



HAL
open science

Remédier au paradoxe de l'expérience corporelle au moyen d'une épistémologie du point de contact

Anaïs Choulet-Vallet

► **To cite this version:**

Anaïs Choulet-Vallet. Remédier au paradoxe de l'expérience corporelle au moyen d'une épistémologie du point de contact. *Nouvelles questions féministes*, 2020, 10.3917/nqf.391.0033 . hal-03138574

HAL Id: hal-03138574

<https://univ-lyon3.hal.science/hal-03138574>

Submitted on 25 Feb 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Nouvelles Questions Féministes

Titre : Remédier au paradoxe de l'expérience corporelle au moyen d'une épistémologie du point de contact

Addressing the paradox of bodily experience through an epistemology of the contact point

Par Anaïs Choulet-Vallet

Publié en 2020 dans la revue Nouvelles Questions Féministes

<https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2020-1-page-33.html>

DOI : [10.3917/nqf.391.0033](https://doi.org/10.3917/nqf.391.0033).

Mots-clés :

Intéroception, objectification sexuelle, toucher thérapeutique, épistémologie

Keywords :

Interoception, sexual objectification, therapeutic touch, epistemology

Résumé :

Cet article examine le statut paradoxal du recours à l'expérience corporelle, aussi bien dans le champ de la santé qu'au sein des critiques féministes. Il s'agit de montrer en quoi les mécanismes d'objectification sexuelle participent à produire et à entretenir des troubles intéroceptifs. Pour ce faire, l'autrice propose, d'une part, une redéfinition féministe de l'épistémologie de la médecine et, d'autre part, une critique du visiocentrisme qui traverse la science et l'activité médicales. Pour finir, elle présente quelques réponses théoriques et pratiques, à travers l'expérience du toucher thérapeutique.

Cet article entend faire tant la généalogie que la thérapie du vécu corporel des femmes, dans une perspective philosophique, épistémologique et éthique. L'enjeu est de construire une conscientisation sans vécu, ou avec un vécu amputé, 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. Pour étayer son propos, l'autrice se réfère à sa quadruple expérience de philosophe, de praticienne de shiatsu, d'aveugle et de militante féministe dans le champ de la santé.

Abstract :

This article examines the paradoxical status of the appeal to bodily experience, in healthcare as well as in feminist critical theories. It aims to demonstrate how sexual objectification mechanisms contribute to the production and persistence of interoception disorders. In order to do so, the author puts forward a feminist redefinition of the epistemology of medicine as well as a critical approach of the visiocentrism which cuts across both science and medical practice. Finally, she suggests some theoretical and practical answers based on the experience of therapeutic touch.

This article intends to conduct both the genealogy and the therapy of women's bodily experience, in a philosophical, epistemological and ethical perspective. It pursues the construction of

a consciousness-raising practice operating without a corresponding experience, or with an amputated experience, and the elaboration of remedies. Indeed, far from being destiny, interoception disorders are not irreversible, provided that they are considered through a politically critical lens and that they are taken up through appropriate somatic techniques. To substantiate her claims, the author will base herself on her fourfold experience as a philosopher, a shiatsu practitioner, a blind person and a feminist activist in the field of healthcare.

Introduction :

Dans le domaine des soins, la critique féministe s'est en partie construite sur la valorisation de l'expérience des femmes, en soulignant l'intérêt épistémologique et l'importance pratique de celle-ci. Cet intérêt porté à l'expérience des femmes s'est par exemple traduit, du côté des sphères militantes, par la première édition du manuel d'auto-santé *Our Bodies, Ourselves* en 1971 (publié par The Boston Women's Health Book Collective) et, du côté des sphères institutionnelles, par le développement de certaines techniques biomédicales prétendant répondre à la revendication des féministes de la deuxième vague : « mon corps m'appartient ». Si la médecine s'est dotée de techniques ou spécialités pour prendre en charge la santé des femmes (IVG, contraception, gynécologie, etc.), cela n'a pas nécessairement été bénéfique pour la condition féminine. Au contraire, cela a également engendré des violences, en termes d'emprise ou d'essentialisation. L'institution médicale s'est transformée, passant du registre de l'indifférence à celui de la coercition des 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 généré de nouvelles formes de domination, n'a pas 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 dénigrée, voire inexistante.

