Titre revue : Approches. Littérature et sciences humaines
Auteur : Choulet-Vallet, Anaïs
Date de publication : 2021

Lettre d'une aveugle à l'usage de celles qui soignent

Anaïs Choulet-Vallet

En 1749, 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 fétichisés 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 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[1] ».

Bien que l'homme aveugle ébranle le dogmatisme en plaçant « l'âme au bout des doigts[2] », la femme aveugle, elle, constitue une anomalie encombrante. Au début du XX[e] siècle, l'intellectuel aveugle Pierre Villey considère encore ses « sœurs d'infortune » comme intrinsèquement « inadaptables[3] ». 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, soit, en termes féministes, le travail du *care*. Certaines autrices, à l'instar de l'écrivaine aveugle Thérèse-Adèle Hus-Son, retournent ce stigmate 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 aveugles[4]. D'autres autrices, à l'image de la pédagogue Marthe Henri, tentent en revanche de réhabiliter les

[1] 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.
[2] DIDEROT Denis. « Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient » *in Œuvres complètes,* Garnier, 1875-1877. p. 292. Cité dans CHOTTIN. *op. cit.,* p. 802.
[3] 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.
[4] HUSSON Thérèse-Adèle, *Une jeune aveugle dans la France du XIX[e] siècle. Commentaires de Zina Weygand et Catherine J. Kudlick*, Érès, 1825/2004.

compétences domestiques des femmes concernées par la cécité, en insistant, quoique sous un autre aspect, sur cette même sensibilité[5].

Loin de s'exclure, ces deux postures coexistent toujours. Comme le montre 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 parvenir[6]. 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 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.

Aujourd'hui, j'écris cette « 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. Par « critique située », j'entends non seulement immerger la réflexion dans des problématiques contemporaines et structurelles, mais aussi insister sur le « privilège épistémique[7] » que constitue la parole d'une personne concernée. Forte des enseignements issus des études féministes ainsi que des études sur le handicap, je propose une épistémologie handiféministe du toucher de soin.

Je m'intéresse au toucher, dans la mesure où ce sens cristallise certains rapports de domination liés au genre et au handicap, en tant qu'il met en jeu des problèmes relatifs au corps, à l'intimité et à la vulnérabilité. Je me concentre sur le domaine de la santé, parce que ce milieu met en exergue les paradoxes et les ambivalences du sens tactile. Et j'adopte une démarche handiféministe, parce que je suis moi-même femme et aveugle et, qu'à ce titre, je dispose d'une perspective de première main pour comprendre la manière dont les enjeux liés au handicap et au genre s'entremêlent. L'ambition de l'approche handiféministe est de penser ces deux paramètres de manière holistique plutôt que de manière additive, c'est-à-dire d'envisager la spécificité de leur imbrication plutôt que l'accumulation des problèmes.

Dans cet article, je souhaite premièrement interroger les injonctions qui traversent le toucher de soin, à l'aune d'une éthique du *care*, dont le rôle est de politiser la dimension sensible et intime de la relation soignante, et de révéler les risques contenus dans l'expérience tactile. Deuxièmement, je désire repenser le prendre soin, et plus précisément les éthiques du *care*, au moyen d'une épistémologie handiféministe, dont la particularité est

[5] HENRI Marthe, *La réinsertion des femmes aveugles à la vie domestique*, 1943.

[6] DOE Marion, « La maternité à l'épreuve de la cécité, expériences et pratiques ». *Revue française des affaires sociales*. N°4, 2019. p. 169-189. https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-4-page-169.htm

[7] HARTSOCK Nancy C.M. « Standpoint Theories for the Next Century ». *Women & Politics*. N°18/3, 1998. p. 93-101.

d'être à la fois construite sur le vécu en première personne et soucieuse du contexte sociopolitique. La force de cette approche est de renverser la perspective au sujet de la conception de la vulnérabilité. Je concentre mon analyse sur les pourvoyeuses de soin, plutôt que sur les bénéficiaires, pour rappeler que la vulnérabilité n'est pas toujours là où on l'attend.

