attentive aux possibilités corporelles, matérielles et sociales de chacun-e, dans la mesure où ces possibilités influencent les choix intimes et personnels. Ainsi l'autonomie sexuelle ne se réduit-elle pas au consentement, mais en est la condition de possibilité.

Pour Fischel et O'Connell, les frontières de la sexualité sont poreuses. C'est pourquoi le « sexuel » doit être codéterminé par les acteurs-rices de la relation. Par analogie, je dirais que le « thérapeutique » doit également être codéterminé par les acteurs-rices d'une relation de soin, particulièrement lorsque le sens du toucher est en jeu, puisque celui-ci peut comporter une charge sexuelle. De ce fait, il me semble important de penser le consentement thérapeutique sur le même modèle que le consentement sexuel. C'est-à-dire un consentement affirmatif qui ne confond pas les « zones grises » avec un désir clairement formulé. Un consentement fondé sur une autonomie relationnelle, elle-même pensée comme une « capacité d'interactions créatives » plutôt qu'une aptitude relationnelle. Un consentement situé qui résulte d'une agentivité mutuelle, elle-même influencée par les possibilités physiques, cognitives, sociales des uns, des unes et des autres.

Pour cela, il est nécessaire de concevoir le consentement, et même l'autonomie, au prisme de l'accessibilité. Si les institutions publiques ou l'organisation sociale ne garantissent pas une accessibilité pleine et entière à tout le monde, alors le

848 FISCHEL Joseph, O'CONNELL Hilary. « Crippling Consent. Autonomy and Access ». art. cit.

consentement « libre et éclairé » sur lequel s'appuient les codes déontologiques ne peut être effectif. De la même manière que Fischel et O'Connell repensent la sexualité à partir du spectre des capacités, il me paraît indispensable de faire de même avec le toucher de soin. D'où la pertinence d'une critique située de ce dernier, à l'aune de mon expérience de femme aveugle, donc de femme handicapée.

III. La critique handiféministe du toucher de soin : une réalité complémentaire⁸⁴⁹

Faire une critique située du toucher de soin, c'est participer au projet d'une objectivité forte. En concentrant mon analyse philosophique sur des éléments de mon expérience personnelle, je désire enrichir la compréhension du toucher de soin. Je souhaite également appliquer la grille de lecture que je me suis donnée, à savoir l'imbrication des rapports de pouvoir. Comme je suis une personne blanche, je préfère ne pas parler d'intersectionnalité, ce concept ayant été forgé pour parler des dominations vécues par les femmes racisées. D'où la formule d'« imbrication ».

Faire une critique handiféministe du toucher de soin, c'est aussi mettre en avant des enjeux qui ne sont pas souvent prépondérants dans les discours éthiques et épistémologiques sur la santé. En l'occurrence, je tiens à renouveler la conception de la vulnérabilité, en montrant qu'elle n'est pas toujours là où on l'attend. Je tiens également à montrer comment une épistémologie handiféministe peut modifier l'appréhension de certaines maladies, dans ce cas l'endométriose.

849 Cette sous-partie est largement issue d'un article publié dans la revue philosophique *Approche* en 2021. Cf. CHOULET-VALLET Anaïs. « Lettre d'une aveugle à l'usage de celles qui soignent ». *Approche*. n°183, 2021. pp. 71-89

III.1. Repenser le prendre soin au moyen d'une épistémologie handiféministe

Pour mener à bien le projet d'une épistémologie handiféministe du toucher de soin, je suggère de remonter dans le temps et d'étudier les origines philosophiques de certains stéréotypes à l'endroit du toucher des personnes handicapées, et particulièrement des personnes aveugles.

En 1749, le philosophe Denis Diderot publie sa *Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient* pour dénoncer le dogmatisme de la pensée systématique et pour défendre une théorie de la connaissance empiriste. À cette fin, il explore le potentiel heuristique et épistémologique de la cécité, d'une part en rejetant l'une des analogies constitutives de la métaphysique occidentale – l'analogie entre la connaissance et la vision (qui sous-tend par exemple la pensée platonicienne ou cartésienne) –, d'autre part en bâtissant une sorte d'anthropologie du toucher, à partir de portraits quelque peu fétichisants de personnalités aveugles, à l'instar du mathématicien Nicholas Saunderson (qui a succédé à Isaac Newton à l'Académie des Sciences de Londres). Comme l'explique la philosophe Marion Chottin, la cécité, pour Diderot, « cesse d'incarner uniquement l'erreur ou la limitation des facultés : quand elle s'attache à ce qu'elle sait mieux que ceux qui voient, à savoir l'univers du toucher, elle en vient à constituer en tant que telle le point de vue qui vient faire vaciller les systèmes »⁸⁵⁰.

Bien que l'homme aveugle ébranle le dogmatisme en plaçant « l'âme au bout des doigts »⁸⁵¹, pour reprendre la formule de Diderot, la femme aveugle, quant à elle,

850 CHOTTIN Marion. « "Leur aveuglement est systématique". Rôles de la cécité dans la critique et la construction des systèmes au XVIII^e siècle ». Dialogue. N° 57, 2018. p. 803.

851 DIDEROT Denis. « Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient » in *Œuvres complètes*. Paris : Garnier, 1875-1877. p. 292. Cité dans CHOTTIN Marion. « "Leur aveuglement est systématique". Rôles de la cécité dans la critique et la construction des systèmes au XVIII^e siècle ». art. cit. p. 802

constitue une anomalie encombrante. Au début du XX^e siècle, l'intellectuel aveugle Pierre Villey considère encore ses « sœurs d'infortune » comme intrinsèquement « inadaptables »⁸⁵². Plus précisément, il estime que les femmes aveugles ne sont pas capables d'endosser le rôle social traditionnellement dévolu aux femmes, à savoir le travail domestique et reproductif ou, plus globalement, le travail de *care*. Certaines autrices, à l'instar de l'écrivaine aveugle Thérèse-Adèle Husson, retournent ce stigmatisme et exhortent leurs compagnes de cécité à sortir de l'institution du mariage, non seulement parce que cette dernière repose, pour le dire anachroniquement, sur des assignations genrées qui participent à enfermer plutôt qu'à libérer les femmes, mais aussi parce que cette même institution contrevient à la sensibilité naturelle des femmes aveugles⁸⁵³. D'autres autrices, à l'image de la pédagogue Marthe Henri, tentent en revanche de réhabiliter les compétences domestiques des femmes concernées par la cécité, en insistant, quoique sous un autre aspect, sur cette même sensibilité⁸⁵⁴.

Loin de s'exclure, ces deux postures coexistent toujours. Comme le montre la sociologue Marion Doé dans ses travaux sur la « maternité à l'épreuve de la cécité », les mères aveugles reconfigurent leur capacité d'agir en affirmant leur statut de pourvoyeuses de *care* malgré le blâme social et l'intériorisation du doute, tout en faisant preuve d'une « hyper adhésion aux normes de genre et de parentalité » pour y parvenir⁸⁵⁵. Supposées incapables de s'occuper des autres parce qu'elles sont elles-mêmes bénéficiaires de soins, ou bien reléguées au travail domestique en raison du

852 VILLEY Pierre. *Le monde des aveugles. Essai de psychologie*. José Corti, 1914/1984. p. 227.
Cité dans WEYGAND Zina. « L'amour aveugle. Un amour sous empêchement ? ». *Ethnologie française*. N°39, 03/2009. p. 398

853 Cf. HUSSON Thérèse-Adèle. *Une jeune aveugle dans la France du XIX^e siècle. Commentaires de Zina Weygand et Catherine J. Kudlick*. Érès, 1825/2004

854 Cf. HENRI Marthe. *La réinsertion des femmes aveugles à la vie domestique*. 1943.

855 DOÉ Marion. « La maternité à l'épreuve de la cécité, expériences et pratiques ». *Revue française des affaires sociales*. N°4, 2019. pp. 169-189. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-4-page-169.htm>

manque d'accessibilité de la sphère publique, les femmes aveugles sont modelées par une anthropologie du toucher qui, à l'inverse de celle décrite par Diderot, contribue à les exclure du régime de la connaissance hégémonique.

Par ailleurs, cette « hyper adhésion aux normes de genre » des femmes aveugles coïncide avec « l'éducation sexuelle » qui leur était délivrée dans les années 1970. Comme le rappellent Fischel et O'Connell dans leur article sur le consentement sexuel, cette éducation était organisée autour « de la différence biologique entre les sexes, des rôles dominants des hommes et des femmes et des caractéristiques de désirabilité liées au sexe »⁸⁵⁶. À rebours des décennies antérieures durant lesquelles la sexualité des personnes aveugles, comme pour l'ensemble des personnes handicapées, était niée, les réformatrices des années 1970 ont voulu réinstaurer « l'hétérosexualité obligatoire ». De fait, ces réformatrices ne se souciaient pas des différentes expressions de la sexualité et de l'intimité chez les personnes aveugles. Pour Fischel et O'Connell, l'éducation sexuelle visait principalement à « assimiler les aveugles à la matrice hétérosexuelle »⁸⁵⁷.

Aujourd'hui, je voudrais écrire la « lettre d'une aveugle à l'usage de celles qui soignent » dans le but de proposer une critique située de cette conception fantasmée, dans son versant positif aussi bien que négatif, de la sensibilité des femmes aveugles et, par extension, de leur capacité à prendre soin. Forte des enseignements issus des théories féministes et des *critical disability studies*, je souhaite me saisir de mon privilège épistémique de femme aveugle dans le but d'interroger le toucher de soin. Plus largement, je désire repenser le prendre-soin, et plus précisément les éthiques du *care*, au moyen d'une épistémologie handiféministe. La force de cette approche est de renverser la perspective au sujet de la vulnérabilité. Et si je concentre mon analyse sur

856 FISCHEL Joseph, O'CONNELL Hilary. « Crippling Consent. Autonomy and Access ». art. cit.

857 Ibid.

les pourvoyeurs-euses de soin, plutôt que sur les bénéficiaires, c'est pour rappeler que la vulnérabilité n'est pas toujours là où on l'attend.

III.1.1. Critiquer les éthiques du *care* grâce à l'épistémologie handiféministe

III.1.1.1. Politiser le sensible grâce aux éthiques du *care*

Comme je l'ai écrit plus haut, le travail sensible est mis à distance parce qu'il est considéré comme indigne, dans la mesure où il se confronte à ce qui cristallise la vulnérabilité de l'espèce humaine : l'enfance, la vieillesse, la mort, la maladie, etc. Cependant, plusieurs éléments semblent désormais déplacer le problème de l'indignité : les préoccupations éthiques faisant suite à des scandales médicaux, les modifications comportementales visant à pallier la violence des institutions de santé, le désarroi après plusieurs années de pandémie de Covid, ou encore les injonctions paradoxales traversant la relation de soin. Des aspirations à un système de santé plus « humain » se font entendre, et une volonté de reconnaître l'importance du travail sensible se fait sentir.

Le sens du toucher joue un rôle non négligeable dans cette reconfiguration. Selon l'historienne Anne Vincent-Buffault, « actuellement la revalorisation du toucher tend à transformer ces activités invisibles en travail relationnel au nom de l'humanisation du soin »⁸⁵⁸. Le travail sensible devient donc un enjeu politique. S'il est aujourd'hui revalorisé, c'est pour bonifier les institutions de santé. Autrement dit, c'est pour rendre ces dernières meilleures, dans le cadre du projet d'une société éthique. Dans ce cadre, le travail sensible n'est pas qu'un travail technique. Il s'agit aussi d'une posture éthique, voire d'un projet politique. D'où l'importance de politiser le sensible.

858 VINCENT-BUFFAULT Anne. *Histoire sensible du toucher*. Paris : L'Harmattan, 2017. p. 106.

L'éthique du *care* politise l'intime et le sensible, dans la mesure où elle les arrache non seulement à une théorie compassionnelle fondée sur la dépendance des personnes dites vulnérables (les personnes âgées, les personnes handicapées, les enfants, etc.), mais aussi à un paradigme individualiste organisé autour de l'autonomie des individu-es. D'un côté, elle considère le travail sensible, non pas comme une vocation affective ou instinctive, mais comme une compétence professionnelle à part entière. De l'autre, elle envisage la dépendance sociale et la vulnérabilité, non pas comme des défaillances ou des problèmes, mais comme l'occasion d'inventer une société fondée sur une ontologie relationnelle. Ce faisant, elle résonne avec les études critiques sur le handicap.

Dans cette perspective, politiser l'intime et le sensible, c'est d'abord publiciser des actes de soin ou des gestes ordinaires, qui, bien qu'ils structurent le quotidien, demeurent effacés, voire dédaignés. D'après Pascale Molinier, le travail du *care*, « c'est l'activité du soin donné à autrui »⁸⁵⁹. C'est donc l'ensemble des tâches nécessaires, si ce n'est suffisantes, à la vie en société, et même à la vie de la société.

Politiser l'intime et le sensible, c'est aussi interroger la répartition professionnelle de même que la reconnaissance sociale de ces compétences, qui, généralement, sont corrélées à des injonctions. Avec les mots de Molinier, il s'agit d'effectuer une « plongée dans l'ordinaire du travail de *care* révélant un monde tendu, tissé de rapports de force, de servitude, d'irritation et de lassitude »⁸⁶⁰. Le travail sensible est un lieu où se croisent émotions et rapports de domination, c'est-à-dire où s'exprime la vie telle qu'elle est vécue par des êtres sociaux.

Enfin, politiser l'intime et le sensible, c'est repenser la dépendance et la vulnérabilité. En faire les conditions de possibilité d'une société fondée sur l'ontologie relationnelle bouleverse fortement les paradigmes en vigueur. En effet, il est rare que la

859 MOLINIER Pascale. *Le travail du care*. Op. cit. p. 28

860 Ibid. p. 23

vulnérabilité et la dépendance soient louées ou revendiquées. Seules les *feminist disability studies*, les théories *queer* et les théories *crip* le proposent ouvertement, à ma connaissance. D'où une apparente ambition commune entre ces dernières et les éthiques du *care*. « Apparente » uniquement, car les premières ont plusieurs critiques à adresser aux secondes.

III.1.1.2. Interroger l'éthique du *care* à partir de dominations croisées, entre confusion sémantique et problème d'échelle

Le travail sensible, aussi apparenté au *caring*, n'est toutefois pas un enjeu lié uniquement au genre. Il cristallise des oppressions multiples et croisées, en lien avec la classe, la race, le handicap. Autrement dit, il nécessite une analyse en termes d'imbrication de rapports de pouvoir.

Pourtant, l'éthique du *care* a parfois tendance à effacer cette imbrication et à se concentrer sur la seule variable du genre. Ce phénomène a été étudié par des recherches s'intéressant notamment à l'intrication entre genre et classe, à l'instar des travaux des sociologues Christelle Avril et Marie Cartier⁸⁶¹. Ces travaux peuvent malgré tout être mobilisés par analogie avec le handicap, ainsi que je le ferai ci-après.

861 Cf. CARTIER Marie. « Le *caring*, un capital culturel populaire ? À propos de *Formations of Class & Gender* de Beverley Skeggs ». *Actes de la recherche en sciences sociales*. N° 191-192, 01-02/2012. pp. 106-113. <https://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2012-1-page-106.htm> ; AVRIL Christelle. « Sous le *care*, le travail des femmes de milieux populaires. Pour une critique empirique d'une notion à succès ». MARUANI Margaret (dir.). *Je travaille, donc je suis. Perspectives féministes*. Paris : La Découverte, 2018, pp. 205-216. <https://www.cairn.info/---page-205.htm>

L'effacement de l'intrication des mécanismes de domination qui traversent le travail sensible s'appuie sur une double dévaluation ainsi que sur une confusion sémantique.

En premier lieu, il y a une double dévaluation : celle du travail du *care* et celle des travailleurs-euses du *care*. Le premier est dévalorisé au nom d'une naturalisation des compétences sensibles, ainsi que cela a déjà été expliqué, tandis que les second-es le sont en raison de leur position sociale. Comme le montre Cartier, les pourvoyeurs-euses de *care* appartiennent en grande majorité aux classes populaires et ouvrières. Dans ce cadre, le *caring* représente un ensemble de tâches et de comportements auxquels les femmes riches peuvent se soustraire, mais auxquels les femmes pauvres doivent se résoudre. Il représente donc un capital culturel ambigu, puisqu'il dépend du bon vouloir des femmes aisées (en termes de reconnaissance économique aussi bien que symbolique), et parce qu'il maintient d'autant plus les travailleurs-euses du *care* dans la sphère domestique. Selon Cartier, « le *caring* apparaît comme un capital culturel fragile puisque sa certification n'est jamais totalement acquise, mais toujours susceptible de réexamen. [...] Autre limite de ce capital culturel, en même temps qu'il permet à ces jeunes femmes de se voir reconnaître une valeur dans l'espace public local, il les renvoie aussi d'un même élan à l'espace domestique et familial [...] »⁸⁶².

En second lieu, il y a une confusion entre deux dimensions du *care* : d'un côté le *caring about*, ou l'ensemble des dispositions personnelles et relationnelles consistant à porter attention à autrui ; de l'autre le *caring for*, ou le travail domestique impliquant des pratiques concrètes (le nettoyage, la cuisine, etc.). Si le *caring about* est parfois pris en charge par les femmes des classes favorisées, notamment au nom d'une éthique du *care* (par exemple en investissant le travail émotionnel au sein des couples, de la famille,

862 Ibid.

etc., ou en valorisant certains métiers du soin), il en va tout autrement pour le *caring for*, de facto délégué aux femmes des classes défavorisées. Or, comme le souligne Cartier, les dispositions personnelles pouvant difficilement être distinguées des pratiques concrètes, « le *caring* finit par apparaître comme un idéal hors d'atteinte qui incline ces femmes à toujours se sentir coupables de ne pas en faire assez pour les autres »⁸⁶³. C'est-à-dire que les femmes des classes populaires ne peuvent se contenter du *caring for*, et se retrouvent bien souvent à devoir composer également avec la charge du *caring about*.

Demeure une perpétuelle « crainte de mal faire », elle-même fondée sur la réalité d'une délégitimation constante, ainsi que sur des injonctions à un type de féminité dans laquelle elles ne se reconnaissent pas. D'où la question que pose Cartier : « Comment, dans ces classes et ces conditions d'existence, le *caring* se combine-t-il à l'échelle du cycle de vie avec ces autres dimensions possibles de la "féminité" que sont le travail des apparences corporelles ou le féminisme ? »⁸⁶⁴.

De cet effacement de l'imbrication des oppressions résulte un rejet du féminisme par les personnes les plus opprimées. Ces dernières perçoivent les discours féministes comme une manière d'émanciper les femmes riches sur le dos des femmes pauvres, soit comme un instrument de domination supplémentaire. Les premières, dont la réussite sociale se mesure à l'aune de leur existence publique, ne peuvent se libérer qu'en exploitant le travail des secondes, dont l'existence sociale est un lieu de dissimulation, voire de honte. Et ce qui est exploité par les femmes riches, ce sont généralement les compétences sensibles des femmes pauvres.

Dans ces conditions, pratiquer le travail sensible, c'est à la fois être fidèle à sa classe et risquer d'y être assujetti-e. C'est donc construire son identité féminine et

863 Ibid.

864 Ibid.

populaire. Comme l'explique Cartier, « la fabrication d'une identité féminine centrée sur le *caring* va de pair avec un rejet du féminisme associé au monde des classes moyennes et, sur le plan de l'identité sociale subjective, avec une dissimulation de l'appartenance à la classe ouvrière. [...] Le féminisme est une façon de penser les relations hommes/femmes qui s'enracine dans des conditions d'emploi et d'existence propres aux femmes des classes moyennes supérieures. C'est aussi par solidarité avec les hommes de leur famille et de leur classe, [que les femmes des classes populaires] rejettent le féminisme »⁸⁶⁵.

En résumé, l'éthique du *care* a tendance à trop mettre l'accent sur le genre, quand il est important de mettre en évidence d'autres sources d'oppression. Cela peut provenir d'une confusion ou d'une valorisation du *caring about*, alors que les rapports de pouvoir liés au travail sensible s'exercent davantage au niveau du *caring for*. Cela peut aussi venir d'un double problème d'échelle. D'une part lorsqu'il y a universalisation d'une catégorie sociale qui, par définition, n'est pas représentative de l'ensemble de la population ; en l'occurrence, les femmes des classes favorisées. Si le *care* est un outil d'émancipation pour certaines, il peut être un lieu d'oppression pour d'autres. D'autre part lorsqu'il y a amalgame entre l'échelle macro (celle des structures sociologiques) et l'échelle micro (celle des vécus individuels). Si l'éthique du *care* met en lumière des phénomènes structurels permettant de comprendre certains rapports de pouvoir, elle ne fournit pas de réponse permettant d'y échapper et, surtout, de composer avec la violence générée par cette prise de conscience. Et à l'instar des femmes des classes populaires, les femmes handicapées ont de quoi critiquer l'éthique du *care*.

865 Ibid.

III.1.1.3. Le handicap : l'angle mort des éthiques du *care*

Si l'éthique du *care* et les études sur le handicap se rejoignent sur le problème de la naturalisation des corps et des compétences, les secondes ont néanmoins quelques critiques à adresser à la première, non pas pour l'invalider, mais pour l'enrichir. De fait, le handicap est, comme je l'ai indiqué au premier chapitre, souvent un angle mort des épistémologies féministes. Pour rétablir l'équilibre, je suggère de renverser une nouvelle fois la perspective sur la relation de soin, et de donner la parole aux personnes qui sont à la fois bénéficiaires et distributrices du travail sensible.

Premièrement, le sujet féministe est rarement pensé comme pouvant être handi par les théories du *care*. Comme le souligne Masson, « le sujet-femme que présume la vaste majorité des travaux féministes est implicitement un sujet *able-bodied*, c'est-à-dire jouissant d'un corps dont les formes et les fonctionnalités sont conformes aux critères sociaux de "normalité" »⁸⁶⁶. Les *feminist disability studies* (FDS) rappellent que l'expérience et la position des femmes non handies n'ont rien d'universelles.

Les mouvements pour les droits des personnes handicapées et les études critiques sur le handicap reprochent à l'éthique du *care* d'ignorer les opinions et les désirs des personnes handies, et de privilégier la perspective et les intérêts des personnes valides qui s'identifient aux pourvoyeurs-euses de *care*, ainsi que l'expliquent les autrices de la notice sur les *critical disability studies* (CDS) du *Dictionnaire du genre en traduction*⁸⁶⁷. D'après celles-ci, le féminisme majoritaire

866 MASSON Dominique. « Femmes et handicap ». art. cit.

867 MADIOT Justine, DOÉ Marion, PUISEUX Charlotte, DAMMAME Aurélie, PAPERMAN Patricia. « Disability Studies/Études critiques du handicap ». *Dictionnaire du Genre en Traduction*. 24/05/2021. <https://worldgender.cnrs.fr/notices/disability-studies-etudes-critiques-du-handicap/>. [Consulté le 29/06/2021]

s'appuie en effet sur « la figure de la femme active, indépendante, autonome, gouvernant son existence »⁸⁶⁸.

Deuxièmement, l'éthique du *care* ne prend pas suffisamment en compte la domination à l'œuvre dans la relation de soin. L'autonomie des récipiendaires de soin n'est pas équivalente à celle des pourvoyeurs-euses. Si le désir d'autonomie est partagé par les personnes non valides, ces dernières doivent parfois composer avec des incapacités exigeant qu'elles soient « protégées » (terme utilisé par les autrices de la notice sur les CDS) par des personnes valides. Cette acception de la notion de protection est à comprendre dans un sens large : il n'est pas tant question de sécurité que de soutien aux gestes du quotidien. Du fait de cette relation de protection, les rapports sont inévitables. Pour compenser, le *care* doit être de qualité, et, par conséquent, être exercé par des individu-es capables de prêter attention aux autres. Ceci sous-entend des conditions de travail décentes pour les travailleurs-euses, mais aussi un cadre sécurisant pour les bénéficiaires. D'où l'importance d'un consentement situé et affirmatif, orienté vers la codétermination de la relation thérapeutique.

Cependant, « le potentiel de domination et de violence inhérents à l'aide aux personnes handicapées est sans doute le problème crucial des relations autour du handicap. Ce côté obscur du *care* constitue un angle mort de la théorie féministe validiste qui se focalise sur d'autres aspects des relations de *care* »⁸⁶⁹, pour reprendre les mots des autrices de la notice sur les FDS. Ces théories féministes dites « validistes » se focalisent généralement sur les difficultés qu'ont les travailleurs-euses du *care* à effectuer des tâches jugées « indignes », « sales », « intimes », par exemple les toilettes. Mais si les soins corporels peuvent être source de difficulté et d'embarras pour les personnes qui les délivrent, cela est sans commune

868 Ibid.

869 Ibid.

mesure avec le sentiment d'effroi ressenti par les personnes qui les reçoivent. De fait, ces dernières se sentent à la merci des autres ; exposées dans leur vulnérabilité et leur intimité les plus complètes⁸⁷⁰.

Troisièmement, les analyses du *care* centrées sur le travail ont, selon les mots des autrices de la même notice, tendance à envisager les personnes handicapées comme « une charge et non comme des sujets de leur vie et de leur histoire »⁸⁷¹. Cela rigidifie les représentations dichotomiques opposant les pourvoyeurs-euses valides et les récipiendaires non valides. Or, une alternative à de telles représentations se situe vraisemblablement dans un contact sensible, ainsi que l'écrivent ces mêmes autrices :

« le point de vue des personnes handicapées, ou fragilisées par des maladies chroniques, est réellement considéré lorsque la description du travail laisse toute leur place aux voix des travailleuses du *care* qui insistent sur l'importance du contact et de la sensibilité dans les relations avec ces personnes, quand bien même il s'agit de dire la dureté des conditions d'exercice qui font obstacle au maintien des relations humaines »⁸⁷². Si je reformule avec mes propres mots et concepts, je dirais que le toucher de soin est une occasion de prendre en compte à la fois la vulnérabilité des personnes qui prodiguent et de celles qui reçoivent les soins, tout en envisageant ces derniers à l'aune d'une capacité d'interactions créatives. Mettre le désir au cœur de la relation, c'est peut-être une manière de garantir le caractère éthique des soins.

En somme, distinguer pourvoyeur-euse et bénéficiaire de soin n'est pas pertinent lorsqu'on s'intéresse au sujet handi. De fait, ce dernier peut incarner les deux positions.

870 À ce sujet, cf. SAHRAOUI Nina. « De la précarité du travail émotionnel du *care* ». *Émulations. Revue de sciences sociales*. n°28, 2019. pp. 31-45 ; MOLINIER Pascale. *Le travail du care*. Op. cit.

871 MADIOT Justine, DOÉ Marion, PUISEUX Charlotte, DAMMAME Aurélie, PAPERMAN Patricia. « Disability Studies/Études critiques du handicap ». art. cit.

872 Cf. DOÉ Marion. « La maternité à l'épreuve de la cécité, expériences et pratiques ». art. cit. pp. 170-171.

Par conséquent, renouveler l'éthique du *care*, c'est avant tout déconstruire ou dépasser cette dyade. C'est ensuite donner une consistance au travail sensible en portant attention au contact physique ainsi qu'aux désirs des acteurs-rices de la relation de soin. Pour illustrer cette démarche et poursuivre cette critique handiféministe du toucher de soin, je propose à présent d'étudier la manière dont certaines femmes aveugles réinventent des pratiques de soin.

III.1.2. Donner une autre consistance au toucher de soin au moyen de la cécité

III.1.2.1. Les mères aveugles : des femmes tiraillées entre exception et suspicion

Si l'on se contente de représentations validistes sur le travail de *care*, les femmes aveugles, parce qu'elles sont handicapées, ne peuvent pas prétendre au statut de pourvoyeuses de *care*. Elles sont maintenues dans une posture de récipiendaires. Au contraire des femmes voyantes des classes populaires, elles ne sont pas assignées au travail du *caring for*. Et à l'inverse des femmes voyantes des classes favorisées, elles ne sont pas considérées comme aptes à effectuer le travail de *caring about*. Elles sont de ce fait doublement exclues de la sphère publique : on ne leur reconnaît ni les compétences techniques, ni les valeurs morales du travail sensible. Or, cette ambiguïté est caractéristique des mécanismes de domination validistes. Comme l'explique la sociologue Marion Doé, les personnes handicapées sont situées dans un « interstice social » : elles ne sont ni tout à fait incluses, ni tout à fait rejetées de la société⁸⁷³.

873 Cf. DOÉ Marion. « La maternité à l'épreuve de la cécité, expériences et pratiques ». art. cit. pp. 170-171.

Dans ces conditions, la réalisation d'un projet parental, où le travail de *care* est central, peut constituer une forme de « restauration sociale », pour les femmes déficientes visuelles⁸⁷⁴. Se mettre en position de pourvoyeuse de *care* est une manière de réaliser son identité sociale de femme, laquelle est, sinon, mise à distance par celle de personne handicapée. Ce faisant, ces mères viennent non seulement rejouer les représentations sociales genrées, selon lesquelles les femmes sont assignées au travail sensible, mais aussi s'exposer à une suspicion d'incompétence, dans la mesure où elles sont habituellement en situation de recevoir plutôt que de donner des soins. D'après Doé, « la cécité parentale, maternelle de surcroît, leur confère tantôt un caractère illégitime et pathogène, tantôt un caractère exceptionnel »⁸⁷⁵.

À la suspicion d'incompétence s'ajoute le blâme social. D'une part, les mères aveugles sont blâmées pour avoir ne serait-ce que fait des enfants « malgré » leur handicap. D'autre part, elles sont sanctionnées dès lors qu'elles dérogent un tant soit peu aux normes parentales valides. Par exemple, Doé souligne l'importance que les mères accordent à la propreté des vêtements de leurs enfants, afin de ne pas être considérées comme « des mauvaises mères », dont on aurait pitié ou que l'on condamnerait à la moindre tâche sur un habit.

Pourtant, cette « suspicion d'incompétence » doublée d'un « blâme social » repose sur deux injustices épistémiques, soit sur deux défauts de la connaissance hégémonique à l'endroit du handicap. Premièrement, c'est le manque d'accompagnement et de moyens qui entraîne une exacerbation des normes de genre, afin de contourner le risque de délégitimation et la « crainte de mal faire ». Deuxièmement, c'est la confiscation de la parole des concernées (les mères déficientes visuelles), elle-même entretenue par une idéalisation – voire une fétichisation – de la cécité, qui empêche

874 Ibid.

875 Ibid. p. 171

d'appréhender les compétences sensibles des femmes aveugles à leur juste valeur. Or, l'ensemble des tactiques et des dispositifs mis en place par les mères aveugles permet à la fois de reconfigurer les pratiques parentales en général, et d'augmenter leur capacité d'agir en particulier.

III.1.2.2. Les compétences tactiles des aveugles : mythe ou réalité ?

En contrepoint d'une enquête philosophique à la manière de Diderot, je continue cette critique handiféministe du toucher de soin en proposant une perspective située sur la cécité et, plus précisément, sur les compétences sensibles habituellement attribuées aux aveugles. Ce faisant, je souhaite me prémunir contre des clichés exotocisants ou aliénants quant aux capacités des déficient-es visuel-les. C'est là toute la différence entre une anthropologie menée à la troisième personne et une recherche fondée sur le vécu en première personne : la portée heuristique et politique n'est définitivement pas comparable, dans la mesure où mes propos résonnent avec une expérience plutôt qu'avec une représentation de cette expérience.

Dans un premier temps, je souhaite aborder le caractère éminemment sensible du toucher des déficient-es visuel-les. En effet, le toucher des aveugles se comprend davantage comme un réseau de sensations et d'idées que comme un remède à la cécité. Comme l'explique l'historienne Anne Vincent-Buffault, « les aveugles ne cherchent pas à pallier un manque, celui de la vue, mais tissent un réseau d'idées sensibles à partir de leurs perceptions »⁸⁷⁶. Par « sensible », j'entends à la fois la subtilité, la fragilité et la complexité de la réalité corporelle. Sans pouvoir étayer l'hypothèse suivante avec des données scientifiques, j'ai tendance à croire que cette « sensibilité » du toucher des aveugles est particulièrement valable pour les personnes qui n'ont jamais eu la vue, ou

876 VINCENT-BUFFAULT Anne. *Histoire sensible du toucher*. op. cit. p. 121

qui l'ont perdue assez tôt à l'échelle de leur vie. C'est ce qui a semblé ressortir d'échanges informels avec des collègues ou amies déficientes visuelles. Mais peut-être est-ce une opinion infondée.

Cette sensibilité tactile peut donner à percevoir un corps dans son ensemble, en tant qu'il est lui-même traversé par des réalités polymorphes, et en tant qu'il est travaillé par son environnement. Cette sensibilité tactile a donc quelque chose d'intrinsèquement épistémologique, puisqu'elle saisit à la fois la finesse des détails et la richesse de la globalité. Et cette idée a du sens dans la sphère du soin, car elle suggère un rapport différent, engagé, à la corporéité de l'autre. Cet engagement se traduit par une sollicitude à l'égard des signaux corporels (rappelant le *caring about*) et par une minutie quant à l'accomplissement des gestes (rappelant le *caring for*).

Pour illustrer ce toucher sensible, l'exemple des « examinatrices » ou « assistantes médicales tactiles » (EMT) me paraît très à propos. Afin de pallier le manque de temps et de minutie des palpations mammaires effectuées lors des suivis gynécologiques, des médecins-ciennes allemand-es ont décidé de former des professionnelles « dotées d'un sens tactile accru » à cette technique. Les examinatrices sont toujours des femmes malvoyantes ou aveugles. Les responsables du recrutement ne prétendent pas que toutes les personnes déficientes visuelles sont de bonnes examinatrices, mais que la contrainte de la cécité les amène à être « particulièrement attentives aux informations recueillies par leur toucher », ainsi que l'écrit Bertrand Vérine, créateur de la Fondation pour le Toucher⁸⁷⁷. De fait, ces spécialistes du toucher sont capables de repérer des tumeurs ou des anomalies de six à huit millimètres, contre dix à vingt millimètres pour les personnes voyantes ayant reçu la même formation. De

877 VÉRINE Bertrand. « Examinatrice médicale tactile, un métier d'avenir ». AFONT. 01/10/2023. <http://fondationdutoucher.org/examinatrice-medicale-tactile-un-metier-davenir/>

plus, la cécité est un avantage pour les personnes timides ou pudiques qui peinent d'ordinaire à se déshabiller devant des inconnu-es, comme l'explique Katrin Kasten, l'une des premières examinatrices médicales tactiles formées à cette technique. La cécité n'étant malgré tout pas un gage absolu de bonne conduite ou de bienveillance, les assistantes sont aussi embauchées pour leurs aptitudes en matière de communication. Enfin, le critère du genre est également partie prenante du recrutement, quoique de façon implicite. Seules des femmes sont examinatrices médicales tactiles. Cela découle non seulement des besoins de sécurité et de confiance des patient-es – les EMT interviennent exclusivement pour le dépistage du cancer du sein – mais aussi de représentations genrées des rôles et des compétences – le toucher des femmes est jugé plus délicat⁸⁷⁸. D'où un processus de sélection original, dans la mesure où il s'intéresse principalement aux compétences tactiles et communicationnelles de candidates assignées au genre féminin.

Cette technique s'est diffusée dans de nombreux pays (Suisse, Mexique, Inde, etc.), et demeure aujourd'hui majoritairement utilisée dans des endroits où les mammographies et échographies sont difficiles d'accès (par manque de personnel ou de moyens techniques ou financiers), ou bien dans des structures où des économies budgétaires sont prévues (les EMT étant bien moins payées que les médecins-ciennes). Toutefois, le dépistage effectué par les assistantes ne se substitue pas aux examens radiographiques et reste supervisé par des gynécologues assermenté-es. Le travail des EMT est envisagé comme complémentaire à celui du corps médical.

La minutie tactile requise pour les examinatrices médicales relève d'une certaine manière du *caring for*. Il leur est demandé d'exécuter une tâche précise et répétitive que

878 Comme l'explique Vérine, « contrairement à une idée reçue, si les femmes ont statistiquement la peau plus fine que les hommes, leur équipement perceptif est le même : leur sensibilité souvent supérieure tient à l'éducation qu'on leur donne et aux rôles sociaux qu'on leur assigne, dans lesquels le toucher et la délicatesse ont une plus grande part ». Ibid.

d'autres personnes n'effectuent pas aussi bien, et qui s'appuie sur une compétence développée pour s'adapter à un environnement socialement inadapté. La qualité de leur écoute et de leur tact relève en revanche du *caring about*. Il leur est aussi demandé d'avoir un comportement accueillant et délicat et de maîtriser les codes de la relation thérapeutique, donc de savoir se positionner par rapport à la vulnérabilité des personnes qu'elles touchent ainsi que par rapport à leur propre vulnérabilité. En somme, le travail des examinatrices médicales tactiles est un exemple paradigmatique du toucher de soin. Ewa Bamberg, une autre examinatrice interviewée, le résume comme suit : « Je ne cherche pas directement des tumeurs. En fait chaque femme a son propre schéma de tissus mammaires et mon rôle est de trouver des anomalies dans ce schéma, des choses qui ne collent pas avec le modèle. Je cherche juste des erreurs dans le système »⁸⁷⁹.

Dans un second temps, je tiens à montrer en quoi une approche handiféministe du toucher de soin permet de repenser la vulnérabilité. Cela s'exprime notamment lors des soins corporels intimes, tels les soins d'hygiène (toilettes) et soins de support (massage ou socio-esthétique). Comme je l'ai évoqué ci-dessus, les pratiques de soins corporels peuvent être une source d'embarras aussi bien pour les personnes qui les reçoivent que pour celles qui les délivrent. Elles constituent, d'une part, une occasion d'interroger les tensions et leurs présupposés socioculturels à l'endroit du contact physique. Du fait de la charge sexuelle qui peut être contenue dans le toucher, il est important d'adapter les modalités de recueil du consentement. Ce dernier doit être rendu accessible et reposer sur une codétermination affirmative et créative, dans laquelle s'engage aussi bien la personne qui soigne que la personne qui est soignée. Les pratiques de soins corporels représentent, d'autre part, une opportunité de réhabiliter les réflexions autour du « corps fragile ». Lors d'un contact physique, la fragilité se

879 Ibid.

distribue, sinon de manière égale, du moins avec une certaine réciprocité entre les soignant-es et les soigné-es.

Par conséquent, la critique handiféministe de l'éthique du *care* suggère une reconfiguration de la relation de soin. Tout d'abord, elle remet le contact en son centre. Le « contact » désigne la relation irréductible entre au moins deux individu-es ; relation à laquelle on ne peut se soustraire, relation qui nous engage. Ensuite, elle montre que ce type de relation met autant les pourvoyeuses-eurs que les receveuses-eurs de *care* en situation de vulnérabilité, parce qu'elle a notamment trait à l'intimité et à la dignité. De sorte que des récipiendaires de soins peuvent aussi, voire concomitamment, être des distributeurs-rices de soins. Enfin, elle repense les corps dans leur diversité et leurs complexités, loin des canons rigides du validisme : un corps peut être malade, handicapé, amputé, vieux, décharné, obèse, dysfonctionnel, neuro-atypique, etc. ; autant de qualificatifs qui ne correspondent pas aux normes rigides de la beauté et de la santé.

En résumé, le contact sensible brouille les frontières de la vulnérabilité et, ce faisant, s'oppose aux injonctions à la conformité. À ce propos, l'exemple des mères déficientes visuelles est édifiant. Celles-ci subissent le blâme social, parce qu'elles ne répondent pas aux normes dominantes de la parentalité. Ou bien elles font l'objet d'une admiration malsaine et/ou compassionnelle, car elles sont de bonnes mères « malgré » leur handicap. Et ce « malgré », est très lourd à porter. Il convient alors de se souvenir, dans le sillage de la psychologue Pascale Molinier ainsi que des philosophes Sandra Laugier et Patricia Paperman, que « chaque personne est récipiendaire d'une forme de *care* »⁸⁸⁰, à un moment ou à un autre de son existence, si ce n'est toute son existence.

880 MOLINIER Pascale, LAUGIER Sandra, PAPERMAN Patricia (dir.), *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Petite bibliothèque Payot, 2010. p. 28.

III.2. Redéfinir l'endométriose à l'aide d'une approche handiféministe

L'approche handiféministe permet de repenser la relation de soin, en tant qu'elle fournit des critères d'analyse différents concernant la vulnérabilité, la fragilité, l'autonomie, etc. Par ailleurs, j'émet l'hypothèse suivante : l'approche handiféministe permet également de redéfinir certaines maladies au prisme du handicap, en l'occurrence l'endométriose. Dans le sillage des travaux de la spécialiste en *gender and women studies* Cara E. Jones, j'affirme que l'endométriose est moins une maladie gynécologique qu'un handicap genre⁸⁸¹. Et dans la lignée des écrits de la philosophe Sara Ahmed, je pense que la définition conventionnelle de l'endométriose est validiste, dans la mesure où les critères de « normalité » qui orientent cette définition sont coercitifs⁸⁸².

III.2.1. Penser l'endométriose comme un handicap genre⁸⁸³

Lorsque j'ai commencé cette thèse, je ne pensais pas pouvoir faire une critique située de la relation de soin à partir de mon expérience de l'endométriose : la maladie s'est déclarée pour moi durant ma troisième année de doctorat. Désormais, je peux parler de cette maladie depuis un vécu expérientiel en première personne.

881 Cf. JONES Cara E. « Queering gendered disabilities ». *Journal of lesbian studies* n°25, 06/2020. pp. 195-211.

https://www.researchgate.net/publication/342362959_Queering_gendered_disabilities

882 Cf. AHMED Sara. *Queer phenomenology : orientations, objects, others*. Durham : Duke University Press, 2006

883 Je remercie vivement Margaux Nève qui m'a fait découvrir et étudier l'article de Cara E. Jones à l'occasion d'une séance du Réseau d'Études Handiféministes.

Durant mon parcours de soin, j'ai notamment été surprise par la disparité des discours au sujet de l'endométriose. Parfois, elle m'était présentée comme un trouble pouvant mener à l'infertilité. Parfois comme une maladie hormono-dépendante, soit qui réagit aux modifications du taux d'œstrogènes induites par le cycle menstruel. Parfois, quoique plus rarement, elle était évoquée comme une maladie chronique provoquant des symptômes et des douleurs invalidantes. Ces discours semblaient être fonction de la position des personnes qui les tenaient. La chirurgienne gynécologue ne pense pas comme la gynécologue médicale, qui ne pense pas comme la responsable du centre de traitement et d'évaluation de la douleur, qui ne pense pas comme la responsable du programme de recherche portant sur les liens entre les symptômes de l'endométriose et l'activité physique adaptée, qui ne pense pas comme la rédactrice d'un article sur le site « À nos corps résistants » ... Difficile de trouver une définition solide à laquelle me raccrocher, donc de mettre du sens sur mon vécu.

Dans cette quête de sens, l'article « Queering gendered disability » de Cara E. Jones m'est apparu comme le ciment de fragments d'expériences disséminées auprès des différents services et professionnel-les que j'avais rencontré-es. Jones y résume et explicite quelques-unes de mes intuitions. Pour elle, l'endométriose n'est pas une maladie gynécologique qui se réduit à des problèmes d'infertilité ou de dyspareunies (douleurs à la pénétration vaginale). L'hétérosexualité obligatoire est le cadre d'interprétation le plus fréquent pour définir cette maladie. Or, il y a une sorte d'interdépendance entre l'injonction à l'hétérosexualité et l'injonction à la validité.

La plupart du temps, l'endométriose est décrite comme une affection gynécologique provoquée par l'inflammation de cellules endométriales situées hors de la cavité utérine, et provoquant des troubles et des douleurs menstruelles, des douleurs pendant les rapports sexuels (sous-entendus les rapports pénétratifs), et une infertilité.

Or, comme le rappelle Jones, l'endométriose se caractérise davantage par la présence de cellules similaires, mais non identiques, à celles qui tapissent la paroi de l'utérus en dehors de la cavité pelvienne : l'abdomen, les reins, le diaphragme, les poumons, le nez et le cerveau⁸⁸⁴.

Si Jones refuse de qualifier l'endométriose de « maladie gynécologique », c'est parce que l'histoire et la pratique de cette discipline médicale ne prend pas en compte l'ensemble des personnes touchées par cette maladie. Elle explique son refus comme suit : « l'une des raisons est étymologique : le mot gynécologie est centré sur les filles et les femmes cisgenres, et je ne souhaite pas réaffirmer la croyance selon laquelle des questions telles que les menstruations, la grossesse, l'accouchement et la ménopause sont intrinsèques ou limitées aux femmes cisgenres »⁸⁸⁵. De fait, les hommes transgenres sont concernés par l'endométriose, de même que certains hommes cisgenres et certaines femmes sans utérus ou avant l'apparition de leurs règles⁸⁸⁶.

Les injonctions à l'hétérosexualité et à la validité se renforcent mutuellement à l'endroit de l'endométriose. Parmi les questions récurrentes que les médecins-ciennes

884 Pour une présentation détaillée des études citées par Jones, cf. JONES Cara E. « Queering gendered disabilities ». art. cit. p. 197

885 « One reason is etymological : the word gynecology centers cisgender girls and women, and I do not wish to reaffirm the belief that issues such as menstruation, pregnancy, childbirth, and menopause are intrinsic nor limited to cisgender women ». trad. perso. Ibid. p. 199

886 L'endométriose peut toucher des femmes atteintes du syndrome de Rokitansky (qui n'ont ni utérus, ni trompes de Fallope) ainsi que des hommes cisgenres. Cette observation tend à valider la théorie des résidus embryonnaires et à invalider celle du reflux menstruel, aussi nommée théorie des « menstruations rétrogrades ». Mais aucune de ces théories ne parvient à expliquer l'ensemble des cas d'endométriose. Pour plus de détails, cf. le travail de l'épidémiologiste Marina Kvaskaoff : <https://news.universite-paris-saclay.fr/actualites/endometriose-la-grande-inconnue>

posent aux personnes endométriosiques (supposées ou avérées), celle des dyspareunies est édifiante. On m'a souvent demandé, et on me demande encore : « est-ce que vous avez mal pendant les rapports ? ». Implicitement, les « rapports » désignent les relations sexuelles pénétratives de type péno-vaginal. Comme s'il était attendu que je pratique ce genre de rapports sexuels et, en contrepoint, que la sexualité se cantonnait à cette pratique. Plus largement, c'est comme s'il était inconcevable que je n'aie pas de sexualité, quelle qu'en soit la raison.