L'expérience corporelle des femmes est loin d'être uniforme, d'une part, tant elle est fonction de la variété des contextes socioculturels (Davis, 1983 ; Dorlin, 2008 : 85), et loin d'être saisissable, d'autre part, tant les mécanismes de domination patriarcale rendent l'accès à cette expérience difficile et incertaine. L'oppression 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. 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 (Nussbaum, 1995). Plus précisément, les mécanismes d'objectification sexuelle (au sens de sexualisation et également de sexualisation des corps) entraînent une diminution des perceptions corporelles dans leur ensemble (faim, désir,

douleur, etc.) (Fredrickson et Roberts, 1997) ; perceptions regroupées sous le vocable d'« intéroception » (Ceunen, Vlaeyen et Van Diest, 2016). 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 ?

Cet article examine ce paradoxe sous un angle à la fois théorique et pratique. Il s'agit autant de faire la généalogie du vécu corporel des femmes que de présenter des pistes de réappropriation de ce vécu, dans une perspective philosophique, épistémologique et éthique. L'enjeu de ce texte est de construire une conscientisation sans vécu, ou avec un vécu amputé, c'est-à-dire 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.

Premièrement, j'analyserai, en épistémologue, le statut de l'expérience corporelle dans le champ de la santé ; cela me permettra de proposer une critique féministe d'une certaine tradition en épistémologie de la médecine. Deuxièmement, j'analyserai, en philosophe, la construction sociale des troubles de l'intéroception, à travers une étude de l'objectification sexuelle en contexte patriarcal. Troisièmement, j'aborderai, en praticienne de shiatsu, des pistes de réflexion et de soins, entre théorisation philosophique, prise en compte du vécu et intervention thérapeutique. Forte des enseignements des épistémologies féministes situées, je n'écrirai pas « depuis nulle part » (Haraway, [1984] 2007 : 116) mais depuis mon quadruple positionnement de philosophe, praticienne de shiatsu, aveugle et militante féministe dans le milieu de la santé.

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. Cette dernière n'est ni si évidente, ni si accessible que ce que la critique féministe tend à laisser croire. Comment la médecine se positionne-t-elle à l'égard de l'expérience ? Comment analyse-t-elle les problèmes concernant l'expérience des femmes ?

Définir l'expérience de la maladie grâce à l'épistémologie de la médecine

L'épistémologie de la médecine permet de déterminer le statut de l'expérience dans la définition de la maladie. S'il est préférable de faire appel aux conceptions dites subjectivistes de la maladie pour faire une place à l'expérience, les principaux représentants de ce courant n'intègrent toutefois pas assez le problème de l'expérience des femmes, dans la mesure où ils se réfèrent à une définition androcentrée du « corps propre ». Je montrerai d'abord l'intérêt de la tradition canguilhemienne¹ pour ensuite en pointer les limites dans une perspective féministe.

Il y a 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 biologiques (Boorse, 1977), ou, autre exemple, d'après un modèle dit normativiste, qui prend en compte les jugements de valeur (Nordenfelt, 1995). Soit on l'analyse suivant une approche en première personne, pour laquelle on privilégie le vécu des individus. George Canguilhem est une figure représentative, voire fondatrice de ce courant de pensée. Pour paraphraser Marie Gaille (2014 : 155), parler de philosophie de la médecine « sans aborder d'une manière ou d'une autre la place essentielle qu'y occupe la pensée de George Canguilhem » est pratiquement inconcevable. Ce philosophe et médecin constitue notamment l'un des piliers de l'enseignement en sciences humaines et sociales à la faculté de médecine de Lyon Est. Dès la Première Année Commune aux Études de Santé (PACES), les étudiant·e·s disposent de cours d'épistémologie, lors desquels il est question de la distinction entre « le normal et le pathologique » – titre de l'ouvrage de 1943 de cet auteur – et de la définition plurielle de la santé². En conséquence, la pensée de celui-ci traverse et

¹ Georges Canguilhem, 1904-1995, est un philosophe et médecin français, engagé dans la Résistance lors de la Seconde Guerre mondiale. Il a refusé d'exercer la médecine malgré l'obtention du titre de docteur et a consacré ses recherches à la philosophie des sciences (plus particulièrement à la médecine et la biologie), en interrogeant notamment les notions de normes de santé et de relation entre l'organisme et l'environnement (social, médical, technologique, etc.).

² Elodie Giroux, « Normal et pathologique, une définition est-elle possible ? », enseignement délivré à l'occasion du cours magistral « Humanités et santé : par-delà les dualités », coordonné par Nicolas Lechopier et Fabienne

façonne la formation et l'activité médicale.