I. Critiquer les rapports de domination qui traversent le toucher de soin au moyen d'une éthique du *care*

Dans son *histoire sensible du toucher*, Anne Vincent-Buffault critique la « réhabilitation ambivalente » de ce sens au sein des sociétés occidentales contemporaines[8]. Cette réhabilitation fait suite à une dévalorisation commencée lors de la révolution industrielle. Mais si le XIX^{e} siècle s'organise autour d'un refoulement social du toucher au nom de thèses hygiénistes et productivistes, le XX^{e} siècle ne suggère qu'une libération illusoire des normes sensibles, dans la mesure où il s'articule autour d'une intériorisation de ces mêmes normes. Or, l'intériorisation procède de l'idéologie néolibérale, et celle-ci vient, dans un même mouvement, développer les avantages de l'expérience tactile, pour affiner le contenu perceptif, et uniformiser cette expérience, pour en faciliter la technicisation. Pointant l'actuelle tension entre « l'affinement » et « la neutralisation » du toucher, Vincent-Buffault parle d'« hédonisme contrôlé[9] ».

Derrière cela, il y a un rapport ambigu à la matérialité et à la sensibilité. Comme l'explique Vincent-Buffault, le travail manuel peut dégrader la sensibilité (lorsqu'il est en contact avec des matières sales telles des excrétions corporelles, ou toxiques tels des produits détergents) tout autant que l'affiner (lorsqu'il est en contact avec des matières subtiles tels des textiles ou du braille). D'après cette autrice, « de cette proximité contenue dans le travail manuel où le toucher est fortement sollicité naissent des représentations sociales qui le stigmatisent[10] ». Or, cette stigmatisation repose elle-même sur une naturalisation.

Certaines compétences à l'œuvre dans le travail manuel ne sont pas reconnues, sur le plan économique aussi bien que symbolique, car elles sont reléguées à des comportements « naturels », soit à des gestes innés et spontanés. Ces compétences sensibles relèvent en grande partie du travail de *care* : les soins corporels et les tâches domestiques. Comme le souligne à nouveau Vincent-Buffault, « les employeurs utilisent dans l'univers de la

[8] VINCENT-BUFFAULT Anne. *Histoire sensible du toucher*, L'Harmattan, 2017, p. 21.

[9] *Ibid*.

[10] *Ibid*., p. 101.

production industrielle des compétences que les femmes ont acquises dans la sphère familiale, ces qualités dites “naturelles” (attention au détail, dextérité, minutie, mouvements manuels fins) qui sont à la fois repérées et niées[11] ». Afin de rendre compte de la dimension matérielle de ce travail, qui est véritablement en contact avec la matière, ainsi que de sa dimension problématique, en tant qu’il s’occupe d’objets jugés gênants ou triviaux, je préfère parler de « travail sensible[12] ».

Dans une société capitaliste, le travail sensible est doublement exploité. D’un côté, le système d’« exploitation domestique[13] » participe de la subordination de la classe des femmes dans la sphère publique, en assignant ces dernières à certains travaux en fonction de leurs compétences présumées, comme dans la sphère privée, en refusant de rémunérer un travail reproductif déjà réparti de manière très inéquitable au sein des familles, mais pourtant nécessaire au fonctionnement de la société tout entière. D’un autre côté, 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 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 un an et demi 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. Or, le sens du toucher joue un rôle non négligeable dans cette reconfiguration. Selon Vincent-Buffault, « actuellement la revalorisation du toucher tend à transformer ces activités invisibles en travail relationnel au nom de l’humanisation du soin[14] ». Pour le dire autrement, le toucher de soin révèle les rapports de domination qui ont légitimé l’exploitation du travail sensible mais qui, désormais, ne coïncident plus avec le projet d’une société éthique.

L’expression « toucher de soin » permet de situer 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 strictement conventionnelle. S’il était seulement question du « toucher en médecine », il serait inapproprié de parler du travail domestique. Elle permet donc 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 de l’institution hospitalière. Autrement dit, elle recouvre les compétences de *care*, qui sont définies par Pascale Molinier, Sandra Laugier et Patricia

[11] *Ibid*., p. 106.
[12] Concernant le concept de « travail sensible », je remercie vivement Anna Berrard qui a participé à sa théorisation dans le cadre d’une autre publication.
[13] Cf. DELPHY Christine, LEONARD Diana, *L’exploitation domestique*, Syllepse, 2019.
[14] VINCENT-BUFFAULT Anne, *op. cit*., p. 106.