La question de la fertilité vient également renforcer les normes de genre et de validité. Ainsi que le rappelle Jones, le principal critère de dépistage et de prise en charge de l'endométriose reste encore aujourd'hui l'infertilité. La fertilité est envisagée comme une capacité physique normale et obligatoire des femmes. La réussite de la reproduction est souvent considérée en même temps comme le signe d'une capacité physique et comme le marqueur de l'hétérosexualité. Certes, cela ne veut pas dire que seules les femmes hétérosexuelles deviennent mères ou veulent le devenir. Cela veut dire que le fait d'avoir un enfant est considéré comme une réussite sociale pour les femmes hétérosexuelles.

À l'inverse, l'impossibilité à concevoir un enfant donne au régime hétérosexuel le pouvoir d'exclure les personnes infertiles et handicapées, soit les personnes dont la déficience ne peut être corrigée par des comportements reproductifs prescrits. D'où l'intrication entre hétérosexualité obligatoire et normes de validité.

Plus encore, Jones estime que l'endométriose est généralement pensée à l'aune des femmes blanches issues des classes sociales favorisées. Or, les corps blancs sont jugés désirables et sains, comme l'explique Elsa Dorlin dans son ouvrage *La matrice de la race*⁸⁸⁷, et sont rarement jugés fragiles ou défailants, en l'absence de handicap visible.

887 Cf. DORLIN Elsa. *La matrice de la race : généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*. Paris : La Découverte, 2009

Pour Jones, il y a une sorte d'impensé de l'invalidité des corps blancs, en tant qu'ils sont envisagés comme des corps hégémoniques. Cela ne signifie pas que des personnes blanches ne peuvent pas être considérées comme handicapées. Cela ne signifie pas non plus que l'infertilité des personnes blanches n'est pas prise en charge par des techniques médicales. Cela signifie que la vulnérabilité ou la fragilité des corps blancs est plus difficile à penser que celle des corps non blancs, car les premiers sont perçus à travers leur position dominante. En outre, la fertilité des personnes blanches est habituellement plus encouragée et moins contrainte que celle des personnes racisées dans certains pays dits occidentaux. Pour les femmes blanches, faire des enfants est un accomplissement, mais ne pas en faire n'est pas non plus un handicap. Dans ce cadre, l'endométriose est difficilement caractérisée comme un handicap.

Cependant, le fait de supposer que les personnes endométriosiques sont valides pose plusieurs problèmes. Premièrement, cela entrave les définitions de l'endométriose qui se basent avant tout sur la douleur. Si la douleur n'est considérée que comme un gêne ou un symptôme, et non comme une invalidité en soi, alors l'horizon du handicap s'éloigne. Les signes cliniques de la maladie ne sont que des signes sémiologiques, et non des obstacles et des souffrances quotidiennes. De sorte que nombre de personnes vivant avec une endométriose sont enlisées dans des logiques de surcompensation : l'endométriose ne serait qu'une maladie non mortelle, et les souffrances qu'elle induit ne devraient pas porter atteinte à la vie « normale ». Ces personnes font « comme si » : comme si elles n'avaient pas mal, comme si elles n'étaient pas fatiguées, comme si elles n'étaient pas diminuées. Ce faisant, elles vont souvent au-delà de leurs limites physiologiques. Elles s'exposent alors à encore plus de douleurs et de fatigue.

Deuxièmement, cela efface la question de la sexualité, au profit de la reproduction. Malgré l'intérêt des professionnel·les pour les douleurs pendant les

« rapports » ou pour les éventuels projets de parentalité, l'activité sexuelle, ou son absence, n'est pas véritablement prise en compte dans les grilles diagnostiques. À ma connaissance, il n'existe pas de recommandations ou de conseils pour une sexualité épanouie en contexte d'endométriose. Les informations transmises sont en outre insuffisantes. En effet, on nous parle des dyspareunies (douleurs à la pénétration), mais on évoque rarement les douleurs lors de la stimulation clitoridienne. Pourtant, elles semblent fréquentes et gênantes, bien qu'elles ne soient pas tournées vers la procréation.

Faire de l'endométriose un handicap généré permet de remédier à cette forme d'effacement d'une part non négligeable de l'expérience des personnes endométriosiques. Cela légitime l'importance des douleurs et de leurs conséquences sur la vie quotidienne, la vie sociale, la vie professionnelle, etc. Cela met en évidence des problèmes passés sous silence, à l'image de la sexualité non pénétrative.

L'endométriose est une maladie complexe et globale, c'est-à-dire une maladie aux incidences multiples. Pour Jones, il s'agit d'une maladie du « corps entier », dont les symptômes vont des douleurs pelviennes aux dysfonctionnements digestifs, en passant par la fatigue chronique, le brouillard cérébral, les changements d'humeur, etc. Outre les symptômes, les lésions endométriales sont également multiples. Aux nodules d'endométriose s'ajoutent les déchirures labiales, les cystites interstitielles, les hernies, les fibromes, etc. Autant d'affections qui causent des complications à long terme et accroissent les risques de comorbidité avec d'autres maladies chroniques.

Faire de l'endométriose un handicap généré, c'est donc aider les personnes endométriosiques à mieux connaître, percevoir et assumer leurs limites organiques. En bref, c'est les accompagner sur le chemin de la conscience sensible de leur corps. Pour

ce faire, il paraît intéressant d'utiliser les connaissances sur le handicap et ses représentations et ce, afin de mieux prendre soin de soi et des autres.

Jones le résume de la façon suivante : « Les personnes atteintes d'endo peuvent résister à la discrimination fondée sur la capacité physique en assumant leurs limites, en refusant de surcompenser et en utilisant les connaissances acquises grâce aux déficiences pour mieux prendre soin d'elles-mêmes, des autres et pour construire un monde plus juste et équitable. Bien que cela ne puisse pas guérir l'endo, un désir légitime pour beaucoup de personnes vivant avec une douleur extrême, cela pourrait "guérir" une grande partie de ce qui rend l'endo handicapante en réduisant l'isolement et la symptomatologie et en augmentant la capacité d'action et l'autonomisation »⁸⁸⁸

III.2.2. Les corps endométriosiques : des corps non « alignés »

Pourquoi avoir effectué un tel détour pour parler de l'endométriose dans un chapitre proposant une critique située du toucher de soin ?

Premièrement, parce que l'approche handiféministe sur laquelle je m'appuie ne concerne pas que les mères aveugles et les diagnostics du cancer du sein. Sa portée heuristique est plus vaste, ainsi que le démontre l'exemple de l'endométriose .

Deuxièmement, parce que le parcours de soin de l'endométriose est jonché de problèmes relatifs aux gestes tactiles. Les accusations contre un pont de la maladie à l'hôpital Tenon en sont une première illustration. En effet, ce gynécologue est accusé de

888 « People with endo can resist ableism by owning our limitations, refusing to overcompensate, and using knowledge learned from impairments to take better care of ourselves, each other, and build a more just and equitable world. While this may not cure endo, a legitimate desire for many living with extreme pain, it could "cure" much of what makes endo disabling by reducing isolation and symptomology and increasing agency and empowerment ». JONES Cara. « Queering gendered disabilities ». art. cit. p. 206

pratiquer des touchers rectaux et vaginaux brutaux, douloureux et sans égard pour la pudeur et l'intimité des patient-es. L'usage visiocentré des technologie d'IRM au détriment de la palpation digitale ou échographique en est une second preuve. Le récit d'expérience de Marion Coville évoqué plus haut dans ce chapitre montre ainsi comment la prépondérance des technologies de visualisation a engendré dans son cas une errance diagnostique et thérapeutique.

Troisièmement, parce que la prise en charge sociale et médicale de l'endométriose contrevient fortement à l'expérience du corps sensible. Entre les ignorances, les tabous, les implicites, etc., il est difficile de ressentir son corps dans ses limites, ses besoins, ses désirs ...

Quatrièmement, parce que l'expérience de l'endométriose révèle à quel point les corps endométriosiques, à l'instar de nombreux corps situés au croisement de plusieurs oppressions, ne sont pas des corps « alignés ». Et cela constitue un élément critique permettant de construire une définition féministe des soins.

Comme l'explique Ahmed, les corps dits « normaux » sont des corps « alignés » sur des normes qui définissent la « normalité ». Bien que cette proposition soit en apparence tautologique, elle dit quelque chose de fondamental : « l'alignement » des corps sur les normes dominantes est un dispositif qui oriente aussi bien les conduites que les manières de sentir, percevoir et penser des individu-es.

Si les normes de genre prétendent qu'il est normal d'avoir mal pendant ses règles, alors il n'y a pas de raison de suspecter la présence de lésions ou de nodules quelconques. Si les codes sociaux jettent un tabou sur les menstruations, alors l'expression de la souffrance et de la douleur ne peut se faire que dans les limites de ce tabou. Si l'endométriose est interprétée à l'aune des douleurs ressenties lors de la pénétration péno-vaginale, comment s'approprier cette maladie quand on sort du cadre

hétérosexuel ? Ces trois questions dépeignent l'importance des dispositifs de normalisation, non seulement dans la construction sociale, mais aussi dans l'expérience individuelle d'une maladie.

Percevoir, quantifier, exprimer, guérir ou soigner une maladie se fait nécessairement à l'aune d'une normalité qui déborde largement l'action et l'autonomie individuelles. D'où l'importance d'envisager ces normes non pas comme des règles sur lesquelles s'aligner, soit auxquelles se conformer, mais comme des éléments à part entière de la définition des maladies. Pour le dire autrement, les normes participent à dire qui est normal-e et qui ne l'est pas. Et ce pouvoir des normes peut générer de l'ignorance (par exemple les troubles de l'intéroception), des tabous (par exemple l'endométriose), ou des discriminations. De sorte que les normes contribuent parfois à créer du handicap, là où il ne pourrait y avoir que de la maladie. Inversement, elles conduisent par moment à ne percevoir que de la maladie, là où il y a du handicap. C'est-à-dire qu'elles produisent des exclusions ou des inadaptations sociales en se référant à un cadre trop restreint ou trop rigide. Il s'agit là d'une leçon capitale pour parvenir à une définition féministe des soins : les normes sociales s'immiscent dans la sémiologie de certaines maladies et contreviennent aux capacités d'action et d'autonomisation des personnes malades.

Conclusion du chapitre

Au moyen d'une critique située du toucher de soin, j'ai tout d'abord tenu à interroger la définition usuelle de l'expérience de la maladie, en montrant que cette expérience n'est pas exempte de paradoxes. En effet, les mécanismes d'oppression peuvent engendrer des troubles de l'intéroception, c'est-à-dire des états asymptomatiques coupant les individu-es de leurs sensations internes, dont certaines participent de la préservation (par exemple la faim). Le toucher de soin peut alors remédier à cette situation, à condition d'être informé des rapports de pouvoir qui ont rendu cela possible.

J'ai ensuite essayé d'identifier les ambiguïtés qui traversent le toucher de soin et qui exigent une reformulation du consentement thérapeutique sur le modèle du consentement sexuel situé et affirmatif. Par « identification », s'entend la mise en évidence des incidences concrètes de ces rapports sociaux sur les corps des acteurs-rices de la relation de soin. Premièrement, ils se traduisent en emprise sur le corps des personnes soignées. À ce sujet, l'exemple des touchers intimes sans consentement est édifiant. Il met en exergue l'existence d'un paradoxe à l'endroit de la relation tactile en contexte thérapeutique, à savoir les touchers sans contact. Deuxièmement, cette emprise s'exerce également sur les corps du personnel soignant, quoique sous une autre forme. Cela passe avant tout par une externalisation du travail sensible. L'externalisation désigne à la fois la mise à distance du travail affectif, et l'effacement de cette activité de la sphère publique et reconnue. Cela se manifeste aussi par l'existence du paradoxe des touchers sans contact auprès des travailleurs-euses, notamment à travers la confiscation de leur agentivité. Troisièmement, cela suppose un

régime de normalisation du toucher, visant à déterminer qui a le droit, et qui a le devoir de toucher. Le toucher doit alors être envisagé comme un risque, car il est organisé d'après des principes d'interdiction et d'injonction et ce, notamment parce qu'il est souvent articulé à la question sexuelle.

Après avoir décrit certains des rapports de domination qui sous-tendent le toucher de soin, j'ai enfin cherché à redéfinir le prendre-soin par le biais d'une épistémologie handiféministe du toucher. Cela m'a demandé, dans un premier temps, de critiquer les éthiques du *care* au prisme du handicap. Si les théories du *care* permettent de politiser l'intime et le sensible, elles minimisent parfois l'imbrication des oppressions au sujet du travail sensible. Partant d'une distinction entre *caring for* et *caring about*, au départ théorisée pour penser la spécificité des femmes issues des classes populaires, j'ai montré que le handicap est souvent un angle mort de l'éthique du *care*. Dans un second temps, j'ai voulu mettre en œuvre la dimension créatrice de l'épistémologie handiféministe en donnant une nouvelle consistance au toucher de soin, grâce à ma perspective de femme aveugle, mise en parallèle avec l'expérience des mères déficientes visuelles et des examinatrices médicales tactiles. L'ambition était de montrer comment le toucher peut être une capacité créative, donc une source d'autonomie. Pour compléter cette démarche de redéfinition du soin, j'ai tenu à appliquer la grille de lecture handiféministe à une maladie en particulier : l'endométriose. Penser cette affection comme un handicap genré plutôt qu'une maladie gynécologique permet de pallier certaines ignorances et tabous induits par des logiques validistes et hétérosexistes. Plus largement, cela donne une nouvelle orientation pour une définition féministe des soins, à savoir la manière dont les normes créent de la maladie ou du handicap et, partant, doivent être considérées comme des facteurs de risque.

De manière générale, la plupart des constats ou problèmes traitant ici des personnes handicapées peuvent être élargis à d'autres personnes vulnérables : les personnes âgées, les hommes racisés, etc. Le but n'est pas de proposer une réflexion valable uniquement pour les femmes aveugles. Le but est de trouver dans l'expérience des femmes handicapées des manières d'interroger la relation de soin en général, et la place du toucher en particulier.

L'ensemble des tactiques mises en œuvre par les mères déficientes visuelles, de même que la dimension épistémologique du toucher des aveugles, laissent penser qu'il est possible de créer des relations de soin en dehors des canons rigides prédéfinis par les représentations oppressives. Autrement dit, qu'il est possible de se réapproprier l'activité de soin, autant que l'expérience corporelle. C'est peut-être là toute la tâche du travail sensible : faire advenir le corps sensible dans la relation de soin. L'enjeu est désormais de trouver comment y parvenir et quelle méthode choisir.

Chapitre 6 : Pour une éducation à la santé sensible et émancipatrice

Introduction du chapitre

L'ambition de tout ce travail est de théoriser des relations de soin, sinon hermétiques, du moins protégées des dynamiques de domination. L'hypothèse ultime est la suivante : c'est en se réappropriant l'activité de soin et l'expérience corporelle que cette ambition pourrait se concrétiser. Or, il ne suffit pas de vouloir se réapproprier son corps et sa santé pour y parvenir. Une démarche éducative paraît indispensable pour cela. C'est pourquoi mon argumentation s'achève par un chapitre portant sur l'éducation à la santé. Et pour que cette dernière soit cohérente avec tout ce qui a été écrit précédemment, cette éducation doit être sensible et émancipatrice.

Concrètement, il s'agit de dresser les contours d'une éducation à la santé qui facilite l'accès à l'expérience sensible, dans le but de rendre cette dernière familière. Pour ce faire, il peut être intéressant de viser le plaisir ou le bien-être. D'après bell hooks, le plaisir est en effet non seulement fondamental pour apprendre, mais aussi pour donner un sens et une motivation à la démarche d'apprentissage⁸⁸⁹.

Outre l'horizon du plaisir, il y a la faisabilité de la démarche. Une éducation sensible et émancipatrice doit tendre vers une émancipation réaliste, c'est-à-dire une émancipation ancrée dans l'expérience ordinaire du quotidien.

889 HOOKS bell (trad. FOURTON Clémence). « La pédagogie engagée ». *Tracés* n°25, 2013. pp. 179-190. <https://journals.openedition.org/traces/5852>

À cet égard, l'émancipation comporte elle-même une dimension sensible : elle concerne l'expérience d'un soi situé dans un contexte social, et non un horizon abstrait inatteignable. D'où la question qui suit : comment fonder l'émancipation sur l'expérience dans le champ de la santé ; sachant qu'il peut être vertigineux de fonder l'émancipation sur l'expérience corporelle ; sachant aussi que la vulnérabilité induite par la relation de soin peut complexifier l'accès à cette expérience ?

Pour répondre à cela, il est important de clarifier l'objectif de l'éducation à la santé, surtout si son horizon est le bien-être. Il s'agit ici de comprendre ce qui « fait santé » selon une normativité biologique individuelle et capacitaire, soit selon une compréhension des capacités de chacun-e et de leurs implications sur les autres. Mais il est également capital de se souvenir que la relation de soin, surtout si elle engage un contact physique, doit être pensée comme un espace de codétermination mutuelle, puisqu'elle convoque les capacités sensibles des acteurs-rices de cette relation. Ce faisant, elle peut provoquer une transformation de soi au contact de l'autre.

Pour penser ce processus de co-transformation induit par la relation de soin, la philosophe María Puig de la Bellacasa parle de « capture réciproque »⁸⁹⁰. Cette « capture réciproque » désigne l'effet mutuel d'une relation sur ses acteurs-rices. Elle est envisagée d'après un paradigme épistémologique fondé sur le toucher. Ce paradigme est lui-même développé à partir des thèses de la physicienne Karen Barad à propos de l'« ontologie agentielle »⁸⁹¹. L'ontologie agentielle affirme que l'ensemble des éléments de l'univers sont (domaine ontologique) dans un régime d'actions permanentes les uns avec les autres (caractéristique agentielle). Autrement dit, toute relation entre des éléments suppose non seulement une interaction entre ces derniers (une rencontre avec

890 PUIG DE LA BELLACASA María. *Matters of care : Speculative Ethics of More than Human World*. Londres : University of Minnesota Press, 2017. P. 114

891 Cf. BARAD Karen. *Meeting the universe half way. Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning*. Durham : Duke University Press, 2007

une altérité), mais aussi une intra-action en chacun d'eux (une transformation interne). Or, cette idée d'intra-action, aussi traduite « intra-activité » par la philosophe Vanina Mozziconacci⁸⁹², permet de penser le contact physique comme un inter-toucher autant qu'un intra-toucher, donc d'explicitier le concept de « capture réciproque » avancé par Puig de la Bellacasa⁸⁹³.

Plus qu'une ontologie agentielle, Puig de la Bellacasa propose une ontologie solidaire. L'enjeu est, selon les termes de Mozziconacci, de « remettre des affects dans un monde objectivé »⁸⁹⁴. Toute relation, qu'elle soit de pensée ou de connaissance, devrait être une relation de *care*. C'est pourquoi Puig de la Bellacasa s'attache à construire un « *care* subversif », pour reprendre la traduction de Mozziconacci⁸⁹⁵. Pour ma part, je préfère parler de « *care* émancipatoire », car cela semble plus cohérent et réaliste lorsqu'il est question de relation de soin. Derrière la théorie de la « capture réciproque » – qui formule des considérations épistémologiques –, il y a donc l'ambition d'un « *care* émancipatoire » – qui charrie des enjeux éthiques.

Consciente des insuffisances des éthiques du *care*, Puig de la Bellacasa ne veut pas se contenter de les déconstruire ; elle veut aussi participer à les reconstruire. Toute entreprise critique doit, selon cette philosophe, être consciente de la responsabilité morale et politique qui lui incombe. Il s'agit de

892 MOZZICONACCI Vanina. « María Puig de la Bellacasa, Matters of Care ». *Lectures/Les comptes rendus*. 06/09/2018. <http://journals.openedition.org/lectures/26264> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/lectures.26264>

893 PUIG DE LA BELLACASA María. *Matters of care : Speculative Ethics of More than Human World*. Op. cit. P. 114

894 MOZZICONACCI Vanina. « María Puig de la Bellacasa, Matters of Care ». art. cit.

895 MOZZICONACCI Vanina. « María Puig de la Bellacasa, Matters of Care ». art. cit.

rompre avec l'idéal d'une science neutre et désincarnée qui, de par sa position distanciée, « n'est pas impliqué ni touché par les guerres qu'il provoque »⁸⁹⁶. Pour s'aligner avec sa responsabilité morale et politique, l'entreprise critique peut par exemple se doter d'un volet pédagogique. Dans ce cas, la reconstruction passe par l'éducation. C'est le parti pris que je choisis de suivre.

Après avoir examiné les rapports de domination qui traversent le toucher de soin, il s'agit à présent d'identifier comment ce dernier peut devenir un outil pédagogique. En quoi le toucher de soin participe-t-il d'une éducation à la santé ? Plus précisément, en quoi le toucher de soin s'inscrit dans un projet de « *care* émancipatoire » ? De la même manière que le « *care* subversif » de Puig de la Bellacasa s'attache à « remettre des affects dans un monde objectivé », le toucher de soin s'attache à remettre de l'expérience sensible dans une relation de soin désincarnée. Dans les deux cas, une émancipation dans l'ordinaire du quotidien est au bout du chemin.

Pour tenter de répondre à toutes ces questions, je procéderai en trois temps. D'abord, je me demanderai comment éduquer le et au corps sensible. C'est en effet cette expérience qui semble pouvoir réaliser l'ambition d'un « *care* émancipatoire ». Ensuite, je questionnerai la manière dont l'éducation à la santé peut être une source d'émancipation. Je m'appuierai sur ma propre expérience des pratiques d'auto-soin féministes, en exposant comment elle m'ont permis de me réapproprier mon corps et ma santé. Enfin, j'interrogerai le recours à l'expérience sensible (en tant qu'elle est intime et singulière) dans un travail de

896 PUIG DE LA BELLACASA María. *Matters of care : Speculative Ethics of More than Human World*. Op. cit. P. 41

philosophie et, plus précisément, d'épistémologie. Quels sont les risques et les atouts des récits d'expérience ?

I. Comment éduquer le et au corps sensible ?

Le chapitre précédent s'est terminé sur l'affirmation suivante : la tâche du travail sensible est de faire advenir le corps sensible. Que signifie cette déclaration apparemment tautologique ? Est-ce que le travail sensible doit créer les conditions de réalisation de l'expérience sensible ? Est-ce qu'il opère uniquement dans le cadre des expériences sensibles ? Est-ce qu'il se contente de mettre de la sensibilité là où il en manque ? Est-ce que le travail devient sensible dès lors qu'il s'occupe d'expériences sensibles ?

Compte tenu de la polysémie du terme « sensible » à laquelle je me suis référée tout au long de ce travail, il me paraît impossible de répondre simplement à toutes ces questions. Toutefois, je ne souhaite pas entretenir le cliché selon lequel les philosophes ne font que poser des questions, et n'y répondent jamais. Il est important d'apporter des réponses à ces questions, étant donné l'ancrage de cette thèse dans les épistémologies féministes. Toutes ces questions sont valables mais se subsument sous une seule : comment éduquer le et au corps sensible ? La question de l'éducation me paraît fondamentale pour deux raisons. D'abord, le « corps sensible » tel que je l'ai défini désigne l'ensemble des expériences corporelles qui résultent elles-mêmes d'un « apprentissage pratico-sensible » socialement situé et construit. Ensuite, le toucher de soin, tel que je le conçois, caractérise l'« intercorporéité » à l'œuvre dans la relation thérapeutique, de sorte que les pourvoyeurs-euses comme les récipiendaires sont affecté-es par cette relation. Tout travail sensible, c'est-à-dire tout travail qui implique

une intercorporité, suppose des expériences limites lors desquelles la vulnérabilité de l'ensemble des acteurs-rices est en jeu, et, partant, nécessite une formation et une information autour du consentement situé et mutuel. D'où l'importance d'une démarche éducative pour prendre en charge l'apprentissage pratico-sensible des expériences corporelles, ainsi que la formation à la réalité ambiguë du travail sensible. Et d'où le fait d'aborder simultanément l'éducation du et au corps sensible ; les deux mouvements concernant l'ensemble des acteurs-rices de la relation de soin.

Si le travail de soin est de faire advenir le corps sensible, alors il comporte une visée éducative, et pas seulement une visée curative (axée sur la guérison) ou, en anglais, *supportive* (axée sur le soutien et l'accompagnement). C'est une chose de mettre au jour une réalité, un concept, un outil, c'en est une autre de se l'approprier, de la comprendre, de l'utiliser. En l'occurrence, savoir comment éduquer le corps sensible, autant qu'éduquer au corps sensible, c'est savoir mobiliser la conscientisation collective. La conscientisation permet de déconstruire les mécanismes de domination incorporés et, par suite, de développer *l'empowerment* des individu-es, entendu dans son sens le plus radical.

Par conséquent, éduquer, c'est, dans le sillage du pédagogue Paulo Freire⁸⁹⁷, sentir que le monde résiste à l'action. Loin de former un obstacle, cette résistance constitue un moyen de se prémunir contre le double écueil de la conscientisation. D'une part, un écueil subjectiviste ou psychologiste : l'objectivité ne serait que la généralisation d'une conscience individuelle. D'autre part, un écueil objectiviste ou mécaniciste : la subjectivité ne serait qu'une imitation microscopique d'une objectivité macroscopique. La résistance contribue à surmonter la dichotomie entre subjectivité et objectivité. De fait,

897 FREIRE Paulo. *Pédagogie des opprimés*. Paris : La Découverte, 2001

tant qu'il n'y a pas d'action sur le monde réel, les sujets ont une compréhension incomplète de ce dernier. En d'autres termes, tant qu'il n'y a pas de « retour au concret » par l'action, toute problématisation est rendue impossible. D'après Freire, « on ne peut penser objectivité sans subjectivité »⁸⁹⁸. Une objectivité privée de subjectivité tend à nier l'action de celle-ci sur la réalité, de même que sur l'analyse de cette réalité. Inversement, une subjectivité privée d'objectivité conduit à une attitude solipsiste, qui envisage la réalité comme une simple création de la conscience. Objectivité et subjectivité sont dans une relation dialectique permanente car l'une ne peut exister sans l'autre. En effet, il n'y a pas de réalité sans être humain qui agit dessus, ni d'être humain en dehors de la réalité.

Pour Freire, l'éducation doit amener les sujets à prendre conscience des rapports entre leurs pensées et leurs actions avec leur environnement. Autrement dit, l'éducation doit les amener à mesurer la responsabilité et l'incidence de leurs actes. C'est ce qui est sous-entendu dans la notion de « résistance », qui, pour rappel, est également un concept central de la philosophie de Canguilhem.

La conscientisation désigne la prise de conscience critique et réflexive. Pour être réalisée, elle demande une formation éthique, aussi bien pour les personnes qui éduquent que pour celles qui sont éduquées. Et pour être réalisable, elle exige une certaine cohérence dans la posture des éducateurs-rices. Ces dernier-es doivent s'attacher à diminuer l'écart entre ce qu'ils et elles disent et ce qu'ils et elles font, entre ce qu'ils et elles sont et ce qu'ils et elles semblent être, dans le but de démontrer « la consistance de la manière de vivre sa présence dans le monde »⁸⁹⁹. Or, la conscientisation contribue à assurer cette cohérence, dans la mesure où elle représente une prise de conscience critique à l'égard du monde et des rapports entretenus avec lui.

898 Ibid.

899 Ibid. p. 28

Pour le dire dans les termes de Puig de la Bellacasa, la conscientisation permet une « capture réciproque » entre soi et la réalité.

I.1. Une critique féministe de l'éducation thérapeutique⁹⁰⁰

La première pratique qui m'est venue à l'esprit lorsque j'ai commencé à m'intéresser à l'éducation à la santé est l'éducation thérapeutique des patient-es (ETP). Il est vrai que l'éducation pour la santé se décline de plusieurs manières, et que l'éducation thérapeutique n'en est qu'une seule forme. Il s'avère toutefois que cette forme est celle qui résonne le plus avec mon travail, de même qu'avec mon vécu. En effet, l'ETP a été conçue pour accompagner les personnes vivant avec des maladies chroniques. Ces dernières, comme je le sais à un niveau intime, mettent parfois en échec la formation classique des médecins-ciennes. Plus encore, elles exigent une réappropriation de leurs maladies par les malades, afin de réussir à vivre avec, et pas seulement contre. Autrement dit, elles demandent une capacité d'adaptation constante, donc sollicitent grandement la normativité biologique individuelle et capacitaire.

Cependant, les usages majoritaires de l'éducation thérapeutique s'enlisent dans un paradoxe : tout en promouvant l'autonomisation des patient-es, ils favorisent l'application de protocoles préétablis. Leur mise en œuvre dépend beaucoup de l'interprétation des textes par les soignant-es. C'est pour résoudre ce paradoxe que je propose d'effectuer une critique féministe de l'ETP. Pour ce faire, je prendrai en exemple l'accompagnement de l'endométriose, qui me concerne et que j'ai déjà détaillé dans les

900 Cette sous-partie est largement issue d'un article publié en 2021 dans la revue *Éducation et socialisation*. Cf. CHOULET-VALLET Anaïs. « Pour une critique et une reconstruction féministes de l'éducation thérapeutique. L'exemple de l'endométriose ». *Éducation et socialisation*. N°60, 2021. <https://journals.openedition.org/edso/14223>

chapitres précédents. Si je choisis cet exemple, c'est aussi parce qu'il met fortement en évidence les problèmes auxquels se confronte l'ETP, et parce qu'il révèle l'importance d'aborder le milieu des soins avec une grille de lecture épistémologique. Je rappelle que l'endométriose est une maladie qui a été, et qui reste encore, mal traitée par la médecine et ce, avant tout pour des raisons idéologiques. Dans la mesure où elle reste catégorisée comme maladie gynécologique et non comme handicap genré, et dans la mesure où elle soulève des tabous tels que celui des menstrues, de la sexualité pénétrative et de l'activité reproductive, l'endométriose a été minimisée, sous-diagnostiquée, laissée de côté. De fait, nombre de médecins-ciennes estiment encore qu'il est normal d'avoir mal pendant ses règles et nombre de femmes ne sont pas entendues lorsqu'elles expriment leur douleur. La prise en charge de l'endométriose est donc traversée par la décrédibilisation de la souffrance des femmes et des personnes minorisées en raison de leur genre, ainsi que l'ont montré les études sur le syndrome de Yentl⁹⁰¹, et par la cristallisation du tabou menstruel, bien que celui-ci commence à être progressivement levé⁹⁰².

Pour mener à bien cette critique féministe de l'ETP, je vais procéder en quatre temps. Premièrement, il s'agira de se placer à une échelle individuelle et de comprendre ce que signifie partir de l'expérience des malades dans le cas des maladies chroniques. Un déplacement vers l'échelle interpersonnelle permettra deuxièmement de dresser les contours d'une autonomie thérapeutique relationnelle. Troisièmement, une étude de cas mettra en évidence l'importance de la sensibilité dans l'éducation thérapeutique. Il s'agira quatrièmement d'élargir à l'échelle sociale et d'ancrer la pédagogie dans son

901 Cf. HEALY Bernadine. « The Yentl Syndrome ». *New England Journal of Medicine*. vol. 325, 25/07/1991. pp. 274-276

902 Depuis 2015, de nombreuses publications s'attaquent au « tabou des règles », à l'instar de la bande dessinée publiée par Jack Parker et Madel Floyd. Cf. PARKER Jack, FLOYD Madel. *Le grand mystère des règles : Pour en finir avec un tabou vieux comme le monde*. Paris : Flammarion, 2017

contexte sociopolitique. Ces quatre étapes serviront à poser les jalons d'une l'éducation du et au corps sensible et, ce faisant, à insister sur l'importance d'une pédagogie de la conscientisation. Il sera important de garder à l'esprit la double dimension de la conscientisation, à savoir, d'une part, l'ancrage sensible de la démarche du fait de son rapport au réel, et, d'autre part, le processus de capacitation des individu-es au niveau pratique comme épistémique.

I.1.1. Partir de l'expérience des malades

L'éducation thérapeutique se définit comme une pédagogie pour adultes visant à développer le *self-management* et le pouvoir d'agir des malades. Toutefois, elle peut avoir tendance à s'appuyer sur un concept idéal du ou de la patient-e, à savoir sur un sujet universel et rationnel. En ceci, l'ETP reproduit, d'une certaine manière, le mythe de *l'homo economicus*, issu des théories libérales de l'économie dans le champ de la santé ; mythe copieusement critiqué, entre autres, par des théoriciennes féministes⁹⁰³. Comme l'expliquent les philosophes Catherine Tourette-Turgis et Joris Thievenaz, « les modèles de formation des adultes ont été construits selon un modèle physiologique normatif mobilisant des théories du développement de l'être humain pensé a priori comme un sujet en bonne santé progressant d'une dépendance native vers une autonomie acquise »⁹⁰⁴. Pour le dire autrement, l'usage majoritaire de l'éducation thérapeutique semble parfois se baser sur des représentations envisageant le

903 Pour une critique féministe détaillée de la notion d'*homo economicus*, cf. COLLECTIF. *L'économie politique. Le féminisme à l'assaut de l'homo economicus*. N°88, 04/2020. <https://www.cairn.info/revue-l-economie-politique-2020-4.htm?contenu=sommaire>

904 TOURETTE-TURGIS Catherine, THIEVENAZ Joris. « L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche ». *Savoirs*. N°35, 02/2014. Pp. 9-48. <https://www.cairn.info/journal-savoirs-2014-2-page-9.htm>

sujet malade indépendamment de ses conditions matérielles d'existence, et le processus d'autonomisation comme une démarche individuelle. En ceci, cet usage peut s'inscrire en faux par rapport aux recommandations de la Haute Autorité de santé, qui, dans un texte publié en 2007, incite pourtant les professionnel-les de santé à prendre en compte la situation personnelle concrète des patient-es⁹⁰⁵.

Malgré cela, les pratiques courantes de l'ETP ont tendance à transposer dans le champ des soins certains rapports de domination androcentrés et validistes. Androcentrés, car elle postule un sujet neutre et universellement valable, qui n'est autre qu'une forme de « masculin neutre », d'après l'expression de la philosophe et chercheuse en science de l'éducation Nicole Mosconi⁹⁰⁶. Validistes, car elle présuppose que le sujet « normal » est en bonne santé et sous-estime l'impact des maladies sur l'élaboration de jugements ou sur l'existence quotidienne. À cet égard, les pratiques inabouties de l'ETP vont à l'encontre des préconisations de cette dernière : l'évaluation individuelle, la prise en compte de la situation personnelle, la participation de la personne, la mobilisation de compétences d'adaptation, le soutien à la motivation, le soutien émotionnel, l'encouragement à poser des questions, le développement de compétences d'auto-soin, etc.

Lorsqu'ils ne prennent pas en compte ces recommandations fondamentales, les programmes d'ETP peuvent participer à effacer la singularité du vécu de la maladie,

905 Cf. HAUTE AUTORITE DE SANTE. « Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation ». 2007. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

906 Pour Nicole Mosconi, le « monde du "masculin neutre" » a deux caractéristiques : « neutre, parce que la différence des sexes [tend] à y être déniée, mais masculin, parce que le "genre masculin" y [reste] dominant ». in MOSCONI Nicole. « Les ambiguïtés de la mixité scolaire ». in BAUDOUX Claudine, ZAIDMAN Claude (dir.). *Égalité entre les sexes : mixité et démocratie*. Paris : L'Harmattan, 1992. p.73

c'est-à-dire le rôle de l'expérience en première personne. Or, cette expérience permet d'acquérir des compétences et des connaissances sur sa propre maladie. Les programmes en question semblent se concentrer sur les individu-es qui détiennent une expertise scientifique, plutôt que sur les personnes qui possèdent un savoir expérientiel. De sorte qu'ils en viennent à développer davantage le pouvoir (d'agir) des soignant-es que des apprenant-es.

Pour forger une éducation thérapeutique cohérente avec le projet d'autogestion des malades, encore faut-il leur permettre de partir de leur propre expérience lors de l'élaboration des programmes de soins. Ici, « permettre » ne signifie pas tant « autoriser » qu'« outiller » les personnes concernées. Ce prérequis est avant tout un gage d'efficacité : il paraît plus facile de s'approprier un protocole qui correspond à ses propres représentations, à ses habitudes et à son vécu. C'est ensuite un critère de moralité : il semble plus légitime d'impliquer les individu-es pour construire les protocoles qui vont affecter durablement leur existence. C'est enfin un gain de scientificité : il demeure plus réaliste d'assumer l'influence de la subjectivité sur la construction du savoir et de multiplier les sources de connaissance. En définitive, ce prérequis comporte deux enjeux.

Le premier enjeu consiste à « partir de soi ». Pour les patient-es, il s'agit d'identifier le fonctionnement de la maladie et d'observer les événements qui améliorent ou aggravent l'état de santé. Il est en effet plus facile de modifier ses comportements de manière pérenne si ces derniers sont non seulement conscientisés mais aussi légitimés. Pour les soignant-es, il s'agit d'accueillir les paroles et les représentations des usager-es lors de l'élaboration du programme de soins. Comme l'écrit la psychologue Anne Lacroix, « il faut d'abord avoir connaissance des représentations, donc leur

permettre d'être exprimées si on veut les faire évoluer. Plutôt que de les considérer comme des erreurs, elles doivent servir de repères, d'indicateurs de la manière dont le sujet conçoit les choses »⁹⁰⁷.

Cet enjeu n'est pas sans évoquer l'un des fondements des épistémologies féministes du *standpoint* : l'expérience individuelle a valeur d'expertise sur le réel. Comme l'explique la philosophe Léa Védie, dans le cadre des luttes féministes, « "partir de soi" signifie que l'action politique doit partir de sa propre situation et, pour les militantes féministes qui mobilisent cette idée, partir de sa propre oppression. [...] Lorsque les féministes affirment la nécessité de partir de soi, cela veut dire, dans cette perspective, que tous les points de départ de l'action politique ne se valent pas : une lutte menée au nom des femmes doit provenir des femmes elles-mêmes »⁹⁰⁸. Pour paraphraser Védie, je dirais donc que l'action thérapeutique doit partir de la situation des personnes concernées ; un programme mené au nom des malades doit provenir des malades eux et elles-mêmes.

C'est d'ailleurs ce dont rend compte Marion Coville, dans son blog scientifique racontant son expérience personnelle de l'endométriose⁹⁰⁹, dont j'ai parlé au chapitre précédent. Durant de longues années d'errance diagnostique, les consultations médicales

907 LACROIX Anne. « Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? ». *Santé publique*. N°19, 04/2007. Pp. 271-282. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-4-page-271.htm>

908 VÉDIE Léa. « Une lutte à soi. La politique en première personne des féministes des années 1970 ». *Nouvelles Questions Féministes*. Vol. 39 n°1, 05/2020. Pp. 16-32. <https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2020-1-page-16.htm?contenu=resume>

909 Cf. COVILLE Marion. « Rendre visible le corps et ses douleurs : les technologies de l'endométriose. Journal d'un diagnostic (1/5) ». in *FemTech*. 10/09/2018. <https://femtech.hypotheses.org/132>. [Consulté le 27/04/2020]

se sont bornées à des explications technoscientifiques de sa pathologie, et ont omis de questionner les conséquences de celle-ci sur sa vie quotidienne (souffrances psychologiques, fluctuation des douleurs, limitation de la vie sociale, effets secondaires des traitements, etc.)⁹¹⁰. C'est pour pallier cela que Coville a mis en place un journal autoethnographique, dans lequel iel renseigne exhaustivement ses douleurs, son hygiène de vie, son état émotionnel et physique, etc. Ceci lui a non seulement permis de faire certaines corrélations entre des causes et des symptômes, mais aussi de servir de médiation avec les médecins qui, en plus de ne pas témoigner d'une grande curiosité, manquent de données sur cette affection chronique. De fait, son fonctionnement est encore peu connu, et ses manifestations demeurent très différentes selon les personnes⁹¹¹. Comme l'explique Coville, les documents autoethnographiques « semblent effectivement matérialiser l'endométriose et ses conséquences dans un corps spécifique,

910 En raison de ces omissions répétées voire systémiques, l'endométriose peut être examinée au moyen de l'épistémologie de l'ignorance, telle que je l'ai définie au chapitre 0. Faire l'agnotologie de l'endométriose permet notamment de se rendre compte de la construction de l'ignorance entourant cette maladie. À titre d'exemple, lors de mes expériences d'enseignement à la faculté de médecine Lyon Est de l'Université Lyon 1 entre 2017 et 2020, j'ai été confrontée à des étudiant-es de FGSM3 (3^{ème} année du cursus médical) qui n'avaient jamais entendu parler du terme et du phénomène d'endométriose, alors que cette maladie touche en moyenne une femme ou personne assignée comme telle sur dix.

911 Sur la 4^e de couverture de leur ouvrage, les membres de l'association EndoFrance écrivent la chose suivante : « mal connue, peu médiatisée, l'endométriose touche pourtant près d'une femme sur 10 en France. Souvent banalisée et ramenée à de simples règles douloureuses, cette pathologie est encore difficilement diagnostiquée, ce qui retarde d'autant une prise en charge adaptée et laisse un nombre important de jeunes filles et de femmes dans la souffrance ». in CANDAU Yasmine, CHAPERON Charles. *Idées reçues sur l'endométriose*. Paris : Le cavalier bleu, 2020. Comme le souligne par ailleurs un communiqué de presse publié au printemps 2020 par cette même association, c'est seulement depuis la rentrée universitaire 2020-2021 que l'endométriose est rentrée dans le programme des études médicales, mais elle n'est enseignée qu'à partir du deuxième cycle (soit de la 4^{ème} année du cursus). Cf. ASSOCIATION ENDOFRANCE. Communiqué de presse : « L'endométriose enfin enseignée aux étudiants en médecine en 2^e cycle ! ». in *EndoFrance*. 18/10/2020. https://www.endofrance.org/communiquede_presse/lendometriose-enfin-enseignee-aux-etudiants-en-medecine-en-2e-cycle/

situé et incarné. Elles soulignent alors la nécessité d'une prise en charge personnalisée, qui continue de donner un rôle actif aux personnes atteintes d'endométriose. »⁹¹². Ce travail d'auto-observation a donc été l'occasion d'affiner les connaissances sur l'endométriose, et de légitimer un vécu. Par conséquent, la pédagogie thérapeutique vise en première instance les soignant-es, qui doivent à la fois reconnaître l'expertise primordiale des usager-es, et repenser le rôle de la formation.

Le second enjeu consiste à trouver des moyens d'avoir accès à sa propre expérience, tout en pouvant la mettre en lien avec celle des autres. Pour ce faire, l'un des dispositifs mis en œuvre est le groupe de parole. L'ETP s'exerce majoritairement en groupe aussi bien pour des raisons organisationnelles (les suivis individuels sont plus coûteux et difficiles à mettre en œuvre), que pour des raisons épistémiques (la confrontation des expériences et les interactions avec d'autres personnes concernées sont partie prenante du processus). Cela ne signifie pas que les séances individuelles n'existent pas. En effet, ces dernières se multiplient, notamment grâce aux pharmaciennes et aux infirmier-es de pratique avancée (IPA) qui sont, dans les deux cas, formé-es à l'ETP.

Certains établissements hospitaliers français construisent des projets afin d'accompagner les personnes atteintes d'endométriose. Depuis 2016, le CHU de Montpellier propose le programme labellisé ETP, intitulé « Mieux vivre avec l'endométriose ». Il s'agit d'un suivi pluridisciplinaire (psychologie, diététique, acupuncture, maïeutique, gynécologie, etc.), porté par une équipe pluriprofessionnelle, et initié par l'association de patientes EndoFrance⁹¹³. Dans la même veine, les Hospices

912 COVILLE Marion. « Rendre visible le corps et ses douleurs : les technologies de l'endométriose. Journal d'un diagnostic (3/5) ». in *FemTech*. 12/09/2018. <https://femtech.hypotheses.org/266>. [Consulté le 08/07/2020]

913 Cf. C.H.U. DE MONTPELLIER. « Mieux vivre avec l'endométriose (ETP) ». in *C.H.U.S. Montpellier*. <https://www.chu-montpellier.fr/fr/gynecologie-obstetrique/unite-de-chirurgie->

Civils de Lyon (HCL) proposent depuis 2019 le programme « EndoDOL ». Là encore, il s'agit d'une prise en charge multidisciplinaire, mais l'accent est mis sur les groupes de parole et de partage d'expériences entre usager-es. Patricia Branche, médecin anesthésiste fondatrice du projet, estime que les programmes d'éducation thérapeutique conventionnels « ne prennent pas en charge leurs douleurs chroniques ni les répercussions psychologiques »⁹¹⁴. Les groupes, qui alternent stratégies corporelles (relaxation, gymnastique douce, etc.) et séances psychologiques (photolangage⁹¹⁵) présentent en revanche des résultats encourageants pour ce qui est de l'amélioration de la qualité de vie des personnes accompagnées. Certaines sont en mesure de reprendre une activité professionnelle ou estudiantine, d'autres réussissent à tomber enceintes, et la plupart diminuent la prise d'antalgiques.