Canguilhem développe une approche à la fois épistémologique et subjectiviste de la maladie. Le concept de « normativité biologique individuelle » (Canguilhem, [1943] 2011, [1965] 2009) 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. Ainsi déclare-t-il (cité par Giroux et Lemoine, 2012 : 20) :

Nous pensons que la biologie humaine et la médecine sont des pièces nécessaires d'une « anthropologie », qu'elles n'ont jamais cessé de l'être, mais nous pensons aussi qu'il n'y a pas d'anthropologie qui ne suppose une morale, en sorte que toujours le concept du « normal », dans l'ordre humain, reste un concept normatif et de portée proprement philosophique.

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 fondement biologique, en tant qu'elle est attentive au fonctionnement organique, et un fondement individuel, en tant qu'elle est consciente du positionnement des individus dans leur contexte social. Cependant, le « vécu de conscience » (Canguilhem, [1943] 2011) est la clef de compréhension de l'expérience individuelle du fait pathologique, dans la mesure où il rend compte de la dimension subjective de la maladie – à travers l'expérience de la souffrance – et de la dimension objective de la maladie – à travers 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 manière dont il est possible de composer avec elle.

Pointer les limites de la tradition canguilhemienne à l'aide des critiques féministes

Canguilhem met ainsi 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 existants en eux-mêmes et indépendants de leur contexte

Braye, dans le cadre du parcours PACES de l'Université Lyon 1, 17/01/2019.

d'apparition. Mais elle présuppose un accès à l'expérience individuelle de la maladie. Certes, elle fait la part belle au vécu de la maladie et converge avec l'une des ambitions de la critique féministe, qui consiste à construire le discours à partir de la réalité matérielle des femmes. Mais elle ne permet pas de penser l'une des conséquences de l'oppression patriarcale. Disposer d'une expérience intime de sa maladie, c'est déjà un avantage. Or, la pensée canguilhemienne reste parasitée par une définition fallacieusement neutre du corps : de fait, « 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 » (Young, 2017 : 31).

Par ailleurs, jouir d'un vécu subjectif de son corps, c'est également déjà une forme de résistance. Grâce aux épistémologies féministes, on peut rendre Canguilhem plus canguilhemien qu'il ne l'est, car celles-ci nous permettent de redonner une centralité au concept de résistance qui imprègne la pensée de cet auteur. En effet :

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. (Klein, 2016)

Pour Canguilhem, vivre c'est résister, c'est-à-dire que la vie est un processus constant de tension et d'adaptation. Ceci vaut aussi bien au niveau biologique qu'au niveau social. Or, cet auteur n'a pas pris en compte les différentes formes de tension qui traversent l'expérience des femmes. 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. Autrement dit, le vécu de conscience de la maladie n'est pas universellement partagé.

Quand l'expérience des femmes est limitée par l'objectification sexuelle

Les apports des théories féministes permettent de comprendre les conséquences corporelles de l'oppression. 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. Comment conceptualiser les « effets subjectifs » de la domination dans le corps (Garrau, 2018a, 2018b) ? Pour répondre à cette question, je procèderai en trois points : 1. définir

l'objectification sexuelle et sexuée ; 2. décrire les troubles de l'intéroception ; 3. aborder le problème du visiocentrisme.

Définir l'objectification sexuelle et sexuée

L'expérience corporelle des femmes est traversée par des mécanismes d'objectification sexuelle. Cette dernière s'attaque à l'intégrité de leur corps et implique une dénégation du sujet incarné dans ce corps. Elle 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 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 aussi réifier les existences individuelles, en leur ôtant leur valeur subjective. Les femmes 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'objet (Beauvoir, 1949). 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. « 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 » (Fraise, 2005 : 14).

Martha Nussbaum (1995) et Rae Langton (2009) ont délimité dix critères pour décrire le phénomène d'objectification sexuelle : l'instrumentalisation, le déni d'autonomie, le déni d'agentivité (soit la passivité), l'interchangeabilité, le déni d'intégrité (soit la violabilité), l'appropriabilité, le déni de subjectivité, la réduction à des parties du corps (soit la fragmentation), la réduction à l'apparence et 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.

Si la subjectivité des personnes assignées femmes est déconsidérée, la dissolution de leur vécu subjectif semble inévitable. L'objectification sexuelle altère l'expérience que l'on a de son propre corps. Est-il alors possible de revendiquer une expérience que la société s'évertue à dissimuler, voire à mutiler ?