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[15] ». De cette façon, les compétences de *care* ne constituent pas uniquement des gestes techniques, mais relèvent également d’une posture éthique.

L’éthique du *care* consiste à politiser l’intime et le sensible, afin de les arracher à une théorie compassionnelle fondée sur la dépendance des personnes dites vulnérables (les personnes âgées, les personnes handicapées, les enfants, etc.), ainsi qu’à une idéologie néolibérale organisée autour de l’autonomie des individus. 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[16] ». C’est donc l’ensemble des tâches nécessaires 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. Dans le sillage de cette même autrice, 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[17] ».

I-1. Penser le toucher de soin comme un risque, entre lieu de menace et instrument de hiérarchie

Dans l’article intitulé « toucher » publié dans le *Dictionnaire du genre en traduction* en juin 2021, les auteurs-trices précisent que ce sens « a été sémantisé comme une menace et un danger » durant la pandémie de Covid-19. Considéré comme une source de contagion, le toucher est devenu au minimum « un plaisir différable et dispensable[18] », engendrant des situations de manque ou d’isolement, et, au pire, un motif de rejet, rejouant les réflexes

[15] MOLINIER Pascale, LAUGIER Sandra, PAPERMAN Patricia (dir.), *Qu'est-ce que le* care *? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Petite bibliothèque Payot, 2010. p. 73.
[16] MOLINIER Pascale, *Le travail du care*, La Dispute, 2013. p. 28.
[17] *Ibid*., p. 23
[18] CORUJO Arturo, ISERN ORDEIG Maria, 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].

haptophobes (liés à la peur du toucher) apparus lors de l'épidémie de VIH/SIDA des années 1980/1990[19].

Cependant, loin d'instituer de nouvelles formes d'injustice, la crise sanitaire s'est 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. À l'instar des auteurs-trices de la notice citée ci-avant, il me semble nécessaire de ne pas oublier « le toucher non choisi des travailleurs-euses essentielles qui n'ont même pas pu choisir leur exposition en dehors de l'espace domestique, et donc la conversion de cet espace domestique en espace de travail également comme un privilège[20] ».

I-2. Quand le toucher est un droit

Parler du toucher de soin, c'est s'intéresser à la distribution des rôles sociaux en ce qui concerne le travail sensible. C'est donc révéler le système d'injonctions ou d'avantages autour de cette activité ; plus exactement, les droits et les devoirs à l'endroit du sens du toucher.

D'abord, qui a le droit de toucher ? En 1956, Erving Goffman remarque déjà que la configuration des interactions tactiles dit beaucoup de choses sur la structure hiérarchique des métiers du soin. Dans le milieu hospitalier, le genre et le statut social règlementent les rapports professionnels de sorte que les médecins (hommes) s'autorisent à toucher les infirmières, tandis que l'inverse apparaît moins acceptable[21]. 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 genre[22]. Comme l'explique 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[23] ».

---

[19] Cf. ANDRIEU Bernard, « Du corps intouchable au corps virtuel : vers une relation enseignant-élève désincarnée », *Le Télémaque*. N°25, 01/2004. p. 113-124, https://www.cairn.info/revue-le-telemaque-2004-1-page-113.htm

[20] CORUJO Arturo & al., *op. cit*.

[21] Cf. GOFFMAN Erving. « The Nature of Deference and Demeanor », *American Anthropologist*, N°58, 1956. p. 473-502.

[22] Cf. GOFFMAN Erving. *Gender Advertisment*. Harper and Row, 1976.

[23] 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].

Dans le sillage des travaux de Nancy Henley[24], 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. Selon elle, « 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[25] ».

I-3. Quand le toucher est un devoir

Comment le toucher traduit-il des attentes sociales, elles-mêmes influencées par des représentations stéréotypées ? Qui a le devoir de toucher, et comment ? Si les hommes ont le droit de toucher des corps selon leur bon plaisir, les femmes, ou les personnes assignées comme telles, doivent, elles, toucher des corps, soit pour satisfaire une demande de plaisir, soit pour répondre à une fonction sociale et ce, malgré leur propre désir.