Cette démarche n'est pas sans rappeler l'un des principaux outils de la lutte féministe : les groupes de conscientisation pratiqués en non-mixité. Comme l'explique Védie, « la non-mixité est une pratique politique mise en place au sein du MLF et dans de nombreux groupes de libération des femmes aux États-Unis. Elle consiste à restreindre la participation politique aux membres d'un groupe

gynecologique-fonctionnelle/endometriose/mieux-vivre-avec-lendometriose-etp

914 FONDATION N.E.H.S. « Endométriose et douleur ». in *Fondation NEHS*. <https://fondation-nehs.com/projet/endometriose-et-douleurs-endodol/>

915 La méthode « photolangage » a été développée dans les années 1960 par des psychosociologues et des travailleurs-euses sociaux-ciales. Elle consiste à utiliser des dossiers de photographies pour favoriser la prise de parole en groupe restreint (jusqu'à 12 personnes) et le partage d'expérience. Les photographies fonctionnent comme des intermédiaires ou des supports de l'expression verbale. Les thématiques sont choisies au préalable par les animateurs-rices de la séance, d'après les intérêts et les motivations exprimées par le groupe. La méthode vise la prise de conscience du caractère émotionnel, imaginaire et symbolique contenu dans chaque expérience passée ou présente. Dans le domaine des soins, l'accent est souvent mis sur le processus de symbolisation, en référence aux théories psychanalytiques.

social spécifique – en l’occurrence les femmes »⁹¹⁶. Concrètement, ces groupes partent et s’appuient sur les « points de vue » des participantes. La participation est restreinte aux personnes concernées par un type de domination : pour les groupes féministes, il s’agit de la domination patriarcale ; pour les groupes de personnes racisées, il s’agit de l’oppression raciste ; pour les groupes de personnes handicapées, il s’agit de la domination validiste, etc. L’hypothèse est la suivante : en l’absence de figures ou de représentant-es d’une oppression ou d’une domination (les hommes pour le sexisme, les blanc-hes pour le racisme, les valides pour le validisme, etc.), il est plus facile de s’exprimer et, par suite, de créer une communauté d’expériences.

Les groupes de conscientisation ont un intérêt pratique, en tant qu’ils facilitent l’accès aux représentations personnelles et sociales et, partant, qu’ils suggèrent une meilleure prise sur la vie matérielle. Ils ont aussi un intérêt épistémique, en tant qu’ils légitiment la compréhension de sa propre position d’une part, et qu’ils multiplient les perspectives sur un même sujet d’autre part. Dans le sillage de l’épistémologue Sandra Harding et de son concept de *strong objectivity*, Védie rappelle que « les expériences des membres des groupes sociaux minorisés peuvent être utilisées comme ressources pour améliorer l’objectivité de nos connaissances »⁹¹⁷. Dans le cas de l’endométriose, la mise en commun des vécus est une ressource de taille pour comprendre comment fonctionne et se traduit cette maladie aux multiples facettes.

916 VÉDIE Léa. « Une lutte à soi. La politique en première personne des féministes des années 1970 ». art. cit.

917 Ibid.

Dans la lignée du travail de Miranda Fricker sur les « injustices épistémiques », je considère que les groupes de conscientisation participent de la légitimation des savoirs et des expériences des personnes opprimées. Il n'y a pas d'autorité épistémique venant discréditer leurs discours et, partant créer une « injustice testimoniale ». Les membres du groupe sont pleinement légitimes pour prendre la parole. À l'inverse, il y a production d'un langage commun de l'oppression par le biais du partage d'expériences et, de ce fait, moyen de lutter contre « l'injustice herméneutique ». J'ai eu la chance de participer à un petit groupe de partage d'expériences sur l'endométriose avec deux collègues et amies pendant plusieurs mois entre 2022 et 2023. Comme nous habitons toutes les trois dans des villes éloignées, voire très éloignées (Montréal, Paris et Lyon), nous nous retrouvons en visio. Chaque dernier dimanche du mois, nous passons environ deux heures à parler de notre vécu du dernier mois avec les douleurs, la fatigue, les rendez-vous médicaux, les comorbidités, etc. et l'incidence de tout cela sur notre vie personnelle, sociale et professionnelle. Nous nous partageons nos « trucs et astuces » pour trouver du soulagement. Cela allait de l'emplacement de la bouillotte, aux régimes alimentaires anti-inflammatoires, en passant par les étirements musculaires et articulaires, etc. Nous nous racontions aussi nos bonnes et mauvaises expériences médicales. Par exemple, je leur ai beaucoup parlé de la prise en charge multidisciplinaire du centre de traitement et d'évaluation de la douleur de l'hôpital de la Croix Rousse au sein duquel je suis accompagnée. Mes comparses ignoraient l'existence de tels centres ainsi que certaines des propositions thérapeutiques qui m'ont été faites : l'usage du TENS (neurostimulation électrique transcutanée)⁹¹⁸, le recours à la fasciathérapie (thérapie manuelle intervenant sur les fascias), ou les techniques d'activation de

918 Le TENS utilise le courant électrique pour agir sur les douleurs. Au moyen d'électrodes placées sur des zones stratégiques (zones douloureuses ou zones à stimuler) et de programmes variant les impulsions électriques, le but est de court-circuiter le message neurologique de la douleur.

conscience (hypnose médicale). Nous avons toutes trois beaucoup appris sur l'endométriose, sa sémiologie complexe, sa prise en charge relative et ses conséquences globales.

Si l'éducation thérapeutique s'approche déjà de la démarche des groupes de conscientisation, elle reste toutefois tributaire de l'emprise médicale. De fait, ces groupes sont bien souvent animés par des soignant-es. Sans dire que les professionnel-les de santé sont nécessairement des figures de l'oppression, loin s'en faut, ils et elles incarnent malgré tout l'institution médicale. Il y a toujours un hiatus entre le niveau macroscopique des dominations structurelles et le niveau microscopique des comportements individuels. Toutefois, la présence d'un-e professionnel-le de santé dans un groupe de discussion modifie nécessairement le déroulé et l'ambiance des échanges. Peut-être qu'une éducation thérapeutique véritablement attentive à l'expérience des malades devrait imaginer des espaces et des moments en non-mixité sans personnel soignant. C'est notamment ce qu'ont fait les militant-es d'Act Up à partir des années 1980 dans le contexte de la lutte contre l'épidémie de VIH/SIDA⁹¹⁹. C'est aujourd'hui ce à quoi aspire le collectif « À nos corps résistants » qui, au moyen d'une collectivisation des témoignages et des compétences des personnes concernées par l'endométriose, rédige un « Manuel d'autodéfense de l'endométriose »⁹²⁰ ; pour ne plus subir le mépris, la psychologisation, voire la négation de leurs douleurs et de leur maladie. Ces différentes démarches permettent de relativiser la vulnérabilité, donc l'impuissance présumée des malades et de laisser la voix des usager-es s'émanciper de la supervision médicale.

919 Cf. MANGEOT Philippe. « Sida : angles d'attaque ». *Vacarme*. N°29, 04/2004. Pp. 74-81. <https://www.cairn.info/revue-vacarme-2004-4-page-74.htm>.

920 Cf. COLLECTIF À NOS CORPS RÉSISTANTS (ANCRés). « Manuel d'autodéfense ». in *À nos corps résistants. Endométriose, lutte et savoirs*. <https://noscorpsresistants.fr/category/manuel-autodefense/>.

Cependant, un accompagnement thérapeutique sans soignant-e peut aussi être interprété comme une façon de rompre avec la dimension relationnelle des soins, et comme une manière d'abandonner l'institution médicale à son ignorance. D'autant que la lutte pour une reconnaissance véritable et une prise en charge appropriée reste fondamentale pour les personnes atteintes d'endométriose, notamment en ce qui concerne l'accès à des antidouleurs efficaces, à des arrêts de travail, à la catégorie d'affection de longue durée (ALD), etc. D'autant plus que certaines propositions thérapeutiques s'appuient déjà sur l'expérience concrète et singulière des malades et ne cherchent pas à asseoir une relation de pouvoir. C'est le cas des prises en charge effectuées par le centre d'évaluation et de traitement de la douleur de l'hôpital de la Croix Rousse, où j'ai rencontré des professionnelles (uniquement des femmes) attentives, compréhensives, accueillantes et efficaces et ce, des infirmières de pratique avancée aux algologues, en passant par les secrétaires et les psychologues. Ce genre de structures donne beaucoup d'espoir et de force aux personnes vivant avec des maladies chroniques.

En définitive, la lutte s'effectue également sur le terrain de l'institution et des droits, dans la mesure où ce double terrain conditionne l'existence matérielle. Si la pédagogie ne peut se faire sans les apprenant-es, elle ne peut pas non plus se faire sans les soignant-es. Parce que l'accès à des collectifs militants n'est pas possible pour tout le monde, et parce que la plupart des malades font appel aux institutions de santé conventionnelles, il reste important de travailler à transformer ces dernières ; pour que l'ignorance ne soit plus source de souffrance, pour que les propositions thérapeutiques qui fonctionnent bien soient mise en valeur et pérennisées, et pour que les systèmes de domination ne président plus à la prise en charge. Néanmoins, cette tâche considérable ne devrait pas reposer uniquement sur les épaules des personnes qui souffrent déjà, et

devrait, par conséquent, être partagée avec leurs alliés-es, c'est-à-dire avec des personnes qui ne vivent pas avec la maladie.

I.1.2. Construire une autonomie thérapeutique relationnelle

Pour établir une éducation thérapeutique fondée sur l'autonomie des malades, il paraît indispensable de tenir compte des subjectivités de ceux et celles-ci. Or, ces subjectivités sont influencées par l'existence matérielle. Comment imaginer qu'une maladie chronique n'affecte pas l'ensemble des habitudes de vie ? Comment concevoir l'autonomie, lorsque l'existence est bouleversée par la maladie ? Comment entretenir une relation avec le milieu de la santé, quand celui-ci échoue à guérir ? Ces différentes questions nécessitent d'interroger la notion d'autonomie, dans la mesure où elle se situe à la base de l'éducation thérapeutique, ainsi qu'au fondement des pédagogies émancipatrices.

Il semble alors important de redonner une dimension politique au concept d'autonomie lorsqu'il est mobilisé dans un contexte thérapeutique, surtout si le but est d'en faire une valeur éthique. Pour des autrices comme la spécialiste en sciences de l'éducation Jacqueline Descarpentries et la philosophe Émilie Hache, la pensée néolibérale a tendance à orienter et à instrumentaliser les concepts relatifs à l'émancipation, tels que la responsabilité, l'autonomie et *l'empowerment*⁹²¹. D'une part, cela peut témoigner d'une reconfiguration

921 Cf. DESCARPENTRIES Jacqueline. « L'utopique attitude critique d'une éducation à la santé émancipatrice ». Recherche & Éducation n°16, 10/2016. pp. 123-139. <https://journals.openedition.org/rechercheseducations/2535> ; HACHE Émilie. « La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale ? ». Raisons politiques. N°28, 2007. <https://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2007-4-page-49.htm>

individualiste du vocabulaire de la lutte politique : il est question de « révolution intérieure » qui, sous couvert de libération, n'est autre qu'une stratégie de culpabilisation individuelle. D'autre part, cela peut représenter une tentative de faire disparaître la dimension collective des processus d'émancipation : l'estime de soi consisterait à ne pas être à la charge d'autrui, lors-même que la lutte pour l'émancipation doit se faire avec et par les autres⁹²².

Cependant, une éducation thérapeutique adaptée (sur le plan éthique comme pratique) doit sortir des schémas de sur-responsabilisation individuelle, et accroître le pouvoir d'agir des malades, tout en reconnaissant l'influence de l'ensemble des acteurs-rices du soin. D'un côté, elle se fonde sur l'expertise des patient-es, de l'autre, elle repose sur une relation thérapeutique. C'est pourquoi l'idée d'une autonomie thérapeutique relationnelle paraît pertinente, bien qu'elle reste à construire. La notion d'autonomie relationnelle, quant à elle, a déjà été conceptualisée entre autres par des théoriciennes féministes dans les années 1980, notamment dans le cadre des relations sexuelles, ainsi que je l'ai montré au chapitre précédent⁹²³.

922 Pour Hache, la notion de responsabilité est la clef permettant de comprendre la récupération néolibérale de l'autonomie. Elle l'explique de la façon suivante : « la notion de responsabilité serait donc au cœur de l'art de gouverner néolibéral, au sens où ce dernier s'appuierait sur l'identification de la responsabilité à une prise en charge matérielle de soi-même : "l'autonomie morale est mesurée par [la] capacité à prendre soin de [soi-même] - la capacité à pourvoir à ses propres besoins, à poursuivre ses propres ambitions". La notion de responsabilité servirait donc à intérioriser et à individualiser, de manière "classique", la situation "sociale" des individus, mais serait cette fois-ci accompagnée d'une connotation positive empruntée à la notion d'*empowerment* qui signe la spécificité de son usage néolibéral. La responsabilité morale participerait à l'élaboration d'un nouvel art néolibéral de gouverner sous une forme inédite de "responsabilisation libératrice" (*empowerment*). ». in HACHE Émilie. « La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale ? ». art. cit

923 La notion d'autonomie relationnelle consiste à définir l'autonomie en dehors d'une interprétation androcentrée, libérale et individualiste. Pour une présentation détaillée de cette idée, cf. NEDELSKY Jennifer. « Reconceiving Autonomy : Sources, Thoughts and Possibilities ». art. cit

Dans un premier temps, il paraît important de critiquer la manière dont les malades sont tenu-es de prendre en charge leur maladie, au sens où ils et elles portent à la fois le poids des effets de la maladie et celui de l'organisation du parcours de soin. Les malades sont responsables de leur maladie, non pas en tant qu'ils et elles l'ont causée, mais en tant qu'ils et elles en sont les gestionnaires. Cette responsabilité doit néanmoins composer avec la fragilité intrinsèque des sujets en souffrance. Or, ce phénomène de responsabilisation vient paradoxalement placer ces derniers dans une situation d'hétéronomie.

Les pensées féministes du *care* montrent que l'acte de prendre soin, et même celui de recevoir des soins, n'opère pas uniquement dans le champ médical. Cela permet non seulement de relativiser la fragilité des malades, mais aussi de déconstruire l'asymétrie entre le personnel de santé et les usager-es. Comme l'explique l'historienne Joan Tronto, « si la doctrine du "chacun pour soi" a l'allure formelle d'un jugement moral universalisable, elle contribue également à masquer les inégalités de ressources, de pouvoirs et de privilèges qui ont permis la réussite de certains et pas d'autres. Ces problèmes sont difficiles à résoudre. Une manière de les aborder est de reconnaître qu'au cours de sa vie chacun d'entre nous est dans le besoin de *care* ; c'est pourquoi l'inégalité entre ceux qui dispensent et ceux qui reçoivent des soins ne devrait pas avoir une telle importance morale »⁹²⁴.

Cette double opération (relativisation de la fragilité des malades et déconstruction de l'asymétrie entre soignant-e et soigné-e) dissocie vulnérabilité

Yale Journal of Law & Feminism. Vol. 1, 1989. Pp. 7-36

924 TRONTO Joan. *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Op. cit. p. 195

physique et vulnérabilité morale. Ce faisant, elle autorise les personnes considérées comme vulnérables pour des questions de santé à user de leur libre arbitre en matière de jugement à l'endroit de leur santé ou de leur mode de vie. Une vulnérabilité somatique n'entraîne pas nécessairement une vulnérabilité psychologique. De la même manière, une vulnérabilité psychique n'entraîne pas non plus une négation de l'autonomie. De façon générale, les problèmes de santé (qu'ils soient physiques ou mentaux) ne justifient pas de placer les malades dans une situation d'hétéronomie contre leur gré.

En outre, cette double opération refuse la hiérarchie morale entre les personnes qui dispensent le soin et celles qui en reçoivent. Elle accorde autant de crédit à l'opinion d'un-e individu-e en position d'expertise qu'à celui ou celle en position d'expérience. La vulnérabilité concerne aussi bien les pourvoyeurs-euses que les bénéficiaires du soin et ce, particulièrement en cas de contact physique, mais aussi en cas de maladie chronique. Ces dernières posent en effet problème à l'organisation institutionnelle de la santé, puisqu'elles ne peuvent pas se contenter d'une approche techniciste ou hyperspécialisée.

Dans un second temps, il semble judicieux d'examiner les outils mobilisés par l'ETP pour favoriser l'autogestion des malades. Autrement dit, il est intéressant de se demander si l'éducation thérapeutique fait advenir une autonomie relationnelle. Comme l'écrit la philosophe Laurence Ricard, « un concept relationnel de l'autonomie permet une meilleure compréhension de la motivation à la coopération sociale. Parce qu'elle est fondée sur le fait que les rapports aux autres influencent, modifient et constituent en partie le rapport à soi-même, l'approche relationnelle reste fidèle à l'objectif d'un idéal d'autonomie, soit une émancipation de tout ce qui peut étouffer ou brouiller le rapport à soi-même qui permet aux individus de délibérer »⁹²⁵. En d'autres termes, un concept

925 RICARD Laurence. « L'autonomie relationnelle : un nouveau fondement pour les théories de la justice ? ». *Philosophiques*. Vol. 40, n°1, 2013. Pp. 139-169.

relationnel d'autonomie part du principe que l'autonomie est un processus de coconstruction permanente, qui se modifie au contact des relations entretenues avec autrui. Si je reprends la formule de la philosophe Jennifer Nedelsky citée au précédent chapitre, l'autonomie relationnelle est donc une capacité de codétermination et d'interaction créatives.

L'ETP répond en partie au projet d'autonomie relationnelle par le biais de l'outil de l'entretien motivationnel. Cet outil a été développé et théorisé dans les années 1980 par le psychologue William Miller qui accompagnait des personnes dépendantes à l'alcool. Le but est de mettre l'accent sur le discours des patient-es dans une approche empathique et centrée sur la personne. Les malades sont amené-es à formuler eux et elles-mêmes les arguments favorables à un changement de situation. Pour Miller, l'efficacité de l'entretien motivationnel réside, d'une part, dans la qualité de la relation thérapeutique et, plus précisément, dans la capacité du ou de la thérapeute à faire preuve d'empathie. D'autre part, elle réside dans la verbalisation du changement, plutôt que dans celle du maintien : il faut davantage valoriser les « discours changement » que les « discours maintien »⁹²⁶.

En résumé, les entretiens motivationnels ont pour but de construire un projet de vie en accord avec les souhaits et les réalités des malades, tout en les incitant à coopérer avec les institutions médicales. Comme l'explique Lacroix, ces entretiens tiennent à se centrer sur le comportement et non sur la personne. « Ils misent sur le projet, à savoir ce que le patient aimerait faire indépendamment de son état de santé.

<https://www.erudit.org/fr/revues/philoso/2013-v40-n1-philoso0815/1018381ar/>. [Consulté le 03/07/2020]

926 Pour plus de détails sur l'apparition et le développement des entretiens motivationnels, cf. FORTINI Cristiana, DAEPEN Jean-Bernard. « L'entretien motivationnel : Développements récents ». *Psychothérapie* n°31 03/2011. pp. 159-165. <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2011-3-page-159.htm>

Ils postulent que si le patient peut se projeter dans un futur désirable, il modifiera ses habitudes et maintiendra ses efforts quotidiens »⁹²⁷.

Dans le cas d'une maladie chronique, considérer que le futur désirable doit se penser « indépendamment » (ainsi que l'écrit Lacroix) de la réalité pathologique paraît à la fois absurde et contradictoire avec le projet-même de l'entretien motivationnel. Absurde, car cela n'a pas de sens concret : la maladie sera toujours là. De plus, cela rappelle que la maladie pourrait ne pas être là, ou qu'elle restera le problème à contourner. Contradictoire, car l'entretien motivationnel n'est pas censé porté d'injonction, mais une aide face à une situation de souffrance. Il semble donc préférable de réfléchir avec la maladie, plutôt que de la mettre à distance. Ceci n'enlève rien à la force de l'argument du projet : il est plus facile de se projeter avec la maladie si d'autres éléments viennent compléter cette réalité. Pour une personne atteinte d'endométriose, le projet peut concerner un désir d'enfant après des années d'infertilité, un retour au travail après une période d'arrêt, une reprise d'activité sportive, etc.

Toutefois, l'ETP achoppe encore sur trois obstacles. Tout d'abord, la question du refus de soin est compliquée à traiter en consultation médicale lambda. Bien que Miller souhaite proscrire toute parole prescriptive et désamorcer ce qu'il appelle le « réflexe correcteur » des soignant-es, la formation aux entretiens motivationnels, telle que je la connais, apporte peu d'éléments pour savoir comment aborder un refus de soin lors d'un échange d'une vingtaine de minutes environ (durée moyenne des consultations de médecine générale). Pour avoir enseigné cette méthode auprès d'étudiant-es en médecine, je regrette de n'avoir pu soulever ces interrogations et parler de la gestion du

927 LACROIX Anne. « Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? ». art. cit.

conflit et de l'incertitude dans le temps et l'espace de la consultation. Dans ces conditions l'entretien motivationnel peut être interprété comme un outil supplémentaire de « (re)formatage » (expression de Lacroix) par les patient-es. Par exemple, il peut servir à culpabiliser une patiente qui consomme des aliments structurants de sa vie familiale, mais peu indiqués pour l'endométriose (soit les aliments favorisant les inflammations, tels que le gluten, le sel, le sucre, etc.) ; exemple auquel j'ai été confrontée lors d'un jeu de rôle de mise en situation entre des étudiant-es de médecine en deuxième année de formation.

Ensuite, l'ETP n'insiste pas assez sur la question de l'interdépendance des acteurs-rices des soins. Seul-es les patient-es font part de leurs projections intimes, donc seul-es les patient-es sont en quelque sorte rattaché-es à la vie matérielle. Or, « la prise de conscience de l'interdépendance forte qui nous lie donne une raison beaucoup plus tangible aux individus de collaborer », comme l'écrit Ricard⁹²⁸. De plus, une relation éducative qui ne partage pas équitablement la vulnérabilité peut être coercitive. Ainsi que l'explique la philosophe bell hooks, il faut apprendre à être vulnérable, surtout lorsque la vulnérabilité naît d'un récit d'expérience. Il faut donc apprendre à se raconter. Et lorsque l'on réclame d'une personne déjà vulnérabilisée (en l'occurrence par la maladie) d'exprimer ses projections intimes, il peut être pertinent de prendre l'initiative du risque⁹²⁹. En d'autres termes, l'éducation thérapeutique ne s'intéresse pas assez à la manière dont les soignant-es peuvent, voire doivent, exprimer leur vulnérabilité s'ils et elles exigent des patient-es qu'ils et elles le fassent.

Enfin, l'ETP, telle qu'elle est communément appliquée, se situe beaucoup au niveau des discours, et peu au niveau des pratiques ou des sensations corporelles. En témoigne

928 RICARD Laurence. « L'autonomie relationnelle : un nouveau fondement pour les théories de la justice ? ». art. cit.

929 Cf. HOOKS bell (trad. FOURTON Clémence). « La pédagogie engagée ». *Tracés* n°25, 2013. pp. 179-190. <https://journals.openedition.org/traces/5852>

d'ailleurs le projet « EndoDOL », qui critique le manque de prise en compte de la douleur, et qui préconise des stratégies corporelles. Partant de tout ce que j'ai écrit sur le toucher de soin et le corps sensible, il paraît difficile de se réapproprier son corps, sa maladie ou sa santé, sans un ancrage sensoriel. Ce peut être de la gymnastique douce comme dans le programme des HCL, du yoga, du sport quel qu'il soit ou des thérapies manuelles. L'important est de créer les conditions d'une perception somesthésique.

I.1.3. Mettre du sensible dans l'éducation thérapeutique

Afin de réinvestir la sphère des perceptions corporelles, l'ETP peut faire appel à l'éducation somatique. En effet, celle-ci peut jouer un rôle dans l'acquisition d'une autonomie thérapeutique relationnelle et, a fortiori, dans l'appropriation de son corps et de sa santé. Selon Odette Guimond, spécialiste en art théâtral et en éducation somatique, l'éducation somatique regroupe « un certain nombre de méthodes, de pédagogies qui s'intéressent à développer notre connaissance expérientielle de nous-mêmes, de notre corps, à nous intéresser au corps senti et vécu de l'intérieur et en relation avec l'environnement »⁹³⁰. L'enjeu est de mobiliser le « potentiel d'apprentissage organique » de chacun-e et de saisir « l'intelligence du mouvement » du corps. Cela peut passer par des pratiques artistiques, telles que la danse, mais aussi par des pratiques thérapeutiques, notamment manuelles. Ici, je propose de montrer comment des séances de shiatsu peuvent accompagner une patiente souffrant d'endométriose dans un processus d'éducation thérapeutique⁹³¹.

930 GUIMOND Odette. « L'éducation somatique, un nouveau paradigme ? ». *Sans préjudice ... pour la santé des femmes*. N°18, 1999. <https://www.centreedusoma.com/index.php/odette-guimond/>. [Consulté le 02/07/2020]

931 Contrairement à l'exemple de SL convoqué au chapitre précédent, celui de MD n'est pas accompagné de prises de notes exhaustives, sous forme de tableaux analytiques. À force de

J'ai effectué cinq séances de shiatsu avec MD entre février et avril 2019. À ce moment-là, MD avait 33 ans, vivait à Lyon et était orthophoniste dans une structure médico-sociale. Elle souhaitait recourir au shiatsu afin d'apaiser les douleurs aiguës liées à une endométriose profonde⁹³² avec une symptomatologie sévère. Elle désirait aussi « reprendre en main » sa maladie.

En raison de l'apparition tardive de dysménorrhées (douleurs menstruelles), l'endométriose de MD a été diagnostiquée en 2012, soit au terme de six années d'errance médicale. Son endométriose est depuis lors l'objet d'une prise en charge complexe et importante. Pendant sept ans, MD a suivi un traitement hormonal à base de progestérone ; en 2015, elle a subi une endomérectomie (retrait des lésions endométriales) au niveau de l'ovaire gauche ; en 2019, elle a obtenu un mi-temps thérapeutique, afin de pouvoir suivre convenablement ses nombreux soins et de diminuer la fatigue engendrée par la maladie. Après sept ans d'hormonothérapie, elle a voulu suspendre le traitement en raison des effets secondaires : troubles de l'humeur, prise de poids, risques cardiovasculaires, essoufflements, etc. Par ailleurs, elle désirait diminuer la prise d'antalgiques, également à cause des effets iatrogènes : nausées, étourdissements, état léthargique, etc.

Les séances de shiatsu ne visaient pas la guérison mais le soulagement. Le but était d'agir sur les crises inflammatoires, c'est-à-dire sur la survenue de douleurs

pratique, je connais ces tableaux par cœur et ne prends plus que des notes très synthétiques et inintelligibles en l'état.

932 L'endométriose peut être appréhendée selon deux classifications : l'une est basée sur une échelle d'intensité de la douleur ressentie et comprend 4 stades, l'autre est fondée sur une approche anatomopathologique et propose 3 types (péritonéale ou superficielle, ovarienne, profonde). Une endométriose profonde concerne la zone périnéale et peut remonter jusqu'à la zone thoracique. Elle peut aussi bien être asymptomatique que se manifester par des douleurs pendant les règles et lors des relations sexuelles (rapports pénétratifs, stimulation clitoridienne, etc.), par des douleurs articulaires notamment dans le bas du corps, par des migraines, une fatigue chronique, des problèmes digestifs, etc.

intenses. La première séance a principalement consisté à évaluer le niveau d'inflammation des organes, des fonctions et des tissus, ainsi qu'à repérer les adhérences tissulaires, les raideurs musculo-squelettiques, et les stagnations énergétiques. Peu d'acupressions sur des zones spécifiques ont été effectuées. En revanche, un important travail de mobilisation ostéo-articulaires et de palpations superficielles a été accompli. Cela a permis d'identifier un manque de souplesse des articulations du bassin (bas de la colonne vertébrale, hanches, haut des jambes). Cela a également permis de sentir les zones les plus inflammatoires par le biais de la température de la peau ou des organes, muscles, ligaments, tendons, etc. ; en l'occurrence l'ensemble de la zone abdomino-pelvienne et sacro-lombaire.

Les trois séances suivantes se sont déroulées de manière comparable. L'accent a été mis sur les étirements des articulations et des muscles du bassin (psoas, tendons inguinaux, articulations sacro-iliaques, etc.). De plus, l'enjeu était d'agir sur les troubles digestifs et urinaires provoqués par l'endométriose : diarrhées, impériosités urinaires, etc. Pour ce faire, des points d'acupression ont été réalisés sur les méridiens liés à ces fonctions (vessie, gros intestin, intestin grêle, reins, etc.). Les effets antalgiques de ces séances duraient une dizaine de jours. Les douleurs chroniques se réinstallaient à chaque fois. Toutefois, le confort digestif et urinaire a été augmenté. Ceci a notamment permis à MD de reprendre une activité sportive après de nombreux mois d'arrêt.

La cinquième et dernière séance a été consacrée à la mise en place d'un « programme thérapeutique » permettant non seulement de prévenir les crises aiguës, mais aussi de trouver une routine corporelle pour minimiser l'impact des douleurs chroniques. Dans un premier temps, j'ai effectué le diagnostic sur le *hara*, afin d'identifier les fonctions qui demandaient un soutien ou une stimulation importantes. En l'occurrence, la fonction des reins était très faible, tandis que la fonction de l'intestin

grêle était en hyperactivité. Dans un deuxième temps, j'ai procédé à un traitement par acupressions et étirements sur des zones ciblées : le bassin, les épaules, la charnière dorso-lombaire. Il s'agissait d'assouplir ces zones, dans le but de favoriser la mise en place d'exercices corporels en autonomie. Dans un troisième temps, j'ai transmis des mouvements de do-in à MD pour lui permettre de désamorcer les crises de douleurs. Les mouvements concernaient notamment les fonctions rein-vessie et cœur-intestin grêle, ou visaient à étirer les charnières dorso-lombaire, sacro-lombaire et sacro-iliaque. Ce sont des mouvements à pratiquer au sol ; par exemple en plaçant les jambes en « papillons » (genoux pliés et plantes de pieds l'une contre l'autre), en tendant les jambes devant soi et en accrochant les mains aux orteils ou aux chevilles, etc. Je lui ai également partagé quelques préconisations diététiques : éviter les aliments qui stimulent le « feu de l'intestin grêle » (les aliments inflammatoires : le sucre, le lactose, la viande rouge, l'alcool, etc.). Il n'aurait pas été possible de faire cela auparavant, dans la mesure où ce sont les séances précédentes qui ont permis à MD d'identifier des chaînes causales entre les symptômes. En outre, ce sont les diagnostics successifs, réalisés à des moments différents de la journée et à des niveaux de fatigue divers selon les séances, qui ont mis au jour les fonctions qui pâtissaient de faiblesses structurelles. Concrètement, il a été possible de faire le lien entre des douleurs intenses au niveau du sacrum (sur le trajet du méridien de l'intestin grêle), des épisodes de stress ou d'anxiété, des migraines localisées dans la zone pariéto-occipitale (l'arrière du crâne à proximité des oreilles), et des diarrhées fulgurantes. Ces symptômes étaient souvent associés à un syndrome prémenstruel et demeuraient généralement annonciateurs de fortes dysménorrhées.

Les soins manuels ont eu deux avantages. Premièrement, un avantage mécanique : ils ont permis à MD de regagner une souplesse articulaire au niveau du bassin et une fluidité musculaire au niveau du psoas. De plus, ils ont limité les désagréments digestifs

et urinaires qui rendaient sa vie sociale fastidieuse, particulièrement en matière de pratique sportive. De sorte qu'au terme du suivi, MD a pu recommencer à pratiquer un art martial, ce qui comptait beaucoup pour elle. Deuxièmement, les soins manuels ont eu un avantage thérapeutique : bien que les séances n'aient pas fait disparaître les crises, la relation tactile lui a permis de cerner le fonctionnement de celles-ci. En effet, elle parvenait à identifier les chaînes causales au sein de ses différents symptômes et, par suite, à mettre en place des stratégies palliatives. Par exemple, elle savait qu'une douleur dans la zone sacro-iliaque était généralement suivie d'une crise intense (problèmes digestifs, importantes migraines, forte dysménorrhée, etc.), si elle n'était pas désamorcée rapidement. Le rôle des soins a donc été de trouver les mouvements capables de soulager cette douleur et d'explorer les moyens de reproduire ces mêmes mouvements en dehors des séances.

Le toucher a été un instrument utile au cours de ce suivi. Il a permis de stimuler les capacités intéroceptives, c'est-à-dire, pour reprendre ce qui a été écrit au chapitre 5, les perceptions corporelles internes : perception de son corps et de ses organes, perception de la douleur, de la faim, du désir, des émotions, perception du mouvement et du positionnement de son corps dans l'espace, etc. Si les cinq séances ne l'ont pas guérie de l'endométriose, elles ont aidé MD à améliorer la conscience interne de son corps, à saisir les répercussions de l'environnement sur sa maladie (son état émotionnel, son alimentation, sa mobilité, etc.), et ont favorisé le retour à une vie sociale désirable.

En résumé, les séances de shiatsu n'ont pas supprimé l'endométriose. Une telle ambition serait hautement fallacieuse. Mais elles ont participé à augmenter le confort de vie de MD et, surtout, lui ont permis de se sentir actrice de sa maladie. Ici, « actrice » ne signifie pas « responsable » ou « indépendante ». Au contraire, cette *jusha* était en demande de soins et d'accompagnement. De fait, l'expérience de la

douleur chronique pouvait parfois engendrer une forme d'isolement social et d'incapacité à prendre des initiatives. « Actrice » signifie plutôt porteuse de connaissances et d'outils pour agir sur la maladie. MD comprenait davantage le déroulement des symptômes et avait acquis des compétences pour tenter d'y remédier.

Ce travail en shiatsu a été couplé à une démarche d'ETP. Cela a été rendu possible par une mise en commun d'objectifs et de connaissances. Pour MD, il s'agissait de me faire part des récits d'expérience qu'elle avait reçus au contact d'autres personnes concernées, par le biais de forums ou bien de rencontres. Ceci a permis de cerner le motif du suivi. Pour ma part, il s'agissait non seulement de transmettre à MD les savoirs utiles à son état de santé, mais aussi de situer son expérience dans un cadre plus vaste, en lui communiquant notamment les coordonnées d'associations de patient-es et de collectifs militants (par exemple le collectif ANCRés). Ici, l'ancrage somatique de l'éducation thérapeutique a aidé la patiente à construire sa propre intelligence corporelle. L'ETP a complété ma formation, et a redonné un pouvoir d'agir à la patiente ; d'une part en développant la conscience de son corps et de sa maladie, et d'autre part en inscrivant son parcours de soins dans un contexte moins individualisé et individualisant.

En somme, c'est en identifiant le fonctionnement de sa maladie au contact d'une praticienne de shiatsu, ainsi que certaines stratégies de réappropriation de sa santé à l'endroit de collectifs d'usager-es, que MD a, semble-t-il, acquis une autonomie thérapeutique relationnelle⁹³³.

933 Cette étude de cas résonne d'une façon très particulière avec mon propre parcours de soin. De fait, je souffre également d'une endométriose sévère depuis la fin de l'année 2020. Si à l'époque des séances de shiatsu, j'avais une idée abstraite de ce que pouvait vivre MD, j'en ai à présent fait l'expérience. Une sorte de phénomène d'identification s'est produit lorsque j'ai mis en mots le parcours de MD.

I.1.4. Ancrer la pédagogie dans son contexte sociopolitique

Pour rendre effective l'autonomie thérapeutique relationnelle, il convient de la remettre en lien avec la réalité des soins. À cet égard, il semble nécessaire de réfléchir à la manière dont le contexte sociopolitique structure la relation entre les acteurs-rices de ces soins. Il s'agit de rompre avec une double illusion : l'une prétend que la santé n'est qu'une affaire privée, l'autre passe sous silence les rapports de domination à l'œuvre dans l'institution médicale.

D'une part, il est question de replacer l'endométriose dans ce que Coville appelle des technologies de genre, c'est-à-dire dans les logiques qui produisent et reproduisent le genre comme rôle social assigné. D'autre part, il est question d'étudier le type d'ETP qui découle de telles technologies de genre et ce, au prisme d'une politique du *care*. D'un côté, l'ETP s'inscrit pleinement dans le champ du *care*, et de l'autre, la « fabrique de l'endométriose »⁹³⁴ est imprégnée de rapports sociaux de genre.

934 Dans le sillage des travaux de la sociologue Cécile Charlap sur la ménopause, il est possible de dire que l'endométriose est une construction sociale mise en œuvre à partir du XIXe siècle, dont les fondements sont, d'une part, la pathologisation des corps féminins par le discours médical, et, d'autre part, la relégation des femmes à la réalité biologique, particulièrement celle de la reproduction. Cf. CHARLAP Cécile. *La fabrique de la ménopause*. Paris : CNRS Éditions, 2019. Comme l'explique la sociologue Anne-Charlotte Millepied, l'endométriose a été « inventée » à la fin du XIXe siècle par l'anatomo-pathologie, puis rapidement accaparée par la gynécologie au début du XXe siècle. Selon elle, « la chirurgie gynécologique détient un pouvoir historique de juridiction sur le diagnostic et la thérapeutique de l'endométriose. ». Désormais, la catégorisation de cette maladie repose en grande partie sur la radiologie ; laquelle opère comme un « dispositif d'authentification des corps ». Ainsi que je l'ai montré au chapitre 2, l'imagerie permet d'asseoir le pouvoir de l'œil médical sur le corps des femmes. Cf. MILLEPIED Anne-Charlotte. « Visualiser l'endométriose. La construction de la vision professionnelle en radiologie ». *Revue d'anthropologie des connaissances*. n°14, vol. 3, 2020. <https://journals.openedition.org/rac/6867>. [Consulté le 10/11/2020]

En premier lieu, il est important de critiquer la distinction entre sphère privée et sphère publique lorsqu'il s'agit de la santé, et particulièrement de maladies chroniques. Cette démarche critique ne doit néanmoins pas oublier le travail produit par les études en santé publique – à savoir, selon une définition de l'OMS proposée en 2002, « l'ensemble des efforts par des institutions publiques dans une société pour améliorer, promouvoir, protéger et restaurer la santé de la population grâce à une action collective. »⁹³⁵.

D'après Tourette-Turgis et Thievenaz, la santé individuelle et la maladie sont traditionnellement considérées comme des catégories relevant de la sphère privée, alors que les affections prises en charge par l'ETP composent très souvent avec des discours préventifs et des préconisations sanitaires formulées à une échelle sociale et politique. D'où, selon ces auteurs-rices, l'intérêt de « réfléchir à la question du rapport sphère privée/sphère publique en matière de santé »⁹³⁶. D'autant plus lorsqu'on demande aux personnes malades de décrire leurs comportements individuels et de dévoiler leur intimité⁹³⁷.

D'une certaine manière, ces dernier-es sont invité-es à « publiciser l'intime ». Or, cette méthode de publicisation de l'intime présente certaines limites. En effet, le récit

935 Cf. <https://espum.umontreal.ca/lespum/decouvrir-la-sante-publique/>

936 TOURETTE-TURGIS Catherine, THIEVENAZ Joris. « L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche ». art. cit.

937 À l'instar de l'autogestion thérapeutique, la publicisation de l'intime peut être dévoyée et instrumentalisée par une conception néolibérale de l'ETP. Si cette publicisation de l'intime est parfois un outil de lutte et d'émancipation, dans la mesure où elle met en évidence le vécu de l'oppression, elle peut aussi devenir un instrument de contrôle des consciences, en procédant à une disciplinarisation des conduites, et en accentuant la rupture d'égalité entre celles et ceux qui se racontent et celles et ceux qui écoutent. Pour une critique de cette technique, cf. PACHE Stéphanie. « L'émancipation par la thérapie : analyse critique d'une proposition féministe ». in BUCLIN Hadrien, DAHER Joseph, CHRISTAKIS Georgiou, all. (dir.). *Penser l'émancipation. Offensives capitalistes et résistances internationales*. Paris : La Dispute, 2013. pp. 361-379

de soi (à l'oral ou à l'écrit) est pris dans une tension entre préservation de soi et assujettissement à la science ou à la médecine. Comment trouver l'équilibre entre se raconter pour mieux être accompagné-e et se raconter pour devenir totalement vulnérable ? C'est à ce titre qu'une telle démarche peut devenir un instrument coercitif, dès lors que la vulnérabilité n'est pas répartie équitablement, et que l'on demande à la personne la plus vulnérable de prendre le risque de s'exposer davantage.

Cependant, la démarche de publicisation de l'intime peut aussi faire écho au célèbre slogan féministe « le personnel est politique ». Ce slogan indique que les rapports de pouvoir se jouent aussi, et peut-être avant tout, à une échelle intime (dans sa propre maison, dans son propre corps, etc.). Cela veut dire que si les rapports sociaux sont par définition structurels, ils se manifestent néanmoins différemment chez chaque individu-e. La pédagogie doit alors être à même de prendre en considération les réalités multiples et singulières (les subjectivités), tout en s'appuyant sur des règles générales (l'objectivité). Cela signifie que l'objectivité de la connaissance est informée par les subjectivités des sujets. De sorte que l'éducation thérapeutique doit renoncer à une définition restrictive et partielle de l'objectivité, valable en tous temps et en tous lieux, et, en contrepartie, doit se nourrir d'une définition élargie et renouvelée de cette notion telle qu'elle est proposée par les épistémologies féministes. Comme l'exprime la philosophe Delphine Frasch, « il est donc nécessaire de revendiquer le fait que les luttes féministes ont permis et permettent encore d'élaborer des visions plus objectives que celles qui avaient cours jusqu'alors dans le monde profane comme scientifique »⁹³⁸.

938 FRASCH Delphine. « Les féminismes du *standpoint* sont-ils matérialistes ? ». *Nouvelles questions féministes*. Vol. 39, 01/2020. Pp. 66-80. <https://www.cairn.info/revue-nouvelles->

En second lieu, il est nécessaire d'identifier les mécanismes idéologiques qui modèlent les catégories nosographiques. Comme l'explique Coville, reprenant l'analyse critique de la théoricienne *queer* Teresa de Lauretis⁹³⁹, l'endométriose est un « corps à corps avec des technologies de genre »⁹⁴⁰. Ce « corps à corps » caractérise l'incorporation de certains discours ou expériences du fait de leur répétition. En l'occurrence, c'est la multiplication d'exams radiologiques, de rencontres avec des professionnel-les de santé, de traitements médicamenteux ou non qui donnent une forme et une consistance à la maladie qu'est l'endométriose. L'idée d'un « corps à corps avec des technologies de genre » désigne la manière dont l'expérience répétée des injonctions à correspondre à un genre ou à un autre façonne le vécu d'une maladie. À cet égard, l'endométriose est fortement marquée par des enjeux genrés (la fertilité, les menstruations, etc.). De sorte que faire l'expérience de l'endométriose, c'est aussi faire l'expérience des injonctions ou des représentations genrées qui l'accompagnent.

Parler d'un « corps à corps avec des technologies de genre », c'est montrer comment les dispositifs techniques de diagnostic et de traitement (notamment visuels), non seulement répondent à des logiques basées sur la distinction de genre, mais aussi façonnent les corps en fonction du genre, et peut-être façonnent les identités de genre elles-mêmes. Durant son parcours de soins, Coville a constaté que l'injonction à une

[questions-feministes-2020-1-page-66.htm?contenu=resume](https://femtech.hypotheses.org/266)

939 Dans une perspective foucauldienne, De Lauretis affirme que le genre est implanté dans les sujets principalement au moyen de dispositifs visuels, préalablement à la constitution de la subjectivité individuelle. Le sujet est « en-gendered ». Pour cette autrice, la représentation et l'énonciation du genre, notamment dans les médias visuels et la culture populaire (cinéma, séries, etc.), participent de sa construction. Donner à voir le genre dans les produits culturels, c'est contribuer à l'entretenir, voire à le construire. C'est pourquoi le terrain culturel doit être primordial pour les luttes féministes. Cf. LAURETIS Teresa de. *Technologies of Gender : Essays on Theory, Film, and Fiction*. Bloomington : Indiana University Press, 1987

940 COVILLE Marion. « Rendre visible le corps et ses douleurs : les technologies de l'endométriose. Journal d'un diagnostic (5/5) ». in *FemTech*. 14/09/2018. <https://femtech.hypotheses.org/266>. [Consulté le 09/07/2020]

certaine forme de féminité constitue « un préalable à la reconnaissance de l'endométriose, à l'intégration de collectifs, et à l'entrée dans des protocoles de soin »⁹⁴¹. Par exemple, les salles d'attente regorgent de livres sur la maternité, laquelle est même parfois présentée comme un éventuel « remède » à cette maladie. Les traitements hormonaux peuvent entraîner des prises de poids localisées sur les hanches, les fesses et les seins ; autant de zones sexualisées chez les personnes assignées à la catégorie "femmes". Les forums et les blogs dispensent des conseils pour réussir à « rester femme » malgré l'endométriose. Les discours médicaux se focalisent sur les dyspareunies, donc implicitement sur la sexualité hétérosexuelle. Au moment de son diagnostic, Coville se reconnaissait davantage dans la non binarité de genre que dans l'identité féminine. Dans ces conditions, entendre que son endométriose est due au fait qu'iel n'ait pas su accueillir son « féminin sacré » de la part d'une sage-femme ne peut pas créer un climat de confiance et de sécurité. En conséquence, si une personne ne répond pas suffisamment aux critères d'une féminité prédéfinie et rétrograde, alors sa trajectoire thérapeutique n'en est que plus compliquée et fastidieuse. Pour Coville, « les pratiques [médicales] ancrent profondément le genre dans le corps des personnes atteintes d'endométriose »⁹⁴².

Dans la lignée de cette critique, les membres du collectif « À nos corps résistants » écrivent la chose suivante dans leur manifeste : « l'endométriose est une double peine. La première, celle de la douleur, la deuxième, celle du patriarcat »⁹⁴³. D'après elles et eux, le patriarcat participe à fabriquer l'endométriose, et plus précisément la souffrance qui en découle. Cela s'accompagne d'un discrédit de cette

941 Ibid.

942 Ibid.

943 COLLECTIF À NOS CORPS RÉSISTANTS (ANCRés). « Manifeste ». in *À nos corps résistants. Endométriose, lutte et savoirs partagés*. <https://noscorpsresistants.fr/manifeste-endometriose-lutte/>. [Consulté le 09/07/2020]

maladie, pourtant connue depuis l'Antiquité. Et cela s'exerce en mobilisant les mêmes procédés explicatifs que pour l'hystérie, en prétendant que les douleurs menstruelles sont « normales » ou n'existent pas, en assignant les femmes à leur utérus et à leur fonction de mère, en diffusant l'idée d'un corps féminin naturellement pathologique, en refusant de mettre en place des protocoles scientifiques jusqu'à une époque récente, en dédaignant les souffrances physiques au nom d'une psychologisation du problème, etc. En bref, le patriarcat a contribué à entretenir l'ignorance et les idées reçues sur l'endométriose. Et cela peut perdurer longtemps, tant que l'on s'obstine à restreindre l'endométriose à la catégorie de maladie gynécologique.