Les troubles de l'intéroception comme conséquence de l'objectification sexuelle

En raison des mécanismes d'objectification sexuelle, recourir à l'expérience des femmes pour théoriser leur domination, c'est reproduire un geste paradoxal. Des études en psychologie sociale menées dans une perspective féministe (Fredrickson et Roberts, 1997) 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)³. L'intéroception est un terme générique qui désigne 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 :

*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*⁴ (Ceunen, Vlaeyen et Van Diest, 2016).

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 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 » (Fredrickson et Roberts, 1997 : 185) ; 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 » (Fredrickson et Roberts, 1997 : 184). En somme, l'objectification sexuelle peut entraîner des troubles de

³ Les concepts d'intéroception et d'absorption cognitive ont été développés dans le champ des neurosciences cognitives et de la neuropsychologie.

⁴ Ma traduction, de même que toutes les citations de textes anglophones que j'intègre dans cet article.

l'intéroception, bien qu'elle n'en soit pas la cause unique.

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.

De ce fait, le modèle canguilhemien de la maladie n'est pas suffisant. En effet, si le vécu de conscience conditionne l'expérience de la maladie, d'une part, et si l'état asymptomatique est une conséquence de l'oppression, 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 canguilhemien qu'il ne l'est, c'est aussi replacer les femmes dans leur milieu. Il s'agit pour ce faire 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 « le pouvoir propre à l'individu vivant de valoriser sa relation au milieu » (Lefève, 2006).

Les mécanismes d'objectification sexuelle ont un impact sur la santé physique et mentale des femmes et rendent l'entreprise médicale compliquée, au niveau du diagnostic comme de la thérapeutique. D'autant que l'institution médicale produit elle-même certains mécanismes de domination, à travers la médicalisation des corps et l'organisation du système de santé, et rejoue les rapports de domination présents dans le reste de la société (Gardey et Löwy, 2000). D'une part, elle induit une pathologisation massive du corps féminin (Dorlin, 2009 ; Beauvalet-Boutouyrie et Berthiaud, 2016). D'autre part, elle fabrique une posture dominante fondée sur des critères de scientificité traditionnels et sur des outils technologiques invasifs

(Dalibert, 2019). Ainsi est-on en droit d'interroger la légitimité, voire la capacité de la médecine à prendre en charge les troubles de l'intéroception. La médecine a notamment recours à des dispositifs qui alimentent l'objectification sexuelle en tant qu'ils relèvent d'un régime que j'appelle visiocentriste. Aussi peut-on souhaiter un recours à des outils critiques permettant, sur le plan théorique autant que pratique, de subvertir cette oppression institutionnalisée.

Le visiocentrisme au cœur des mécanismes d'objectification sexuelle

L'objectification sexuelle prend sa source dans un régime idéologique basé sur une vision extrêmement limitée du corps et de l'expérience. J'utilise ici l'expression « vision du corps » à dessein, dans la mesure où ce régime idéologique se fonde presque exclusivement sur le sens de la vue. De la psychologie sociale (Fredrickson et Roberts, 1997) à l'épistémologie (Keller et Grontkowski, 1996) en passant par la philosophie (Nussbaum, 1995) et l'étude cinématographique (Mulvey, 1975), les critiques féministes ont mis en lumière le rôle de la vue, et plus précisément du visiocentrisme, dans les mécanismes d'objectification sexuelle. Ce régime procède non seulement d'une hégémonie de la vision, mais implique de plus une définition restrictive de cette expérience sensorielle.

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. Ainsi Laura Mulvey (1975) décrit-elle l'expérience du « regard masculin » (*male gaze* en anglais) comme 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. C'est ce qu'on appelle l'« auto-objectification » (Mulvey, 1975).

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.

Cette centralité de la vue traduit un visiocentrisme, voire une visiocratie. Ce que j'appelle

visiocentrisme, c'est un régime idéologique qui met la vue au centre de la connaissance et de l'action. Il se manifeste non seulement au niveau des habitudes sociales, mais aussi du discours scientifique et médical. En témoigne la profusion du champ sémantique de la vue dans le vocabulaire scientifique ou quotidien. Par ailleurs, c'est à l'imagerie médicale qu'on accorde le plus de valeur dans les parcours de soins, et plus particulièrement dans la phase diagnostique (Coville, 2018). Ce que j'entends par visiocratie, c'est le pouvoir de cette idéologie, notamment dans la manière dont elle façonne les corps et les pratiques : la vue fait advenir une vérité qui paraît indiscutable.