D'une part, le toucher de soin s'expose au risque de la sexualisation du travail sensible. Dans une étude publiée en 2014 portant sur « les cadres sexués » du travail manuel des physiothérapeutes (kinésithérapeutes en Suisse), Hélène Martin, Céline Perrin et Pascale Damidot rendent compte de la menace que représente la sexualisation de la relation thérapeutique, aussi bien pour le cadre des soins que pour les individus[26]. Cette menace pèse principalement sur les thérapeutes assignés au genre féminin ; elle consiste notamment à substituer l'identité de genre à l'identité professionnelle, et 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 une confiscation de celles-ci par les collègues hommes, mais également en évitant certaines zones sexualisées, ce qui ne fait toutefois pas disparaître le harcèlement. Si 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, elle permet néanmoins de rappeler que la relation tactile est toujours chargée de représentations liées au genre et à la sexualité.

D'autre part, le toucher de soin est traversé par le risque de la division morale du travail sensible. Outre le problème de la sexualisation des interactions tactiles, je prends en compte celui de leur naturalisation idéologique et de leur dévalorisation sociale. Depuis les années 1990, Anne-Marie Arborio s'intéresse au « sale boulot » pratiqué notamment par les

[24] Cf. HENLEY Nancy, « Status and Sex: Some Touching Observations », *Bulletin of the Psychonomic Society*. N°2, 1973. p. 91-93.
[25] GRECO Luca, *op. cit*.
[26] MARTIN Hélène, PERRIN Céline, DAMIDOT Pascale, « Les cadres sexués du travail émotionnel dans la relation thérapeutique en physiothérapie ». *Travailler*. N°32, 02/2014. P. 30.

aides-soignantes. Dans l'économie générale du travail sensible, le « sale boulot » désigne le « travail sur l'intime et sur l'indigne[27] », lequel engage généralement un contact corporel. Concrètement, le « sale boulot » qualifie les soins d'hygiène et de confort[28]. Bien souvent, il s'avère littéralement sale, s'occupant par exemple des excrétions corporelles lors des toilettes, et régulièrement violent, composant avec une maltraitance institutionnalisée en raison des cadences imposées et du manque de personnel[29]. Or, ces compétences sont loin d'être reconnues dans leur technicité et leur pénibilité. Au contraire, elles sont effacées du régime de reconnaissance, au nom d'« impératifs de discrétion socialement construits[30]. Les aides-soignantes doivent se contenter de mettre le corps en condition d'être soigné, soit d'être convenable, pour les catégories supérieures (les médecins) qui, grâce à ce conditionnement, peuvent mettre en évidence le caractère honorable de leur propre travail, à savoir la guérison[31].

Récemment, Chrystelle 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. Certes, elles envisagent toujours ce « 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 travail donnée[32] ». 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. Or, 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 restent relégués à la sphère de la nécessité. À ce titre, ils sont perçus 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, et 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. D'après ces autrices, « les femmes […] assument deux types de mauvais rôle : elles surveillent, contrôlent, voire exercent une contrainte physique, c'est-à-dire assument des tâches qui embarrassent les institutions. Elles sont aussi celles qui

[27] ARBORIO Anne-Marie, « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du "sale boulot" » *in* DEMAZIERE Didier *et al., Sociologie des groupes professionnels,* La Découverte*,* 2009. p. 59.
[28] *Ibid.,* p. 51.
[29] *Ibid*., p. 58.
[30] *Ibid*., p. 59.
[31] *Ibid*., p. 59-60
[32] 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. p. 98-99.

[…] rattrapent une réplique ratée par l'artifice du mensonge ou la dissimulation des erreurs des autres. En assumant ces rôles, les femmes déchargent les catégories pour lesquelles elles travaillent[33] ». En résumé, les femmes ou les personnes assignées à cette catégorie sociale se retrouvent vulnérables, parce qu'elles doivent compenser les insuffisances du système, et bien qu'elles soient parfois elles-mêmes les relais de certaines violences. Pour comprendre ce paradoxe, il me paraît désormais important de renouveler la conception de la vulnérabilité au moyen d'une épistémologie handiféministe. L'enjeu est de montrer que la vulnérabilité ne réside pas seulement dans la passivité, bien au contraire.