Pour construire une éducation thérapeutique respectueuses de chaque individu-e, il paraît donc indispensable de prendre en compte la manière dont les dominations structurelles (ici le sexisme) façonnent non seulement les catégories nosographiques (ici la maladie gynécologique), mais aussi l'expérience de la maladie elle-même (ici le « corps à corps » avec les technologies de genre).

Ancrer l'ETP dans son contexte sociopolitique, c'est aussi s'intéresser à la répartition des rôles quant à sa mise en œuvre. À ce propos, Lacroix explique que ce sont les professionnel-les de santé autres que les médecins-ciennes qui ont préconisé une réappropriation des savoirs et des compétences par les personnes souffrant d'une maladie chronique. Selon elle, ce programme d'autonomisation « s'est peut-être construit en reflet de leur propre sujétion de paramédicaux vis-à-vis de l'hégémonie médicale »⁹⁴⁴. Cette hiérarchisation des savoir-faire médicaux et paramédicaux participe à discréditer les actes non technoscientifiques, et à reléguer les gestes de soin au statut de « remèdes de bonnes-femmes »⁹⁴⁵. Et comme le souligne Lacroix, « parmi le

944 LACROIX Anne. « Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? ». art. cit.

945 Pour une description du processus de délégitimation des actes de soins non médicaux, soit des actes généralement effectués par des femmes, et, par conséquent, du processus d'éviction des femmes du corps médical, cf. EHRENREICH Barbara, ENGLISH Deirdre (trad. LAME L.).

personnel soignant, les paramédicaux demeurent à ce jour les plus nombreux demandeurs de formation aux pratiques éducatives dont ils sont les principaux acteurs »⁹⁴⁶. Or, ces professions sont largement féminisées et socialement dévalorisées, ne serait-ce qu'en termes de grilles de salaire, ainsi que le montre l'enquête de Dares Analyses publiée en 2013 déjà citée dans les chapitres antérieurs⁹⁴⁷.

Une telle division du travail est donc à envisager selon des logiques structurelles. Comme je l'ai déjà écrit, le milieu de la santé n'est ni protégé, ni indifférent aux rapports de domination qui ont cours dans le reste de la société. L'éducation thérapeutique cristallise d'autant plus certains rapports de pouvoir, en tant qu'elle est au croisement de deux sphères dévaluées : l'éducation et le prendre soin ; deux compétences attribuées au travail de *care*. Un tel partage des tâches est ainsi le signe de l'assignation du travail de *care* à des professions, voire à des personnes, jugées moins qualifiées. Cette distribution des rôles procède donc d'une division sexuée du travail. Les femmes ou les personnes perçues comme telles sont assignées au travail domestique, éducatif, émotionnel et sont chargées du soin et de l'accompagnement.

Les incidences de l'assignation genrée des compétences ne relèvent pas uniquement de la sphère socioprofessionnelle. Tout d'abord, elle influence la construction des subjectivités genrées. Comme l'explique Frasc, la division sexuée du travail favorise le développement des compétences de *care* chez les

Sorcières, sages-femmes et infirmières. Une histoire des femmes soignantes. Paris : Cambourakis, 2016

946 LACROIX Anne. « Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? ». art. cit.

947 Cf. DARES ANALYSES. « La répartition des hommes et des femmes par métiers ». N° 79, 2013. <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-079.pdf>. [Consulté le 04/07/2020]

femmes et, réciproquement, leur absence chez beaucoup d'hommes⁹⁴⁸. Ensuite, cette assignation provoque des inégalités salariales et ce, qu'il s'agisse du salaire à proprement parler ou du type d'emploi occupé. En effet, les personnes en charge de l'éducation sont, proportionnellement au temps de travail, bien moins payées, ainsi que le montre une enquête de l'INSEE parue en juin 2020⁹⁴⁹. Enfin, cette assignation engendre aussi des problèmes d'ordre psychologique. Parce qu'elles exercent un travail qui n'est pas reconnu, les femmes et les personnes assignées comme telles se retrouvent dans des situations de surcharge émotionnelle et cognitive et peinent à se sentir légitimes au sein de l'institution⁹⁵⁰. En résumé, la division sexuée du travail entraîne une division morale du genre. Mozziconacci l'explique de la manière suivante : « les théories du *care* avancent que c'est du fait de l'assignation des femmes à la sphère domestique, et donc d'un ensemble de conditions historiques, qu'est née une division du travail moral. La moralité centrée sur l'impartialité et l'application de règles universelles appartient de ce fait à la sphère publique et se trouvent

948 Cf. FRASCH Delphine. « Les féminismes du *standpoint* sont-ils matérialistes ? ». art. cit.

949 Dans cette enquête, l'INSEE met en évidence les écarts de salaire entre les hommes et les femmes en France. Ces écarts sont liés, dans les deux tiers des cas, aux types d'emplois occupés (emplois moins qualifiés ou dévalués) et, le reste du temps, à des rémunérations inégales (en raison du niveau de diplôme, de l'avancement dans la carrière, des discriminations, etc.). Aux inégalités salariales, s'ajoutent aussi les inégalités en termes de volume de travail. Cf. GEORGES-KOT Simon. « Écarts de rémunération femmes-hommes : surtout l'effet du temps de travail et de l'emploi occupé ». in INSEE. 18/06/2020. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4514861>. [Consulté le 18/11/2020].

950 La souffrance psychologique générée par un manque de considération concernant des tâches auxquelles les femmes sont pourtant assignées fait écho à la notion de « bénédiction ambivalente » développée par la pédagogue Berenice Fisher. Cf. FISHER Berenice (trad. MOZZICONACCI Vanina). « Qu'est-ce que la pédagogie féministe ? ». *Nouvelles Questions Féministes*. vol. 37 n°2, 2018, pp. 64-75

valorisées, tandis que la moralité minoritaire du *care* est considérée comme ne relevant même pas de la morale, et encore moins de la politique »⁹⁵¹.

L'éducation thérapeutique peut alors participer à exploiter le travail des personnes dominées en raison de leur genre. Cependant, le combat contre cette exploitation ne peut se dérouler uniquement sur le plan moral. D'après la sociologue Patricia Paperman, il est important de « désentimentaliser le *care* » et de « démoraliser l'éthique »⁹⁵². Il s'agit, en priorité, de renforcer l'égalité salariale et de partager équitablement la charge du *care* au sein de la population⁹⁵³. Autrement dit, il convient, pour paraphraser Mozziconacci, de modifier les conditions matérielles d'existence lorsqu'on cherche à valoriser le *care*, afin de ne pas se contenter d'« entériner la domination sous un vernis de reconnaissance »⁹⁵⁴. Il ne faut négliger ni le risque d'exploitation matérielle (en termes de salaires perçus), ni le risque d'exploitation émotionnelle (en termes d'injonctions morales) qui sous-tendent le travail de *care*. Dans le cas de l'ETP,

951 MOZZICONACCI Vanina. « Théories féministes de l'éducation : où est le *care* ? ». *Éducation et socialisation*. N°40, 2016. <https://journals.openedition.org/edso/1514>. [Consulté le 02/07/2020]

952 Cf. PAPERMAN Patricia. « D'une voix discordante : désentimentaliser le *care*, démoraliser l'éthique ». in LAUGIER Sandra, MOLINIER Pascale, PAPERMAN Patricia. (dir.). *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Payot, 2009. pp. 89-114

953 Selon la politiste Éléonore Lépinard, il faut réclamer un « partage radical des activités de *care* », pour que l'égalité entre les femmes et les hommes soit effective, et pour que l'acte de prendre soin, pourtant si essentiel, soit reconnu. En plein confinement, cette autrice affirme que, « parce que le *care* est un besoin universel, il doit être universellement partagé et non sectorisé, affecté d'office à une partie seulement de la société. » LÉPINARD Éléonore. « Pour un partage radical des activités de *care* ». *Libération*. 10/05/2020. https://www.liberation.fr/debats/2020/05/10/pour-un-partage-radical-des-activites-de-care_1787674. [Consulté le 18/11/2020]

954 MOZZICONACCI Vanina. « Théories féministes de l'éducation : où est le *care* ? ». art. cit.

l'enjeu n'est ni d'assigner ces compétences à une catégorie de la population, ni d'omettre le contexte social, politique et économique dans lequel il survient.

En résumé, cette critique féministe de l'éducation thérapeutique a eu pour but de proposer des pistes visant à remédier à deux difficultés rencontrées par cette méthode : d'une part, une asymétrie entre les soignant-es et les patient-es au cours du parcours éducatif, et, d'autre part, une injonction à l'autonomie détachée du contexte sociopolitique des soins. L'enjeu a été de repenser l'ETP au prisme des théories féministe du *standpoint* et du *care* et d'explorer des perspectives thérapeutiques ancrées dans l'expérience corporelle. En d'autres termes, le but a été de proposer une démarche éducative en dehors de l'emprise médicale et soucieuse de la dimension expérientielle des soins. Et cette éducation se décline sur trois niveaux.

Tout d'abord, elle se fait éducation sensorielle. Par le biais des pratiques somatiques, et notamment des thérapies manuelles, il s'agit de mettre de la sensibilité dans l'expérience corporelle. Par exemple, le toucher thérapeutique du shiatsu a permis à une personne atteinte d'endométriose de se réapproprier son corps et sa santé, dans l'espace et la temporalité du suivi. Sentir et connaître son corps, c'est non seulement une manière de légitimer son ressenti, mais c'est aussi une façon de développer son pouvoir d'agir, en surmontant d'éventuels phénomènes de dissociation causés par la maladie ou la domination.

Ensuite, cette éducation se fait pédagogie politique. Au moyen des groupes de conscientisation thérapeutiques, il s'agit de remettre du collectif au cœur d'une expérience individuelle. Dans ce cas, la mise en commun des vécus, de même que l'approche sociologique de l'endométriose, ont suscité une construction de savoirs utiles

ainsi qu'une déresponsabilisation des malades. Revendiquer une définition structurelle de la maladie, c'est sortir de la conception individualiste de la santé. C'est également multiplier les possibilités quant aux parcours de soins.

Enfin, cette éducation se fait transformation thérapeutique. Grâce au développement de l'autonomie relationnelle des patient-es, il s'agit de repenser l'implication des divers acteurs-rices du soin. Une place plus importante est réservée à l'auto-soin. Il n'est pas tant question d'individualiser les trajectoires thérapeutiques, que de reconfigurer la balance entre les savoirs experts et les savoirs expérientiels. Par exemple, c'est lorsque des patientes atteintes d'endométriose (par le biais de l'association EndoFrance) ont transmis leurs connaissances à l'institution médicale que celle-ci a commencé à mettre en place des programmes d'accompagnement (à l'instar du CHU de Montpellier). Forger des dispositifs à même d'augmenter l'autonomie thérapeutique relationnelle des usager-es, c'est accepter l'ignorance de la médecine et se prémunir de l'emprise médicale, tout en œuvrant à renouveler les connaissances et les pratiques de cette institution. C'est donc reconnaître que l'institution peut être une structure de domination à part entière, lorsqu'elle catégorise, minimise, méprise les souffrances, ou plutôt les souffrant-es.

L'éducation thérapeutique, si féministe soit-elle, ne doit ni masquer l'incurabilité de l'endométriose et l'ignorance qui l'entoure, ni construire de nouvelles injonctions au bien-être ou stéréotypes sur la féminité. En deçà des dispositifs pluridisciplinaires, il y a la nécessité d'apaiser les souffrances et de sortir de l'hystérisation des corps féminins. De plus, dans certains cas graves, les patient-es n'ont pas la possibilité de participer aux protocoles thérapeutiques institutionnalisés. C'est pourquoi je souhaite désormais approfondir la notion d'auto-soin, et aborder son potentiel émancipateur, pour donner des pistes de réappropriation de son corps et de sa santé.

II. Comment l'éducation à la santé peut-elle être une source d'émancipation ?

Au terme de ce parcours philosophique, je désire exposer comment les pratiques somatiques fondées sur le toucher constituent un moyen de se réapproprier son corps et sa santé, dès lors qu'elles répondent à un projet politique d'émancipation. Autrement dit, je souhaite montrer comment le toucher de soin peut faire advenir une éthique féministe de la mise en contact, à partir du moment où il se réfère à une pédagogie engagée.

Derrière cette ambition, il y a la croyance selon laquelle le prendre soin possède une dimension émancipatoire. Cette croyance n'a rien d'original, puisqu'elle s'intègre notamment aux principes de la philosophie du soin. Pour cette dernière, les soins individuels (qu'ils soient médicaux, éducatifs, domestiques, etc.) doivent être sous-tendus par un soin du social, c'est-à-dire par une recherche de justice, de liberté et d'égalité. Pour ma part, je me concentre sur la recherche du plaisir ou du bien-être qui, si l'on se rapporte au travail de bell hooks, peut contribuer à la consolidation d'un *empowerment*, dans son acception radicale, et, pour un horizon plus lointain, à une société plus juste et égalitaire. Pour cela, les transformations recherchées doivent devenir des réalités sensibles.

Envisager l'éducation à la santé comme une démarche d'émancipation, c'est en effet réfléchir au potentiel transformateur du prendre soin, et pas seulement aux valeurs morales qui le guident. Cela nécessite de se doter d'outils compatibles avec ce « *care* subversif », que j'appelle plus volontiers « *care*

émancipatoire ». En l'occurrence, les outils que j'ai choisis s'inscrivent dans l'histoire des luttes féministes, à savoir les groupes d'auto-soin. Le titre de ma thèse en témoigne : j'emprunte l'expression « se réapproprier son corps et sa santé » à un entretien effectué par Catherine Fussinger, spécialiste en humanités médicales, Séverine Rey, spécialiste en *science and technology studies*, et Marilène Vuille, sociologue, auprès de la militante féministe et gynécologue Rina Nissim ; entretien paru dans *Nouvelles questions féministes* en 2006⁹⁵⁵. Par ailleurs, pour penser une éducation à la santé sensible et émancipatrice, je me réfère aux travaux de hooks et à sa « pédagogie engagée », elle-même inspirée de la « pédagogie des opprimés » de Paulo Freire⁹⁵⁶. La spécificité de mon approche est de mettre l'expérience corporelle au centre de l'attention et de faire du sens du toucher le catalyseur de cette démarche.

II.1. L'éducation somatique, une éducation pas si émancipatrice

Le terme « somatique » a été élaboré par le philosophe Thomas Hanna dans les années 1970⁹⁵⁷. Il désigne les apprentissages corporels qui visent le mouvement et l'action et, pour ce faire, qui utilisent les sensations, la perception

955 Cf. FUSSINGER Catherine, REY Séverine, VUILLE Marilène. « S'approprier son corps et sa santé. Entretien avec Rina Nissim ». *Nouvelles Questions Féministes*. N°25, 02/2006. pp. 98-116. <http://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2006-2-page-98.htm>

956 Cf. HOOKS bell (trad. FOURTON Clémence). « La pédagogie engagée ». *Tracés* n°25, 2013. pp. 179-190. <https://journals.openedition.org/traces/5852>

957 Cf. HANNA Thomas. « What is Somatics ? ». in JOHNSON D.H. (dir.). *Bone, Breath, & Gesture. Practices of Embodiment*. Berkeley (Canada) : North Atlantic Books, 1995, pp. 341-352

et la conscience du corps. Selon Hanna, les somatiques constituent « l'art et la science des processus d'interaction synergétique entre la conscience, le fonctionnement biologique et l'environnement »⁹⁵⁸. De la notion grecque de « soma », cet auteur ne retient pas la signification biologique, médicale ou psychologique, mais la dimension relationnelle du corps. Le terme « somatique » est aujourd'hui présent dans le domaine thérapeutique, artistique, ou dans le milieu du développement personnel, bien qu'il reste majoritairement mobilisé dans le champ de la santé. Il est aussi repris par certain-es philosophes soucieux-ses d'ancrer le geste théorique dans l'expérience corporelle, à l'instar de Richard Shusterman⁹⁵⁹.

En théorisant la « somaesthétique », Shusterman est le premier philosophe après Hanna à avoir pris au sérieux les pratiques somatiques. Pour Shusterman, la somaesthétique est « l'étude méliorative et critique de l'expérience et de l'usage du corps, conçu comme le foyer de l'appréciation esthético-sensorielle (*aistêsis*) et du façonnement du soi créateur »⁹⁶⁰. Si la somaesthétique est présentée par son auteur comme une méthode visant à améliorer l'expérience corporelle en général, elle demeure en réalité une méthode valorisant les expériences solipsistes et rationalistes. En d'autres termes, la somaesthétique est moins une pédagogie sensible tournée vers l'émancipation

958 HANNA Thomas (trad. PIZZUTI Sylvie). *La Somatique. Comment contrôler par l'esprit la mobilité, la souplesse et la santé du corps*. Paris : InterÉditions, 1989. p. 1. Cité dans BARDET Marie, CLAVEL Joanne, GINOT Isabelle (dir.). « Écosomatique : Introduction ». in *Écosomatique : penser l'écologie depuis le geste*. Montpellier : Deuxième époque, 2019. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02935892>

959 SHUSTERMAN Richard (trad. VIEILLESCAZES Nicolas). *Conscience du corps. Pour une somaesthétique*. Paris : Éditions de l'Éclat, 2008

960 Ibid. p. 33

qu'une axiologie normative qui tend à dissoudre le combat politique dans le sentiment de soi. Cette critique s'appuie sur les deux éléments suivants.

Premièrement, la somaesthétique ne recouvre pas la totalité de l'expérience corporelle, loin s'en faut. D'une part, les récits d'expérience proposés par Shusterman mettent davantage en avant l'influence du psychisme sur le corps que le contraire. Là où la plupart des praticien-nes mettent l'accent sur la dimension pratique des somatiques, ce philosophe insiste sur leur caractère psychologique. D'autre part, les pratiques somatiques valorisées par Shusterman privilégient la lenteur, la faible amplitude articulaire, le moindre effort musculaire, et, surtout, l'attention dirigée vers soi-même. L'intérêt se porte principalement sur des techniques solitaires, en tant qu'elles ne sont pas dépendantes d'un groupe, ni qu'elles portent attention à un groupe. Par exemple, il n'est pas fait mention d'arts martiaux ou de pratiques artistiques collectives (chant polyphonique, danse-contact, etc.), mais de méditation, d'exercices de Feldenkrais, etc. En réalité, la somaesthétique est une esthétique de la douceur et de la lenteur. Toutes les pratiques considérées comme « intenses » sont décrites comme des pratiques suspectes, voire dangereuses.

Deuxièmement, la somaesthétique hiérarchise les pratiques corporelles d'après des jugements de valeur, et non en fonction d'arguments fondés scientifiquement. À l'origine de ce glissement normatif, il y a une attitude syncrétique (au sens politique et non cognitif du terme). Shusterman a tendance à effacer la consistance historique, géographique et culturelle de chaque pratique, et à les analyser à travers un prisme homogène. Dans un même passage, il va mobiliser des techniques

« orientales », « occidentales », « traditionnelles », « modernes », etc., sans pour autant proposer de critique épistémologique de cette méthode argumentative⁹⁶¹.

En somme, la somaesthétique ne propose pas d'outil véritablement pédagogique, au contraire de l'éducation somatique. Elle s'apparente davantage à un programme de développement personnel qu'à une théorie de l'éducation émancipatrice. La méthode

961 Il convient de préciser que certaines théories décoloniales et antiracistes rejettent fortement le syncrétisme culturel, notamment à cause de cette tendance à homogénéiser des phénomènes sociaux. Pour le spécialiste en études décoloniales Ramón Grosfoguel, les théories occidentales du syncrétisme aspirent à l'horizontalité (au sens d'équivalence) des cultures et, ce faisant, dénie la verticalité (au sens de domination) qui est à l'œuvre dans les échanges interculturels. En d'autres termes, les théories occidentales du syncrétisme prétendent mettre au même niveau et accorder la même valeur à des pratiques ou à des concepts et ce, quelle qu'en soit la provenance culturelle et géographique. Il suffirait de mélanger les différents éléments pour faire émerger une pensée nouvelle. Bien souvent, ces théories omettent néanmoins de prendre en considération les rapports de pouvoir à l'œuvre entre certaines ères géographiques et culturelles ; que ces rapports soient encore d'actualité ou bien qu'ils relèvent de l'histoire ancienne. Une théorie syncrétique pourrait par exemple prendre des éléments de la culture française et les mélanger à des éléments provenant de la culture sénégalaise, sans tenir compte de l'histoire coloniale ou esclavagiste qui lie ces deux pays. Dans ce cas, l'idéal de l'horizontalité tend à effacer la réalité de la verticalité. En outre, les théories syncrétiques participent à dépolitiser les pratiques communautaires, qui constituent bien souvent des formes de résistance. Elles s'approprient des phénomènes culturels (pratiques artistiques, pharmacopée traditionnelle, soins manuels, etc.) au nom du soin ou de la beauté. Ce faisant, elles dénie la dimension politique de certaines pratiques forgées par les populations opprimées. De fait, ces pratiques peuvent aussi bien représenter le fondement de la communauté (ce qui fait qu'une communauté existe) qu'une source de contestation face à l'oppression (ce par quoi la résistance s'organise). Le syncrétisme peut ainsi coïncider avec des mécanismes d'appropriation culturelle de façon plus ou moins consciente. L'appropriation culturelle est un concept critique qui désigne en général l'appropriation d'une pratique ou d'un artefact culturel d'un groupe social dominé par un groupe social dominant. Ce concept critique aussi bien le fait de posséder une telle pratique ou artefact, que le processus par lequel cette pratique ou cet artefact est arraché de son contexte d'apparition ou d'utilisation. Comme l'écrit le philosophe Alexis Tytelman, « l'appropriation constituerait une offense inacceptable ou une atteinte à l'identité des personnes concernées : spoliation d'œuvres, usage de techniques culturellement spécifiques, appropriation

somaesthétique reste avant tout tournée vers l'individu-e, son corps et sa conscience. Dans ces conditions, il paraît difficile de se contenter de la somaesthétique pour construire une éducation pour la santé sensible et émancipatrice et, par suite, pour parvenir à se réapproprier son corps et sa santé dans une société traversée par des rapports de dominations sexistes, validistes, racistes, etc.

Mes recherches philosophiques sur le toucher de même que mes explorations pratiques sur le soin m'ont très vite amenée vers l'éducation somatique. L'expérience du toucher de soin en est en effet une pratique constitutive. Elle se manifeste aussi bien dans le geste haptique d'un-e praticien-ne thérapeute (situation d'une perception tactile distale), que dans la sensation intéroceptive du mouvement chez un-e participant-e (situation d'une perception tactile proximale). La spécialiste en art chorégraphique et pratiques somatiques Isabelle Ginot envisage d'ailleurs ces dernières comme « un *instrumentarium* savant de techniques manuelles et tactiles »⁹⁶². Si le toucher a une telle fonction dans ces pratiques, c'est principalement parce qu'il permet de reconfigurer l'expérience du corps. D'où l'intérêt de le mobiliser dans un contexte de lutte et de conscientisation. L'expérience du toucher de soin dans un cadre collectif, ce n'est pas seulement vivre une expérience de soi. C'est surtout vivre une expérience de soi dans un groupe, puiser de la force dans ce groupe, et augmenter son pouvoir d'agir. D'où la dimension

illégitime de marqueurs identitaires, de styles ou de motifs artistiques revendiqués par une communauté, confiscation de la parole, déformation ou représentation caricaturale de la culture des autres. ». in TYTELMAN Alexis. *Appropriation culturelle et essentialisme*. Mémoire en philosophie. ENS Paris / EHESS. 2018.

962 GINOT Isabelle. « Un défi épistémologique et politique : les pratiques somatiques et leurs usages sociaux ». *Spirale. Arts lettres sciences humaines*. N°242, 2012. Pp. 58-60. www.danse.univ-paris8.fr

éducative des pratiques somatiques, pour parvenir à cet *empowerment* collectif. Encore faut-il s'accorder sur le but et les méthodes de cette éducation.

Pour Freire, l'éducation a pour but d'amener les sujets à prendre conscience des rapports entre leurs pensées et leurs actions avec leur environnement. Ce processus de conscientisation exige une formation et une réflexion éthiques. Dans la mesure où elle s'appuie sur une approche écologique du corps sensible, notamment grâce au concept d'« écologie corporelle », l'éducation somatique paraît donc cohérente avec un projet de pédagogie alternative. Pourquoi alors ne pas me contenter de ses propositions ? Étant donnée la fréquence à laquelle je cite ce courant, il semblerait logique que j'en fasse la clef de voûte de mon argumentation. Pourtant, l'éducation somatique ne satisfait pas pleinement le programme philosophique que j'ai décidé de suivre. De fait, elle reste traversée par des contradictions qui en font souvent un lieu de privilèges.

Si l'éducation somatique propose une restructuration des modèles classiques de l'éducation, encore faut-il savoir de quel milieu éducatif elle parle, à qui elle s'adresse et quelles connaissances elle mobilise.

En premier lieu, l'éducation somatique suggère parfois des postures thérapeutiques ou éducatives qui ne semblent pas tenables, ou du moins peu réalistes. Cela provient en partie des discours mobilisés, qui peuvent paraître abscons pour les non initié-es. Premier exemple : le vocabulaire des pratiques somatiques tient à se distinguer du vocabulaire scolaire. En témoignent les nombreux termes qui fleurissent pour désigner les personnes qui éduquent. Il n'est souvent pas question d'enseignant-e, mais de facilitateur-riche, accompagnateur-riche, intervenant-e, etc.

Autre exemple, l'éducation somatique vise à déconstruire l'intentionnalité derrière la pratique. Ainsi, elle consiste à laisser les choses advenir (les émotions, les questions, les mouvements corporels), plutôt que les guider. Dans un cadre thérapeutique, l'enjeu est, comme l'explique la praticienne somatique et spécialiste en art chorégraphique Carla Bottiglieri, de renoncer au « désir de soigner » et, en contrepoint, de valoriser la puissance de l'incertitude⁹⁶³. À cet égard, la proposition est cohérente avec la réalité des maladies chroniques. Ne pouvant pas les guérir, on ne peut qu'accompagner les personnes qui vivent avec. C'est notamment ce que j'ai essayé de faire lors des séances de shiatsu avec MD évoquées plus haut. Mais est-ce à dire qu'il faut « valoriser la puissance de l'incertitude » ? L'assumer, c'est une chose, qui manque d'ailleurs souvent aux médecins-ciennes. La revendiquer, c'en est une autre. Valoriser l'incertitude peut être une posture extrêmement insécurisante et inconfortable pour les personnes en demande de soins. L'enjeu de cette posture semble donc mieux formulé par les danseuses et chercheuses Héloïse Husquinet et Sylvie Fortin. Pour elles, déconstruire l'intentionnalité dans la pratique, c'est faire preuve d'humilité dans la démarche pédagogique⁹⁶⁴. Concrètement, les éducateurs-rices somatiques doivent veiller à ne pas s'accrocher à un projet prédéfini, et à accueillir les variations dans les programmes éducatifs, ou dans les séances thérapeutiques le cas échéant.

En deuxième lieu, l'éducation somatique entretient un rapport ambivalent avec les institutions conventionnelles. À l'origine de ce rapport ambivalent, il y a, selon moi, un double paradoxe constitutif des processus d'émancipation.

963 Cf. BOTTIGLIERI Carla. « Soigner l'imaginaire du geste : pratiques somatiques du toucher et du mouvement ». *Chimères*. Vol. 78 n°3, 2012. pp. 113-128. <https://www.cairn.info/revue-chimeres-2012-3-page-113.htm>

964 Cf. HUSQUINET Héloïse. « "Du corps intime au corps social" : pratiques somatiques et pensée critique. Dialogue avec Sylvie Fortin ». *Collectif contre les violences familiales et l'exclusion (CVFE)*. 2018. <https://www.cvfe.be/node/167>

Le premier paradoxe est intrinsèque aux démarches d'émancipation qui passent par le corps : c'est en se recentrant sur le corps, qu'il serait possible de se décentrer des injonctions normatives. Pourtant, ces dernières s'exercent principalement sur le corps. Dans ces conditions, comment se réapproprier une expérience traversée d'injonctions ? Les pratiques corporelles et les outils de conscientisation semblent être une réponse à cette question. C'est en tout cas ce que j'ai cherché à démontrer dans mon travail, qui est sous-tendu par le même paradoxe.

Le second paradoxe est partagé par de nombreuses luttes pour l'émancipation : c'est en revendiquant une certaine marginalité qu'il serait envisageable de surmonter les mécanismes de marginalisation. Pourtant, le retournement du stigmaté n'est pas tant synonyme de légitimation par les instances normatives, que de réappropriation d'un vécu altérisé⁹⁶⁵. L'hypothèse est la suivante : l'organisation conventionnelle des soins et de l'éducation exclut les personnes dont le vécu ou le fonctionnement ne correspondent pas aux normes de cette même organisation. Ces personnes sont donc marginalisées malgré elles. Et il suffirait de revendiquer cette marginalité pour contourner les violences induites par la marginalisation. C'est tout le sens du processus de « retournement de stigmaté » : une insulte, un cliché, une exclusion sociale sont détournées par les individu-es qui en sont l'objet pour devenir une fierté, une identité, une revendication. Ce processus n'est toutefois pas synonyme de légitimation par les instances normatives. Ces dernières ne reconnaissent pas nécessairement le retournement de stigmaté pour ce qu'il est et, par suite, ne cessent pas de marginaliser les personnes concernées par ce stigmaté.

965 Pour une présentation détaillée du processus de retournement de stigmaté, Cf. GRUEL Louis. « Conjurer l'exclusion : rhétorique et identité revendiquée dans des habitats socialement disqualifiés ». *Revue française de sociologie*. Vol. 26 n°3, 1985. pp. 431-453. https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1985_num_26_3_3964

À ce double paradoxe s'ajoutent deux supplémentaires, plus spécifiques à l'éducation somatique.

Tout d'abord, bien qu'elle se présente comme une éducation du, pour et par le corps, la pratique somatique semble présupposer l'expérience corporelle comme étant universellement accessible. Il convient alors de se demander quel milieu éducatif favorise l'accès aux ressentis et à la conscience de soi. Plus encore, il convient de se demander si tout le monde dispose spontanément d'une telle capacité, que ce soit sur le plan intime ou politique. Développer « l'intelligence du mouvement », pour reprendre la formule de Guimond, nécessite en effet des conditions préalables. L'exemple des troubles de l'intéroception présenté dans le cinquième chapitre s'en fait l'écho.

Les savoirs somatiques, comme tous les savoirs, s'apprennent, s'éprouvent et s'expérimentent à force de répétition, et surtout au moyen de l'éducation⁹⁶⁶. Certes, les sensibilisations à la musique, à la danse, au yoga, à la méditation, etc., facilitent l'apprentissage somatique. Mais ce sont des pratiques qui demeurent inégalement accessibles en termes géographiques, économiques et culturels. Si l'éducation somatique « considère toujours le sujet comme indissociablement

966 La question de l'incorporation des habitudes corporelles a été longuement étudiée par l'anthropologie, notamment dans le sillage d'un article incontournable de l'anthropologue Marcel Mauss, dans lequel il écrit : « Dans tous ces éléments de l'art d'utiliser le corps humain les faits d'éducation dominaient. La notion d'éducation pouvait se superposer à la notion d'imitation. Car il y a des enfants en particulier qui ont des facultés très grandes d'imitation, d'autres de très faibles, mais tous passent par la même éducation ». MAUSS Marcel. « Les techniques du corps ». *Journal de psychologie* vol. 32 n° 3-4, 1936. http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthropo/6_Techniques_corps/Tech_niques_corps.html

lié à son contexte et son expérience »⁹⁶⁷, ainsi que l'écrit Ginot, alors comment peut-elle prendre en charge des inégalités à cet endroit ? Dans ces conditions, l'éducation somatique peut s'adresser à des personnes déjà sensibilisées, et l'habileté perceptive peut devenir un privilège socio-culturel. Pour le dire autrement, l'éducation somatique peut participer à creuser les inégalités sociales, notamment pour ce qui est de l'accès aux soins. Selon la sociologue Estelle Carde, « la sensibilité aux sensations corporelles, l'empressement à solliciter des soins en cas de problème perçu, le type de soins recherché (généraliste ou spécialiste, ambulatoire ou hospitalier par exemple) sont influencés par le degré de familiarisation avec le savoir médical »⁹⁶⁸. Comme le souligne cette autrice, on sait désormais que moins les personnes sont diplômées, moins elles sont à l'aise pour décrypter leurs « besoins corporels » et pour savoir vers quels soins se tourner. Et ceci renforce les inégalités de santé.

Ensuite, bien qu'elle tienne à sa marginalité, l'éducation somatique entretient un lien ambigu avec l'institution et les autres formes d'éducatrices alternatives. Elle se présente à la fois comme un « contre-modèle » des approches conventionnelles du corps et comme une « éducation pour tous », ainsi que l'écrivent Marie Bardet, Joanne Clavel et Isabelle Ginot dans un ouvrage collectif⁹⁶⁹. En ceci, elle rejoint l'ambition d'autres pédagogies alternatives, sinon en s'opposant, du moins en résistant à l'éducation institutionnelle. Pourtant, l'éducation somatique ne mentionne que très peu

967 GINOT Isabelle. « Un défi épistémologique et politique : Les pratiques somatiques et leurs usages sociaux ». art. cit.

968 CARDE Estelle. « Des inégalités sociales dans l'accès aux soins ». *Pratiques*. N°57, 04/2012. <https://pratiques.fr/Des-inegalites-sociales-dans-l-acces-aux-soins>

969 BARDET Marie, CLAVEL Joanne, GINOT Isabelle (dir.). « Écosomatique : Introduction ». in *Écosomatique : penser l'écologie depuis le geste*. Montpellier : Deuxième époque, 2019. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02935892>

ces dernières, lors-même qu'elle en partage nombre de valeurs, tandis qu'elle aspire souvent à être légitimée par les institutions scolaires et hospitalières, lors-même qu'elle redoute l'institutionnalisation. Cela m'amène à traiter les deux questions suivantes : 1. En quoi l'éducation somatique est-elle en contradiction avec l'éducation institutionnelle et, par suite, quels sont les risques d'une institutionnalisation ? 2. Comment l'éducation somatique peut-elle s'adresser à tous-tes si elle revendique le pouvoir de la marginalité et, par extension, comment revendiquer une certaine marginalité sans tomber dans l'entre-soi ou dans de nouvelles formes d'exclusion ? En d'autres termes, comment réussir à s'adresser à des personnes autres que celles qui sont déjà convaincues et informées de la démarche et, de ce fait, qui disposent probablement de certains privilèges socioculturels ? Comment ne pas faire de la marginalité une source de confidentialité, de sorte que pour y avoir accès, il faut déjà être dans la confiance ?

D'une part, l'introduction des pratiques somatiques dans les institutions médico-sociales résulte d'une évolution dans la manière de penser la santé, et s'effectue davantage à l'initiative des secondes que des premières. D'après Ginot, « l'intégration de la dimension dite de la "qualité de vie" ou du "bien-être", la complexité de plus en plus grande des causes et des effets de l'exclusion sociale comme de la précarité sanitaire, nécessitent d'avoir recours à de nouveaux outils pour l'accompagnement social et médical. Dans bien des cas, ces approches alternatives ont d'abord été soutenues par les usagers (notamment les forts mouvements de lutte contre le V.I.H.) »⁹⁷⁰. L'appropriation des pratiques somatiques par les institutions médico-sociales n'est toutefois pas sans poser de problèmes : des problèmes théoriques, car

970 GINOT Isabelle. « Un défi épistémologique et politique : Les pratiques somatiques et leurs usages sociaux ». art. cit.

les paradigmes et les modes d'évaluation de chacune sont différents, et des problèmes politiques, car les objectifs de chacune tendent à diverger ; ces deux types de problèmes étant intriqués.

Selon Ginot, pratiques somatiques et institutions médico-sociales sont en contradiction sur trois points : 1. Les premières travailleraient sur et avec le corps vécu en première personne, quand les secondes s'intéresseraient au corps objectif. Pour cette autrice, il est important de signaler que l'expertise médicale ne se substitue jamais à l'expérience personnelle du corps et de la maladies et ce, particulièrement chez les personnes opprimées par ou exclues des institutions de santé. 2. Les pratiques somatiques considéreraient toujours les sujets comme étant indissociablement liés à leur contexte individuel et social, quand les institutions auraient tendance à créer des individu-es hors sol. 3. Les premières s'inscriraient dans un paradigme holistique, exigeant d'abandonner l'idée d'une causalité linéaire pour penser la souffrance, quand les secondes s'appuieraient sur un paradigme étiologique, cherchant à déterminer les causes de la maladie⁹⁷¹.

D'autre part, l'appropriation des pratiques somatiques par les institutions sanitaires ou éducatives est présentée comme un risque pour celles-là, dont les incidences sont aussi bien pratiques que théoriques. Les tenant-es des pratiques somatiques tiennent à la fois à leur marginalité et à leur universalité. Elles sont

971 Je rédige ce passage au conditionnel car, même si je trouve l'analyse de Ginot intéressante, elle me paraît toutefois assez simpliste. Nombre d'institutions médico-sociales donnent la priorité au corps vécu, à une appréhension globale des sujets et à une approche épistémologique de ces derniers. Réciproquement, nombre de pratiques somatiques ne proposent pas d'effectuer un retour réflexif sur la pratique, ou de prêter attention aux effets politiques de celle-ci.

marginales en tant qu'elles constituent des propositions alternatives pour prendre soin des corps. Elles sont universelles, en tant qu'elles sont destinées à tout le monde. D'où la question formulée plus haut quant à la possibilité de s'adresser à tous-tes, tout en revendiquant une certaine exceptionnalité. Face à l'apparente insolubilité de cette interrogation, l'éducation somatique propose un modèle d'éducation permanente, comme l'expliquent Husquinet et Fortin⁹⁷². Apparue dans le sillage de l'éducation populaire dans les années 1920, l'éducation permanente est aujourd'hui définie par la revue qui en porte le nom comme « la formation des adultes et du développement des compétences, au travail et hors travail »⁹⁷³. Autrement dit, l'éducation permanente désigne la formation continue tout au long de la vie, à l'image de l'éducation thérapeutique des patient-es. Elle se distingue par son inscription dans le champ de la culture. Elle se distingue également par les politiques de soutien et de reconnaissance des pouvoirs publics européens, ainsi que l'exprime le philosophe Marcel Hicter dans un discours prononcé en 1976, lorsqu'il était directeur de la Direction Générale de la Jeunesse et des Loisirs en Belgique (discours disponible sur le site belge de référence sur l'éducation permanente⁹⁷⁴). De sorte que le lien entre éducation somatique et instances publiques ou étatiques semble génétique.

Dans ces conditions, quel est le sens de tendre ou de prétendre à la marginalité ? Définie ainsi, l'éducation somatique ne vise pas tant à révolutionner qu'à contourner les structures hégémoniques. Or l'éducation somatique, à l'instar de l'éducation permanente, travaille à construire une démocratie éducative. Comment, dans ce cas, concilier volonté de

972 Cf. HUSQUINET Héloïse. « "Du corps intime au corps social" : pensée critique. Dialogue avec Sylvie Fortin ». art. cit.

973 <http://www.education-permanente.fr/>

974 Cf. <http://www.educationpermanente.cfwb.be/>

démocratisation et revendication de marginalité ? Entre universalisme (prétendre pouvoir s'adresser à tout le monde) et élitisme (ne s'adresser qu'à une minorité statistique), l'éducation somatique pourrait confondre l'émancipation et l'entre-soi. Pire encore, elle pourrait récupérer à son compte les outils des personnes marginalisées, intentionnellement ou non. C'est par exemple ce qui se produit avec les pratiques corporelles et thérapeutiques d'Asie d'Extrême-Orient lorsqu'elles sont diluées dans un syncrétisme occidental⁹⁷⁵. C'est également ce qui se passe, quoique dans une moindre mesure, avec l'éviction de l'éducation populaire du corpus de l'éducation somatique⁹⁷⁶. Pourtant, celle-là s'attache à déconstruire les normes éducatives dominantes, et, à l'image de la pédagogie des opprimé-es de Freire, à se réapproprier l'action. De plus, elle met le corps sensible au cœur des apprentissages, en tenant compte des dimensions sensorielles, émotionnelles, cognitives et sociales du sujet. Par conséquent, l'éducation somatique peut alors (re)produire certaines dominations plutôt que les combattre, dès lors qu'elle néglige sa propre démarche épistémologique.

975 Il n'est pas rare d'entendre des éducateurs-rices somatiques convoquer la pensée taoïste ou bouddhiste de manière peu consistante, voire erronée, lorsqu'ils et elles enseignent une pratique originaire d'Asie. Pour une présentation détaillée du phénomène de syncrétisme culturel et de son application dans le champ des pratiques somatiques, cf. chap. 0. V-3-3.

976 « L'éducation populaire, ce n'est pas éduquer le peuple. Ce n'est pas apporter la conscience de l'extérieur à des personnes qu'on considérerait comme "à conscientiser". Ce sont des dynamiques collectives qui permettent aux dominé-es de développer ensemble une compréhension critique de la société et des origines des inégalités sociales. Il s'agit de se donner les moyens de comprendre le monde pour pouvoir le transformer. Pour cela, l'éducation populaire nous invite à travailler à partir de nos situations pour les analyser, les comprendre, agir pour les transformer. L'objectif étant de transformer la société, les démarches d'éducation populaire ne sauraient être neutres. ». <https://www.education-populaire.fr/definition/>

Pour éviter cet écueil, il semble important de distinguer les différentes formes de marginalité. D'un côté, il y a des minorités statistiques qui sont marginales de par le nombre, mais pas sur le plan politique. D'un autre côté, il y a les minorités sociologiques qui sont marginales sur le plan épistémique et social, mais pas nécessairement sur le plan numérique. C'est par exemple le cas des femmes qui peuvent être marginales dans certaines structures de pouvoir, mais qui constituent plus de la moitié de la population. Par ailleurs, il semble important de clarifier les objectifs d'une pratique marginale et, par suite, de les mettre en conformité avec les outils qu'elle mobilise. Si l'enjeu est la démocratie éducative, alors il paraît indispensable de composer avec les instances majoritaires (les institutions scolaires ou les institutions de santé), même si le but est de les transformer. Pragmatiquement parlant, il n'est pas possible de viser le plus grand nombre si l'on s'adresse à une minorité statistique.

II.2. Se réappropriier son corps et sa santé grâce aux pratiques d'auto-soin féministe : plus qu'un outil thérapeutique, un projet politique

Pour terminer cette thèse, je souhaite présenter une piste d'émancipation par le prendre soin qui utilise les pratiques somatiques dans une perspective politique : le groupe d'auto-soin féministe, aussi appelé *self-help* féministe. J'ai eu l'opportunité de participer à un groupe de ce genre entre juin 2018 et mars 2020, au sein de la collective Somanarca. Cette collective revendique un

positionnement féministe, et s'inscrit dans une stratégie de réductions des risques et des dommages en termes de santé globale et de santé sexuelle. Elle est un espace en mixité choisie sans homme cisgenre visant à collectiviser des savoirs et des compétences sur le corps et la santé. Elle a la particularité d'être composée de personnes en majorité non hétérosexuelles, ainsi que l'a remarqué la sociologue spécialiste des groupes de *self-help* Lucile Quéré⁹⁷⁷ après nous avoir rencontré-es.

C'est suite à un dissensus politique qui a précipité mon départ de l'association FRISSE (Femmes, Réduction des Risques et Santé Sexuelle)⁹⁷⁸, dont j'ai été membre à partir d'octobre 2017 puis présidente de février à mai 2018, que j'ai cofondé la collective Somanarca avec la danseuse et éducatrice somatique Laura Garby. La collective comptait une quinzaine de personnes, dont une petite dizaine se sont avérées assidues et investies. J'utilise malheureusement le passé pour parler des activités de la collective, car les fortes mobilisations sociales contre la réforme des retraites à partir d'octobre 2019, puis la pandémie de Covid-19 et les confinements successifs qu'elle a entraînés à partir de mars 2020, ont considérablement ralenti, voire annihilé ces activités. Toutefois, la collective n'a pas été dissoute, bien qu'elle demeure toujours en sommeil au moment où j'écris ces lignes.

Les activités de Somanarca auxquelles j'ai participé sont, d'un côté, les pratiques corporelles autogérées et, de l'autre, le groupe d'auto-soin. Pour ce qui est des premières, nous nous sommes retrouvés-es environ deux jeudis soir par mois dans une salle qui nous était gracieusement mise à disposition au sein d'un

977 Cf. QUÉRÉ Lucile. *Du corps au « nous »*. *Produire un sujet politique par le self-help féministe*. Thèse en sociologie. Université de Lausanne. 13/09/2021.

<https://wp.unil.ch/esspace/2022/01/lucile-QUÉRÉ/>

978 Cf. <https://frisse-76.webself.net/>

centre social du deuxième arrondissement de Lyon, pour partager des pratiques corporelles animées par des membres de la collective, en fonction des compétences, des envies et des disponibilités de chacun-e. Nous avons partagé des séances de do-in, de danse libre, de massage du visage, de shiatsu, d'aromathérapie, de lithothérapie, etc. Nous étions entre quatre et neuf participant-es en moyenne à chaque séance. Pour ce qui est du groupe d'auto-soin, nous voulions créer les conditions d'un partage de savoirs, de savoir-faire et d'expériences autour des questions de santé globale et de santé sexuelle. Nous avons pour ce faire constitué un groupe fixe de huit personnes afin de développer un climat de confiance et d'intimité. Lors des quatre séances qui ont toujours eu lieu dans l'un des salons de l'un-e des participant-es, nous avons pu aborder le système immunitaire, le système cardiaque, le sommeil et les émotions. Pour construire les séances, dont l'animation était tournante, nous nous sommes en grande partie appuyé-es sur le référentiel d'auto-santé produit par le collectif bruxellois Femmes & Santé⁹⁷⁹, ainsi que sur des ressources transmises à l'une des membres par un collectif toulousain informel. Si la pratique emblématique des groupes de *self-help* féministes est l'autoauscultation gynécologique du col de l'utérus à l'aide d'un petit miroir et d'un spéculum, nous ne sommes pas parvenu-es à cette activité-là dans notre programme. En effet, cette pratique constitue la dernière séance du programme proposé par le référentiel, que nous avons dû interrompre en raison des confinements et des mobilisations évoquées ci-dessus.