La médecine occidentale se fait largement le relais de ce système visiocratique. D'une part, elle développe des outils qui intensifient le « gouvernement des corps » (Fassin et Memmi, 2004). Comme l'explique Delphine Gardey (2013 : 156), « 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 différents acteurs engagés dans la définition de l'offre médicale et de la politique de santé ». En l'occurrence, les technologies de visualisation constituent des outils de normalisation des corps, au travers des discours et des images médicales. D'autre part, la médecine occidentale participe de l'objectification des malades, en enjoignant les médecins à être neutres et à se distancier. Toutefois, les recherches portant sur le « syndrome de Yentl »⁵ ont montré qu'il existe une différence de prise en charge entre les hommes et les femmes du fait du sexisme. La médecine occidentale revendique une approche analytique qui consiste à mettre la neutralité et l'objectivité au cœur de la pratique et du discours ; or, cette approche est elle-même genrée. En effet, elle est construite sur une figure illusoire et fallacieuse de l'universalité : celle de l'homme cisgenre, blanc, valide et bourgeois. De plus, elle procède d'un visiocentrisme, dans la mesure où elle s'accorde parfaitement avec l'idée d'une vision distanciée et omnisciente. Les épistémologies féministes s'attachent à déconstruire les biais androcentriques de la science (Harding, 1991), mais certaines insistent plus particulièrement sur le lien entre l'idéologie analytique visiocentrée et le modèle scientifique androcentré, notamment à travers l'idée d'un « œil de la pensée » (Keller et Grontkowski, 1996).

La vue conforte la posture de surplomb tant décriée par les épistémologies féministes. Ainsi

⁵ C'est la cardiologue étatsunienne Bernadine Healy qui emploie la première cette expression en 1991, lorsqu'elle décrit l'existence de biais sexistes dans la prise en charge des infarctus : les femmes sont moins souvent hospitalisées que les hommes (Salle et Vidal, 2017).

en est-il pour Evelyn Fox Keller et Christine Grontkowski (1996 : 198) :

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.

En outre, la vision est l’apanage des voyant·e·s ; or, d’après les dernières estimations de l’Organisation mondiale de la santé, environ 1,7 million de personnes souffrent de troubles de la vision en France, et environ 1,3 milliard sur l’ensemble de la planète⁶. La vue est appréhendée comme un gage de corporéité. Pourtant, elle ne représente qu’une petite part de l’expérience sensorielle (des individus comme de l’humanité) et reconduit certains biais sexistes autant que validistes. La centralité de la vue ne permet pas de donner consistance à l’expérience corporelle dans son ensemble et, *a fortiori*, de revendiquer cette expérience pour combattre les structures de domination. À ce titre, les épistémologies du point de vue, développées à partir des théories féministes, ne parviennent pas tout à fait à s’extraire de l’idéologie patriarcale. Le privilège accordé à la vision vient non seulement reproduire certaines oppressions, mais constitue de plus le point d’achoppement d’une critique véritablement incorporée :

L’objectivité s’affirme comme une affaire d’incorporation particulière et spécifique, et plus du tout comme la vision mensongère qui promet de s’affranchir de toutes les limites et de la responsabilité. La morale est simple : seule la perspective partielle assure une vision objective. (Haraway, [1984] 2007 : 116)

Pour pallier ce déficit épistémique et cet écueil politique, 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

⁶ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>, consulté le 06/05/2019.

médicalisation et par les approches visiocratiques.

Quand le toucher thérapeutique devient un outil de remédiation politique

La puissance critique du toucher thérapeutique opère à un niveau aussi bien théorique que pratique. Cette potentialité critique n'existe pas en elle-même ; elle ne se réalise qu'en endossant une approche féministe. Je propose d'étudier la dimension subversive du toucher en deux étapes. D'abord, quelle est la spécificité de l'expérience du toucher ? Ensuite, quelle réponse thérapeutique proposer pour pallier les troubles de l'intéroception ? Cela m'amènera à présenter en conclusion ce que j'appelle une « épistémologie féministe du point de contact », dont le but est de traduire la critique féministe dans la pratique. 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 canguilhemienne de la maladie, tout en la politisant.