II. Repenser la vulnérabilité qui réside dans la relation de soin à l'aune d'une épistémologie handiféministe

Grâce à une épistémologie handiféministe, je souhaite à présent repenser le prendre soin en mettant l'accent sur la notion d'agentivité des acteurs-trices du soin. L'agentivité n'est pas uniquement la capacité à agir ; c'est aussi la possibilité de s'affirmer. À cette fin, je compte me nourrir de ma perspective de personne concernée par le validisme aussi bien que par le sexisme.

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. Depuis les années 1970, les études sur le handicap dénoncent cette domination structurelle et abordent le handicap comme une construction sociale plutôt que biomédicale. Comme l'explique Dominique Masson, c'est la constitution sociale de standards et de normes, à l'intérieur de discours et de pratiques biomédicales, esthétiques, de productivité économique et autres, qui vient créer, à l'intérieur du continuum des variations humaines, la distinction entre le "normal" et l'"anormal" du corps et des fonctionnalités corporelles, entre les capacités et les incapacités[34] ». Dans un cadre sexiste comme validiste, il y a une naturalisation du corps « normal » et des compétences sociales.

Si l'éthique du *care* et les études sur le handicap se rejoignent sur le problème de la naturalisation, les secondes ont néanmoins quelques critiques à adresser à la première. D'abord, elles permettent de mettre en évidence les impensés des théories féministes à l'endroit du handicap. Pour Masson, « le sujet-femme que présume la vaste majorité des

[33] *Ibid*., p. 99

[34] MASSON Dominique, « Femmes et handicap ». *Recherches féministes*. N°26/1, 2013, p. 111-129. https://www.erudit.org/fr/revues/rf/2013-v26-n1-rf0700/1016899ar/

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"[35] ».

Ensuite, elles rappellent que le handicap n'est pas une expérience si marginale, ne serait-ce qu'en termes d'études statistiques ou de trajectoires biographiques. Le handicap est un « fait social total » pouvant survenir à n'importe quel moment de l'existence, et ayant de grandes chances d'advenir lorsqu'on avance dans l'âge. Comme le souligne 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. » […][36].

Enfin, elles mobilisent le « privilège épistémique » que constitue le handicap pour dénoncer le système d'oppression fondé sur la normalisation des corps et l'exclusion des différences. Conceptualisé entre autres par Nancy Hartsock, le « privilège épistémique » insiste sur la plus grande richesse d'une approche issue d'un vécu d'oppression par rapport à celle d'une personne sociologiquement dominante. Loin de demeurer un biais subjectif, faire l'expérience de l'oppression, c'est maîtriser à la fois la perspective des dominant-e-s (dont le discours est majoritaire dans l'espace public) et des dominé-e-s (dont le vécu est à l'inverse passé sous silence). C'est aussi apporter un contenu sensible à une réalité sociologique, dans la mesure où les rapports sociaux se traduisent en phénomènes d'exclusion concrets.

Comme le résume Masson, « il est important pour les féministes de réaliser que les femmes handicapées ne sont pas "les Autres", mais "Nous"[37] ». J'ajouterai que la critique féministe a tout intérêt à s'intéresser à la question du handicap pour enrichir le problème du genre. Dans ce cadre, critiquer l'éthique du *care* au moyen d'une épistémologie handiféministe est une opportunité pour explorer les insuffisances du concept de *care*, telles qu'elles sont déjà pointées par certaines théoriciennes féministes.

II-1. Interroger l'éthique de *care* à partir d'oppressions croisées, entre confusion sémantique et problème d'échelle

Le travail sensible, aussi parfois appelé *caring* par certaines théoriciennes du care, n'est pas qu'un enjeu lié au genre. Au contraire, 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, souvent résumée sous le prisme de l'intersectionnalité[38]. Pourtant, l'éthique du *care* a parfois tendance à effacer cette

[35] *Ibid*.
[36] *Ibid*.
[37] *Ibid*.
[38] Concernant le concept d'intersectionnalité, je ne tiens pas à le mobiliser ici. Théorisée pour parler de l'intersection des oppressions liées au genre, à la race et à la classe, cette notion ne me paraît pas appropriée, dans la mesure où je n'aborde pas la question raciale dans cet article. CRENSHAW Kimberlé W., BONIS Oristelle.