979 Cf. MAQUESTIAU Pascale, GHELLINCK Philippine de, MARKSTEIN Catherine, JAQUET Manoë. *Référentiel : auto-santé des femmes*. Bruxelles : Le monde selon les femmes, 2017

Dans ce cadre, j'ai pu découvrir le domaine de l'auto-soin féministe et approfondir mon exploration somatique. J'ai notamment pu observer et expérimenter le rôle du toucher de soin dans les processus de réappropriation collective. Pour comprendre cela, je vais tout d'abord présenter la démarche d'auto-soin féministe, notamment telle que nous la concevons à Somanarca. Ensuite, je vais interroger la manière dont cette pratique participe à développer *l'empowerment*, notamment parce qu'elle considère que le corps sensible est politique.

II.2.1. Les pratiques d'auto-soin féministes : des pratiques ancrées dans une histoire des luttes pour l'émancipation

II.2.1.1. L'auto-soin comme autoformation

La démarche d'auto-soin féministe répond aux exigences de l'autoformation telle qu'elle a été conceptualisée par les pédagogies émancipatrices. D'une part, l'émancipation en est la finalité pour chacune d'entre elles. D'autre part, elles s'appuient toutes deux sur une conception relationnelle de l'autonomie : la première sur le modèle de l'autonomie thérapeutique relationnelle développé ci-dessus ; la seconde sur un processus d'autonomisation né de la co-construction et de l'interdépendance.

Au sein de la collective Somanarca, l'« auto-soin » caractérise le processus de réappropriation des savoirs et des savoir-faire sur nos corps et notre santé, la dimension collective de la relation de soin, la définition de la santé en dehors et au-delà des institutions. En d'autres termes, l'« auto-soin » qualifie la démarche collective

d'autonomisation des connaissances et des pratiques de soins ; démarche à laquelle nous aspirions en fondant cette collective.

Les ateliers de pratiques corporelles comme l'atelier d'auto-soin répondaient à double titre à l'idée d'une autonomie relationnelle thérapeutique. D'une part, les ateliers faisaient l'objet d'une co-détermination. Comme leur animation était tournante, nous prenions un moment à chaque fin de séance afin de décider collectivement des besoins du groupe pour construire le programme des séances suivantes, et afin de désigner les futur-es animateurs-rices. À cet égard, nous convoquions nos capacités d'interactions créatives dans la mesure où nous partions des compétences de chacun-e en termes de pratiques somatiques ou d'organisation. D'autre part, nous réfléchissions aux éventuels bénéfices de nos séances sur le plan du bien-être ou de la santé, en tenant à s'adapter au contexte, et en veillant à laisser un espace pour la discussion à chaque fois. Il nous paraissait fondamental d'avoir une approche réflexive sur nos pratiques.

Je me souviens par exemple d'une séance de do-in que j'ai animée en plein hiver : pour des raisons de confort et de température, nous sommes resté-es debout tout le temps de la pratique (le sol était en carrelage). Nous avons effectué de nombreux gestes d'auto-percussions dans le bas du dos, les poings fermés venant tapoter la peau ou les vêtements avec la partie interne de la main (l'index et le pouce), et d'étirements de la partie lombaire, les mains cherchant à toucher le sol tandis que les jambes sont tendues et jointes. Au terme de la séance de do-in, nous nous sommes assis-es sur les tables poussées contre les murs, ou sur le sol, pour parler de nos sensations. À quelques reprises, les exercices d'auto-percussions et d'étirements ont révélé un manque de mobilité articulaire, à l'endroit du bassin et des jambes,

mais aussi physiologique, au sujet des fonctions urinaires. Plusieurs participant-es ont exprimé leur souffrance ou leur fatigue en raison d'infections urinaires ou de cystites récurrentes. De fil en aiguille, cette conversation leur a permis de partager les conséquences de ces maladies sur leur activité sexuelle (des douleurs et des craintes presque systématiques), sur leur vie sociale (des difficultés à avoir accès à des toilettes autant que nécessaire en dehors du domicile), etc. À la fin de ces échanges, cela a permis aux participant-es de transmettre leurs astuces (bains dérivatifs, jus de cranberry, exercices de respiration abdomino-pelvienne, huile essentielle de sauge, etc.) ou leurs savoirs pour tenter, sinon de remédier, du moins d'apaiser les souffrances et les incapacités.

L'exemple de cette séance d'atelier de pratiques corporelles illustre la double dimension des groupes d'auto-soin féministes. D'un côté, l'ancrage dans la pratique : il est important de partager collectivement des choses qui mobilisent l'expérience du corps de façon inhabituelle. D'un autre côté, l'espace de conscientisation : il est indispensable de pouvoir exprimer ce que les pratiques nous font, la manière dont elles nous interrogent ou nous soulagent. C'est sur cette double dimension que repose l'apprentissage.

II.2.1.2. « Auto-soin », « self-help », « auto-santé » ou « self-care » : quelle formule choisir ?

Il existe différentes expressions pour désigner les techniques de réappropriation de son corps et de sa santé : auto-soin, auto-santé, *self-help*, *self-care*, etc. Lors de la constitution de la collective Somanarca, cette question

de terminologie a fait l'objet de plusieurs discussions. Notre choix s'est arrêté sur le concept d'auto-soin pour plusieurs raisons : tout d'abord, la notion de soin nous paraissait moins médicale et plus vaste que celle de santé. Ensuite, l'idée de *self-help* avait une connotation trop « individualiste » et « néolibérale » pour certain-es membres anglophones. Enfin, l'expression de *self-care*, parfois opposée à celle de *self-help* pour valoriser l'aspect relationnel du prendre soin, semblait trop éloignée et peu connue du contexte français hexagonal. Forte de ces échanges, je préfère désormais parler d'auto-soin. Il convient néanmoins de préciser que les différentes formules restent souvent utilisées à titre de synonymes, aussi bien dans la littérature scientifique que militante.

La militante féministe, gynécologue, naturopathe et autrice Rina Nissim, par exemple, conserve le terme de *self-help*, pour rendre justice à l'histoire du mouvement. De fait, le *self-help* est apparu dans le sillage du mouvement de libération des femmes (*Women's Liberation Movement*) de la fin des années 1960 aux États-Unis. En outre, Nissim explique que le « mot *self-help* n'a jamais eu de traduction satisfaisante en français, s'aider soi-même, auto-assistance, entraide entre femmes ..., il s'agit d'un mouvement de réappropriation du corps qui a commencé par la pratique de l'auto-examen gynécologique avec l'aide d'un spéculum et d'un miroir. Cette découverte, pratiquée en groupe, délie les langues et ouvre des discussions favorisant les prises de conscience sur notre relation au corps, à la sexualité, sur la santé et sur les rapports de pouvoir entre hommes et femmes ou encore avec le monde médical »⁹⁸⁰.

980 NISSIM Rina. *Une sorcière des temps modernes. Le self-help et le mouvement femmes et santé*. Genève : Éditions d'en bas, 2014. P. 6

Pour Nissim, le *self-help* est une pratique permettant non seulement aux malades de se réapproprier leur maladie, mais aussi aux personnes opprimées de se réapproprier leur corps ; un corps empêché, diminué, catégorisé par des mécanismes de domination. Il s'agit de reconfigurer la relation que l'on entretient avec son corps, notamment en collectivisant les expériences, et en faisant de ces dernières des expertises à part entière. En d'autres termes, il s'agit de repenser les normes qui structurent le rapport que l'on a à son propre corps. L'enjeu est de réinventer les représentations, l'imaginaire et l'accès au corps, que ce soit au moyen d'un miroir et d'un spéculum, ou à travers une séance de do-in. De par la dimension éminemment visuelle de l'auto-observation gynécologique, ce n'est pas une pratique qui donne nécessairement accès à un *empowerment*. Cependant, elle ne tombe pas sous le joug d'une logique visiocentrée, dans la mesure où elle consiste à recalibrer l'imaginaire et, surtout, à briser les distances entre soi et son corps intime. En définitive, l'enjeu des pratiques d'auto-soin, quelles qu'elles soient, est de se réapproprier sa normativité biologique individuelle et capacitaire.

Si l'auto-oscultation du col de l'utérus est emblématique des pratiques d'auto-soin féministes, ce n'est pas la seule activité qu'elles proposent. Le référentiel bruxellois d'auto-santé sur lequel nous nous sommes appuyé-es à Somanarca présente de nombreuses pratiques et activités. Pour l'atelier sur les défenses immunitaires, le référentiel propose une lecture collective du texte « Les trois sœurs » qui décrit les trois piliers du système immunitaire, ainsi qu'une méditation guidée pour apprendre à « scanner » chaque partie de son corps et leur état (tensions, douleurs, température, confort, etc.). Pour l'atelier sur la santé du cœur, il propose un exercice de cohérence

cardiaque (technique de relaxation impliquant une respiration lente et homogène). Pour l'atelier sur le sommeil, il propose des techniques d'auto-hypnose très similaires à celles proposées par le centre de traitement de la douleur de l'hôpital de la Croix Rousse. Pour l'atelier sur la poitrine, il propose un atelier d'automassage des seins, lui-même préalable à l'apprentissage de l'autopalpation mammaire, afin de connaître la texture des tissus organiques et de repérer, le cas échéant, des aspérités dans ces tissus (des masses, des boules, des tensions anormales, etc.). Ce ne sont là que des exemples et non une liste exhaustive des pratiques d'auto-soin féministes.

II.2.1.3. Les pratiques collectives d'auto-soin : une contradiction dans les termes ?

Loin d'être une contradiction, les pratiques d'auto-soin féministes n'ont de sens que si elles sont collectives. Pour réinventer les relations au corps sensible et aux normes capacitaires, le groupe est nécessaire. Il n'y a pas de conscientisation, au sens où l'entendent les pédagogies de l'émancipation, sans la présence d'un groupe avec lequel partager ses expériences et construire des stratégies de lutte ou de défense. Les pratiques d'auto-soin individuelles n'ont pas la même ambition politique, ni les mêmes effets subjectifs. Elles relèvent davantage du développement personnel, avec tout ce que cela comporte d'injonctions contradictoires et de récupérations commerciales⁹⁸¹.

D'une certaine manière, les pratiques d'auto-soin féministes matérialisent le célèbre slogan féministe déjà maintes fois cités : « le

981 La récupération capitaliste et néolibérale des techniques de développement personnel, dans lesquelles sont souvent intégrées les pratiques somatiques ou les groupes de conscientisation féministes, a été en partie abordée à l'occasion d'un colloque qui s'est tenu en juin 2021 à la Maison des Sciences de l'Homme Paris Nord intitulé « Développez-vous ! Pratiques et ambivalences du développement personnel ». Cf. <https://calenda.org/842127>

personnel [ou bien le privé, ou encore l'intime] est politique ». Que signifie concrètement ce slogan dans des groupes d'auto-soin ?

Affirmer que l'intime est politique, c'est tout d'abord préciser que, d'un côté, ce qui se passe à un niveau intime a des fondements politiques, c'est-à-dire résulte d'une organisation spécifique des rapports sociaux. D'un autre côté, ce qui est privé n'est pas apolitique, c'est-à-dire que la politique ne doit pas s'en désintéresser. Pour comprendre ce double processus, je renvoie à nouveau aux troubles intéroceptifs que subissent les femmes et les personnes minorisées en raison de leur genre. Les représentations sociales sur les corps dits féminins (minceur, blancheur, volupté, objectification, etc.) ont des conséquences sur le plan des vécus (ou des non vécus) corporels en première personne (faim, désir, émotions, douleurs, etc.). De plus, les troubles de l'intéroception ont des effets en termes de santé publique nécessitant des actions politiques de prévention ou de traitement (par exemple la prise en charge différenciée des infarctus entre femmes et hommes).

Affirmer que le personnel est politique, c'est aussi penser que la transformation de soi a des conséquences sur la manière d'exister publiquement. Si une personne va bien, elle a généralement davantage de ressources pour se tourner vers les autres. Or, l'auto-soin, c'est en grande partie chercher à se faire du bien, parce que cela compte pour soi, mais aussi pour autrui. Dans l'entretien accordé à Fussinger, Rey et Vuille, Nissim résume cela de la façon suivante : « L'idée centrale dans le *self-help*, c'est de se réapproprier son propre corps et de se débarrasser de la honte, de la culpabilité, de l'impression qu'on est moche. [...] Pouvoir se débarrasser de

toute cette honte qui a bien sûr un impact énorme sur notre façon d'entrer en relation »⁹⁸².

Affirmer que le privé est politique, c'est enfin lutter contre l'isolement des personnes opprimées, et créer les conditions de possibilité d'une communauté. De fait, la perte de liens sociaux demeure l'une des conséquences des oppressions structurelles en général, et de l'oppression patriarcale en particulier. Les femmes sont assignées au foyer, au travail domestique, au travail émotionnel, etc., c'est-à-dire à tout ce qui concerne la sphère privée, à tout ce qui n'est pas mis en évidence ou valorisé publiquement (sur le plan économique comme symbolique). D'où l'intérêt d'en finir avec la distinction usuelle entre sphère publique et sphère privée. Racontant son engagement au sein des mouvements pour la libération de l'avortement et de la contraception (MLAC), Nissim affirme que ce « lien entre le privé et le politique était extrêmement important ». Dans ces mouvements, des femmes issues de milieux sociaux et culturels très divers se rendaient compte qu'elles n'étaient pas seules face à la problématique de l'avortement. Pour Nissim, « cela a été très fort pour nous toutes au niveau de notre développement personnel, et en même temps au niveau du développement du mouvement. L'isolement est la pire des choses dans l'oppression »⁹⁸³. D'où la nécessité de faire communauté.

982 FUSSINGER Catherine, REY Séverine, VUILLE Marilène. « S'approprier son corps et sa santé. Entretien avec Rina Nissim ». art. Cit.

983 Ibid.

Pour illustrer la façon dont l'intimité peut faire communauté, je propose de décrire le déroulement de la première séance du groupe d'auto-soin de Somanarca, que nous avons organisée Laura et moi. Le thème était l'immunité et le titre proposé par le référentiel « Renforcer ses défenses et devenir plus forte ». Cette séance a eu lieu le mardi 19 novembre 2019 et a pris place dans le salon de mon appartement situé dans le septième arrondissement de Lyon.

Pendant trois heures et demie, nous nous sommes retrouvés-es chez moi pour parler défenses immunitaires. Nous avons aménagé l'espace pour qu'il soit confortable de discuter en grand comme en petits groupes, pour qu'il soit possible d'effectuer quelques étirements et mouvements de *do in*, pour qu'il soit agréable de rester là pendant tout ce temps. La table et les chaises avaient été déplacées dans le couloir, de sorte qu'il fallait les escalader pour se rendre aux toilettes ou à la cuisine. Des coussins de toutes les tailles et toutes les formes avaient été disposés par-terre autour du canapé. Les volets avaient été fermés pour garantir l'intimité. La table basse était recouverte d'un tableau blanc magnétique, de feutres de couleur, de pense-bête, de feuilles blanches, de petits carnets que nous avons glanés ici et là (il y en avait un par personne), du référentiel d'auto-santé des femmes, de notes éparses et de mon ordinateur. Dans un coin, les victuailles apportées par les participant-es avaient été regroupées. Il y avait des tartes, des salades, des tartinades, du thé glacé, des jus de fruits, etc., en bref, de quoi nourrir le groupe pendant deux jours.

Suite à quelques minutes d'échanges informels, tout le monde a pris une place et a reçu un petit carnet. Laura et moi avons présenté le déroulé de la séance, après avoir rappelé les enjeux de celle-ci, et plus largement du groupe d'auto-soin. Nous étions émues d'animer cette première séance et, par là-même, de concrétiser le groupe d'auto-soin. Nous avons également explicité le dispositif de prise de parole en groupe, que nous

avons par ailleurs déjà utilisé dans nos réunions de réflexion. Lorsqu'une personne prend la parole, elle dit « je prends » et lorsqu'elle la laisse elle dit « je laisse ». Tant que ces derniers mots n'ont pas été prononcés, il n'est pas possible de parler. Cela permet de laisser la pensée se déployer et, si besoin, de réfléchir en silence. Lorsqu'une personne demande la parole, elle tape dans ses mains. Si elle est la première à la demander, elle tape une fois ; si elle est la deuxième, elle tape deux fois, etc. Cela permet de faire circuler la parole, sans que cette tâche soit confiée à quelqu'un-e en particulier. Après ces quelques indications préalables, nous avons pu débiter l'atelier d'auto-soin. Il était 19h30.

Dans un premier temps, nous avons lu quelques citations suggérées par le référentiel au sujet des défenses immunitaires. Cela a permis d'introduire le brainstorming sur ce thème. Durant trente minutes, il s'est agi, premièrement, de répondre à la question « que nous évoquent les mots de renforcement immunitaire ? » suivant le dispositif de parole décrit ci-dessus. Les réponses étaient synthétisées et écrites sur le tableau blanc. Deuxièmement, il s'est agi de classer collectivement les réponses selon les catégories suivantes : actions individuelles, actions sociales, actions collectives

Dans un deuxième temps, j'ai animé un *do in* pendant une heure. Nous avons alors installé des tapis au sol et poussé les meubles contre les murs. Au travers de cet atelier, il a été question, sinon de comprendre, du moins de ressentir les différentes fonctions énergétiques (les méridiens) de l'organisme. Pour ce faire, j'ai transmis les six étirements fondamentaux établis par Masunaga Sensei. De plus, j'ai apporté quelques éléments théoriques concernant les cycles chronobiologiques sur lesquels se fonde la médecine traditionnelle chinoise et japonaise.

Dans un troisième temps, nous avons réalisé une lecture collective d'un texte proposé et rédigé par les autrices du référentiel intitulé « les trois sœurs ». Ce texte explique, quoique de manière métaphorique, le fonctionnement et les interactions des trois systèmes physiologiques principaux de l'organisme : le système nerveux, le système hormonal et le système immunitaire. Il permet de vulgariser des connaissances biomédicales sur l'immunité. Nous avons ensuite discuté collectivement pendant une dizaine de minutes à propos des apports ou des incompréhensions du texte. Pour appuyer la lecture, le référentiel suggère d'effectuer un schéma que nous avons dessiné ensemble.

Dans un quatrième temps, il était question d'élaborer un programme visant à renforcer collectivement les ressources des femmes et des minorités de genre. Pour ce faire, nous avons procédé en trois étapes : la première, d'une durée de vingt minutes, consistait à échanger des idées ou des envies à ce sujet par groupe de deux ou trois personnes. La deuxième, d'une durée équivalente, invitait chaque participant-e à construire son programme individuel en répondant aux questions suivantes : qu'est-ce que je mets déjà en œuvre ? Qu'est-ce que je souhaite mettre en œuvre ? Qu'est-ce que je peux mettre en œuvre dès demain ? La troisième étape, qui a duré une dizaine de minutes, visait à mettre en commun les réflexions personnelles, afin d'identifier d'éventuelles difficultés quant à la mise en place d'un tel programme, ou bien d'échanger nos « trucs et astuces » concernant nos routines de santé ou de bien-être.

Dans un dernier temps, j'ai proposé une méditation guidée, dans le but de se recentrer, d'assimiler l'atelier et de rester quelques minutes assis-es en silence. Il nous semblait important de trouver une façon de clore la séance dans le calme et la sérénité, notamment en raison de l'heure tardive ; il était 22h30.

II.2.2. L'auto-soin féministe : une démarche d'empowerment

II.2.2.1. Un empowerment « radical »

Dans sa formulation usuelle, *l'empowerment* comporte trois dimensions : une dimension individuelle, une dimension collective et une dimension politique et sociale. Ce sont trois déclinaisons du pouvoir d'agir : pour la dimension individuelle, il s'agit d'un « pouvoir de », entendu comme la capacité à mobiliser ses ressources personnelles et à s'affirmer comme individu-e. Pour la dimension collective, il s'agit d'un « pouvoir avec » qui résulte des interactions et des relations avec les autres. Pour la dimension politique, il s'agit d'un « pouvoir sur » dont l'objet est la transformation sociale vers plus d'égalité et de justice. La philosophe Nassira Hedjerassi et la spécialiste en science de l'information et de la communication Yolande Maury ajoutent une quatrième dimension : le « pouvoir contre ». Dans ce cas, *l'empowerment* se présente comme une « capacité d'agir contre l'inertie des choses, de s'affranchir des contraintes, de transgresser l'ordre social via une action transformatrice et créatrice »⁹⁸⁴.

La formulation la plus radicale de *l'empowerment* prend en compte ces quatre dimensions, bien qu'elle mette l'accent sur l'ancrage politique de l'action. Plus précisément, elle affirme qu'un *empowerment* sans visée émancipatrice ne peut être qualifié ainsi. Dans ces conditions, *l'empowerment* se caractérise par la « construction d'une conscience critique et sur les conditions structurelles de

984 MAURY Yolande, HEDJERASSI Nassira. « *Empowerment, pouvoir d'agir en éducation* ». *Spirale - Revue de recherches en éducation*. N°66, 03/2020. Pp. 3-13. <https://www.cairn.info/revue-spirale-revue-de-recherches-en-education-2020-3-page-3.htm>

la domination », ainsi que l'écrivent la sociologue Marie-Hélène Bacqué et l'économiste Carole Biewerner⁹⁸⁵. *L'empowerment* est donc un processus plutôt qu'un état, il ne se décrète pas.

Faire de *l'empowerment* l'objectif des groupes d'auto-soin féministes, c'est donc insister sur leur intention émancipatoire. Au fondement de cette intention, il y a des enjeux épistémiques. Dans le champ de la santé des femmes, *l'empowerment* concerne en effet la réappropriation du savoir médical. La première étape consiste à contourner l'opacité du langage savant qui, parce qu'il est hyper-spécialisé, tient à distance les personnes concernées. Il s'agit d'acquérir des informations médicales ou scientifiques claires et détaillées. La deuxième étape est de réussir à participer, en tant que personne concernée, à la production et à la diffusion des savoirs acquis. Pour les femmes, il s'agit de se présenter comme « une source légitime de savoirs sur leur propre corps », comme l'écrit la politiste Lucile Quéré⁹⁸⁶.

La démarche d'*empowerment* va de pair avec le développement d'une « agentivité épistémique ». Selon bell hooks, l'« agentivité épistémique » désigne non seulement le pouvoir d'agir, mais aussi la capacité à se constituer comme sujet de connaissance (et pas uniquement comme objet). Elle permet d'affirmer sa valeur dans le régime du savoir ou, en d'autres termes, la

985 BACQUÉ Marie-Hélène, BIEWERNER Carole. *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?* Paris : La découverte, 2013. p. 143

986 QUÉRÉ Lucile. « Lutttes féministes autour du consentement. Héritages et impensés des mobilisations contemporaines sur la gynécologie ». *Nouvelles questions féministes*. N°35, 01/2016. Pp. 32-47. <https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2016-1-page-32.htm>

légitimité de son autorité épistémique⁹⁸⁷. Un *empowerment* sans agentivité épistémique n'a rien d'émancipateur. Au contraire, il peut créer une nouvelle forme d'hétéronomie, c'est-à-dire générer une sorte de *désempowerment*. Lorsque la méthode d'*empowerment* est perçue comme une solution et non comme un outil, l'ambition de la transformation sociale ne peut advenir. En effet, les personnes sont en quelque sorte aliénées à cette méthode et, ce faisant, n'ont pas la possibilité de consacrer du temps et de l'énergie au combat politique. Cela peut arriver quand les personnes sont dans une grande situation de vulnérabilité (traumatisées, souffrantes, exclues, etc.). Il est donc indispensable de rappeler que les outils de l'*empowerment* ne sont que des outils, et qu'ils n'existent que pour accompagner un processus individuel de réappropriation de soi. Sans ce processus individuel, durant lequel se constitue l'agentivité épistémique, l'émancipation n'est qu'une incantation verbale et creuse.

Dans les années 1970, cette reconquête des savoirs médicaux par les femmes s'est par exemple traduit par la publication de l'ouvrage collectif *Our bodies, Ourselves* (OBOS). S'il a été publié pour la première fois en 1971 aux États-Unis, cet ouvrage a été adapté dans plus de trente langues. Il est davantage question d'adaptation que de traduction, car chaque version tient

987 Cf. hooks bell. *All about love : new visions*. New York : William Morrow, 2001. Cité dans BISAILLON Maude. *Le rapport entre identité et politique : les pratiques éthiques et pédagogiques transformatives de bell hooks*. Mémoire en science politique. Université d'Ottawa. 2021. https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/42690/1/Bisaillon_Maude_2021_memoire.pdf

compte du contexte géopolitique et social dans lequel elle est diffusée⁹⁸⁸. Ce livre ne cesse d'être réédité et actualisé. À chaque édition, c'est la mise en commun de connaissances et d'expériences qui guide la rédaction. En témoigne la publication d'une version totalement revisitée et actualisée par le Collectif NCNM en 2020, après plus de trois ans de travail de recueil et d'organisation d'informations⁹⁸⁹. Sur le site officiel du collectif, l'ouvrage est présenté comme suit : « ce livre a été forgé à partir de nos expériences et des paroles de plus de 400 femmes cisgenres, et de quelques personnes trans et non-binaires, qui ont accepté de nous confier leurs vécus, leurs analyses, leurs ressources ou stratégies pour se défendre, s'émanciper et se réappropriier leur corps »⁹⁹⁰.

Actuellement, de nombreux groupes d'auto-gynécologie se forment et se recomposent souvent autour d'un spectre de pratiques très vaste. Ces ateliers collectifs constituent, selon l'expression de la sociologue Aurore Koehlin, des « espaces-temps temporaires », dont les préoccupations vont de la contraception à l'avortement, en passant par le traitement de la ménopause ou de pathologies gynécologiques, le dépistage du cancer du sein ou encore la réappropriation de la sexualité. L'investissement des participant-es peut être ponctuel ou continu, et les outils varient selon les groupes et les thématiques abordées (auto-examen, théâtre forum, etc.). Si

988 À titre d'exemple, les anthropologues Nesrine Bessaïh et Anna Bogic effectuent une étude comparative de trois versions francophones d'*OBOS* : une version québécoise, une version française et une version sénégalaise. Cf. BESSAÏH Nesrine, BOGIC Anna. « "Nous les femmes" de 1970 à 2017 à travers les traductions et adaptations de *Our Bodies, Ourselves* en français ». *Traduction, terminologie, rédaction (TTR)* vol. 29 n°2, 2016. pp. 43-71. <https://www.erudit.org/fr/revues/ttr/2016-v29-n2-ttr03940/1051013ar.pdf>

989 Cf. COLLECTIF NCNM. *Notre corps, nous-mêmes*. Marseille : Hors d'atteinte, 2020

990 <https://www.notrecorpsnousmemes.fr/>

diverses que soient ces pratiques, elles s'organisent généralement autour de ressources textuelles qui circulent dans les milieux libertaires et anarchistes de façon transnationale⁹⁹¹. Les textes (fanzines, brochures, manuels, etc.) peuvent être canadiens, belges, états-uniens, espagnols, suisses, etc., mais forment un socle homogène de connaissances sur l'auto-gynécologie⁹⁹². Par le biais de recherches actives et autodidactes, les groupes d'auto-gynécologie s'attachent à révéler des savoirs perçus comme oubliés, inexistant, dissimulés. Il ne s'agit pas tant de savoirs vernaculaires secrets ou mystérieux, que de savoirs parfois dédaignés par les institutions médicales conventionnelles (par exemple : phytothérapie, thérapies manuelles, etc.). En ceci, ces groupes effectuent un réel travail agnotologique, soit un travail consistant à dépasser la production institutionnelle d'ignorance sur le corps des femmes et des minorités de genre. L'ambition première est de s'autonomiser face au pouvoir médical, c'est-à-dire d'atténuer l'asymétrie de la relation de soins. L'ambition ultime, en revanche, est de changer les pratiques médicales et d'améliorer l'accès aux soins. Il n'est pas question de se passer des médecins-ciennes, mais de modifier le cadre et le comportement de ceux et celles-ci. Comme l'écrit Koechlin, « il ne s'agit, dès lors, pas tant d'une autonomie vis-à-vis des médecins qu'une autonomie des femmes, au sens d'*empowerment* »⁹⁹³.

II.2.2.2. Une intimité engagée

La spécificité des groupes d'auto-soin féministes est de susciter un *empowerment* radical en partant d'expériences intimes. L'intimité est engagée à

991 Cf. RUAULT Lucile. « La circulation transnationale du *self-help féministe* : acte 2 des luttes pour l'avortement libre ? ». *Critique internationale*. n°70, 01/2016. Pp. 37-54. <https://www.cairn.info/revue-critique-internationale-2016-1-page-37.htm>

992 Cf. KOEHLIN Aurore. « L'auto-gynécologie : écoféminisme et intersectionnalité ». *Travail, Genre et société* n°42, 02/2019. pp. 109-126. <https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2019-2-page-109.htm>

993 KOEHLIN Aurore. « L'auto-gynécologie : écoféminisme et intersectionnalité ». art. cit.

double titre : d'un côté, elle est engagée en tant qu'elle est impliquée. C'est une condition nécessaire, sinon suffisante, des groupes de conscientisation et des pratiques d'auto-soin. D'un autre côté, elle est engagée au sens où elle a quelque chose de militante.

Cependant, l'intimité n'est pas intrinsèquement militante. C'est le fait de parler d'intimités dévalorisées (celles des corps féminins ou des corps en dehors des normes genrées) qui comporte une dimension subversive. C'est également le fait de mettre en commun ces intimités pour en retirer des expertises sur le corps ou la santé qui leur donne une consistance contestataire.

Dans les groupes d'auto-soin féministes, la question de l'intimité se cristallise souvent autour de la sexualité. Cela peut s'interpréter de plusieurs manières. Tout d'abord, cela peut découler de l'histoire de ces groupes. De fait, ces derniers se sont majoritairement constitués autour des combats pour l'accès à la contraception et à l'avortement, donc autour de la sexualité reproductive. Ensuite, cela peut résulter de la place de la sexualité dans les constructions identitaires. Comme souligné à plusieurs reprises dans ce travail, la sexualité est en effet une dynamique structurelle qui participe de la normalisation des rôles sociaux. Enfin, cela peut provenir de la prévalence des violences et des traumatismes à l'endroit de la sexualité. Du harcèlement sexuel dans les lieux de sociabilité aux viols conjugaux, en passant par toutes les interactions qui relèvent des « zones grises », la sexualité est souvent le premier lieu où les femmes et minorités de genre prennent conscience de la domination patriarcale.

D'où la prépondérance du thème de la sexualité dans les groupes d'auto-soin ou d'auto-gynécologie. Ces espaces représentent des opportunités pour se réapproprier son corps à travers une réappropriation de sa sexualité. À cet égard,

le développement d'une autonomie sexuelle est un enjeu de taille pour ces groupes. Autrement dit, c'est par le développement de l'autonomie sexuelle (dans des termes très similaires aux propos de la philosophe Jennifer Nedelski) que peut démarrer une démarche d'*empowerment* plus globale. Envisager la sexualité comme un espace de codétermination fondé sur une capacité d'interaction créative, c'est un premier pas pour s'affirmer comme acteur-riche de sa vie, donc de sa santé.

C'est pourquoi le consentement est une thématique centrale au sein des groupes d'auto-soin féministes. Comme l'explique Quéré, la (re)politisation de la santé des femmes passe par la revendication et la redéfinition du consentement⁹⁹⁴. Si la promotion publique du consentement se base sur une définition de l'autonomie faisant des patient-es des personnes responsables de leur parcours de soin depuis la loi Kouchner de 2002, les groupes féministes insistent en général sur les biais rationalistes et validistes d'une telle acception.

Dans les groupes d'auto-soin féministes, la question des interactions corporelles revient beaucoup lorsqu'on commence à s'interroger sur l'intimité. Par conséquent, le thème du toucher, parce qu'il implique une interaction corporelle, intervient facilement. Au sein de Somanarca, il nous paraissait en effet crucial d'aborder la question du toucher et de sa complexité technique, dans la mesure où ce sens était fréquemment mobilisé dans les ateliers de pratiques corporelles. Certes, mes préoccupations philosophiques pouvaient influencer celles du groupe. Mais la volonté d'acquérir une aisance pour toucher

994 Cf. QUÉRÉ Lucile. « Lutttes féministes autour du consentement. Héritages et impensés des mobilisations contemporaines sur la gynécologie ». art. cit.

d'autres corps ou se laisser toucher était largement partagée par les participant-es. Le toucher cristallisait certaines peurs ou bien révélait certains inconforts que nous désirions, sinon désamorcer, du moins interroger dans l'espace de ces ateliers. De fait, le contact tactile peut être reçu de manière très violente et intrusive par des personnes qui ont subi des sévices ou des agressions sexuelles. Or, dans une collective féministe fondée sur la non-mixité, une proportion non négligeable de participant-es avaient probablement été confronté-es à de telles violences, à commencer par moi-même⁹⁹⁵.

Pour exemplifier la manière dont l'expérience du toucher implique l'intimité dans les groupes d'auto-soin féministes, je propose de décrire une séance d'atelier de pratiques corporelles de Somanarca que j'ai animée en décembre 2019, peu de temps avant les vacances de fin d'année. Le thème était le shiatsu du visage. Lors de cette séance, nous étions six. Nous nous sommes retrouvés-es à 19h devant le centre social du deuxième arrondissement de Lyon. Pour nous réchauffer, nous avons commencé par boire une tisane et discuter durant un petit quart d'heure. Pour nous échauffer, j'ai proposé quelques mouvements de *do in* debout : auto-massage du visage, percussions sur tout le corps, secousses des articulations, étirements des chevilles, des orteils et des poignets.

995 Dans une enquête publiée en février 2022, la Commission de la condition de la femme des Nations Unies estime que près d'une femme sur trois a été victime de violences sexistes et sexuelles au moins une fois dans sa vie. Pour plus de détails, cf. <https://www.unwomen.org/fr/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>. Sans pouvoir étayer cette intuition, j'ai tendance à croire que la proportion de victimes au sein du milieu féministe activiste est plus importante : la volonté d'obtenir réparation, le besoin de se réapproprier un corps violenté, la nécessité de transformer la souffrance en action, etc., sont autant de moteurs pour l'engagement militant.

Avant de commencer la pratique à proprement parler, j'ai tenu à demander aux participant-es d'exprimer leur ressenti à l'idée de se faire toucher le visage par d'autres. Pour la plus réticente, je lui ai suggéré d'être ma partenaire de démonstration, afin d'ajuster les points de pression au mieux. Je pensais que mes cinq ans de formation et mes années de pratique du shiatsu autoriseraient une plus grande marge de manœuvre dans les gestes. La participante a accepté. De sorte qu'elle a pu orienter l'intensité et la durée des pressions, préciser le type de manipulations qu'elle préférait (les enveloppements avec l'ensemble de la main) ou refusait (les points d'acupression vers les yeux et les mâchoires), etc.

Ensuite, nous avons aménagé l'espace à notre convenance. L'ensemble des tables et des chaises avaient été poussées dans le fond de la salle, afin de dégager un espace suffisant pour trois paires de tapis. Nous avons recouvert les tapis de couvertures et gardé un plaid de côté pour couvrir la personne allongée au sol.

Enfin, trois binômes ont été formés et se sont installés sur les tapis. Je me suis placée au centre de la salle pour que mes indications soient suffisamment audibles et visibles. Une personne devait s'allonger sur le dos, l'autre se positionner à genoux derrière la tête face aux pieds de son ou sa partenaire. La première phase de l'atelier consistait à trouver la position la plus confortable et la plus adaptée pour le dos, les genoux et les épaules. L'enjeu était de conserver le dos droit du sacrum (os en bas de la colonne vertébrale) à l'occiput (os à l'arrière et en bas du crâne), de disposer les genoux de chaque côté de la tête du ou de la partenaire sans être trop proche ni trop éloigné-e, de ne pas crisper ses épaules, ses coudes et ses poignets pour éviter les tensions musculaires. Si besoin, un coussin était placé sous les fesses pour déplier légèrement les

genoux. Cette phase nécessitait déjà un important travail de concentration et d'attention à son corps, à sa posture, à sa respiration. L'une de mes enseignantes de shiatsu (Christine), nous répétait souvent que si le ou la *jusha* percevait le souffle de notre respiration sur sa peau, c'est que nous étions trop proches de lui ou elle.

La deuxième phase visait à trouver la bonne position et la juste détente dans ses mains, lorsque celles-ci étaient posées sur le visage du ou de la partenaire. Il s'agissait de garder les pouces dans l'alignement des avant-bras et de soutenir le placement de ceux-là par le biais des quatre autres doigts. De cette manière, il était alors possible d'effectuer des acupressions qui ne glisseraient pas sur la peau ou contreviendraient aux courbes du visage et du crâne.

La troisième phase était consacrée à la transmission d'un ensemble de gestes et de manœuvres partant du sommet du crâne et descendant jusqu'aux mâchoires. Il y avait de la digipuncture, des tapotements, des étirements, des massages, etc. L'ensemble durait une vingtaine de minutes. Je montrais en même temps que les autres pratiquaient. À la fin de cette séquence, nous avons pris quelques minutes de pause, puis nous avons échangé les rôles, moi comprise. Tout en donnant les indications, je recevais un shiatsu du visage.

Au terme de cette séance, nous avons repris quelques minutes pour partager nos ressentis quant au fait de toucher un visage, de se faire toucher le visage, d'encadrer chaque geste par une attention à la posture de son corps, de ses mains, de son souffle, etc. Certain-es avaient été à l'aise de toucher mais pas de l'être, d'autres préféraient être touché-es que d'effectuer les gestes, d'autres encore avaient eu l'impression de faire intrusion dans l'espace intime de l'autre. Et tous-tes avaient trouvé les postures des genoux et du dos difficiles à trouver et fastidieuses à tenir.

Grâce à cette expérience, j'ai compris par le corps et par les gestes ce que j'avais entraperçu dans mes recherches : on ne peut jamais savoir ce que sentir veut dire pour autrui. Le sentir est grandement façonné par les trajectoires biographiques. Il constitue un lieu de vulnérabilité et, à ce titre, peut devenir une source de souffrance. En d'autres termes, l'expérience sensible de son corps, dès lors qu'elle est partagée avec quelqu'un-e d'autre, peut mettre les individu-es face à des mémoires traumatiques, à des craintes ou à des situations de grande vulnérabilité. Or, se faire toucher le visage est une expérience particulièrement vulnérabilisante. C'est pourquoi l'intimité que revêt le contact tactile nécessite des outils visant à encadrer cette interaction, tant sur le plan du consentement, que sur celui de la réflexivité. Il paraît important de laisser de l'espace pour codéterminer un véritable accord, ainsi que pour revenir ensemble sur l'expérience partagée. Par exemple, la partenaire avec qui j'ai pratiqué le shiatsu du visage a pu se réapproprier cet échange tactile, en guidant le processus selon son ressenti, et en partageant cela au reste du groupe.

II.2.2.3. Une pédagogie sensible et engagée

Si les groupes d'auto-soin féministes constituent un exemple d'éducation à la santé tournée vers l'émancipation, c'est parce qu'ils réalisent l'objectif d'une pédagogie sensible et engagée. De fait, ces groupes facilitent l'accès à l'expérience sensible dans ce qu'elle a de polysémique. Par « expérience sensible », s'entend premièrement une sensibilité affective : le but est d'améliorer l'estime de soi afin de développer son pouvoir d'agir. Deuxièmement, s'entend une sensibilité corporelle : il est important d'apprendre à sentir son corps et de légitimer ce que l'on ressent. S'entend troisièmement une sensibilité ordinaire : l'émancipation se matérialise avant tout dans la réalité quotidienne et n'est pas un horizon inatteignable. Dans ce cadre, l'émancipation est un processus constant et complet, qui va de la transformation de soi

à la transformation sociale, et dont l'objectif est la légitimation de la sensibilité. Il s'agit d'admettre que le corps sensible est politique.

Le fil rouge d'une pédagogie sensible et engagée est le bien-être. De fait, le plaisir d'apprendre et de faire communauté doit être fondamental. De même, la transformation du réel passe par la reconnaissance de pouvoir affecter et être affecté-e positivement par les autres. L'émancipation est effective si la critique (politique et épistémologique) a des incidences sur la vie concrète des individu-es, et, plus précisément, si elle permet un gain en termes de bien-être. Pour reprendre des mots de bell hooks, « la "pédagogie engagée" est plus exigeante que la pédagogie critique habituelle, ou que la pédagogie féministe [...], car elle insiste sur le bien-être »⁹⁹⁶. Par conséquent, cette pédagogie affirme et assume son caractère hédoniste, c'est-à-dire son intérêt pour le plaisir et le bien-être des individu-es.

Par ailleurs, la pédagogie engagée nous apprend à « être pleinement présent-e avec son corps », ainsi que l'écrit hooks⁹⁹⁷. C'est en ce sens que la pédagogie engagée, telle qu'elle est théorisée par cette autrice, est holiste. Dans le sillage du moine bouddhiste Thich Nhat Hanh et du pédagogue Paulo Freire, hooks théorise une éducation ancrée dans l'expérience ordinaire et actuelle du corps, afin de donner de l'importance à ce qui est disqualifié sur la scène politique ou dans l'arène philosophique – en l'occurrence, l'expérience des personnes opprimées. Afin aussi de valoriser ce sur quoi on a une prise, donc un

996 HOOKS bell (trad. FOURTON Clémence). « La pédagogie engagée ». *Tracés* n°25, 2013. pp. 179-190. <https://journals.openedition.org/traces/5852>

997 Ibid.

pouvoir d'agir ; en l'occurrence, l'expérience du présent. Cela ne signifie pas que la pédagogie engagée est indifférente aux luttes passées ou à venir. Bien au contraire, ces dernières façonnent notre expérience quotidienne. Cela signifie qu'elle se donne des objectifs palpables et réalistes. Des objectifs inatteignables peuvent non seulement décourager à force de nous confronter à l'échec, mais aussi engendrer un *désempowerment* en aliénant les personnes à des éléments sur lesquels elles n'ont pas de prise.

Parce qu'ils proposent une pédagogie holiste et hédoniste, les groupes d'auto-soin féministes réalisent le projet d'une éthique de la mise en contact. De fait, ces groupes valorisent la matérialité sensible des corps, c'est-à-dire leur dimension affective, sensorielle et discursive. Les affects guident le processus éducatif ; les sensations disposent d'une valeur épistémique à part entière ; les corps sont les instruments d'une lutte orientée vers l'émancipation. Plus encore, ces groupes mettent en œuvre des pratiques collectives dans le but de faire émerger cette matérialité. La relationnalité des pratiques est un élément fondamental pour faire advenir le corps sensible.

Cette réappropriation du corps sensible, que les pratiques somatiques appellent également de leurs vœux, exige de rompre avec l'opposition entre soin de soi et conscience politique. Loin de s'exclure, soin de soi et conscience politique se nourrissent mutuellement. C'est à ce titre que l'éthique de la mise en contact est partie prenante d'une épistémologie du point de contact. Comme expliqué au chapitre précédent, l'épistémologie du point de contact consiste à se réapproprier le sens du toucher, qui reste encore souvent dévalué, notamment parce qu'il peut être porteur d'une charge sexuelle. L'enjeu est d'incorporer la théorie et l'action politiques et ce, en faisant du corps sensible le critère d'évaluation des pratiques. En référence au point d'acupression du shiatsu, l'épistémologie du point de contact part du principe qu'une lutte pour

l'émancipation doit comporter une dimension thérapeutique ou, a minima, un souci du bien-être. C'est pourquoi soin de soi et conscience politique ne peuvent, et possiblement ne doivent, pas être détachés.

III. Quelques réflexions sur le statut de l'expérience intime et singulière dans une thèse de philosophie

En m'appuyant sur mon expérience de praticienne de shiatsu d'un côté, et sur mon expérience au sein de la collective Somanarca de l'autre, j'ai effectué un geste très répandu au sein des discours somatiques. En effet, j'ai fait appel à la connaissance empirique, telle que la définit l'éducation somatique, à savoir une connaissance fondée sur l'expérience sensible et singulière.

Il y a plusieurs manières de convoquer cette connaissance empirique. La principale réside dans le recours à ce que Ginot identifie comme des « récits fondateurs ». Ces récits fondateurs sont des récits d'expérience, tantôt oraux, tantôt écrits, racontés souvent par les fondateurs-rices, parfois par leurs élèves, de pratiques somatiques. Ces récits ont un caractère autobiographique et décrivent les trajectoires thérapeutiques de leurs auteurs-rices. Généralement construits de façon similaire, ils ont pour vocation de prouver l'intérêt d'une pratique, en comparant cette dernière à l'aune des échecs de la médecine conventionnelle ou d'autres pratiques, en insistant sur l'ampleur ou la chronicité des problèmes de santé qui ont nécessité des soins et en révélant l'efficacité de la méthode employée. Pour Ginot, « la valeur de la méthode se mesurerait d'une part à l'ampleur des difficultés rencontrées [...]. Elle se mesurerait d'autre part, à l'ampleur de l'écart entre le début de récit (la gravité du cas présenté), et

la fin du même récit (la réussite de l'amélioration). Enfin, au degré d'échec des autres (médecins) sur le même cas »⁹⁹⁸.

Je dois reconnaître que la tentation du récit fondateur est forte. Si je devais parler d'un souvenir marquant de ma formation de shiatsu, je raconterais la manière dont Sasaki Sensei a désamorcé l'œdème de Quincke⁹⁹⁹ que j'ai subi suite à une allergie alimentaire durant un stage de formation. Malheureusement, l'état d'asphyxie partielle dans lequel j'étais ne m'a pas permis de me souvenir du protocole thérapeutique employé. Je sais néanmoins que je ne disposais pas du remède allopathique préconisé dans ce genre de situation (des seringues d'adrénaline). L'« échec » des autres médecines est donc très circonstanciel. En revanche, je me souviens nettement des vives réactions de mon organisme qui ont fait suite aux soins de shiatsu, que je ne détaillerai pas ici par égard pour le lectorat et ma dignité. Je garde en mémoire l'efficacité de ce traitement, auquel je n'aurais pas osé recourir, particulièrement en situation d'urgence.