Définir le toucher et la spécificité de cette expérience sensorielle

Le toucher demeure peu exploré par l'épistémologie médicale et pâtit de nombreux préjugés philosophiques. Souvent appréhendé à l'aune d'un schème visiocentré, il n'est en outre mobilisé que pour combler les insuffisances de l'expérience visuelle. En témoignent, par exemple, les nombreuses formations au « toucher massage » proposées dans les cursus de soins infirmiers. Celles-ci abordent le toucher comme un simple « supplément d'âme » permettant d'établir un « contact relationnel » avec les patient·e·s⁷. Par ce biais, elles prétendent répondre aux problèmes engendrés par la « déshumanisation » de la médecine occidentale. Dans ce cadre, le toucher n'est selon moi ni subversif, ni spécifié. Par ailleurs, il est relégué à la sphère de l'intimité, voire de la primitivité, dans la mesure où il engage les corps et les émotions. De là, il n'y a qu'un pas pour en faire une prérogative féminine et, par suite, s'en détourner. Parce qu'il relève de l'expérience privée, parce qu'il renvoie à la relation corporelle, le toucher serait une affaire de femmes (Henley, 1973). Aussi n'est-il mentionné qu'au travers de la puériculture, des soins, de la maternité et, plus généralement, du travail reproductif et domestique – celui-ci étant largement confié aux femmes⁸. Ces

⁷ Cf. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Toucher-massage>, consulté le 07/05/2019 ; <https://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/dossier-soins/massage-reseau-soins-palliatifs.html>, consulté le 07/05/2019.

⁸ Pour des données sur la surreprésentation des femmes dans les métiers liés au *care* (aide à la personne, soins aux enfants, etc.) : voir le n° 79 (2013) de *Dares Analyses*, une publication du ministère français du travail qui

dernières semblent contraintes par un devoir de toucher. En contrepartie, les hommes bénéficient d'un droit de toucher⁹. Par exemple, des études sociologiques menées il y a près de soixante-dix ans ont montré que, dans le milieu hospitalier, le genre ainsi que le statut social réglementent les interactions tactiles : les médecins (hommes) s'autorisent à toucher les infirmières, tandis que l'inverse apparaît moins acceptable (Goffman, 1956). Le toucher est peu valorisé au niveau scientifique comme politique, et reste associé à des rapports de pouvoir sexistes.

Loin d'être primitive, l'expérience tactile implique tout autant le corps dans sa totalité que l'activité cognitive dans sa complexité. Des recherches en neurosciences ont montré que le toucher est impliqué dans la sensation du corps dans son ensemble (en lien avec la perception de la douleur et de la température ainsi que la proprioception) et nécessite un important travail cognitif pour parvenir à une représentation unifiée du monde (Gentaz, 2009). En bref, le toucher conditionne la perception globale de son propre corps et met en lien diverses expériences sensibles. Il me paraît important de retenir la dimension corporelle du toucher et de souligner le caractère relationnel de cette expérience sensitive.

Cet aspect relationnel se manifeste à la fois à l'échelle intra-individuelle et interindividuelle. Si l'expérience du toucher permet de prendre conscience de son propre corps, elle suggère également une entrée dans le régime de la réciprocité ; du moins potentiellement. De fait, nombre de violences médicales ou sexuelles passent aussi par ce sens. Mais s'il est pratiqué dans un cadre non oppressif, le toucher entre individus procède d'un échange sensoriel et d'une expérience mutuelle, dans la mesure où nul·le ne peut toucher sans être touché·e en retour (Puig de la Bellacasa, 2009). Il s'agit là d'une spécificité de l'expérience tactile et d'une réalité organique porteuse sur le plan philosophique et thérapeutique. Cependant, cette spécificité est aussi source d'ambivalence. De sorte qu'il ne s'agit pas d'encenser ce sens ou de passer sous silence les expériences d'agressions ou de harcèlement qui peuvent y être associées.

Utiliser le toucher thérapeutique pour remédier aux troubles de l'intéroception

Le toucher semble proposer une solution au paradoxe de l'expérience corporelle. Il permet

s'appuie sur les statistiques de l'INSEE.

⁹ Ce paradoxe n'est qu'apparent : face au « droit de toucher » masculin, j'estime qu'il y a un « devoir de toucher » féminin. Ce dernier repose notamment sur la distribution du travail de soin dans l'espace social ainsi que sur l'accès genré aux expériences sensorielles.

non seulement de reconfigurer le rapport à l'expérience individuelle de son corps, mais aussi d'insister sur la dimension relationnelle de cette expérience. Autrement dit, le toucher tient ensemble le remède somatique et la réponse politique. Dans le sillage des critiques féministes, il implique une réponse éthique et pragmatique au problème de l'objectification sexuelle. Pour étayer cette réponse, j'ai recours à une enquête inspirée de l'auto-ethnographie. Cette dernière est fondée sur mon expérience à la croisée des chemins : la recherche philosophique, la pratique du shiatsu, l'expérience de la cécité, l'activisme dans le champ de la santé féministe. C'est ma pratique thérapeutique en contexte de conscientisation féministe qui m'a permis de problématiser les troubles de l'intéroception et 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 l'oppression.

Pour ce faire, je m'appuie largement sur ma pratique de thérapeute en shiatsu ainsi que sur mes observations militantes. Cela constitue mon terrain philosophique (Henry, 2019). Je pratique le shiatsu depuis sept ans et ai eu la possibilité d'accueillir les *jusha*¹⁰ 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 femmes¹¹, dont beaucoup ont déjà fait l'expérience des violences sexistes ou sexuelles. J'ai été confrontée à un discours récurrent des *jusha*, et plus particulièrement des *jusha* femmes, 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

¹⁰ En japonais, *jusha* signifie à la fois partenaire et receveur/euse des soins. Ce terme rend davantage justice que celui de patient-e à la notion de réciprocité et de relationalité qu'implique le shiatsu, et plus largement le soin.

¹¹ Par femmes, j'entends les personnes assignées ou qui se définissent comme telles.

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 canguilhemiens). 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 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 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 S., une *jusha* que j'ai eu l'opportunité d'accompagner pendant trois séances. S. 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, S. 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, S. 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 sexuel (S. est hétérosexuelle). 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, nourrissent les fonctions de la digestion. Régler les troubles digestifs a ainsi permis d'envisager certaines corrélations physiologiques et énergétiques. Après ces soins, S. 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, S. 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

séance.

Dans ce cas, la santé de S. ne réside pas dans « le silence des organes » (Leriche, 1936). Si Canguilhem reprend cette définition de façon critique pour théoriser le concept de vécu de conscience, il maintient néanmoins l'impensé que je dénonce dans le présent article : le vécu de conscience de la maladie serait une conscience de son corps, quand le vécu de conscience de la santé serait une non-conscience de celui-ci. Or, c'est le fait de développer la conscience de son propre corps qui a permis à S. 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, dont j'ai montré qu'elle procède du visiocentrisme). Le shiatsu, pour sa part, tente d'échapper à cette objectivation et objectification du corps et des soins. L'objectivation intervient sur le plan épistémologique, 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.

Conclusion : Pour une épistémologie du point de contact

Le toucher thérapeutique 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 du shiatsu 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. Je résume ce double mouvement sous le nom d'« épistémologie du point de contact ».

Dans le sillage de María Puig de la Bellacasa, l'épistémologie du point de contact s'inscrit dans une démarche de revendication du toucher (« *reclaiming touch* », 2009 : 297). 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 pour de bon la réflexion et, en l'occurrence, de « prendre sa santé en main » (Maquestiau *et al.*, 2017 : 14). 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.

Dans le prolongement de l'analyse de Canguilhem par Céline Lefève (2006 : 32), 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 ». 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 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 individus, 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.

Références

Beauvalet-Boutouyrie, Scarlett et Emmanuelle Berthiaud (2016). *Le rose et le bleu. La fabrique du féminin et du masculin*. Paris : Belin.

Beauvoir, Simone de (1949). *Le deuxième sexe. Tome 2 : L'expérience vécue*. Paris : Gallimard.

Boorse, Christopher (1977). « Health as a theoretical concept ». *Philosophy of Science*, 44, 542-573.

Canguilhem, Georges ([1965] 2009). *La connaissance de la vie*. Paris : Vrin.

Canguilhem, Georges ([1943] 2011). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.

Ceunen, Erik, Johan W. S. Vlaeyen et Ilse Van Diest (2016). « On the origin of interoception ». *Frontiers in psychology*, 7, 743. En ligne : <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2016.00743/full>.

Coville, Marion (2018). « Rendre visible le corps et ses douleurs : les technologies de l'endométrie ». *Carnet Hypothèses FemTech*. En ligne : <https://femtech.hypotheses.org/363>.

Dalibert, Lucie (2019). « Quand les technologies façonnent le corps ». Intervention en ligne : https://www.bm-lyon.fr/spip.php?page=video&id_video=1113.

Dares Analyses (2013). « La répartition des hommes et des femmes par métiers ». N° 79, 13 pages, en ligne : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-079.pdf>.