Les récits d'expérience ont souvent valeur d'arguments d'autorité dans les discours somatiques ; ce qui pose des problèmes épistémologiques non négligeables. Pourtant, ces discours sont, ainsi que le souligne Ginot, généralement et paradoxalement assez pauvres en éléments somatiques : « on y apprend fort peu sur

998 GINOT Isabelle. « Discours sur le corps, techniques du corps et technocorps. À partir et non à propos de "Conscience du corps" de Richard Shusterman ». in GIOFFREDI Paule (dir.). *À la rencontre de la danse contemporaine : porosités et résistances*. Paris : L'Harmattan, 2009. pp. 265-293. <https://hal-univ-paris8.archives-ouvertes.fr/hal-00789046> [Consulté le 07/09/2020]

999 Selon le dictionnaire médical adapté dont je dispose, « un œdème de Quincke touche les muqueuses de la bouche et des voies respiratoires supérieures (lèvres, langue, pharynx, larynx) ainsi que les tissus sous-cutanés lâches du visage (paupières). Il se manifeste par un gonflement bien délimité, ferme, rose pâle, non prurigineux mais produisant une sensation de cuisson. Du fait de sa localisation possible à la gorge, l'œdème de Quincke entraîne un risque grave d'asphyxie pouvant survenir de plusieurs minutes à quelques heures après la première manifestation. Il peut également provoquer un arrêt circulatoire lorsqu'il est associé à un choc anaphylactique (insuffisance circulatoire aiguë, d'origine allergique). »

l'expérience du sujet central en matière de "conscience", de sensations ; s'il y est souvent question de transformations de la posture ou d'une fonction (respiration, digestion, motricité en général ...) c'est toujours du point de vue de l'observateur »¹⁰⁰⁰. Ces récits ont davantage pour rôle, quoique non conscient, d'exclure la possibilité de vérifier la scientificité des exemples. Chaque récit de cas renvoie à un précédent et, *in fine*, à une histoire personnelle, dont la réalité échappe à la démonstration scientifique. Ainsi n'est-il pas possible d'y appliquer un doute méthodique : la sensation demeure la plus petite unité à laquelle se rattacher, et non pas le premier objet de suspicion. Les récits de cas opposent un régime de croyance à un régime de raison. Ils ne visent pas à consolider l'édifice théorique, mais à changer le registre de discours. Comme le résume Ginot, « plutôt que d'illustrer la théorie, ils permettent d'en faire l'économie »¹⁰⁰¹.

En outre, mobiliser des histoires personnelles à titre d'argument d'autorité est une entreprise éminemment paradoxale. D'un côté, il s'agit d'insister sur la singularité et, de l'autre, de généraliser cette singularité. Ce procédé rhétorique demeure néanmoins pratique, car l'argument de la singularité neutralise toute critique extérieure, tout en proposant des exemples paradigmatiques. Mais si la singularité n'est pas transposable, alors elle n'est pas transmissible. Or, toute démarche pédagogique s'appuie sur un contenu transmissible. Par conséquent, l'argument de la singularité rend, en principe, l'éducation somatique impossible. Ce qui n'est pas tenable, surtout lorsque l'enjeu réside dans des soins futurs utiles et efficaces .

Une autre publication de Ginot s'inscrit toutefois en faux par rapport à cette critique. Il s'agit de l'article intitulé « Écouter le toucher », dans lequel l'autrice rend compte de séances individuelles de Feldenkrais auprès d'une personne atteinte du virus

1000 GINOT Isabelle. « Discours sur le corps, techniques du corps et technocorps. À partir et non à propos de "Conscience du corps" de Richard Shusterman ». art. Cit.

1001 Ibid.

VIH/SIDA¹⁰⁰², dont il a été question au chapitre 4. Dans cet article, Ginot parvient à la fois à donner une consistance somatique à son propos et à faire preuve de réflexivité sur sa pratique. Une grande part de ce texte est consacrée à la restitution des sensations du receveur. Une autre, non moins conséquente, à la contextualisation des soins dans une société sérophobe.

Il est donc possible de faire un bon usage pédagogiques des expériences personnelles. D'une part en prêtant attention à la part transposable, donc transmissible, du vécu singulier. D'autre part en considérant la dimension singulière de l'expérience comme une invitation à la prudence lors du processus de transmission. D'une certaine manière, la singularité naît de la coprésence de plusieurs pans de généralité dans l'instant de l'expérience. Par exemple, être une femme philosophe et praticienne de shiatsu aveugle souffrant d'une endométriose sévère en France durant le XXI^e siècle avec un long parcours d'errance diagnostique qui m'a rendue à la fois experte de mes maladies et rétive à l'institution médicale ... tout ceci constitue ma singularité. Mais cette singularité n'est qu'une conjonction de généralités (être une femme, avoir étudié la philosophie, être aveugle, etc.). La singularité ne doit pas masquer la complexité du vécu qui, même s'il n'est pas partagé, peut être appréhendé. D'où le fait qu'il puisse être cohérent et légitime de recourir à des récits d'expériences intimes et singulières dans une thèse de philosophie. C'est en tout cas le pari épistémologique que j'ai fait tout au long de cette thèse, et particulièrement dans ce chapitre.

1002 Cf. GINOT Isabelle. « Écouter le toucher : des pratiques corporelles pour des personnes vivant avec le virus VIH – le récit d'une expérience ». *Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva - O Trabalho em Saúde*. Tome 5 n°1, 2011. pp. 256-271

Conclusion du chapitre

Dans ce chapitre, j'ai souhaité explorer quelques pistes pour savoir comment l'éducation à la santé pouvait être un outil d'émancipation. Le but a été de montrer en quoi éduquer le et au corps sensible peut avoir une incidence sur le cadre des soins et, par extension, sur les stratégies de réappropriation de son corps et de sa santé.

En premier lieu, j'ai tenu à faire une critique féministe de l'éducation thérapeutique. Ce faisant, j'ai tenté d'explicitier les impensés qui traversent cette pratique au moyen des épistémologies féministes. En d'autres termes, il s'est agi d'identifier certains des fondements de l'éducation thérapeutique, et de les enrichir par le biais de la critique féministe. Premièrement, j'ai montré en quoi l'ETP avait tout intérêt à partir de la position des malades pour construire les programmes de soin. Deuxièmement, j'ai tenté de forger le concept d'autonomie thérapeutique relationnelle, dans le but de favoriser l'efficacité de l'ETP, tout en veillant à garantir aux malades la possibilité de s'émanciper de l'emprise médicale sur leur corps. Troisièmement, j'ai souhaité interroger la place du corps sensible dans l'ETP au moyen d'une étude de cas issue de ma pratique du shiatsu. Quatrièmement, j'ai tenu à ancrer l'éducation thérapeutique dans son contexte sociopolitique, afin de rappeler les enjeux structurels qui traversent ce dispositif. Cela m'a amenée à mettre en évidence certaines insuffisances quant à la prise en compte du corps sensible dans les programmes de soin. Face à ce constat, j'ai émis l'hypothèse suivante : si l'ETP échoue à éduquer le et au corps sensible, peut-être que d'autres formes d'éducation le peuvent. C'est pourquoi je me suis tournée vers les groupes d'auto-soin féministes.

En deuxième lieu, j'ai désiré expliquer en quoi le fait de chercher à se réapproprier son corps et sa santé au moyen des pratiques d'auto-soin féministes était un enjeu non seulement thérapeutique, mais aussi politique. Pour y parvenir, j'ai premièrement cherché à définir l'auto-soin à l'égard des pratiques d'auto-formation, puis vis-à-vis des différentes acceptions qui existent pour désigner ces pratiques (*auto-santé*, *self-help*, *self-care*, etc.). J'ai deuxièmement questionné le rôle de ces groupes dans les démarches d'*empowerment*. Forte d'une approche radicale de ce concept, j'ai souligné que, loin d'être une contradiction dans les termes, les pratiques d'auto-soin ne peuvent se faire qu'en groupe, parce qu'elles partent du principe que l'intime est politique. Après cela, il m'a fallu dresser les contours d'une pédagogie engagée sensible et holiste, soit d'une pédagogie soucieuse du bien-être des individu-es ainsi que de leur ancrage social. En conséquence, il m'est maintenant possible d'affirmer que les groupes d'auto-soin féministes mettent en place une pédagogie cohérente avec le projet d'une éthique de la mise en contact et de son corollaire théorique qu'est l'épistémologie du point de contact. Je tiens néanmoins à signaler que les groupes d'auto-soin féministes ne sont probablement pas les seules pratiques qui appliquent une pédagogie engagée sensible et holiste et, partant, qui répondent aux objectifs d'une épistémologie du point de contact. Si j'ai choisi de concentrer mon analyse sur ces groupes, c'est parce que cela résonne avec mon expérience, et que je voulais faire de l'expérience le fil conducteur de cette thèse.

En troisième lieu, j'ai souhaité appliquer la méthode de l'épistémologie critique à mon propre travail, en interrogeant la pertinence ou la validité de l'expérience intime et singulière au sein d'une thèse de philosophie. Les discours somatiques ont tendance à mobiliser des « récits fondateurs » en guise de preuve de leur efficacité. En réalité, ces récits fonctionnent souvent comme des arguments d'autorité non vérifiables ou, dans le langage de la philosophie des sciences, « infalsifiables ». Ainsi a-t-il été question de trouver des critères permettant de justifier le recours à l'expérience sensible. Ces critères sont les suivants : d'une part, la transmissibilité d'au moins une part de l'expérience ; d'autre part, la prudence quant à l'usage pédagogique ou argumentatif de ces récits. Dans les deux cas, cela s'accompagne d'une rigueur intellectuelle visant à distinguer les éléments singuliers incommunicables, des éléments généraux transposables.

Conclusion générale

L'enjeu de cette thèse a été de contribuer à une théorisation du corps sensible à partir de la notion de toucher de soin. Il s'est agi de comprendre le rôle du toucher de soin dans le processus de réappropriation du corps et de la santé et, par extension, la façon dont cette expérience prend part à une certaine forme d'émancipation.

Les questions motrices de cette thèse ont été les suivantes : comment, en philosophe, théoriser le toucher de soin ? Comment, en féministe, replacer le toucher de soin dans un contexte sociopolitique traversé de rapports de domination, et ainsi ouvrir la voie vers une certaine émancipation ? Et comment, en praticienne de shiatsu et personne aveugle, rendre compte de l'importance du corps sensible et, par extension, défendre la nécessité d'une éducation capable d'en révéler la complexité ? En d'autres termes, l'objectif a été de comprendre pourquoi l'on a besoin du toucher pour connaître, comment l'on peut connaître le toucher, et en quoi les expériences minoritaires participent à repenser le toucher.

Pour répondre à ces interrogations, le travail argumentatif s'est déployé sur six chapitres. Le premier a proposé une brève histoire philosophique du toucher. Le deuxième a effectué une épistémologie critique de ce sens. Le troisième a posé les fondements d'une épistémologie du corps sensible. Le quatrième a dressé une définition féministe du toucher de soin. Le cinquième s'est chargé de faire une critique située du toucher de soin. Et le sixième s'est demandé comment théoriser une éducation sensible et émancipatrice.

Les apports de ces chapitres peuvent être résumés selon quatre axes. Premièrement, comment la philosophie peut-elle problématiser le langage du toucher ? Deuxièmement, en quoi la critique du visiocentrisme produit-elle un point de contact entre l'épistémologie, l'éthique et la politique ? Troisièmement, comment repenser le toucher de soin à l'aune des éthiques du *care* et, par extension, trouver des outils pour éduquer au corps sensible ? Quatrièmement, en quoi l'articulation des pratiques corporelles avec le processus d'*empowerment* rappelle-t-elle que l'intime est politique ?

I. Le langage du toucher de soin : un problème philosophique

Dès les premiers chapitres, le langage du toucher a été problématisé au prisme de son apparente pauvreté. Cette pauvreté est particulièrement manifeste dans le langage ordinaire et elle se décline sur trois niveaux. Premièrement, une pauvreté lexicale : il manque des mots pour parler de l'expérience dans toute sa complexité. Cela peut rendre les distinctions conceptuelles fastidieuses, voire impossibles. Par exemple, la langue française manque de vocabulaire pour différencier le toucher actif (celui qui résulte d'un mouvement initié et intentionnel de la part du sujet percevant) et le toucher passif (celui qui produit des sensations en l'absence de mouvements volontaires).

Deuxièmement, une pauvreté thématique : le toucher est souvent réduit à sa dimension tactile (les sensations de frottement ou de pression sur la peau), voire à sa dimension manuelle (l'expérience tactile est restreinte à la zone des mains). Or, l'ensemble du corps peut toucher, dans la mesure où les mécanorécepteurs se situent dans toutes les parties de l'épiderme. De plus, les percepts tactiles sont intriqués à

d'autres percepts provenant de la sphère somesthésique (la perception de la température, la perception de la douleur, et la proprioception). À cet égard, l'expérience du toucher est néanmoins fidèle à la compréhension commune de ce sens. Dans l'expérience ordinaire, il est rare de discriminer la perception des changements de pression sur la peau et la perception de la température.

Troisièmement, une pauvreté symbolique : l'expérience du toucher est sexuellement connotée. Le vocabulaire tactile est souvent lié au vocabulaire sexuel. Certains mots ont un double sens suggestif, ou bien désignent explicitement des gestes ou des attitudes sexuelles. Cela contribue à enfermer ce sens dans un carcan symbolique redoutable, et à jeter un voile de pudeur ou de bienséance à cet endroit – ce qui, in fine, peut créer des tabous ou effacer un pan du vocabulaire tactile.

Cette triple pauvreté (lexicale, thématique, symbolique) vient justifier l'ordre d'exposition, c'est-à-dire le chemin argumentatif, de ce travail.

S'il manque des notions dans le langage ordinaire, alors comment expliquer leur signification ? La philosophie peine à enrichir à elle seule le vocabulaire du toucher. De fait, la brève histoire philosophique menée au début de cette enquête a montré que les définitions philosophiques du toucher que proposent Aristote, Condillac et Merleau-Ponty soulèvent trois paradoxes. Le premier paradoxe provient d'Aristote et fait du toucher à la fois le sens que tous les animaux ont en commun et le sens qui distingue l'espèce humaine des autres espèces animales de par sa finesse. Le deuxième paradoxe provient de Condillac et présente le toucher simultanément comme une expérience intime et introspective et comme le sens qui nous met en contact avec le monde extérieur à soi. Le troisième paradoxe provient de Merleau-Ponty et envisage le toucher en même temps comme le moyen de ressentir la fusion de la chair et comme l'expérience de la discontinuité par la découverte des frontières corporelles. Bien que

paradoxaux, ces définitions conservent toute leur pertinence car elles mettent en avant l'ambivalence de l'expérience tactile. De plus, ces définitions guident toujours les sciences expérimentales lors de l'élaboration de leurs problématiques de recherche. En témoignent des publications récentes sur le fameux problème dit de Molyneux. D'où l'intérêt de comprendre comment les sciences expérimentales actuelles tentent de résoudre avec leurs propres outils les problèmes formulés par la philosophie.

La neuropsychologie cognitive ainsi que les études neuroscientifiques paraissent pouvoir enrichir le lexique du toucher, parce qu'elles s'intéressent à décortiquer son fonctionnement et ses objets. À ce titre, les connaissances neuroscientifiques représentent un apport nécessaire pour parler du toucher et, a fortiori, pour complexifier la compréhension que l'on a de ce sens. D'une certaine manière, les neurosciences fournissent à la philosophie son matériau de travail.

Par exemple, la théorie philosophique dite du liage des traits, telle qu'elle est envisagée par Matthew Fulkerson puis expliquée par Alireza Bani Sadr, permet de rendre compte, à partir des connaissances neuroscientifiques actuelles sur le toucher, de la complexité de ce sens – lequel navigue entre perception tactile, haptique et somesthésique. Plus encore, elle insiste sur le caractère dynamique, processuel et intermodal de cette expérience, dans la mesure où elle décrit l'activité neurologique et cognitive qui participe à unifier et homogénéiser des percepts provenant de sources multiples et variées.

Cependant, il n'y a pas que les neurosciences cognitives qui parviennent à élargir les perspectives lexicales du toucher. De nombreuses pratiques mobilisent ou inventent un langage tactile. C'est le cas de certains artisanats, tels que l'ébénisterie, la couture, le stylisme, la récolte d'algues ou de coquillages, etc. Pour ces dernières, la texture, la forme, la granularité, la rugosité, la douceur, etc. sont des caractéristiques

prépondérantes nécessitant des savoirs et savoir-faire tactiles. C'est aussi le cas de certaines pratiques thérapeutiques pour lesquelles le contact physique est central. Et chaque discipline développe son propre vocabulaire. Entre la kinésithérapie, la maïeutique, l'haptonomie, l'ostéopathie, le shiatsu, les divers massages, le tui-na, la chiropraxie, l'étiopathie, les méthodes psycho-corporelles, etc., les termes abondent pour parler du toucher de soin.

Si je me suis concentrée sur les pratiques thérapeutiques, c'est pour des questions de cohérence avec la problématique de mon travail. Cela ne veut pas dire que seules les pratiques de soin peuvent réinventer le langage du toucher. De manière générale, le jargon, qu'il provienne du domaine scientifique ou d'un monde de spécialistes, représente une opportunité philosophique. Autrement dit, la philosophie a intérêt à chercher du côté des ressources externes à son propre langage et à s'en saisir philosophiquement pour se renouveler. C'est tout le sens d'une philosophie de l'expérience.

L'expérience est la clef de voûte de cette thèse. Elle en constitue à la fois le point de départ, c'est-à-dire le lieu où naissent les problèmes philosophiques, et le moyen d'éprouver la théorie, c'est-à-dire l'endroit où les idées se confrontent à la réalité. Elle en est également le prolongement, dans la mesure où le concept de corps sensible demande, du fait de son ancrage matériel, une reformulation constante et minutieuse.

II. La critique du visiocentrisme : le point de contact entre épistémologie, éthique et politique

La pauvreté du langage ordinaire concernant le toucher peut être la conséquence de la saturation d'un autre sens. C'est du moins le parti pris de cette thèse, qui s'est assignée la tâche de mettre au jour l'influence du visiocentrisme sur les conceptions traditionnelles du corps et de la connaissance. Pour revaloriser l'expérience tactile, il faut au préalable débusquer les métaphores visuocentrées et les logiques visiocentrées qui encombrant les théories de la perception et la philosophie du corps.

Le visiocentrisme instaure des mécanismes d'injustice épistémique, en ce qu'il limite l'accès à des sensations intraduisibles dans le vocabulaire visuel (situation d'une injustice testimoniale) et, partant, accorde peu de crédit aux expériences qui échappent à ce schème explicatif (situation d'une injustice herméneutique).

À travers la critique du visiocentrisme, il s'agit de mettre en valeur deux arguments constitutifs de ce travail : 1. l'intérêt d'une épistémologie du point de contact ; 2. l'articulation entre l'épistémologie, l'éthique et la politique.

En premier lieu, l'épistémologie du point de contact – formule que j'ai proposée en m'inspirant des travaux de Puig de la Bellacasa¹⁰⁰³ – permet d'ancrer la réflexion dans le champ des épistémologies féministes du positionnement, aussi appelées épistémologies du point de vue. À cet égard, elle se présente comme une critique située, soit comme une théorie soucieuse de la réalité matérielle à double titre : d'une part, elle examine les conditions matérielles d'existence des chercheurs-euses et leur influence sur les connaissances qu'ils et elles produisent ou diffusent. D'autre part, elle reste

1003 Cf. chap. 5, I-4

attentive aux conséquences du savoir scientifique sur la vie concrète des individu-es, revendiquant ainsi une forme de responsabilité sociale et politique. En ceci, l'épistémologie du point de contact s'attache, pour paraphraser la philosophe Michèle Le Dœuff, à « mettre les doigts » dans le réel¹⁰⁰⁴.

En contre point des épistémologies du point de vue, l'épistémologie du point de contact choisit toutefois un autre modèle sensoriel. À la vision, elle substitue le toucher ou, plus précisément, le toucher somesthésique. En faisant de ce sens un étalon, elle fait de l'expérience sensible le point de départ et d'achèvement de la critique. Cela signifie que l'expérience tactile n'en est pas la raison d'être. Le toucher sert uniquement à créer un pas de côté épistémique, pour mieux revenir au corps sensible – ce dernier ayant été préalablement défini comme le corps capable de sentir et comme une réalité vulnérable au contexte social qui l'entoure.

À l'instar de la philosophe María Puig de la Bellacasa¹⁰⁰⁵, l'épistémologie du point de contact cherche à reconquérir un sens dévalué (sémantiquement et symboliquement) et à reconfigurer les imaginaires théoriques qui sous-tendent l'activité scientifique. La spécificité du point de contact est aussi de faire référence au point de pression du shiatsu, ou de toute autre forme de digipuncture. Par ce biais, il s'agit de souligner le caractère potentiellement thérapeutique de l'engagement féministe. Cela se concrétise par exemple dans des formes de pédagogies engagées ou dans des groupes d'auto-soin.

En second lieu, la critique du visiocentrisme permet d'articuler la dimension épistémologique, éthique et politique, dans la mesure où elle met en évidence les effets

1004 Cf. LE DŒUFF Michèle. « Théoriser, une spirale sans fin ». in CHOULET-VALLET Anaïs, CLOCHEC Pauline, FRASCH Delphine, al. (dir). *Théoriser en féministe*. Lyon : Hermann, 2021

1005 Cf. PUIG DE LA BELLACASA María. « Touching technologies, touching visions. The reclaiming of sensorial experience and the politics of speculative thinking ». *Subjectivity*. N°28, 2009. p. 297

d'un paradigme théorique sur l'expérience du corps en première personne, sur la relation de soin, et sur l'organisation de la recherche scientifique. Et cette articulation est palpable à deux endroits.

Premièrement, elle intervient sur le plan des valeurs dites épistémiques, notamment au niveau de la valeur d'objectivité. Si l'expérience du toucher reconfigure le rapport entre objet et sujet de connaissance, elle ne rejette pas le critère d'objectivité. En revanche, elle participe à en redéfinir les contours. Loin de la posture de surplomb à laquelle aspire le logiciel visiocentré, le toucher insiste sur l'interaction, et même sur l'intra-action, qui sous-tend toute relation de connaissance. De sorte que la subjectivité est partie prenante de l'objectivité, et va jusqu'à renforcer cette dernière. Plus encore, la subjectivité est toujours informée par l'intersubjectivité et, de ce fait, l'objectivité est avant tout une affaire de mise en relation et de responsabilité.

Deuxièmement, l'articulation entre épistémologie, éthique et politique s'observe à travers le concept de contact. La problématisation de ce concept est en effet indispensable à celle de la notion de toucher de soin. Réfléchir au contact dans le cadre de la relation de soin, c'est interroger le rapport au corps sensible au sein des pratiques médicales, paramédicales ou non conventionnelles. En d'autres termes, c'est questionner la prise en compte de l'aspect incarné ou, dans le langage de l'épistémologue Donna Haraway, de l'aspect « incorporé » des gestes de soin. Or, les réflexes visiocentrés répondent à une épistémologie désincarnée. De ce fait, ils peuvent engendrer des situations paradoxales, lors desquelles des soins corporels ne tiennent pas compte du corps sensible. D'où la distinction entre des touchers avec et sans contact. Le contact opère la liaison entre le tact, entendu comme compétence éthique, et le geste tactile, entendu comme compétence pratique. Cela permet de comprendre le lien entre le plan épistémologique et le plan éthique. Le lien avec le plan politique réside dans

l'identification des mécanismes structurels qui rendent de tels paradoxes possibles. Ce sont à la fois l'organisation des institutions de santé et les rapports sociaux de pouvoir qui produisent des touchers sans contact. La première (l'organisation institutionnelle), parce qu'elle impose des cadences et des objectifs intenable, de sorte que les soignant-es sont privé-es de leurs ressources sensibles. Les seconds (les rapports de pouvoir), parce qu'ils distribuent inéquitablement le droit et le devoir de toucher, au nom de rôles sociaux genrés et de tout ce que cela comporte comme injonctions (par exemple : injonction à prendre soin) ou confiscations (par exemple : confiscation de l'agentivité professionnelle).

Le toucher de soin n'est donc pas seulement une interaction physique entre une personne vulnérable et une personne chargée de la soulager. C'est aussi, et peut-être surtout, une relation qui met en contact des corps sensibles. De sorte que la vulnérabilité n'est pas que du côté des personnes recevant les soins, mais également du côté des personnes les prodiguant. En témoigne la pratique des examinatrices médicales tactiles chargées de dépister les cancers du sein. Leur déficience visuelle, pouvant être perçue comme une vulnérabilité, leur permet de développer un toucher d'une grande finesse¹⁰⁰⁶ – ce qui n'est pas sans faire écho à la définition aristotélicienne du toucher.

De la même manière, les corps sont doublement « sentants » dans la relation tactile : on sent l'autre et on se sent soi-même. Le corps sensible n'est donc plus seulement le corps qui sent ou qui est vulnérable à son environnement, mais aussi le corps qui se sent lui-même et qui a appris à toucher l'autre. Ainsi le toucher de soin a-t-il quelque chose de réflexif, voire de « diffractif », si l'on reprend le vocabulaire de Puig de la Bellacasa. La réflexivité du toucher de soin est à remettre en perspective avec l'intra-activité des corps sensibles. Par conséquent, la redéfinition du premier (le toucher

1006 Cf. chap. 5, II-1-2-2

de soin) entraîne la redéfinition des seconds (les corps sensibles), ces deux notions fonctionnant ensemble.

III. Repenser le toucher de soin à l'aune des éthique du *care* : le corps sensible est un objet d'éducation

Outre les épistémologies du positionnement, les théories du *care* forment le deuxième ancrage féministe de mon travail. Dans la continuité de la critique du visiocentrisme, les théories du *care* permettent d'opérer le passage entre la dimension éthique et la dimension politique de l'argumentation. Ici, la dimension politique désigne deux choses : d'une part, l'organisation collective ; d'autre part, la critique sociale.

S'agissant de l'organisation collective, les théories du *care* viennent interroger les pratiques relationnelles, particulièrement en contexte de soin. Ces théories s'appuient en effet sur une ontologie relationnelle, c'est-à-dire sur une conception des êtres vivants comme étant inévitablement interdépendants les uns des autres. Et le soin (au sens large) représente l'expression la plus manifeste de cette interdépendance. En ceci, ce courant défend une approche holistique du corps individuel (chaque corps est une entité informée par les interactions qu'il entretient avec les autres corps) et du corps social (la collectivité est davantage que la somme des individu-es qui la composent, en raison de l'interdépendance de ces dernier-es). C'est pourquoi les théories du *care* s'intéressent de près aux institutions de soin (éducation, santé, handicap,

etc.), car l'organisation de ces dernières dit beaucoup du chemin restant à parcourir avant de réaliser l'ontologie relationnelle.

S'agissant de la critique sociale, les théories du *care* tiennent à élaborer des propositions politiques concrètes et ancrées dans la réalité des pratiques. De manière générale, elles aspirent à une meilleure répartition du travail de *caring* et, concomitamment, à une meilleure reconnaissance et valorisation de celui-ci, sur le plan économique comme symbolique. Si elles prennent en compte les mécanismes de dominations structurelles (en l'occurrence les dominations fondées sur le genre ou sur le handicap), c'est pour veiller à ne pas formuler des propositions hors sol, et pour agir en profondeur sur l'organisation des institutions de soin. D'où la centralité des questions d'éducation.

L'éducation est non seulement un lieu où s'exprime fortement le soin et le souci de l'autre, mais aussi l'un des instruments permettant d'œuvrer à la transformation sociale. Autrement dit, l'éducation est un enjeu central des théories du *care* et, a fortiori, de ce travail. C'est pourquoi cette notion arrive en dernier dans l'ordre d'exposition de mes arguments.

Cela provient sans doute de mon expérience d'enseignante à la faculté de médecine Lyon Est. En tant qu'enseignante de sciences humaines et sociales auprès d'étudiant-es en médecine, maïeutique, kinésithérapie, odontologie, etc., j'ai pu mesurer le rôle de l'éducation dans la transformation des pratiques relationnelles en contexte thérapeutique. Par exemple, les enseignements visant à apprendre à des futur-es médecins-ciennes les bases de l'entretien motivationnel, les fondements des épistémologies féministes ou des études critiques sur le handicap, les principes de la collaboration interprofessionnelle, etc., contribuent à apprendre à des professionnel-les

de santé à être en relation avec les autres, notamment avec des personnes vulnérables. Ils consistent à amener ces futur-es soignant-es à comprendre pourquoi la vulnérabilité d'autrui nous engage et comment composer avec la réalité institutionnelle. Autant d'éléments qui influencent les pratiques relationnelles, donc la vie en collectivité. Peut-être serait-il intéressant de construire des enseignements permettant d'apprendre à être en relation par le toucher, afin de saisir la différence entre un toucher médical technique et un toucher de soin sensible.

Ce souci de l'éducation ne s'exprime pas que dans l'ordre d'exposition des chapitres. Il a également parcouru l'ensemble de l'argumentation, notamment en ce qui concerne le style d'écriture de cette thèse. Loin du jargon philosophique incompréhensible pour qui n'a pas étudié les œuvres canoniques dans le détail, j'ai voulu rendre mon propos le plus intelligible possible. Il s'agit non seulement d'un choix politique consistant à vulgariser, soit à démocratiser les recherches en sciences humaines et sociales, mais aussi d'une question de cohérence entre la forme et le fond du propos. De fait, l'éducation au corps sensible vise une meilleure conscience de soi et de son corps. Or, cette conscience est altérée ou amoindrie lorsque le langage ne résonne pas avec l'expérience, soit lorsque les mots ne sont pas traduisibles en sensations. L'éducation au corps sensible s'attache à prendre soin de l'expérience corporelle, dans ce qu'elle a de fragile et de méconnu. D'où un besoin de clarté.

Si l'éducation au corps sensible paraît prépondérante dans le champ des soins, elle ne concerne pas que l'éducation pour la santé. Elle mérite d'être étendue à l'ensemble des sphères éducatives, car elle aspire à des valeurs qui débordent le milieu thérapeutique. En effet, l'éducation au corps sensible telle que je l'ai théorisée vise le plaisir et le bien-être. Or, ce parti pris hédoniste n'est en rien individualiste. Son horizon demeure l'émancipation et la transformation sociale vers plus de justice et de liberté.

Reste à savoir comment une pédagogie tournée vers le plaisir et le bien-être peut tendre vers des objectifs politiques généraux de cette envergure.

IV. Les pratiques somatiques et l'empowerment : quand l'intime est politique

Si l'éducation au corps sensible s'organise pour le moment autour des objectifs de plaisir et de bien-être, elle contient déjà les germes d'une pédagogie tournée vers la liberté et la justice sociale. De fait, elle s'appuie fortement sur le concept et la pratique de *l'empowerment*. Or, la définition la plus radicale de *l'empowerment* en fait un instrument de la transformation sociale ou, plus précisément, un outil de lutte contre les effets subjectifs et collectifs de la domination.

Les pratiques somatiques se présentent souvent comme des méthodes visant l'affirmation ou la consolidation du pouvoir d'agir. Ceci est vrai lorsqu'elles ne remplacent pas une hétéronomie par une autre. Si une pratique est abordée comme une fin en soi, si elle se soumet à des récits fondateurs sans distance critique, si elle fait du bonheur une injonction plus qu'un horizon, alors elle n'a rien d'émancipateur. En revanche, si elle fournit des outils de conscientisation, si elle insiste sur l'exigence de réflexivité, si elle tient compte du contexte social, alors elle peut aider à se réapproprier son corps ou sa santé.

S'il y a un besoin de réappropriation, c'est parce qu'il y a des rapports de domination. Pour ce qui est de la domination sexiste, la réappropriation passe souvent par des questions touchant à la sexualité. D'un côté, la sexualité, entendue comme fait

social total, soit comme structure d'organisation des rôles sociaux, pèse lourdement sur la construction des individu-es. Il n'est donc pas étonnant qu'elle soit une source d'aliénation. D'un autre côté, la sexualité est l'un des lieux majeurs où se matérialise la domination sexiste. Entre les violences gynécologiques et obstétricales, les mécanismes d'objectification sexuelle, les violences sexistes et sexuelles, la sexualité est loin d'être un élément anodin dans l'existence des femmes et des minorités de genre. Il n'est donc pas étonnant qu'elle soit une source de souffrance.

Dans ce cas, se réapproprier son corps et sa santé, c'est remédier aux effets corporels de la domination. Cela passe par exemple par la recherche de pratiques somatiques permettant de pallier les troubles intéroceptifs induits par les mécanismes d'objectification sexuelle. À cet endroit, les pratiques faisant intervenir le toucher semblent indiquées, étant donné le rôle de ce sens dans la perception de soi et de son corps (« mind-body representation » en anglais).

Se réapproprier son corps et sa santé, c'est aussi déconstruire les paradoxes qui sous-tendent les théories féministes elles-mêmes. Ces dernières tiennent à fonder la critique sur l'expérience des femmes et des personnes minorisées. Ce faisant, elles présupposent l'accès à cette expérience comme étant évident. Or, l'une des conséquences de la domination sexiste réside dans la diminution des perceptions corporelles internes. Sans parler de certains symptômes du syndrome de stress post-traumatique qui vont jusqu'à entraîner des dissociations ou des engourdissements généralisés. Dans cette perspective, sentir son corps est donc déjà un privilège, d'où l'importance d'en faire l'objet d'un apprentissage.

Le manque de problématisation de l'expérience corporelle par les théories féministes n'est pas récent. Les groupes de conscientisation féministes des années 1960 et 1970 ont principalement porté leur attention sur la prise de parole et sur la

verbalisation de l'expérience minoritaire. Le ressenti corporel était un impensé. À travers la question du toucher, il a donc été possible de distinguer différents modes de conscientisation, en l'occurrence la conscientisation verbale et la conscientisation sensible. Si les groupes de parole se focalisent sur le discours verbal, d'autres pratiques s'intéressent à la discursivité corporelle dans son ensemble et, ce faisant, s'attachent à politiser l'expérience sensible.

En contrepoint des groupes de conscientisation, les groupes de *self-help* ou d'auto-soin féministes intègrent les pratiques somatiques, notamment celles qui impliquent le sens du toucher ; soit en apprenant à se toucher soi-même par le biais d'auto-massages ou d'auto-auscultation, soit en apprenant à toucher les autres à travers des exercices de danse, de do-in, de massages, etc. De ce fait, ces groupes ont largement contribué, et contribuent encore, à politiser l'expérience corporelle. En d'autres termes, ces groupes transforment les pratiques corporelles en pratiques politiques. En ceci, elles matérialisent le slogan féministe qui a traversé l'ensemble de cette thèse, à savoir « l'intime est politique ». Cette expression possède plusieurs significations.

Tout d'abord, elle signifie que l'individuel est collectif. À l'instar du modèle holistique des théories du *care*, cela veut dire que les individu-es sont relié-es par une sorte d'ontologie relationnelle (si l'on s'en tient au niveau théorique) et qu'ils et elles sont interdépendant-es (si l'on préfère le niveau politique). Dans le champ de la santé, cela permet de sortir la relation de soin d'une conception dyadique, c'est-à-dire focalisée seulement sur le binôme soignant-e/soigné-e. Il s'agit d'une relation sociale, au sens où elle implique de multiples acteurs-rices qui occupent des positions inégales dans les rapports sociaux. Cela permet

également d'envisager la relation de soin comme une « capture réciproque », pour reprendre une expression de Puig de la Bellacasa¹⁰⁰⁷. Qu'il y ait contact physique ou pas, l'interaction produit toujours une intra-action. Et cette interaction rapproche plus qu'elle ne met à distance. D'où la nécessité de développer des compétences d'empathie, ou plutôt de sympathie, pour savoir quoi faire de ce rapprochement.

Ensuite, le slogan féministe signifie que le privé est politique. Cela veut dire que la sphère intime est aussi un lieu de lutte et de critique sociale. Il ne s'agit pas de renoncer à la notion d'intimité et d'enjoindre tout le monde à publiciser sa vie intime. Il s'agit de rappeler que la domination ne s'arrête pas aux portes du domicile ou de tout autre lieu privé. Bien au contraire, le cadre domestique est non seulement le lieu où peuvent être assignées les femmes, mais aussi l'endroit où se produisent des violences de genre spécifiques (par exemple, les violences conjugales). De plus, la distinction entre sphère publique et sphère privée contribue à dissimuler un large pan du travail de *caring* : les soins à domicile, les proches-aidant-es, le travail reproductif, l'éducation des enfants, etc. De sorte qu'éduquer au corps sensible, c'est aussi, et peut-être surtout, apprendre à renoncer à la distinction entre sphère privée et sphère publique lorsqu'il est question de soin.

Pour prolonger ce travail, deux pistes sont envisageables :

D'une part, il serait intéressant d'approfondir les réflexions politiques concernant les rapports de domination et les processus d'émancipation. Ici, ces

1007 PUIG DE LA BELLACASA María. *Matters of care : Speculative Ethics of More than Human World*. Londres : University of Minnesota Press, 2017. P. 114

notions ont été convoquées à titre d'outils servant l'argumentation plutôt qu'à titre de concepts centraux. Autrement dit, cette enquête est restée à la lisière de la philosophie morale et politique, car le propos ne nécessitait pas de plonger en profondeur dans ce champ d'étude. Il s'agirait donc de réfléchir aux enjeux politiques soulevés par l'épistémologie du corps sensible par le biais d'une approche spécifiquement ancrée dans la philosophie morale et politique.

D'autre part, ce travail rejoint par plusieurs aspects certaines approches de philosophie de terrain, dans la mesure où il revendique une méthode située, concrète et critique, et qu'il refuse d'adopter une posture de surplomb à l'égard du réel. Il s'agirait ainsi de déterminer si la méthodologie employée dans cette thèse s'inscrit dans la philosophie de terrain et ses différentes ramifications, et quelles en seraient les implications en termes de recherches philosophiques¹⁰⁰⁸.

1008 Cf. VOLLAIRE Christiane. *Pour une philosophie de terrain*. Paris : Créaphis, 2017 ; GAILLE Marie. « La philosophie de terrain, du pourquoi au comment ? L'exemple de la philosophie de la médecine ». *Éthique, politique, religions*. n°15, 02/2019-2020. <https://classiques-garnier.com/ethique-politique-religions-2019-2-n-15-le-terrain-en-philosophie-quelles-methodes-pour-quelle-ethique-la-philosophie-de-terrain-du-pourquoi-au-comment.html?displaymode=full> ; DEKEUWER Catherine, HENRY Julie. « Philosophie pratique de terrain : quelle posture de recherche? ». *Éthique, politique, religions*. vol 2, n°15, 2019-2020. pp.131-145. <https://hal-univ-lyon3.archives-ouvertes.fr/hal-02949964> ; BENETREAU Maud, BERARD Marion, BOGAERT Brenda, DELORME Damien, DUBAR Margaux (dir.). *Manifeste pour une philosophie de terrain. Pour comprendre et appréhender la philosophie de terrain*. Dijon : Éditions universitaires de Dijon, 2023.

Annexes

Annexe du chapitre 5

J'ai effectué deux cycles de trois séances de shiatsu avec SL ; un premier entre septembre 2017 et janvier 2018, un second entre septembre et décembre 2018.

Je ne présente ici que le premier cycle, car c'est celui qui concerne les troubles de l'intéroception.

À l'époque de ces séances de shiatsu, SL était assistante d'éducation (surveillante) dans un collège de Lyon et avait vingt-sept ans. Au départ, elle désirait effectuer un suivi thérapeutique dans le but de réguler des troubles de la digestion. SL s'était aperçue qu'elle ne ressentait que très peu de choses dans toute la sphère digestive. Il apparaissait important qu'elle se réapproprie ces sensations, notamment pour retrouver l'appétit ou le sentiment de satiété. La première séance a participé à cela mais, en contrepartie, a mis au jour une fatigue profonde et une quasi absence de désir sexuel, ainsi que des problèmes de thermorégulation (régulation de la température de l'organisme). Les séances suivantes ont donc consisté à stimuler les fonctions desquelles l'organisme tire l'énergie physique et sexuelle.

Extraits des fiches de suivi :

13/09/2017 à 12h30

Entretien :

Alimentation	Petit déjeuner léger et sain le matin, déjeuner rare et souvent composé de féculent, dîner conséquent sous forme de grignotage (fromage, charcuterie). Manque d'appétit en général
Hydratation	Environ 2l d'eau par jour, beaucoup de café

Médication	RAS
Addiction	Cigarette occasionnellement
Digestion	Grande fatigue après repas, digestion douloureuse auparavant, digestion sensible en cas d'écarts
Selles	1 à 3 fois par jour, selles correctes
Urines	Mictions très fréquentes avec tendance à infection urinaire (pas depuis décembre)
Menstruations	Règles régulières, rarement douloureuses, douleurs localisées dans le bas du ventre, syndrome prémenstruel fréquent (faim, contrariété), contrariété le premier jour
Sexualité	Très peu d'activité sexuelle et est préoccupée concernant conséquences sur vie de couple
Sommeil	Endormissement rapide, sommeil assez profond, contrariété en cas de réveil, grosses siestes (environ 4h) depuis rentrée de septembre
Cycle	Fatigue au retour du travail vers 18h si relâchement, fatigue pendant l'hiver probablement en raison du travail
Physique	Fatigue corporelle générale depuis 1 an (essoufflement, fatigue), douleurs dans le bas du dos occasionnellement, douleur aiguë dans l'épaule droite et parfois gauche, claquage à la cuisse gauche la veille et fragilisation cheville droite
Psychique	Anxieuse, insatisfaite de situation personnelle, peur de la solitude donc divertissement permanent, manque d'estime de soi, grosse période de crises d'angoisse il y a 5 ans (dépression), incapacité au célibat, tempérament joyeux
Perso	Relation problématique à la souffrance d'autrui notamment à la mère, passé familial compliqué
Autres	RAS
Motif	Stimuler énergie corporelle, agir sur troubles de la digestion

Diagnostiques :

Hara	R chaud en surface et kyo en profondeur, IG jitsu, RP faible, C et
------	--

	CC agité en surface et tendu en profondeur, axe R-C tendu
Dos	NV
Pouls	NV
Méridiens	Trajet E tendu sur jambe gauche et droite, trajet R tendu sur ventre, 1P kyo à droite

Thérapeutiques :

Actions	Face : Trajet RP + E sur jambe à gauche et à droite, étirement E jambe gauche, étirement cheville droite et gauche, trajet R sur ventre simultanément à droite et à gauche, maintien danshu et kikai tanden, maintien danshu et 1P à droite et à gauche, étirement des bras façon kata, acupressions sur le hara
Motifs	Stimuler axe R-C en profondeur, apporter énergie en nourrissant RP puis P

28/10/2017 à 11h30

Entretien :

Modif hygiène de vie	Alimentation moins riche en quantité et en qualité (moins de pain, bières), antibiotique pendant 8 jours, beaucoup de médicaments
Modif physiques	Grosse fatigue et mauvaise santé (bronchite, arthroscopie cheville droite, migraines, sinus encombrés), sensation d'être dans du coton. Ressent mieux les mouvements digestifs (IG, E, GI) et comprend mieux impact sur appétit/satiété
Modif psychiques	Manque d'énergie, sensation de subir le corps, sentiment de tristesse et de désespoir
Modif perso	RAS
Autre	Retour de l'appétit mais absence de désir sexuel
Motif	Manque d'énergie/de désir

Diagnostiques :

Hara	Ensemble faible et peu expressif, P kyo
Dos	NV
Pouls	NV
Méridiens	NV

Thérapeutiques :

Actions	Face : Trajet R sur jambe en maintenant étirement méridien à partir genoux à gauche et à droite, stimulation 3R à gauche et à droite, trajet vessie sur sacrum à gauche et à droite, trajet P sur bras sens inverse à droite + étirement bras et méridien, trajet P sur poignet à gauche + étirement bras-méridien, kata front, yeux, nez, pommettes
Motifs	Stimuler ki

17/01/2018 à 19h**Bunshin :**

Voix	Voix un peu cassée et éraillée
Odeur	RAS

Monshin :

Modif perso	RAS
Modif pro	dans processus de reconversion pour études ondotologiques
Modif hygiène de vie	Excès pendant les fêtes de Noël, dort plus pendant les moments de repos, gère mieux son appétit
Modif physiques	Grand froid dans zone lombaire, Douleurs de tête et de mâchoires atténuées pendant un temps après prescription d'une gouttière, entorses chroniques sur cheville droite, douleurs lancinantes et aiguës dans les cervicales qui irradiant jusqu'au

	crâne et épaules, manque d'énergie
Modif psychiques	Un peu de stress lié à arrivée du concours, moral plutôt bon
Autre	RAS
Plainte	Douleurs du cou, manque d'énergie, désir sexuel

Setsushin :

Corps	Cervicales tendues
Hara	V très active, R tendu en profondeur, IG trouble, TR kyo et lointain
Dos	NV
Pouls	NV
Méridiens	RAS

Traitement :

Actions	Face : Exploration cervicales trajet V façon exo niv 3, trajet V visage à gauche et à droite, trajet E visage et cou à gauche, trajet IG visage et cou à droite, trajet TR visage et cou à droite, stimulation point d'enchevêtrement, étirements cervicales, trajet TR épaules à droite et à gauche simultanément, trajet R sur pied à droite et à gauche, étirements talons, stimulation R + V en simultané sur sacrum puis pieds
Enjeux	Stimuler circulation à partir point d'enchevêtrement, assouplissement cervicales, stimulation R + V pour énergie physique et sexuelle
Changements	Détente des cervicales, meilleure circulation dans cou et meilleure communication entre tête et haut du dos, + de chaleur dans zone lombaire et pelvienne

Bibliographie

- ABRASSART Jean-Louis. « Le toucher, relation d'aide psychocorporelle ». in *Le toucher.info*. 2016. <http://toucher.info/index.php/articles-et-textes-de-jla>
- ABRIC Jean-Claude. *Psychologie de la communication. Théories et méthodes*. Paris : Dunod, 2019
- AHMED Sara. *Queer Phenomenology: Orientations, Objects, Others*. Durham : Duke University Press, 2006
- AHMED Sara. *Living a feminist life*. Durham : Duke University Press, 2017
- ALBREICHT Gary L., RAVAUD Jean-François, STIKER Henri-Jacques. « L'émergence des *disability studies* : état des lieux et perspectives ». *Sciences sociales et santé*. vol. 19, n°4, 2001. pp. 43-73. https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2001_num_19_4_1535
- ANDERSON Elizabeth. "Feminist Epistemology: An Interpretation and a Defense". *Hypatia*. vol. 10, n°3, 1995. pp. 54-80
- ANDRIEU Bernard. « Du corps intouchable au corps virtuel : vers une relation enseignant-élève désincarnée ». *Le Télémaque*. vol. 1, n°25, 2004. pp. 113-124. <https://shs.cairn.info/revue-le-telemaque-2004-1-page-113?lang=fr>
- ANDRIEU Bernard. *Être touché. Sur l'haptophobie contemporaine*. Nancy : La Maison Close, 2004
- ANDRIEU Bernard. « le soin de toucher ». *Le portique*. n°3, 2006. <https://journals.openedition.org/leportique/867>
- ANDRIEU Bernard. « *Body Agency* et autosanté ». *Recherche & éducation*. vol. 9, n°3, 2010. pp. 239-260. <http://rechercheseducations.revues.org/571>
- ANDRIEU Bernard. « Est-ce violent de toucher ? ». *Huffington Post*. 07/02/2013. https://www.huffingtonpost.fr/bernard-andrieu/toucher-corps-humain_b_2631029.html
- ANDRIEUX Luc. *Pour une philosophie du tact relationnel dans le soin*. Thèse en philosophie. Université Lyon 1. 2014. <https://www.semanticscholar.org/paper/Pour-une-philosophie-du-tact-relationnel-dans-le-Andrieux/6c4f24e90c15d856508000f846183e3652818a0a>
- ANGELOFF Tania, GARDEY Delphine. « Corps sous emprises. Biopolitique et sexualité au Nord et au Sud ». *Travail, genre et sociétés*. vol. 34, n°2, 2015. pp. 31-38.

<https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2015-2-page-31.htm>

ANONYME. (Trad. De CHEN You-Wa). *Huángdì Nèijīng ou Classique interne de l'Empereur Jaune*. Paris : You Feng, 2006

ANONYME. « La répartition des hommes et des femmes par métiers ». in *DARES Analyses*. n°79, 2013. <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/pdf/2013-079.pdf>

ANONYME. « Toucher ». in *Le corps humain*. 2015. <https://lecorpshumain.fr/organe-des-sens/toucher/toucher.html/comment-page-1>

ANONYME. « Qu'est-ce que l'endométriose ». in *Association EndoFrance*. 2016. <https://www.endofrance.org/la-maladie-endometriose/qu-est-ce-que-l-endometriose/>

ANONYME. « Bessa Vugo ». *Wikimonde*. 2018. https://everybodywiki.com/Bessa_Vugo

ANZIEU Didier. *Le Moi-peau*. Paris : Dunod, 1985

ARBORIO Anne-Marie. « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du "sale boulot" ». in DEMAZIERE Didier (dir.) *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*. Paris : La Découverte, 2009. pp. 51-61.

ARISTOTE (trad. de BODEÛS Richard). *De l'âme*. Paris : Flammarion, 2018

ASSOCIATION ENDOFRANCE. Communiqué de presse : « L'endométriose enfin enseignée aux étudiants en médecine en 2^e cycle ! ». in *EndoFrance*. 18/10/2020. https://www.endofrance.org/communiquede_presse/lendometriose-enfin-enseignee-aux-etudiants-en-medecine-en-2e-cycle/.

ASSOCIATION POUR LA FONDATION DU TOUCHER. « Réadaptation des grands brûlés : la sensibilité cutanée reste une inconnue majeure ». in *Association pour la fondation du toucher*. 13/04/2024. <http://fondationdutoucher.org/readaptation-des-grands-brules-la-sensibilite-cutanee-reste-une-inconnue-majeure/>

ASSOCIATION POUR LA FONDATION DU TOUCHER. « Tact : assembler le puzzle du vivant ». in *Association pour la fondation du toucher*. 29/02/2024. <http://fondationdutoucher.org/tact-assembler-le-puzzle-du-vivant/>

AUSTIN John Langshaw (trad. De GOCHET Paul). *Le langage de la perception*. Paris : Armand Colin, 1971

AUSTRY Didier, BERGER Eve. « Empathie, toucher et corps sensible : pour une philosophie pratique du contact ». in BOTBOL Michel, GARRET-GLOANEC Nicole, BESSE Antoine (dir.). *L'empathie au carrefour des sciences et de la clinique*. Paris : Doin, 2014. pp. 229-246

AVRIL Christelle. « Sous le *care*, le travail des femmes de milieux populaires. Pour une critique empirique d'une notion à succès ». in MARUANI Margaret (dir.). *Je travaille, donc je suis. Perspectives féministes*. Paris : La Découverte, 2018. pp. 205-216. <https://www.cairn.info/---page-205.htm>

AVRIL Christelle, RAMOS VACCA Irene, « Se salir les mains pour les autres. Métiers de femmes et division morale du travail ». *Travail, genre et sociétés*. vol 1, n°43, 2020. pp. 85-102

BACHELARD Gaston. *Le nouvel esprit scientifique*. Paris : Presses Universitaires de France, 1934

BACHELARD Gaston. *La formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*. Paris : Vrin, 1938

BACQUÉ Marie-Hélène, BIEWENER Carole. *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?* Paris : La découverte, 2013

BALINT Michael. *Le Médecin, son Malade et la Maladie*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1973

BANI SADR Alireza. « Sur la possibilité d'une conception pluraliste et active de l'expérience tactile ». *Philonsorbonne*. 2015. <http://journals.openedition.org/philonsorbonne/713>

BANI SADR Alireza. *La perception du point de vue du toucher : sensation, action et croyance*. Thèse en philosophie. Université Panthéon-Sorbonne. 2021. <https://theses.hal.science/tel-03684183>

BARAD Karen. *Meeting the universe half way. Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning*. Durham : Duke University Press, 2007

BARBEROUSSE Annouck, BONNAY Jean, COZIC Mickaël. *Précis de philosophie des sciences*. Paris : Vuibert, 2011

BARDET Marie, CLAVEL Joanne, GINOT Isabelle (dir.). « Écosomatique : Introduction ». in *Écosomatique : penser l'écologie depuis le geste*. Montpellier : Deuxième époque, 2019. <https://shs.hal.science/halshs-02935892>

BARIL Alexandre. *La normativité corporelle sous le bistouri : (Re) penser l'intersectionnalité et les solidarités entre les études féministes, trans et sur le handicap à travers la transsexualité et la transcapacité*. Thèse en études des femmes. Université d'Ottawa. 2013. [https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/30183/1/Baril Alexandre 2013 these.pdf](https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/30183/1/Baril%20Alexandre%202013%20these.pdf)

BEAUVALET-BOUTOUYRIE Scarlett, BERTHIAUD Emmanuelle. *Le rose et le bleu. La fabrique du féminin et du masculin*. Paris : Belin, 2016

BEAUVOIR Simone de. *Le deuxième sexe. Tome 2 : L'expérience vécue*. Paris : Gallimard, 1949

BENTOUHAMI Hourya, CHASSAIN Adrien, COUFFIGNAL Gilles, FOURTON Clémence, LE MEUR Chloé, LENORMAND Marc, SIMONIN Damien, TREGANAL Marine. « L'éducation au prisme de l'émancipation ». *Tracés* n°25, 2013. pp. 7-21. <https://journals.openedition.org/traces/5866>

BERCKELEY George. (trad. De RENOUVIER Charles). *Traité des principes de la connaissance humaine*. Paris : Armand Colin, 1920

BERENI Laure, CHAUVIN Sébastien, JAUNAIT Alexandre, REVILLARD Anne. Introduction aux études sur le genre. Bruxelles : De Boeck, 2012

BERGER Ève, PAILLE Pierre. « Écriture impliquée, écriture du Sensible, écriture analytique – De l'implication à l'explication ». in *Cerap*, 2011. [https://www.cerap.org/fr/epistemologie-méthodologie/écriture-impliquée-écriture-du-sensible-écriture-analytique-de-l'im](https://www.cerap.org/fr/epistemologie-methodologie/ecriture-impliquée-écriture-du-sensible-écriture-analytique-de-l'im)

BERRARD Anna, CHOULET-VALLET Anaïs. « Mettre en contact plutôt que mettre à distance le monde sensible. Pour une épistémologie écoféministe du toucher ». *Tracés*. n°42, 2022. pp. 97-122. <https://journals.openedition.org/traces/13843>

BERTHELOT-RAFFARD Agnès. « La périphérie est aussi le centre ». *Genre, sexualité & société*. 2019. <https://journals.openedition.org/gss/5214>

BESSAÏH Nesrine, BOGIC Anna. « "Nous les femmes" de 1970 à 2017 à travers les traductions et adaptations de *Our Bodies, Ourselves* en français ». *Traduction, terminologie, rédaction (TTR)*. vol. 29 n°2, 2016. pp. 43-71. <https://www.erudit.org/fr/revues/ttr/2016-v29-n2-ttr03940/1051013ar.pdf>

BILGE Sirma. « Théorisations féministes de l'intersectionnalité ». *Diogène*. vol 1, n°225, 2009. pp. 70-88. <https://shs.cairn.info/revue-diogene-2009-1-page-70>

BISAILLON Maude. *Le rapport entre identité et politique : les pratiques éthiques et pédagogiques transformatives de bell hooks*. Mémoire en science politique. Université d'Ottawa. 2021. [https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/42690/1/Bisaillon Maude 2021 memoire.pdf](https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/42690/1/Bisaillon%20Maude%202021%20memoire.pdf)

BLOCH Marc. *Les rois thaumaturges. Étude sur le caractère surnaturel attribué à la puissance royale particulièrement en France et en Angleterre*. Paris : Armand Colin, 1961. http://classiques.ugac.ca/classiques/bloch_marc/rois_thaumaturges/rois_thaumaturges.html

BOIS Danis, AUSTRY Didier. « Vers l'émergence du paradigme du sensible ». *Réciprocité*. n°1, 2007. <https://www.cerap.org/fr/paradigme-du-sensible>

BONIN Olivier, LLORCA Guy. « Le toucher dans la relation de soins ». Cours dispensé à l'occasion de l'école d'été *Humanités et médecine*. Oullins : UFR Médecine Lyon Sud, 11/07/2018

BONNIN Fabienne, PALICOT Anne-marie. « L'éducation pour la santé : un service au public, un enjeu de la modernisation du système de santé. Proposition du réseau des comités d'éducation pour la santé ». *Santé Publique*. vol. 3, n°13, 2001. pp. 287-294. <https://shs.cairn.info/revue-sante-publique-2001-3-page-287>

BONTOUX Daniel, COUTURIER Daniel, MENKES Charles-Joël. Rapport sur les thérapies complémentaires. Leur place parmi les ressources de soin. In *Académie Nationale de Médecine*. 2013. <https://www.cfhtb.org/medias/2013/03/rapports-therapies-complementaires-acad-medecine.pdf>

BOORSE Christopher. « Health as a theoretical concept ». *Philosophy of Science*. n°44, 1977. pp. 542-573

BOTTIGLIERI Carla. « Soigner l'imaginaire du geste: pratiques somatiques du toucher et du mouvement ». *Chimères*. vol. 78, n°3, 2012. pp. 113-128. <https://www.cairn.info/revue-chimeres-2012-3-page-113.htm>

BOUCHERIE Alexia. « Du "vrai viol" aux "zones grises". Juger du (non) consentement dans la sexualité contemporaine française ». *Archives de philosophie du droit* vol 1, n°61, 2019. pp. 375-386. <https://www.cairn.info/revue-archives-de-philosophie-du-droit-2019-1-page-375.htm>

BOUCHERIE Alexia. *Troubles dans le consentement. Du désir partagé au viol : Ouvrir la boîte noire des relations sexuelles*. Paris : François Bourin, 2019

BOUCHERIE Alexia. « Penser un futur du consentement sexuel à partir des corps vulnérabilisés : les apports analytiques d'une critique crip/queer pour un consentement situé ». Communication donnée à l'occasion du *3e Congrès international de l'Institut du genre « No(s) futur(s). Genre : bouleversements, utopies, impatiences »*. Université Toulouse Jean Jaurès. 07/2023. <https://shs.hal.science/halshs-04247563/>

BOULDOIRES Alain, MEYER Michaël, REIX Fabien. « Méthodes visuelles : définition et enjeux ». *Revue française des méthodes visuelles*. 2017. <https://rfmv.u-bordeaux-montaigne.fr/numeros/1/introduction/>

BOURDALLE-BADIE Charles, ERNY Philippe. « Le toucher, moyen de communication. Son évolution dans l'histoire médicale ». *Culture technique*. n°24, 1992. http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/32729/C&T_1992_24_253.pdf?sequence=1

BOURDIEU Pierre. *Méditations pascaliennes*. Paris: Seuil, 1997

- BOURDIEU Pierre. *La domination masculine*. Paris : Seuil, 1998
- BOURHIS Hélène. *Toucher manuel de relation sur le mode du sensible et intelligence sensorielle. Recherche qualitative auprès d'une population de somato-psychopédagogues*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation. Université Paris 8. 2012. <https://www.cerap.org/fr/sant%C3%A9-soin-formation/toucher-manuel-de-relation-sur-le-mode-du-sensible-et-intelligence-sensorielle>
- BOUSQUET Danielle, COURAUD Geneviève, COLLET Margaux. Rapport sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme. In *Haut Conseil de l'Égalité entre les Femmes et les Hommes*. 2018. https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf
- BOUVER Émeline de. « Éléments pour une vision plurielle de l'engagement politique : le militantisme existentiel ». *Agora débats/jeunesses*. n°73, 2016. pp. 91-104. <https://www.cairn.info/revue-agora-debats-jeunesses-2016-2-page-91.htm>
- BOUVERESSE Jacques. « Bourdieu, Pascal, la philosophie et la critique de l'illusion scolastique ». In CLEMENT Fabrice, ROCA I ESCODA Marta, SCHULTHEIS Franz, BERCLAZ Michel (dir.). *L'Inconscient académique*. Zürich : Seismo Verlag, 2006. <https://books.openedition.org/cdf/2040>.
- BOZON Michel. *Sociologie de la sexualité*. Paris : Armand Colin, 2009
- BRAIDOTTI Rosi. « Des organes sans corps ». *Les Cahiers du GRIF*. n°36, 1987. p. 18
- BRAUNSTEIN Jean-François. « Les trois QUÉRÉLLES de l'histoire des sciences ». in BRAUNSTEIN Jean-François (dir.). *L'histoire des sciences – méthodes, styles et controverses*. Paris : Vrin, 2008. pp. 98-103
- BRENNER Anastasios. « Quelle épistémologie historique ? Kuhn, Feyerabend, Hacking et l'école bachelardienne ». *Revue de métaphysique et de morale*. n°1, 2006. pp. 113-125
- BRILLANT SAMÉ Martine. *Le toucher suspendu*. Thèse en philosophie. Université Paris Est. 2009. <https://theses.hal.science/tel-00512771>
- BROUSSEAU Charlie. « Normes de genre et expériences corporelles : une application du pragmatisme aux théories féministes ». *Nouvelles Questions Féministes*. vol 1, n°40, 2021. pp. 117-133. <https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2021-1-page-117.htm>
- BRUGÈRE Fabienne. « L'éthique du care : entre sollicitude et soin, dispositions et pratiques ». in BENAROYO Lazare, LEFÈVE Céline, MINO Jean-Christophe, WORMS Frédéric (dir.). *La philosophie du soin – éthique, médecine et société*. Paris : Presses

Universitaires de France, 2010. pp. 69-86

CALAN Ronan de. « L'épistémologie historique : Du label à la méthode ». 2014. https://ronandecalan.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/01/l_ecc81pistecc81mologie-historique1.pdf

CAMPBELL Sue, MEYNELL Letitia, ShEWIN Susan. *Embodiment and Agency*. University Park : Pennsylvania State University Press, 2009

CANDAU Joël. « Intersensorialité humaine et cognition sociale ». *Communication*. n°86, 2010. pp. 25-36

CANDAU Yasmine, CHAPERON Charles. *Idées reçues sur l'endométriose*. Paris : Le cavalier bleu, 2020

CANGUILHEM Georges. « Le normal et le pathologique ». in *La connaissance de la vie*. Paris : Vrin, 1965

CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF, 2011/1966

CANGUILHEM Georges. « Mort de l'homme ou épuisement du *cogito* ». *Critique*. vol. 24, n°242, 1967. pp. 599-618

CANGUILHEM Georges. *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*. Paris : Vrin. 1968

CARDE Estelle. « Des inégalités sociales dans l'accès aux soins ». *Pratiques*. N°57, 04/2012. <https://pratiques.fr/Des-inegalites-sociales-dans-l-acces-aux-soins>

CARTIER Marie. « Le *caring*, un capital culturel populaire ? À propos de *Formations of Class & Gender* de Beverley Skeggs ». *Actes de la recherche en sciences sociales*. vol 01-02, n° 191-192, 2012. pp. 106-113. <https://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2012-1-page-106.htm>

CEUNEN Erik, VLAEYEN Johan W. S., VAN DIEST Ilse. « On the origin of interoception ». *Frontiers in psychology*. vol. 743, n°7, 2016. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2016.00743/full>

CHAFFARDON Clara. « Qu'est-ce que le féminisme fait à la méthode phénoménologique ? De l'inventaire descriptif à la pratique normative ». in CHOULET-VALLET Anaïs, CLOCHEC Pauline, FRASCH Delphine, GIACINTI Margot, VÉDIE Léa (dir.). *Théoriser en féministe*. Lyon : Hermann, 2021. pp. 181-205

CHALMERS Alan (trad. De BIECZUNSKI Michel). *Qu'est-ce que la science, Récents développements en philosophie des sciences : Popper, Kuhn, Lakatos, Feyerabend*. Paris : La découverte, 1987

CHAPRON Anthony, METTEN Marie-Astrid, MAURY Arnaud, PRESTEL Thierry, BAJEUX Emma,

ANDRES Émilie, de BOURNONVILLE Catherine, FIQUET Laure, MATHIEU Romain, DEGEIH Brigitte, BESNIER Mélanie, BASTIAN Benjamin, HUREL Cynthia, HAUSER Hélène, GARLANTEZEC Ronan, BELLISSANT Éric. « Service sanitaire des étudiants en santé : ancrer l'éducation pour la santé dans le cursus des étudiants ». *Santé Publique*. vol. 3, n°33, 2021. pp. 407-413. <https://shs.cairn.info/revue-sante-publique-2021-3-page-407>

CHARBONNIER Sébastien. « À quoi reconnaît-on l'émancipation ? La familiarité contre le paternalisme ». *Tracés* n°25, 2013. pp. 83-101. <https://journals.openedition.org/traces/5818>

CHARLAP Cécile. *La fabrique de la ménopause*. Paris : CNRS Editions, 2019

CHOPLIN Arnaud. *La palpation thérapeutique : lecture ethno-pédagogique*. Saint-Denis : Connaissances & savoirs, 2018. <https://www.youscribe.com/catalogue/livres/savoirs/medecine/la-palpation-therapeutique-lecture-ethno-pedagogique-2813585>

CHOTTIN Marion. « "Leur aveuglement est systématique". Rôles de la cécité dans la critique et la construction des systèmes au XVIII^e siècle ». *Dialogue*. n° 57, 2018. pp. 791-812

CHOTTIN Marion. « Les aveugles des philosophes de l'Âge classique aux Lumières. Aléas d'une pensée de la cécité entre rationalisme et empirisme ». in ROUSSEL Céline, VENNETIER Soline (dir.). *Discours et représentations du handicap. Perspectives culturelles*. Paris : Classiques Garnier, 2019. pp. 153-171

CHOTTIN Marion. « Le "moi" chez Condillac ». *TDC*. n°1128, 2020. pp. 30-32

CHOULET-VALLET Anaïs. « Remédier au paradoxe de l'expérience corporelle au moyen d'une épistémologie du point de contact ». *Nouvelles Questions Féministes*. vol. 39, n°1, 2020. pp. 33-49

CHOULET-VALLET Anaïs. « La pandémie de Covid-19 a-t-elle modifié le rapport au toucher ? #2 » in *Espaces réflexifs, situés, diffractés et enchevêtrés*. 2021. <https://reflexivites.hypotheses.org/12689>

CHOULET-VALLET Anaïs. « Lettre d'une aveugle à l'usage de celles qui soignent ». *Approche*. n°183, 2021. pp. 71-89

CHOULET-VALLET Anaïs. « Pour une critique et une reconstruction féministe de l'éducation thérapeutique. L'exemple de l'endométriose ». *Education et socialisation*. n°60, 2021. <https://journals.openedition.org/edso/14223>

C.H.U. DE MONTPELLIER. « Mieux vivre avec l'endométriose (ETP) ». in *C.H.U.S. Montpellier*. <https://www.chu-montpellier.fr/fr/gynecologie-obstetrique/unite-de-chirurgie-gynecologique-fonctionnelle/endometriose/mieux-vivre-avec-lendometriose->

[etp.](#)

CLAIR Isabelle. *Sociologie du genre*. Paris : Armand Colin, 2015

CLAIR Isabelle. « faire du terrain en féministe ». *Actes de la recherche en sciences sociales*. vol 3, n°213, 2016. pp. 66-83. <https://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2016-3-page-66.htm>

COGNET Marguerite. « Genre et ethnicité dans la division du travail en santé : la responsabilité politique des États ». *L'Homme & la société*. n°176-177, 2010. pp. 101-129. <https://www.cairn.info/revue-l-homme-et-la-societe-2010-2-page-101.htm>

COGNET Marguerite, FORTIN Sylvie. « Le poids du genre et de l'ethnicité dans la division du travail en santé ». *Social et politique*. n°49, 2003. pp. 155-172. <https://www.erudit.org/fr/revues/lsp/2003-n49-lsp689/007911ar/>

COLLECTIF À NOS CORPS RESISTANTS (ANCRés). « Manifeste ». in *À nos corps résistants. Endométriose, lutte et savoirs partagés*. <https://noscorpsresistants.fr/manifeste-endometriose-lutte/>

COLLECTIF A NOS CORPS RESISTANTS (ANCRés). « Manuel d'autodéfense ». in *À nos corps résistants. Endométriose, lutte et savoirs*. <https://noscorpsresistants.fr/category/manuel-autodefense/>

COLLECTIF NCNM. *Notre corps, nous-mêmes*. Marseille : Hors d'atteinte, 2020

COLLINS Patricia Hill. « Learning from the Outsider Within: The Sociological Significance of Black Feminist Thought ». *Social Problems*. vol. 33, n°6, 1986. pp. 14-32

COMMISSION MONDIALE POUR LA SANTE DES FEMMES. « La santé des femmes : vers un monde meilleur ». Genève : Organisation Mondiale de la santé, 1994. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/59546/WHO_DGH_94.4_fre.pdf?sequence=1

CONDILLAC Etienne Bonnot de. *Traité des animaux*. Paris : Arthème Fayard, 1755/1984

CONDILLAC Etienne Bonnot de. *Traité des sensations*. Paris : Arthème Fayard, 1754/1984

CONFERENCE DES DOYENS DE FACULTE DE MEDECINE. *Rapport sur la formation clinique des étudiants en médecine*. 2015. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/154000754.pdf>

CONSEIL EXECUTIF DE L'OMS. *Rapport sur la médecine alternative*. 2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173539/B134_24-fr.pdf

COOK Julie. « La colonisation de l'écoféminisme par la philosophie ». in HACHE Emilie (dir.). *Reclaim: recueil de textes écoféministes*. Paris : Cambourakis, 2016. pp. 285-318

CORUJO Arturo, ISERN ORDEIG María, JUNCOSA Toni R., RAMIREZ Víctor. « Toucher-Touch-Tacto-Tacte (I) ». *Dictionnaire du Genre en Traduction*. 2021.

<https://worldgender.cnrs.fr/notices/toucher-touch-tacto-tacte-i/>

COVILLE Marion. « Rendre visible le corps et ses douleurs : les technologies de l'endométriose. Journal d'un diagnostic (1/5) » in *FemTech*. 10/09/2018. <https://femtech.hypotheses.org/132>

COVILLE Marion. « Rendre visible le corps et ses douleurs : les technologies de l'endométriose. Journal d'un diagnostic (3/5) ». in *FemTech*. 12/09/2018. <https://femtech.hypotheses.org/266>

CRENSHAW Kimberlé. « Mapping the Margins of Intersectionality, Identity Politics and Violence Against Women of Color ». *Stanford Law Review*. vol. 43 n°6, 1991. pp. 1241-1299

CRENSHAW Kimberlé (trad. BONIS Oristelle). « Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur ». *Cahiers du Genre*. vol. 2, n°39, 2005. pp. 51-82. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2005-2-page-51.htm>

CRIGNON Claire. « Révolution anatomique et révolution cosmologique : quelques réflexions à partir de la lecture de « L'homme de Vésale dans le monde de Copernic » ». *Revue de métaphysique et de morale*. vol. 2, n°82. pp. 167-195. <https://www.cairn.info/revue-de-metaphysique-et-de-morale-2014-2-page-167.htm>

DALIBERT Lucie. « Quand les technologies façonnent le corps ». Intervention à la Bibliothèque Municipale de la Part-Dieu. Lyon, 2019. https://www.bm-lyon.fr/spip.php?page=video&id_video=1113.

DAMBUYANT-WARGNY Gisèle. *La socio-esthétique. Prendre soin, soulager et embellir le corps vulnérable*. Toulouse : Érès, 2023

DAVIS Angela (Trad. TAFFIN Dominique, collectif Des femmes). *Femmes, race et classe*. Paris : Des femmes, 1983

DEKEUWER Catherine. « Introduction. Qu'est-ce que la philosophie de terrain ? ». *Éthique, politique, religions*. vol 2, n°15, 2019-2020. <https://hal-univ-lyon3.archives-ouvertes.fr/hal-02949961>

DEKEUWER Catherine, HENRY Julie. « Philosophie pratique de terrain: quelle posture de recherche? ». *Éthique, politique, religions*. vol 2, n°15, 2019-2020. pp.131-145. <https://hal-univ-lyon3.archives-ouvertes.fr/hal-02949964>

DELPHY Christine. « L'ennemi principal ». COLLECTIF (dir.). *Partisans, Libération des femmes, année zéro*. Paris : Maspero, 1972. pp. 112-139

DELPHY Christine. « Travail ménager ou travail domestique ». in MICHEL Andrée (dir.). *Les femmes dans la société marchande*. Paris : Presses universitaires de France, 1978.

pp. 39-54

DELPLA Isabelle. « La réalité morale du terrain ». in DJIGO Sophie, DELPLA Isabelle, RAZAC Olivier, VOLAIRE Christiane (dir.). *Des philosophes sur le terrain*. Paris : Creaphis, 2022. pp. 75-134

DELPLA Isabelle. *Du pays vide : réfuter le solipsisme politique*. Paris : Vrin, 2023

DELRUE Mathilde, BEECKMANS Nele, VO Tri-t-, VANDHERHOSTAFDT Claire, VANMARSENILLE Jean-Marie. « La réadaptation des grands brûlés. Premières expériences ». *Louvain médicale*. 2021.

<https://www.louvainmedical.be/sites/default/files/content/article/pdf/vanmarsenillejmetal.pdf>

DENZIN Norman. *Interpretative ethnography : Ethnographic practices for the 21th century*. Thousand Oaks : Sage, 1997

DERRIDA Jacques. *Le Toucher, Jean-Luc Nancy*. Paris : éditions Galilée, 2000

DERRIER-SANLAVILLE Aude. « Le toucher en maïeutique et les touchers sensibles ». Cours dispensé à l'occasion de l'école d'été *Humanités et médecine*. Oullins : UFR Médecine Lyon Sud, 11/07/2018

DESCARPENTRIES Jacqueline. « L'utopique attitude critique d'une éducation à la santé émancipatrice ». *Recherche & Education*. vol 10, n°16, 2016. pp. 123-139. <https://journals.openedition.org/rechercheseducations/2535>

DESCARPENTRIES Jacqueline. « Dispositif de normes et diagnostic de handicaps ». *Recherches & éducation*. Hors série, 2017. pp. 21-30. <https://journals.openedition.org/rechercheseducations/2775>

DESPEUX Catherine. « Le corps, champs spatio-temporel, souche d'identité ». *L'Homme*. vol 36, n°137, 1996. pp. 87-118. https://www.persee.fr/doc/hom_0439-4216_1996_num_36_137_370037

DESPRET Vinciane. *Ces émotions qui nous fabriquent. Ethnopsychologie de l'authenticité*. Paris : Point, 2022

DEVYN Clark. « Le toucher ou la problématique de "l'être-avec" chez Jean-Luc Nancy ». *American Journal of French Studies*, 2021. <https://american-journal-of-french-studies.com/le-toucher-ou-la-problematique-de-letre-avec-chez-jean-luc-nancy>

DEWEY John. *Experience and Education*. New York : The MacMillan Company. 1938/1959

DIDEROT Denis. *Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient*. Paris : Garnier, 1875

DILLER Ann. « The Ethics of Care and Education: A New Paradigm, Its Critics, and Its Educational Significance ». in *The Gender Question in Education: Theory, Pedagogy, and*

Politics. Boulder: Westview Press, 1996

DOE Marion. « La maternité à l'épreuve de la cécité, expériences et pratiques ». *Revue française des affaires sociales*. n°4, 2019. pp. 169-189. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-4-page-169.htm>

DORLIN Elsa. *Sexe, genre et sexualités. Introduction à la théorie féministe*. Paris : PUF, 2008

DORLIN Elsa. *La matrice de la race ? Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*. Paris : La Découverte, 2009

DORLIN Elsa. *Se défendre. Une philosophie de la violence*. Paris: La découverte, 2017

DORLIN Elsa. « Race contre classe ? Conceptum sacer ou la vie nue des concepts ». *Pouvoirs*. vol. 2, n°181, 2022. pp. 5-19. <https://www.cairn.info/revue-pouvoirs-2022-2-page-5.htm>

DOTSON Kristie. « Conceptualiser l'oppression épistémique ». *Recherches féministes*. vol. 31, n°2, 2018. <https://www.erudit.org/fr/revues/rf/2018-v31-n2-rf04300/1056239ar/>

DRAPEAU Martine, HOUDE Nathalie. *Sexualité et éthique dans les professions du toucher : comprendre la sexualité pour mieux soigner*. Montréal : Modulo, 2012

DUBE Gabrielle. « L'autoethnographie, une méthode de recherche inclusive ». *Présences*. n°9, 2016. <https://www.uqar.ca/uqar/universite/a-propos-de-lugar/departements/psychosociologie-et-travail-social/presences-vol9-2-dube-lautoethnographie-une-methode-de-recherche-inclusive.pdf>

DUSSUET Annie. « Le « travail domestique » : une construction théorique féministe interrompue ». *Recherches féministes*. vol. 30, n°2, 2017. pp. 101-117. <https://www.erudit.org/fr/revues/rf/2017-v30-n2-rf03510/1043924ar/>

EHRENREICH Barbara, ENGLISH Deirdre (trad. LAME L.). *Sorcières, sages-femmes et infirmières*. Une histoire des femmes soignantes. Paris : Cambourakis, 2016

ELLIS Carolyn, BOCHNER Arthur. « Autoethnography, personal, narrative, reflexivity ». In DENZIN Norman, LINCOLN Yvonna (dir.). *Handbook of Qualitative Research*. Londres : Sage, 2000. pp. 733-768

ELLIS Carolyn, ADAMS Tony, BOCHNER Arthur. « Autoethnography : An Overview ». *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum : Qualitative Social Research*. vol. 12, n°1, 2011. pp. 1-18

ENEAU Jérôme. « Autoformation, autonomisation et émancipation : De quelques problématiques de recherche en formation d'adultes ». *Recherche & Education*. vol 10, n°16, 10/2016. pp. 21-38. <https://journals.openedition.org/rechercheseducations/2489>

- ENGEL Georges. « From Biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain ». *Psychosomatics*. n°38, 1997. pp. 521-529
- ESPINOLA Artemisa Flores. « Subjectivité et connaissance : réflexions sur les épistémologies du 'point de vue' ». *Cahiers du Genre*. vol 2, n°53, 2012. pp. 99-120. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2012-2-page-99.html>
- ETTZEVOGLOV Gerome. « Des « médecines alternatives et complémentaires » (MAC) ». in *caducee.net*. 27/07/2019. <https://www.caducee.net/actualite-medicale/14521/des-medecines-alternatives-et-complementaires-mac.html>
- FALLAVOLLITA Jérôme. *Approche épistémologique des rapports entre science et pratique clinique en kinésithérapie - Réflexion sur la rééducation neuro-musculo-squelettique*. Mémoire en histoire, philosophie et didactique des sciences. Lyon. 2016
- FAUSTO-STERLING Anne (trad. BOTERF Anne-Emmanuelle). *Les cinq sexes : pourquoi mâle et femelle ne suffisent pas ?* Paris : Payot, 2013
- FEDOR Marie-Christine, BROUSSET Sylvie, LEYSSENE-OUVRARD, al. « Le toucher au cœur des soins ». Rapport pour le Collège National des Acteurs en Soins Infirmiers. *Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs*. Décembre 2007. <http://www.sfap.org/system/files/toucher-coeur-des-soins-version-longue.pdf>
- FERRY-DANINI Juliette. « Redéfinir l'humanisme medical au-delà de l'empathie ». *Archives de Philosophie*. 2020. https://www.academia.edu/43479118/Red%C3%A9finir_lhumanisme_medical_au_del%C3%A0_de_lempathie
- FIELD Tiffany. *Les bienfaits du toucher*. Paris, Payot, 2017
- FIORE Gabriella. « l'anarchaféminisme ». *Possibles*. vol. 38, n°1, 2014. <file:///D:/Fiore.%20L'anarchaf%C3%A9minisme.pdf>
- FISCHEL Joseph, O'CONNELL Hilary. « Crippling Consent. Autonomy and Access ». in FISCHEL Joseph (dir.). *Screw consent. A Better Politics of Sexual Justice*. Oakland : University of California Press, 2019. pp. 135-171
- FISHER Berenice (trad. MOZZICONACCI Vanina). « Qu'est-ce que la pédagogie féministe? ». *Nouvelles Questions Féministes*. vol. 37, n°2, 2018, pp. 64-75
- FLICOURT Nadia. « Intimité, toucher et posture professionnelle ». Communication donnée à l'occasion du colloque *Santé sexuelle et institutions* organisé par l'Ecole fribourgeoise du travail social (EFTS) et la chaire UNESCO « santé sexuelle et droits humains ». Fribourg, 06/09/2013. <http://06.cdoi.fr/assets/files/006/actujuris/Intimite-toucher-et-posture-professionnelle-fribourg.pdf>
- FONDATION N.E.H.S. « Endométriose et douleur ». in *Fondation NEHS*. <https://fondation-nehs.com/projet/endometriose-et-douleurs-endodol/>

FONQUERNE Leslie, WALIN Marie. « Introduction ». Communication donnée à l'occasion du colloque *Savoirs situés, savoirs sur le corps*. Toulouse : 15/10/2016. <https://efigies-ateliers.hypotheses.org/2433>

FORMIS Barbara. « Richard Shusterman, *Conscience du corps. Pour une somesthétique* ». *Mouvements*. vol. 1, n°57, 2009. pp. 155-157. <https://www.cairn.info/revue-mouvements-2009-1-page-155.htm>

FOUCAULT Michel. *Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines*. Paris : Gallimard, 1966

FOUCAULT Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard, 1972

FOUCAULT Michel. *Histoire de la sexualité. Tome III Le souci de soi*. Paris : Gallimard, 1984

FOUCAULT Michel. « Naissance de la biopolitique ». Cours au *Collège de France*, 1978-1979. Paris : Gallimard/Seuil, 2004

FOUCAULT Michel. *Naissance de la clinique*. Paris : Presses Universitaires de France, 2009

FOUGEYROLLAS Patrick. *Le processus de production culturelle du handicap. Contextes sociohistoriques du développement des connaissances dans le champ des différences corporelles et fonctionnelles*. Québec : CQCIDIH-SCCIDIH, 1995

FOURNOUT Coline. « L'imaginaire thérapeutique des chocs à l'insuline. Une question pour la philosophie féministe ». *GLAD! Revue sur le langage, le genre, les sexualités*. n°12. 2022. <https://journals.openedition.org/glad/4437>

FRAISSE Geneviève. « Le devenir sujet et la permanence de l'objet ». *Nouvelles Questions Féministes*. vol. 24, n°1, 2005. pp. 14-23

FRASCH Delphine. *Sujets de connaissance dans les théories du Standpoint*. Mémoire d'histoire de la philosophie. ENS LYON. 2017

FRASCH Delphine. « Les féminismes du *standpoint* sont-ils matérialistes ? ». *Nouvelles Questions Féministes*. vol. 39, n°1, 2020. pp. 66-80. <https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2020-1-page-66.htm?contenu=resume>

FREDRICKSON Barbara, ROBERTS Tomi-Ann. « Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks ». *Psychology of Women Quarterly*. n°21, 1997. pp. 173-206

FREGA Roberto. "L'épistémologie des dominés". *Critique*. vol 12, n°799, 2013. pp. 978-991. <https://shs.cairn.info/revue-critique-2013-12-page-978>

FREIRE Paulo. *Conscientisation et révolution*. Paris : Maspero, 1974

- FREIRE Paulo. *Pédagogie des opprimés*. Paris : La Découverte, 2001
- FRICKER Miranda. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford : Oxford University Press, 2007
- FROIDEVAUX-METTERIE Camille. « Le féminisme et le corps des femmes ». *Pouvoirs*. vol. 2, n° 173, 2020. pp. 63-73. https://www.cairn.info/revue-pouvoirs-2020-2-page-63.htm?ora.z_ref=li-46446595-pub
- FULKERSON Matthew. « The unity of haptic touch ». *Philosophical Psychology*. vol. 24, n°4, 2011. pp. 493-516
- FUSSINGER Catherine, REY SÉVÉRINE, VUILLE Marilène. « S'approprier son corps et sa santé. Entretien avec Rina Nissim ». *Nouvelles Questions Féministes*. vol 2, n°25, 2006. pp. 98-116. <http://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2006-2-page-98.htm>
- GAILLE Marie. « Introduction : La philosophie de la médecine après G. Canguilhem ». *Revue de métaphysique et de morale*. vol. 2, n°82, 2014. pp. 155-165. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01309024>
- GAILLE Marie. « La philosophie de terrain, du pourquoi au comment ? L'exemple de la philosophie de la médecine ». *Éthique, politique, religions*. vol. 2, n°15, 2019-2020. <https://classiques-garnier.com/ethique-politique-religions-2019-2-n-15-le-terrain-en-philosophie-quelles-methodes-pour-quelle-ethique-la-philosophie-de-terrain-du-pourquoi-au-comment.html?displaymode=full>
- GAILLE-NIKODIMOV Marie. « Les ressources de la pensée du *care*. Pour un soin plus humain ». *Archives de Philosophie*. vol. 83, n°4, 2020. pp. 41-58. <https://www.cairn.info/revue-archives-de-philosophie-2020-4-page-41.html>
- GALERAND Elsa, KERGOAT Danièle. « consubstantialité vs intersectionnalité ? A propos de l'imbrication des rapports sociaux ». *Nouvelles pratiques sociales*. vol. 26 n°2, 2014. pp. 44-61. <https://www.erudit.org/fr/revues/nps/2014-v26-n2-nps01770/1029261ar/>
- GARDEY Delphine. « Comment écrire l'histoire des relations corps, genre, médecine au XX^e siècle ? ». *Clio. Femmes, Genre, Histoire*. vol. 37, 2013. pp. 143-162. <http://clio.revues.org/11031>
- GARDEY Delphine. *Politique du clitoris*. Paris : Textuel, 2019
- GARDEY Delphine, LOWY Ilana (dir.). *L'invention du naturel: les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Paris : Éditions des archives contemporaines, 2000
- GARRAU Marie. *Care et attention*. Paris : Presses Universitaires de France, 2014
- GARRAU Marie. *Politiques de la vulnérabilité*. Paris : CNRS éditions, 2018

GARRAU Marie. « Penser l'oppression et ses effets subjectifs. Remarques à partir d'un texte de Nicole-Claude Mathieu ». Conférence donnée dans le cadre du séminaire *Genre et politique du laboratoire Triangle*. ENS de Lyon, 2018

GATHERER David. « So what do we really mean when we say that systems biology is holistic ? ». *Systems Biology*. 2010. pp. 1-12

GENTAZ Edouard. *La main, le cerveau et le toucher. Approche neurocognitive du sens haptique*. Paris : Dunod, 2009

GEORGES-KOT Simon. « Ecart de rémunération femmes-hommes : surtout l'effet du temps de travail et de l'emploi occupé ». in *INSEE*. 18/06/2020. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4514861>

GERMES Mélina. « Handi-Féminisme ». in DORLIN Elsa (dir.). *Feu ! Abécédaire des féminismes présents*. Paris : Libertalia, 2021. <https://www.revue-ballast.fr/handicap-et-feminisme-luttes-contre-le-validisme/>

GHEDIGHIAN-COURIER Josy-Jeanne. « Le toucher, un sens aux multiples avatars ». *Les cahiers jungiens de psychanalyse*. vol. 2, n°18, 2006. pp. 17-28

GIAMI Alain. « santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être ». *Journal des psychologues*. vol. 7, n°250, 2007. pp. 56-60. <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2007-7-page-56.htm>

GIAMI Alain. « Les formes contemporaines de la médicalisation de la sexualité ». in YAYA Hachimi Sanni (dir.). *Pouvoir médical et santé totalitaire : conséquences socio-anthropologiques et éthiques*. Laval : Presses Universitaires de Laval, 2009. pp. 225-249. https://hal.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/511344/filename/Formes_Contemporaines_de_la_medicalisation_2009.pdf

GILLIGAN Carol (trad. KWIATEK Annick & NUROCK Vanessa). *Une voix différente – Pour une éthique du care*. Paris : Flammarion, 2008

GINOT Isabelle. « Discours sur le corps, techniques du corps et technocorps. A partir et non à propos de *Conscience du corps* de Richard Shusterman ». in GIOFFREDI Paule (dir.). *A la rencontre de la danse contemporaine : porosités et résistances*. Paris : L'Harmattan, 2009. pp. 265-293. <https://hal-univ-paris8.archives-ouvertes.fr/hal-00789046>

GINOT Isabelle. « Ecouter le toucher : des pratiques corporelles pour des personnes vivant avec le virus VIH – le récit d'une expérience ». *Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva - O Trabalho em Saúde*. vol. 5, n°1, 2011. pp. 256-271

GINOT Isabelle. « Un défi épistémologique et politique : Les pratiques somatiques et leurs usages sociaux ». *Spirale. Arts lettres sciences humaines*. n°242, 2012. pp. 58-60

- GIROUX Elodie, LEMOINE Maël (dir.). *Philosophie de la médecine. Santé, maladie, pathologie*. Paris : Vrin, 2012
- GLICK Peter, FISKE Susan. « An Ambivalent Alliance : Hostile and Benevolent Sexism as Complementary Justifications for Gender Inequality ». *American Psychologist*. vol. 56, n°2, 2001. pp. 109-118
- GOFFETTE Jérôme. *Nous - manifeste d'un nouvel humanisme*. Paris : BoD, 2020
- GOFFMAN Erving. « The Nature of Deference and Demeanor ». *American Anthropologist*. n°58, 1956. pp. 473-502
- GOFFMAN Erving. *Gender Advertisment*. New York : Harper and Row Publishers, 1976
- GORE Jennifer. « What We Can Do for You! What Can "We" Do For "You"? Struggling over Empowerment in Critical and Feminist Pedagogy ». in LUKE Carmen, GORE Jennifer. (dir.). *Feminisms and Critical pedagogy*. New York : Routledge, 1992. pp. 54-73
- GRANT Judith. « I Feel Therefore I Am : A Critique of Female Experience as the Basis for a Feminist Epistemology ». *Women & Politics*. vol. 7, n° 3, 1987. pp. 99-114
- GRECO Luca. « Le genre tactile : repenser les imbrications entre la matière et la parole au prisme de l'imagination et de l'expérience ». *GLAD!*. n°07, 2019. <https://journals.openedition.org/glad/1714>
- GRECO Monica. « Psychosomatics Subjects and "The duty to Be Well": Personal Agency Within Medical Rationality ». *Economy and Society*. vol. 22, n°3, 1993
- GRIFFIN Susan. « Preface ». in CALDECOTT Leonie, LELAND Stephanie (dir.). *Reclaim the Earth: Women Speak out for Life on Earth. Woman's Studies: Politics*. Londres: Women's Press, 1983. pp. 1-5
- GROSS Olivia. *Experts et expertise : le cas des patients. Contribution à la caractérisation du patient-expert et de son expertise*. Thèse en Santé Publique. Université Paris 13. 2014. <https://www.theses.fr/184178223>.
- GROSZ Elizabeth. *Volatile Body: Toward A Corporeal Feminism (Theory Of Representation And Difference)*. Bloomington : Indiana University Press, 1994
- GRUEL Louis. « Conjurer l'exclusion : rhétorique et identité revendiquée dans des habitats socialement disqualifiés ». *Revue française de sociologie*. vol. 26, n°3, 1985. pp. 431-453. https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1985_num_26_3_3964
- GUILLOUX Ronald. « Le toucher en médecine chinoise ». *Dilecta*. vol. 1, n°1, 2006. pp. 99-106. <http://www.cairn.info/revue-corps-dilecta-2006-1-page-99.htm>
- GUIMOND Odette. « L'éducation somatique, un nouveau paradigme ? ». *Sans préjudice ... pour la santé des femmes*. n°18, 1999. <https://www.centreedusoma.com/index.php/odette->

[guimond/](#)

HACHE Émilie. « La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale ? ». *Raisons politiques*. n°28, 2007. <https://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2007-4-page-49.htm>

HACKING Ian (trad. DUCREST Bernard). *Concevoir et expérimenter : thèmes introductifs à la philosophie des sciences expérimentales*. Paris : Christian Bourgois, 1989

HACKING Ian. *Historical ontology*. Cambridge (USA) : Harvard University Press, 2002

HALL Edward (trad. De PETITA Amélie). *La dimension cachée*. Paris : Points, 1971

HALPERN Catherine. « Faut-il toucher pour voir ? Retour sur le problème de Molyneux ». *Terrain*. vol. 8, n°49, 08/2007. pp. 27-36

HANNA Thomas (trad. PIZZUTI Sylvie). *La Somatique. Comment contrôler par l'esprit la mobilité, la souplesse et la santé du corps*. Paris : InterÉditions, 1989

HANNA Thomas. « What is Somatics ? ». in JOHNSON D.H. (dir.). *Bone, Breath, & Gesture. Practices of Embodiment*. Berkeley : North Atlantic Books, 1995. pp. 341-352

HARAWAY Donna (trad. MAGNAN Nathalie). « Savoirs situés : la question de la science dans le féminisme et le privilège de la perspective partielle ». In HARAWAY Donna (anthologie établie par ALLARD Laurence, GARDEY Delphine, MAGNAN Nathalie). *Manifeste Cyborg et autres essais. Sciences-fictions-féminismes*. Paris : Exils, 2007. pp. 110-126

HARAWAY Donna (trad. HANSEN Jérôme). *Manifeste des espèces compagnes. Chiens, humains et autres partenaires*. Paris : Editions de l'Éclat, 2010

HARDING Sandra. *The Science Question in Feminism*. Ithaca : Cornell University Press, 1986

HARDING Sandra. *Whose Science? Whose Knowledge? Thinking from Women's Lives*. Ithaca : Cornell University Press, 1991

HARDING Sandra. « "Strong Objectivity": A Response to the New Objectivity Question ». *Synthese*. vol. 104, n°3, 1995. pp. 331-349

HARDY Anne-Chantal. « Du colloque singulier à l'éthique médicale ». in *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2013. pp. 23-45

HARTSOCK Nancy C. M. «The Feminist Standpoint: Developing the Ground for a Specifically Feminist Historical Materialism ». in HARDING Sandra, HINTIKKA Merrill B. (dir.). *Discovering Reality: Feminist Perspectives on Epistemology, Metaphysics, Methodology and Philosophy of Science*. Dordrecht & Boston : Reidel, 1983. pp. 283-310

HATWELL Yvette, GENTAZ Edouard. « Origine et évolution des recherches psychologiques sur le toucher en France ». *L'année psychologique*. vol. 111, 04/2011. Pp. 701-723

HATWELL Yvette, STRERI Arlette, GENTAZ Edouard. (dir.) *Toucher pour connaître. Psychologie cognitive de la perception tactile manuelle*. Paris : Presses Universitaires de France, 2000

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. « Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ». 2007. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_elaborer_un_programme_-_recommandations_juin_2007.pdf

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. « Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation ». 2007. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. « L'éducation thérapeutique du patient en quinze questions-réponses ». 2007. <https://www.chu-bordeaux.fr/Professionnels-recherche/Education-th%C3%A9rapeutique/Cadre-r%C3%A8glementaire/HAS-Fiche-r%C3%A9sum%C3%A9-L-ETP-en-15-questions-r%C3%A9ponses.pdf/>

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. « Les principes de bientraitance : déclinaison d'une carte ». 2012. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_charte_guide.pdf

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. « Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la "décision médicale partagée". 2013. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. « Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile ». 2014. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-trans-rbpb-soutien_aidants_interactif.pdf

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. « Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi ». 2015. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi

HAYAT Michaël. « L'enracinement biologique de la pensée : de Diderot aux sciences contemporaines ». *Le philosophe*. vol. 3, n°23, pp. 41-64. <https://www.cairn.info/revue-le-philosophe-2003-3-page-41.htm?contenu=resume>

HEALY Bernadine. « The Yentl Syndrome ». *New England Journal of Medicine*. vol. 325,

n°4, 1991. pp. 274-276

HELLER Morton, GENTAZ Edouard. *Psychology of Touch and Blindness*. New York : Psychology Press, 2013

HELLER-ROAZEN Daniel. « Le corps tactile ». *Revue des langues romanes*. tome 122, n°1, 2018. pp. 33-51

HEMPEL Karl (trad. SAINT Bertrand). *Éléments d'épistémologie*. Paris : Armand Colin, 1972

HENLEY Nancy. « Status and sex : Some touching observations ». *Bulletin of the Psychonomic Society*. vol. 2, 1973. pp. 91-93

HENRI Marthe. *La réinsertion des femmes aveugles à la vie domestique*. 1943.