Davis, Angela (1983). *Femmes, race et classe*. Traduit par Dominique Taffin et le collectif Des femmes. Paris : Des femmes.

Dorlin, Elsa (2008). *Sexe, genre et sexualités*. Paris : PUF.

Dorlin, Elsa (2009). *La matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la nation*. Paris : La Découverte.

Fassin, Didier et Dominique Memmi (éds) (2004). *Le gouvernement des corps*. Paris : Éditions de l'EHESS.

Fraisse, Geneviève (2005). « Le devenir sujet et la permanence de l'objet ». *Nouvelles Questions Féministes*, 24(1), 14-23.

Fredrickson, Barbara et Tomi-Ann Roberts (1997). « Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks ». *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173-206.

Gaille, Marie (2014). « Introduction : la philosophie de la médecine après G. Canguilhem ». *Revue de métaphysique et de morale*, 82(2), 155-165.

Gardey, Delphine et Ilana Löwy (éds) (2000). *L'invention du naturel : Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Paris : Éditions des Archives Contemporaines.

Gardey, Delphine (2013). « Comment écrire l'histoire des relations corps, genre, médecine au XXe siècle ? ». *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 37, 143-162.

Garrau, Marie (2018a). *Politiques de la vulnérabilité*. Paris : CNRS éditions.

Garrau, Marie (2018b). « 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.

Gentaz, Édouard (2009). *La main, le cerveau et le toucher. Approche neurocognitive du sens haptique*. Paris : Dunod.

Giroux, Élodie et Maël Lemoine (2012). *Philosophie de la médecine. Vol. 2 : Santé, maladie, pathologie*. Paris : Vrin.

Goffman, Erving (1956). « The nature of deference and demeanor ». *American Anthropologist*, 58, 473-502.

Haraway, Donna ([1984] 2007). « Savoirs situés : la question de la science dans le féminisme et le privilège de la perspective partielle ». In *Manifeste Cyborg et autres essais* (pp. 110-126). Paris : Exils.

Harding, Sandra (1991). *Whose science? Whose knowledge? Thinking from women's lives*. Ithaca: Cornell University Press.

Henley, Nancy (1973). « Status and sex : Some touching observations ». *Bulletin of the Psychonomic Society*, 2, 91-93.

Henry, Julie (2019). Intervention lors de la journée d'études doctorales « Une philosophie de terrain ? ». URL : <https://www.youtube.com/watch?v=SLzW1Gyg3SM>.

Keller, Evelyn Fox et Christine Grontkowski (1996). « The mind's eye ». In Evelyn Fox Keller et Helen Longino (éds), *Feminism and science* (pp. 182-206). Oxford: Oxford University Press.

Klein, Alexandre (2016). « En soi, résister ne dit rien de ce au nom de quoi on résiste ». *Carnet Hypothèses Espaces Réflexifs*. En ligne : <https://reflexivites.hypotheses.org/8435>.

Langton, Rae (2009). *Sexual solipsism: Philosophical essays on pornography and objectification*. Oxford : Oxford University Press.

Lefève, Céline (2006). « La philosophie du soin ». *La matière & l'esprit*, 4, 25-34.

Leriche, René (1936). « De la santé à la maladie, la douleur dans les maladies, où va la médecine ? ». *Encyclopédie française*, VI.

Maquestiau, Pascale, Philippine de Ghellinck , Catherine Markstein et Manoë Jacquet (2017). *Référentiel : auto-santé des femmes*. Bruxelles : Le monde selon les femmes.

Mulvey, Laura (1975). « Visual pleasure and narrative cinema ». *Screen*, 16, 6-18.

Nordenfelt, Lennart (1995). *On the nature of health: An action-theoretic account*. Boston: Kluwer Academic Publishers.

Nussbaum, Martha (1995). « Objectification ». *Philosophy and Public Affairs*, 24(4), 249-291.

Puig de la Bellacasa, María (2009). « Touching technologies, touching visions. The reclaiming of sensorial experience and the politics of speculative thinking ». *Subjectivity*, 28, 297-315.

The Boston Women's Health Book Collective (1971). *Our bodies, Ourselves*. Boston: New England Free Press.

Salle, Muriel et Catherine Vidal (2017). *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ?* Paris : Belin.

Young, Iris Marion (2017). « Lancer comme une fille. Une phénoménologie de la motilité, de la spatialité et du comportement corporel féminins ». *Symposium*, 21(2), 19-43.