HENRY Julie. « Quels contours pour le corps ? Identité et trajectoire corporelle à la lumière de Spinoza et de la médecine d'aujourd'hui ». in FLEURIEL Sébastien, GOUBET Jean-François, MIERZEJEWSKI Stéphan, SCHOTTÉ Manuel (dir.). *Ce qu'incorporer veut dire*. Villeneuve-d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, 2021

HILL COLLINS Patricia. « Learning from the Outsider Within: the Sociological Significance of Black Feminist Thought ». *Social Problems*. vol. 33, n°6, 1986. pp. 14-32

HOOKS bell. *All About Love: New Visions*. New York : William Morrow, 2001

HOOKS bell (trad. FOURTON Clémence). « La pédagogie engagée ». *Tracés*. n°25, 2013. pp. 179-190. <https://journals.openedition.org/traces/5852>

HOOKS bell (trad. GRÜSIG Noomi). *De la marge au centre. Théorie féministe*. Paris : Cambourakis, 2017

HOQUET Thierry. *Des sexes innombrables. Le genre à l'épreuve de la biologie*. Paris : Seuil, 2016

HUGHES Everett. « Work and the self ». in ROHRER John Harper, SHERIF Muzafer (dir.). *Social Psychology at the Crossroads. The University of Oklahoma Lectures in Social Psychology*. New York : Harper & Brothers, 1951. pp. 313-323

HUMPHREY Tryphena, « The Development of Human Fetal Activity and its Relation to Postnatal Behavior ». *Advances in Child Development and Behavior*. vol. 5, 1970. pp. 1-57

HUSQUINET Héloïse. « "Du corps intime au corps social" : pratiques somatiques et pensée critique. Dialogue avec Sylvie Fortin ». *Collectif contre les violences familiales et l'exclusion (CVFE)*. 2018. <https://www.cvfe.be/node/167>

HUSSON Thérèse-Adèle (trad. TROUILLOUD Lise-Hélène). *Une jeune aveugle dans la France du XIX^e siècle. Commentaires de Zina Weygand et Catherine J. Kudlick*. Ramonville-Saint-Agne : Érès, 2004

- ILLOUZ Eva. *Les marchandises émotionnelles : l'authenticité au temps du capitalisme*. Paris : Premier Parallèle, 2019
- INK Marion. « Observer à l'épreuve d'une déficience visuelle : le rôle des indices ». *Espace et société*. vol. 1, n°164-165, 2016. pp. 99-110
- INK Marion. « Pour une approche pratico-sensible de la perception. Ce que les handicaps visuels et auditifs nous apprennent des sens ». in BATTESTI Vincent, CANDAU Joël (dir.). *Apprendre les sens, apprendre par les sens : Anthropologie des perceptions sensorielle*. Paris, Éditions Pétra, 2023.
- INTEMANN Kristen. « Feminism, Values, and the Bias Paradox ». in ELIOTT Kevin, STEEL Daniel (dir.). *Current Controversies in Values and Science*. New York & Londres : Routledge, 2017
- IRIGARAY Luce. « Ce sexe qui n'en est pas un ». *Les Cahiers du GRIF*. n°5, 1974. pp. 54-58. https://www.persee.fr/doc/grif_0770-6081_1974_num_5_1_964
- JAS Nathalie. « Agnothologie ». in HENRY Emmanuel, GILBERT Claude, JOUZEL Jean-Noël, MARICHALAR Pascal (dir.). *Dictionnaire critique de l'expertise. Santé, travail, environnement*. Paris : Presses de Sciences Po, 2015. pp. 33-39
- JAY Laurence. « Pratiques somatiques et écologie corporelle ». *Société*. vol. 3, n° 125, 2014. pp. 103-115. <https://www.cairn.info/revue-societes-2014-3-page-103.htm>
- JONES Cara. « Queering gendered disabilities ». *Journal of Lesbian studies*. vol. 6, n°25, 2020. pp. 195-211. https://www.researchgate.net/publication/342362959_Queering_gendered_disabilities
- JUIGNET Patrick. « Michel Foucault et le concept d'épistémè ». *Philosophie, science et société*. 2015. <https://philosciences.com/michel-foucault-episteme>
- KALINOWSKI Isabelle. *La science, profession et vocation*. Paris : Agone, 2005
- KATZ David. *The World of Touch*. Hillsdale (New Jersey) : Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1989
- KELLER Evelyn Fox, GRONTKOWSKI Christine. « The mind's eye ». in KELLER Evelyn Fox, LONGINO Helen (dir.). *Feminism and Science*. Oxford : Oxford University Press, 1996. pp. 182-206
- KERGOAT Danièle. « Ouvriers = ouvrières ? Propositions pour une articulation théorique des deux variables : sexe et classes sociales ». *Critiques de l'économie politique*. vol. 5, 1978. pp. 65-97
- KERGOAT Danièle. « Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe ». in HIRATA Helena Sumiko, LABORIE Françoise, LE DOARÉ Hélène, SÉNOTIER Danièle (dir.). *Dictionnaire critique du féminisme*. Paris : Presses universitaires de France, 2004.

pp. 35-44

KLEIN Alexandre. « En soi, résister ne dit rien de ce au nom de quoi on résiste ». *Carnet Hypothèses Espaces Réflexifs*. 2016. <https://reflexivites.hypotheses.org/8435>

KOECHLIN Aurore. « L'auto-gynécologie : écoféminisme et intersectionnalité ». *Travail, genre et sociétés*. vol. 2, n°42, 2019. pp. 109-126. <https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2019-2-page-109.htm>

KOMISARUK Barry, WISE Nan, FRANGOS Eleni, LIU Weng-Ching, ALLEN Kachina, BRODY Stuart. « Women's Clitoris, Vagina, and Cervix Mapped on the Sensory Cortex: fMRI Evidence ». *The Journal of Sexual Medicine*. vol. 8, n°10, 2011. pp. 2822-2830.

KROKER Arthur. « The Disembodied Eye: Ideology and Power in the Age Of Nihilism ». *Canadian Journal of Political and Social Theory*. vol. 7, n°1-2, 1983. pp. 194-235

KUHN Thomas Samuel (trad. MEYER Laure). *La structure des révolutions scientifiques*. Paris : Flammarion, 1962

LACROIX Anne. « Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? ». *Santé publique*. vol. 19, n°4, 2007. pp. 271-282. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-4-page-271.htm>

LAMIEL Marie, POLLENTIER Caroline. « Le toucher ». *L'Atelier*. vol. 15, n°1, 2023. <https://ojs.parisnanterre.fr/index.php/latelier/issue/view/62>

LANGTON Rae. *Sexual Solipsism: Philosophical Essays on Pornography and Objectification*. Oxford : Oxford University Press, 2009

LAUGIER Sandra. « Le sujet du care : vulnérabilité et expression ordinaire ». in MOLINIER Pascale, LAUGIER Sandra, PAPERMAN Patricia (dir.). *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2010

LAURETIS Teresa de. *Alice doesn't. Feminism, Semiotics, Cinema*. Bloomington : Indiana University Press & Londres : Macmillan, 1984

LAURETIS Teresa de. *Technologies of Gender: Essays on Theory, Film, and Fiction*. Bloomington : Indiana University Press, 1987

LAURIN Marie-France. « Féminisme et pragmatisme : la question de l'expérience féminine à la lumière des apports du pragmatisme à la théorie féministe ». *Ithaque*. vol.13, 2013. pp. 199-226. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/13271>

LECOMTE Sylvie, JUVIN Robert, VION GENOVESE Véronique. « Appréhender le toucher : vers une éthique du soin ? Analyse et représentations par profession sur un territoire de santé ». *Éthique & Santé*. Vol. 14, n°4, 2017. pp. 218-224. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1765462917300697>

- LE CORRE François, ROPERT Pierre. « Ces quatre sens que vous ne connaissez pas ». Entretien (émission radiodiffusée). France Culture. 11/01/2018. <https://www.franceculture.fr/sciences/de-cinq-sens-a-neuf-sens>
- LE DŒUFF Michèle. *Le sexe du savoir*. Paris : Marie Aubier, 1998
- LE DŒUFF Michèle. *L'étude et le rouet. Des femmes, de la philosophie, etc.* Paris : Seuil, 2008
- LE DŒUFF Michèle. « Théoriser, une spirale sans fin ». in CHOULET-VALLET Anaïs, CLOCHEC Pauline, FRASCH Delphine, GIACINTI Margot, VÉDIE Léa (dir.). *Théoriser en féministe*. Lyon : Hermann, 2021
- LE DÛ Maï. « Les toucheurs, un recours pérenne ». in *Toucher pour soigner. Le toucheur, le médecin et l'ostéopathe : un nourrisson entre de bonnes mains*. Toulouse : Erès, 2022. pp. 25-62.
- LEFÈVE Céline. « La philosophie du soin ». *La Matière et l'esprit*. vol. 4, 2006. pp. 25-34. <http://www.sphere.univ-paris-diderot.fr/IMG/pdf/256CelineLEFÈVELaphilosophiedusoin.pdf>
- LEFÈVE Céline. « De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical ». *Revue de métaphysique et de morale*. vol. 2, n°82, 2014. pp. 197-221. <https://shs.cairn.info/revue-de-metaphysique-et-de-morale-2014-2-page-197?lang=fr>
- LE GOFF Alice. « Care, empathie et justice. Un essai de problématisation ». *Revue du MAUSS*. vol. 2, n°32, 2008. pp. 203-241. <https://shs.cairn.info/revue-du-mauss-2008-2-page-203?lang=fr>
- LEIBNIZ Gottfried Wilhelm (trad. BRUNSCHWIG Jacques). *Nouveaux essais sur l'entendement humain*. Paris : Flammarion, 1990
- LÉPINARD Éléonore. « Pour un partage radical des activités de care ». *Libération*. 10/05/2020. https://www.liberation.fr/debats/2020/05/10/pour-un-partage-radical-des-activites-de-care_1787674/
- LERICHE René. « De la santé à la maladie, la douleur dans les maladies, où va la médecine ? ». *Encyclopédie française*. vol. 6, 1936
- LESTRADE Didier. « Covid-19 et Sida, des points communs et des différences ». *Slate*. 25/03/2020. <http://www.slate.fr/story/188850/gestion-pandemie-covid-19-gouvernements-medecins-experience-sida>
- LINTON Simi. « Disability Studies/Not Disability Studies ». *Disability and Society*. vol. 13, n°4, 1998. pp. 525-539
- LOCK Margaret. « L'Homme-machine et l'Homme-microcosme : l'approche occidentale et

l'approche japonaise des soins médicaux ». *Annales. Histories, Sciences Sociales*. vol. 35, n°5, 1980. pp. 1116-1136

LOCKE John. (trad. De VIENNE Jean-Michel). *Essai sur l'entendement humain. Livres I et II*. Paris : Vrin, 2001

LONGINO Helen. *Science as Social Knowledge. Values and Objectivity in Scientific Inquiry*. Princeton : Princeton University Press, 1990

LUYSSSEN Johanna. « "Hudsult" : quand est-ce qu'on se touche ? ». *Libération*. 09/05/2020. https://www.liberation.fr/debats/2020/05/09/hudsult-quand-est-ce-qu-on-se-touche_1787755

MACÉ Marielle. *Styles : Critiques des formes de vie*. Paris : Gallimard, 2016

MACKINNON Catharine. « Consciousness raising ». in *Toward a feminist theory of the state*. Cambridge : Harvard University Press, 1989

MADIOT Justine, DOE Marion, PUISEUX Charlotte, DAMMAME Aurélie, PAPERMAN Patricia. « Disability Studies/Études critiques du handicap ». *Dictionnaire du Genre en Traduction*. 24/05/2021. <https://worldgender.cnrs.fr/notices/disability-studies-etudes-critiques-du-handicap/>.

MAILLARD Nathalie. *La vulnérabilité, une nouvelle catégorie morale ?* Genève : Labor et Fides, 2011

MAINE DE BIRAN. *Influence de l'habitude sur la faculté de penser*. Paris : Presses Universitaires de France, 1954. http://classiques.ugac.ca/classiques/maine_de_biran/influence_habitude/influence_habitude.html

MALENFANT Annie. *Déficits sensoriels et névralgies chroniques aux sites guéris de Brûlure*. Thèse en neuropsychologie clinique. Université de Montréal. 1999

MALLET Donatien, DUCHÊNE Valérie, COLOMBAT Philippe. « Globalité et médecine moderne ». *Laennec*. vol. 56, n°2, 2008. pp. 35-49

MAMZER Marie-France. « Quelle place pour le toucher en médecine au XXIe siècle ? ». in CABRAL María de, DOMINGUE Jésus de, ALMEIDA José, DANOU Gérard (dir.). *Le Toucher. Prospections médicales, artistiques et littéraires*. Paris : Le Manuscrit, 2019. pp. 275-295

MANGEOT Philippe. « Sida : angles d'attaque ». *Vacarme*. vol. 4, n°29, 2004. pp. 74-81. <https://www.cairn.info/revue-vacarme-2004-4-page-74.htm>

MAQUESTIAU Pascale, GHELLINCK Philippine de, MARKSTEIN Catherine, JAQUET Manoë. *Référentiel : auto-santé des femmes*. Bruxelles : Le monde selon les femmes, 2017

- MARIN Claire. « L'œil et la main : la "métaphysique du toucher" dans la philosophie française, de Ravaisson à Derrida ». *Les études philosophiques*. vol. 1, n°64, 2003. pp. 99-112. <https://shs.cairn.info/revue-les-etudes-philosophiques-2003-1-page-99?lang=fr>
- MARTIN Hélène, PERRIN Céline, DAMIDOT Pascale. « Les cadres sexués du travail émotionnel dans la relation thérapeutique en physiothérapie ». *Travailler*. vol. 2, n°32, 2014. pp. 9-31. <http://www.cairn.info/revue-travailler-2014-2-page-9.htm>
- MARZANO Michela. *Penser le corps*. Paris : Presses Universitaires de France, 2002
- MARZANO Michela. *L'éthique appliquée*. Paris : Presses Universitaires de France, 2018
- MASSIN Olivier, MONNOYER Jean-Maurice. « Toucher et proprioception. Le corps, milieu tactile ». *Voir (Barré)*. vol. 26, 2003. pp. 48-73. https://www.researchgate.net/publication/284169361_Toucher_et_proprioception_Le_corps_Milieu_Tactile
- MASSIN Olivier, VIGNEMONT Frédérique de. « Touch ». in *The Oxford Handbook of the Philosophy of Perception*. Oxford : Oxford University Press, 2013
- MASSON Dominique. « Femmes et handicap ». *Recherches féministes*. vol. 26 n°1, 2013. pp. 111-129. <https://id.erudit.org/iderudit/1016899ar>
- MATHIEU Marie, MOZZICONACCI Vanina, RUAULT Lucile, VEIL Armelle. « Michèle Le Dœuff, une philosophe féministe. Cheveux courts, idées longues ». *Nouvelles Questions Féministes*. vol. 39, n°1, 2020. pp. 95-118. <https://shs.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2020-1-page-98?lang=fr>
- MATHIEU Marie, MOZZICONACCI Vanina, RUAULT Lucile, VEIL Armelle. « Pour un usage fort des épistémologies féministes ». *Nouvelles Questions Féministes*. vol. 39 n°1, 2020. <https://shs.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2020-1-page-6?lang=fr>
- MAURY Yolande, HEDJERASSI Nassira. « Empowerment, pouvoir d'agir en éducation ». *Spirale - Revue de recherches en éducation*. vol. 3, n°66, 2020. pp. 3-13. <https://www.cairn.info/revue-spirale-revue-de-recherches-en-education-2020-3-page-3.htm>
- MCNAY Lois. « Agency. » *The Oxford Handbook of Feminist Theory*. Oxford : Oxford University Press, 2016
- MEIRIEU Philippe. « Pour une éducation physique populaire de qualité ». *Libération*. 19/03/2022. https://www.liberation.fr/forums/pour-une-education-physique-populaire-de-qualite-20220312_PX3EC7GV2NEI7PHVZWZZTD6YPQ/
- MERLEAU-PONTY Maurice. *L'œil et l'esprit*. Paris : Gallimard, 1964
- MERLEAU-PONTY Maurice. *Le visible et l'invisible*. Paris : Gallimard, 1964

- MFONDI Amadou. « Sans contact ». *Histoire engagée*. 07/05/2020. <http://histoireengagee.ca/sans-contact/>
- MICHAEL George, GUYOT Deborah, TARROUX Emilie, COMTE Mylène, SALGUES Sarah. « Feeling Oneself Requires Relationship Between Own-Body Transformations, Schizotypal Personality Traits, and Spontaneous Bodily Sensations ». *Frontiers in Psychology*. vol. 11, 2020. <https://doaj.org/article/aba8c7d52155404dae509313cb2e08f2>
- MILLEPIED Anne-Charlotte. « Visualiser l'endométriome. La construction de la vision professionnelle en radiologie ». *Revue d'anthropologie des connaissances*. vol. 3, n°14, 2020. <https://journals.openedition.org/rac/6867>
- MOL Annemarie. *Body multiple – Ontology in medical practice*. Duke : Duke University Press, 2003
- MOL Annemarie. (trad. DEBAUCHE Monique & DEBAUCHE Chantal). *Ce que soigner veut dire*. Paris : Presses des mines, 2009
- MOLINIER Pascale. *Le travail du care*. Paris : La Dispute, 2013
- MOLINIER Pascale, LAUGIER Sandra, PAPERMAN Patricia (dir.). *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2010.
- MONTAGU Ashley. *Touching : The Human Significance Of The Skin*. New York & Londres : Columbia University Press, 1971
- MOREAU Alain, GILLES DE LALONDE Julie , FERRAT Emilie, VALLOT Sophie, RENARD Vincent, AUBIN-AUGER Isabelle. « L'approche centrée patient (ACP) : à propos d'une situation clinique en médecine générale. Exercer ». 2019. <https://shs.hal.science/halshs-02430422/document>
- MORIN Edgar. « La connaissance de la connaissance ». in *La méthode. Tome 3*. Paris : Seuil, 1986
- MORRIS Jenny. « Impairment and Disability: Constructing an Ethics of Care that Promotes Human Rights ». *Hypathia*. vol. 16, n°4, 2001. pp. 1-16
- MOSCONI Nicole. « Les ambiguïtés de la mixité scolaire ». in BAUDOUX Claudine, ZAIDMAN Claude (dir.). *Égalité entre les sexes : mixité et démocratie*. Paris : L'Harmattan, 1992
- MOSCONI Nicole. « Compte-rendu de lecture : Michèle LE DŒUFF, Le sexe du savoir, Paris, Aubier, coll. Alto., 1998 ». *Travail, genre et sociétés*. vol. 2, n°2, 1999. pp. 186-192. <https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-1999-2-page-186.htm>
- MOZZICONACCI Vanina. « Théories féministes de l'éducation : où est le care ? ». *Éducation et socialisation*. n° 40, 2016. <https://journals.openedition.org/edso/1514>

- MOZZICONACCI Vanina. *Le sujet du féminisme peut-il faire l'objet d'une éducation ? Essai sur les théorisations féministes de la relation et de l'institution*. Thèse en philosophie. ENS Lyon. 2017. <https://theses.fr/2017LYSEN044>
- MOZZICONACCI Vanina. « María Puig de la Bellacasa, *Matters of Care* ». *Les comptes rendus*. 2018. <https://journals.openedition.org/lectures/26264>
- MOZZICONACCI Vanina. « Faire fémininement de la philosophie. D'une traduction entre théorie et pratique ». in CHOULET-VALLET Anaïs, CLOCHEC Pauline, FRASCH Delphine, GIACINTI Margot, VEDIE Léa (dir). *Théoriser en féministe*. Lyon : Hermann, 2021
- MULVEY Laura. « Visual pleasure and narrative cinema ». *Screen*. n°16, 1975. pp. 6-18
- MVENGOU CRUZ MERINO Paul. « Synchrétisme ». *Dictionnaire décolonial*. 2021. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/colonialite/chapter/syncretisme/>
- NAGEL Thomas (trad. de KRONLUND Sonia). *Le point de vue de nulle part*. Paris : Editions de l'éclat, 1993
- NANCY Jean-Luc. *La Communauté désœuvrée*. Paris : Christian Bourgeois, 1986/ 2004
- NATH Ishani. « Enconfinement seul, comment supporter des mois sans contact physique ? ». *Huffington Post*. 2020. https://www.huffingtonpost.fr/entry/confinement-en-solitaire-comment-supporter-des-mois-sans-contacts-physiques_fr_5eaa8570c5b633a85445846f
- NEDELSKY Jennifer. « Reconceiving Autonomy: Sources, Thoughts and Possibilities ». *Yale Journal of Law & Feminism*. vol. 1, 1989. pp. 7-36
- NEDELSKY Jennifer. *Law's Relations: A Relational Theory of Self, Autonomy and Law*. Oxford : Oxford University Press, 2012
- NISSIM Rina. *Une sorcière des temps modernes. Le self-help et le mouvement femmes et santé*. Genève : Éditions d'en bas, 2014
- NORDENFELT Lennart. *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Account*. Boston : Kluwer Academic Publishers, 1995
- NUSSBAUM Martha. « Objectification ». *Philosophy and Public Affairs*. vol. 24 n°4, 1995. pp. 249-291
- NUSSBAUM Marta (trad. CHAVEL Sophie). *Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste ?*. Paris : Flammarion, 2012
- ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. « Quelle place pour les médecines complémentaires ? ». *Webzine de l'Ordre des Médecins*. n°3, 2015. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html#/intro>

- PACHE Stéphanie. « L'émancipation par la thérapie: analyse critique d'une proposition féministe ». in BUCLIN Hadrien, DAHER Joseph, CHRISTAKIS Georgiou, RABOUD Pierre, BATOU Jean, KOUVÉLAKIS Efstathios (dir.). *Penser l'émancipation. Offensives capitalistes et résistances internationales*. Paris : La Dispute, 2013. pp. 361-379
- PAPERMAN Patricia. « D'une voix discordante : désentimentaliser le *care*, démoraliser l'éthique ». in LAUGIER Sandra, MOLINIER Pascale, PAPERMAN Patricia (dir.). *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Payot, 2009. pp. 89-114
- PARENT Laurence. « *ableism/disablism*, on dit ça comment en français ? ». *Revue canadienne sur le handicap*. vol. 6, n°2, 2017. pp. 183-212. <https://doi.org/10.15353/cjds.v6i2.355>
- PARINI Lorena. *Le système de genre*. Zürich : Seismo, 2006
- PARKER Jack, FLOYD Madel. *Le grand mystère des règles : Pour en finir avec un tabou vieux comme le monde*. Paris : Flammarion, 2017
- PAVEAU Marie-Anne. « Présentation. Pour une épistémologie critique ». *Semen - Revue de sémio-linguistique des textes et discours*. n°34, 2012. <https://journals.openedition.org/semen/9720>
- PAVEAU Marie-Anne. « Mais qui est donc ce *nous* dans les discours sur l'expérience de la pandémie ? L'exemple de la disparition du toucher ». *Carnet Hypothèses La pensée du discours*. 2020. <https://penseedudiscours.hypotheses.org/19140>
- PAICHELER Geneviève. « Les associations de lutte contre le sida et la communication publique : une influence minoritaire ». *Hermès, La Revue*. vol. 1, n°41, 2005. pp. 103-109
- PANESE Francesco, ARMINJON Mathieu, PIDOUX Vincent. « La "fabrique du cerveau" en tensions entre sciences sociales et neurosciences ». *SociologieS*. 2016. <https://journals.openedition.org/sociologies/5264>
- PASQUINELLI Elena. « Aux frontières du toucher ». *Voir (Barré)*. vol. 26. 2003. pp. 74-86
- PEREIRA Irène. « "Maximiser l'objectivité et minimiser la neutralité" : du militantisme en sciences sociales ». *Université Paris-Est Créteil*. 2021. <https://www.u-pec.fr/fr/recherche/maximiser-lobjectivite-et-minimiser-la-neutralite-du-militantisme-en-sciences-sociales>
- PERRET-CLERMONT Anne-Nelly. « Recherche en psychologie sociale expérimentale et activité éducative : deux élaborations symboliques, deux pratiques, qui peuvent être complémentaires ». *Revue française de pédagogie*. n°53, 1980. pp. 30-38.
- PICARD Anne-Marie. « Une fragile globalité : toucher, nommer, recomposer, séparer ». in CABRAL María de, DOMINGUE Jésus de, ALMEIDA José, DANOU Gérard (dir.). *Le Toucher. Prospections médicales, artistiques et littéraires*. Paris : Le Manuscrit, 2019. pp.

203-2014

PINTOSSI Élodie. « La reconstruction de la peau des patients grands brûlés ». *La peauologie*. n°6, 2021. <https://lapeauologie.fr/article/reconstruction-grands-brules/>

POGNANT Patrick. « Les interdits hors la loi : la répression institutionnelle et médicale de la sexualité (1850-1930) ». *Droit et cultures*. vol. 1, n°57, 2009. pp. 129-142. <https://journals.openedition.org/droitcultures/1301>

POIRIER Nicolas. « Entretien avec Jean-Luc Nancy ». *Le Philosophoire*. vol. 1, n°7, 1999. pp. 11-22. <https://shs.cairn.info/revue-le-philosophoire-1999-1-page-11>

POLLENTIER Caroline. « Le toucher, lieu commun ». *L'Atelier*. vol. 13, n°1, 2021. <https://ojs.parisnanterre.fr/index.php/latelier/article/view/582>

PROUST Joëlle (dir.). *Perception et intermodalité. Approches actuelles de la question de Molyneux*. Paris : Presses Universitaires de France, 1997

PROUST Joëlle. « L'espace, les sens et l'objectivité ». in PROUST Joëlle (dir.). *Perception et intermodalité. Approches actuelles de la question de Molyneux*. Paris : Presses Universitaires de France, 1997

PUIG DE LA BELLACASA María. « Touching Technologies, Touching Visions. The Reclaiming of Sensorial Experience and the Politics of Speculative Thinking ». *Subjectivity*. vol. 28, 2009. pp. 297-315

PUIG DE LA BELLACASA María. *Politiques féministes et construction des savoirs. « Penser nous devons » !* Paris : L'Harmattan, 2013

PUIG DE LA BELLACASA María. *Matters of Care: Speculative Ethics of More than Human World*. Londres : University of Minnesota Press, 2017

QUÉRÉ Lucile. « Lutttes féministes autour du consentement. Héritages et impensés des mobilisations contemporaines sur la gynécologie ». *Nouvelles Questions Féministes*. vol. 35 n°1, 2016. pp. 32-47. <https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2016-1-page-32.htm>

QUÉRÉ Lucile. *Du corps au « nous ».* Produire un sujet politique par le self-help féministe. Thèse en sociologie. Université de Lausanne. 2021. <https://wp.unil.ch/esspace/2022/01/lucile-QUÉRÉ/>

RACHAD Antonius. « Repenser les catégories de "majorité" et de "minorité" : l'islamisme comme phénomène minoritaire dans les sociétés occidentales ». *Revue européenne des migrations internationales*. vol. 31 n°2, 2015. pp. 11-30. <https://journals.openedition.org/remi/7238>

REED-DANAHAY Deborah. *Auto/etnography. Rewriting the Self and the Social*. Oxford : Oxford University Press, 1997

- RIBAULT Patricia. « Du toucher au geste technique : la "technè des corps" ». *Appareil*. n°8. 2011. <https://journals.openedition.org/appareil/1315>
- RIBAULT Élise, VILLA François. « Le toucher : levier de la réinvention de soi et d'autrui dans l'expérience de la maladie grave ». in CABRAL María de, DOMINGUE Jésus de, ALMEIDA José, DANOU Gérard (dir.). *Le Toucher. Prospections médicales, artistiques et littéraires*. Paris : Le Manuscrit, 2019. pp. 249-261
- RICARD Laurence. « L'autonomie relationnelle : un nouveau fondement pour les théories de la justice ? ». *Philosophiques*. vol. 40, n°1, 2013. pp. 139-169. <https://www.erudit.org/fr/revues/philoso/2013-v40-n1-philoso0815/1018381ar/>
- RICHARD Claire. *Des mains heureuses : une archéologie du toucher*. Paris : Seuil, 2023
- RICHARD Lucile. « Repenser l'agentivité féministe : relationalité, vulnérabilité et performativité chez Judith Butler ». *Doctorales 58*. n°5, 2018
- RØDBROE Inger. « Des enfants sourds-aveugles de naissance dans un contexte culturel différent. Expériences en Ouganda ». *Enfance*. n° 1, 2000. pp. 85-98. https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_2000_num_53_1_3170
- ROGERS Carl. *Psychothérapie et relations humaines. Théorie de la thérapie centrée sur la personne*. Issy-les Moulineaux : ESF éditeur, 2009
- ROSE Hilary. « Hand, Brain, and Heart: A Feminist Epistemology for the Natural Sciences ». *Signs : Journal of Women in Culture and Society*. n°9, 1983. pp. 73-90
- ROTH Xavier. *Georges Canguilhem et l'unité de l'expérience, Juger et agir, 1926-1939*. Paris : Vrin, 2013
- ROUX Jeanne-Marie. « Le toucher entre objet et ob-jektivité (I) ». in *Implications philosophiques*. 20/02/2012. <https://www.implications-philosophiques.org/langage-et-esthetique/implications-de-la-perception/le-toucher-entre-objets-et-ob-jektivite-i/>
- ROUX Jeanne-Marie. « Le toucher entre objet et ob-jektivité (II) ». in *Implications philosophiques*. 24/02/2018. <https://www.implications-philosophiques.org/langage-et-esthetique/implications-de-la-perception/le-toucher-entre-objets-et-ob-jektivite-ii-2/>
- RUAAULT Lucile. « La circulation transnationale du *self-help féministe* : acte 2 des luttes pour l'avortement libre ? ». *Critique internationale*. vol. 1, n°70, 2016. pp. 37-54. <https://www.cairn.info/revue-critique-internationale-2016-1-page-37.htm>
- SALLE Muriel, VIDAL Catherine. *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ?* Paris : Belin, 2017
- SALGUES Sara, PLANCHER Gaën, JAQUOT Laurence, NAVETEUR Janick, FANUEL Lison, GALVEZ-GARCIA Germán, MICHAEL George A. «To the Self and Beyond: Arousal and Functional Vonnnectivity of the Temporo-parietal Junction Contributes to Spontaneous

- Sensations Perception». *Behavioural Brain Research*. vol. 396, n°1, 2021.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0166432820305799>
- SAHRAOUI Nina. « De la précarité du travail émotionnel du care ». *Émulations. Revue de sciences sociales*. n°28, 2019. pp. 31-45
- SCHIEBINGER Londa. *Has Feminism Changed Science?* Cambridge : Harvard University Press, 1999
- SCOTT Joan. « The Evidence of Experience ». *Critical Inquiry*. Vol. 17, n°4, 1991. pp. 773-797. <http://www.jstor.org/stable/1343743>
- SERINO Andrea, HAGGARD Patrick. « Touch and the body ». *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. vol. 34, n°2, 02/2010. pp. 224-236.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19376156/>
- SHUSTERMAN Richard (trad. VIEILLESCEZES Nicolas). *Conscience du corps. Pour une somaesthétique*. Paris : Editions de l'Éclat, 2008
- SIMMEL Georges (trad. GASPARINI L.). *Sociologie et épistémologie*. Paris : Presses universitaires de France, 1991
- SIMON Armelle. « Se réappropriier son corps grâce au toucher-massage ». *La revue de l'infirmière*. n°181, 2012. pp. 40-41.
https://ovoia.com/sites/default/files/sous_page_pdf/Article-revue-de-IIDE-Mai-2012%281%29.pdf
- SIMON Armelle. « Le toucher-massage contre l'anxiété en hématologie stérile ». Communication au Colloque international du Secrétariat International des Infirmiers de l'Espace Francophone. Bordeaux : Juin 2018
- SIMON Armelle, VIDAL-GOMEL Christine, BODY Geraldine. « La formation au toucher-relationnel par la simulation : Un outil didactique pour élargir les perspectives soignantes ». Communication donnée à l'occasion du colloque *Entre pressions institutionnelles et autonomie du sujet : Quelles analyses de l'activité en situation de travail en didactique professionnelle ?*, Université de Lille, 2017.
https://rpd2017.sciencesconf.org/data/3136_SIMONArmelleVIDAL_GOMELChristineBODY_Geraldine.pdf
- SIMON Pierre-Jean. *Pour une sociologie des relations interethniques et des minorités*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2006
- SIMONETTA Laetitia. « Le sentiment esthétique est-il analysable ? Sur une évolution de la pensée de Condillac ». in *Implications philosophiques*. 08/02/2017.
<http://www.implications-philosophiques.org/actualite/une/le-sentiment-esthetique-est-il-analysable/>

- SIMONIN Damien. « María Puig de la Bellacasa, Politiques féministes et construction des savoirs ». in *Lectures. Les comptes rendus.* 30/04/2013. <http://journals.openedition.org/lectures/11397>
- SIMONNEAU Sylvie, GROUILLE Dominique. « Toucher-détente en soins palliatifs : récit d'une expérience unique ». *Revue internationale de soins palliatifs.* vol. 3, n°27, 2012. pp. 15-16. <https://www.cairn.info/revue-infokara-2012-3-page-115.htm>
- SMITH Dorothy. "Women's Perspective as a Radical Critique of Sociology". *Sociological Inquiry.* vol. 44, n°1, 1974. pp. 7-13
- STARHAWK. *Rêver l'obscur. Femmes, magie et politique.* Paris : Cambourakis, 2015
- STENGERS Isabelle. *L'invention des sciences modernes.* Paris : La découverte, 1993
- STENGERS Isabelle. « Le médecin et le charlatan ». in STENGERS Isabelle, NATHAN Tobie (dir.). *Médecins et sorciers.* Paris : La Découverte, 2012
- STEWART Moira, BROWN Judith Belle, WESTON Wayne, McWHINNEY Ian, McWILLIAM Caro, FREEMAN Thomas. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method.* Troisième édition. Oxon : Radcliff medical press, 2014
- SULLIVAN Shannon. *Living across and through skins.* Bloomington & Indianapolis : Indiana University Press, 2001
- SWIM Janet, CAMPBELL Bernadette. *Sexism : Attitudes, beliefs, and behaviors.* Oxford : Blackwell Publishers, 2001
- THE BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE. *Our bodies, Ourselves.* Boston : New England Free Press, 1971
- THIERS-VIDAL Léo. « De la masculinité à l'anti-masculinisme : penser les rapports sociaux de sexe à partir d'une position sociale oppressive ». *Nouvelles Questions Féministes.* vol. 3, n°21, 2002. pp. 71-83. <https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2002-3-page-71.htm>
- THOMAZEAU Romain. « Témoigner en corps dans la crise du SIDA ». *Cahiers ERTA.* vol. 12, n°8, 2015. <https://czasopisma.bg.ug.edu.pl/index.php/CE/article/view/1095>
- TOURAILLE Priscille. « Déplacer les frontières conceptuelles du genre ». *Journal des anthropologues.* N°124-125, 2011. pp. 49-69. <https://journals.openedition.org/jda/5267>
- TOURETTE-TURGIS Catherine, THIEVENAZ Joris. « L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche ». *Savoirs.* vol. 2, n°35, 2014. pp. 9-48. <https://www.cairn.info/journal-savoirs-2014-2-page-9.htm>
- TRONTO Joan (trad. MAURY Hervé). *Un monde vulnérable.* Paris : La Découverte, 1993
- TUANA Nancy. « The Values of Science: Empiricism from a Feminist Perspective ».

Synthese. vol. 104, 1995. pp. 441-461

TYTELMAN Alexis. *Appropriation culturelle et essentialisme*. Mémoire en philosophie. ENS Paris / EHESS. 2018

VAN ROODEN Aukje. « Poésie haptique. Sur l'(ir)réalité du toucher poétique chez Jean-Luc Nancy ». *Revue Philosophique de Louvain*. n°107, 2009. pp. 127-142

VANASSE Chantal. *Education somatique et troubles alimentaires : une autoethnographie*. Mémoire en études chorégraphiques. Montréal : UQAM, 2008.
<https://archipel.uqam.ca/1647/1/M10517.pdf>

VARELA Francisco, THOMPSON Evan, ROSCH Eleanor (trad. HAVELANGE Véronique). *L'inscription corporelle de l'esprit : Sciences cognitives et expérience humaine*. Paris : Seuil, 1996

VÉDIE Léa. « Une lutte à soi. La politique en première personne des féministes des années 1970 ». *Nouvelles Questions Féministes*. vol. 39, n°1, 05/2020. pp. 16-32.
<https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2020-1-page-16.htm?contenu=resume>

VÉDIE Léa. *Le sujet politique du féminisme, de l'ontologie à la pratique : comment la philosophie doit-elle s'emparer des problèmes féministes ?* Thèse en philosophie. ENS de Lyon. 2022. <https://theses.hal.science/tel-03945735>

VELDMAN Frans. *Haptonomie. Science de l'affectivité*. Paris : Presses Universitaires de France, 2007

VÉRINE Bertrand. « Dire le toucher ». in *AFONT, Fondation du toucher*. 08/08/2019.
<http://fondationdutoucher.org/dire-le-toucher/>

VÉRINE Bertrand. « Le vocabulaire tactile existe, je l'ai entendu ». in *AFONT, Fondation du toucher*. 10/11/2019. <http://fondationdutoucher.org/le-vocabulaire-tactile-existe-je-lai-entendu/>

VÉRINE Bertrand. « La nuit et le noir, clichés métaphoriques de la cécité ». in ROUSSEL Céline, VENNETIER Soline (dir.). *Discours et représentations du handicap. Perspectives culturelles*. Paris : Classiques Garnier, 2019. pp. 247-260

VÉRINE Bertrand. « Signe des temps ». in *AFONT, Fondation du toucher*. 04/06/2020.
<http://fondationdutoucher.org/signe-des-temps/>

VÉRINE Bertrand. « Différences sensorielles entre les cultures: l'exemple ougandais ». in *AFONT, Fondation du toucher*. 25/01/2022. <http://fondationdutoucher.org/differences-sensorielles-entre-les-cultures-lexemple-ougandais/>

VÉRINE Bertrand. "Examinatrice médicale tactile, un métier d'avenir". in *AFONT, Fondation du toucher*. 01/10/2023. <http://fondationdutoucher.org/examinatrice->

[medicale-tactile-un-metier-davenir/](#)

VILLEY Pierre. *Le monde des aveugles. Essai de psychologie*. José Corti, 1914/1984

VINCENT-BUFFAULT Anne. *Histoire sensible du toucher*. Paris : L'Harmattan, 2017

VOLERY Ingrid. « Pascale Molinier, Le travail du care ». *La nouvelle revue du travail*. 2013. <http://journals.openedition.org/nrt/1195>

VOLLAIRE Christiane. *Pour une philosophie de terrain*. Paris : Créaphis, 2017

VUILLE Marilène, REY Séverine, FUSSINGER Catherine, CRESSON Geneviève. « la santé est politique ». *Nouvelles Questions Féministes*. vol. 2, n°25, 2006. pp. 4-15. <https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2006-2-page-4.htm>

WEYGAND Zina. « L'amour aveugle. Un amour sous empêchement ? ». *Ethnologie française*. vol. 3, n°39, 2009

WINNICOTT Donald. « The Theory of the Parent-Infant Relationship ». *The International Journal of Psychoanalysis*. vol.11-12, n°41, 1960. pp. 585-595

YOUNG Iris Marion (trad. LANDES Donald). « Lancer comme une fille. Une phénoménologie de la motilité, de la spatialité et du comportement corporel féminins ». *Symposium*. vol. 21, n°2, 2017. pp. 19-43

ZEITLER André, BARBIER Jean-Marie. « La notion d'expérience, entre langage savant et langage ordinaire ». *Recherche et formation*. n°70, 2012. pp. 107-118. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.1885>

Résumé et mots-clefs

Résumé (fr.)

Cette thèse propose d'examiner la place du toucher dans la relation de soin. Plus précisément, elle interroge l'ambivalence de ce sens en contexte thérapeutique ; le toucher étant tantôt perçu comme une source de réconfort, tantôt utilisé pour asseoir un rapport de domination. Des touchers relationnels en chambre stérile aux violences gynécologiques et obstétricales, le toucher présente un visage paradoxal. Ce travail consiste à élucider ce paradoxe au moyen d'une approche épistémologique hybride, associant les apports de la pensée de Georges Canguilhem et la critique des théories féministes du positionnement et des savoirs situés. Afin de concrétiser la critique située, cette méthode est également mise en perspective avec mon expérience de praticienne de shiatsu et de personne aveugle, pour lesquelles la perception tactile est fondamentale.

Mots clefs (fr.)

contact, relation thérapeutique, *care*, épistémologies féministes, émancipation, éducation somatique, expérience, savoirs situés, sensibilité, études sur le handicap

Abstract (en.)

This thesis focuses on the place of touch in the healthcare relationship. More specifically, it examines the ambivalence of this sense in the therapeutic context, as touch can both be perceived as a source of comfort but also be used to establish a form of domination. From relational touching in sterile rooms to gynecological and obstetric violence, touch is a paradoxical concept. This work aims to shed light on this paradox using a hybrid epistemological approach, combining the contributions of Georges Canguilhem's thought with the critique from feminist standpoint theories and situated knowledges. This situated critique is also materialised through the perspective of my experiences as a shiatsu practitioner and as a blind person, the sense of touch being fundamental to both.

Keywords (en.)

contact, therapeutic relationship, *care*, feminist epistemologies, emancipation, somatic education, experience, situated knowledges, sensitivity, disability studies