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 de Marie Cartier, mais pouvant malgré tout être mobilisées par analogie avec le handicap.

Au fondement de l'effacement de l'intrication des rapports de domination, 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.). Au nom d'une éthique du care, les femmes privilégiées s'en tiennent à la charge du *caring* about. En revanche, les femmes doublement opprimées doivent prendre en charge le *caring* for, sans pour autant abandonner le *caring* about. Demeure alors 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. De fait, cette féminité idéale est caractérisée par les femmes les plus privilégiées. D'où la question que pose Cartier : « Comment […] 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[39] ? »

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. 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*.

II-2. Donner une autre consistance au toucher de soin au moyen de la cécité

« Cartographie des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur ». *Cahiers du Genre*. N° 39, 02/2005. p. 51-82.

[39] 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. p. 106-113. https://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2012-1-page-106.htm

Les femmes aveugles ne peuvent pas prétendre au statut de pourvoyeuses de *care*. Au contraire des femmes des classes populaires, elles ne sont pas assignées au travail du *caring for*. Et à l'inverse des femmes 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.

Comme l'explique 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 société. Dans ces conditions, la réalisation d'un projet parental, où le travail de *care* est central, constitue une forme de « restauration sociale », pour les mères déficientes visuelles[40]. 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[41] ».

La suspicion d'incompétence, à laquelle s'ajoute le blâme social, dont les mères aveugles font l'objet, comporte deux types de conséquences délétères : 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 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.

En contre-point d'une enquête philosophique à la manière de Diderot, j'achève cette entreprise épistémologique au sujet du toucher de soin en proposant une perspective située sur la cécité et, plus précisément, sur les compétences sensibles habituellement attribuées aux aveugles. Autrement dit, je souhaite me prémunir contre des clichés exotisants ou aliénants quant aux capacités des déficient-e-s visuel-le-s. 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.

---

[40] DOE Marion. *op. cit.*, p. 170-171.
[41] *Ibid.*, p. 171

En premier lieu, je souhaite aborder le caractère éminemment sensible du toucher des déficient-e-s visuel-le-s. Comme l'explique 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[42] ». Par « sensible », j'entends à la fois la subtilité, la fragilité et la complexité de la réalité corporelle. Cette sensibilité tactile donne 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. Or, 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*).

En second lieu, je tiens à montrer en quoi cette approche handiféministe du toucher de soin permet désormais de repenser la vulnérabilité. Les pratiques de soins corporels peuvent être une source d'embarras pour les personnes qui les délivrent. Elles constituent ainsi une occasion d'interroger ces tensions et leurs présupposés socioculturels, ainsi qu'une opportunité de réhabiliter les réflexions autour du « corps fragile ». Comme l'expliquent les autrices de l'article sur les *disability studies* au sein du *Dictionnaire du genre en traduction*, « 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[43] ».

Une critique handiféministe de l'éthique du *care* suggère par conséquent une reconfiguration de l'activité soignante. Tout d'abord, elle a le mérite de remettre le contact au cœur de la relation de soin. Ensuite, elle a l'intérêt de rappeler que ce type de relation met autant les pourvoyeuses-eurs que les receveuses-eurs de *care* en situation de vulnérabilité, parce qu'elle a trait à l'intimité et à la dignité. Enfin, elle a l'ambition de repenser les corps dans leur diversité et leurs complexités, loin des canons rigides du validisme et du néolibéralisme. Bref, le contact sensible brouille les frontières de la vulnérabilité et, ce faisant, critique les injonctions à la conformité. L'exemple des mères déficientes visuelles est édifiant. Il convient alors de se souvenir, dans le sillage de Molinier, Laugier et Paperman que « chaque personne est récipiendaire d'une forme de *care*[44] ».

---

[42] VINCENT-BUFFAULT Anne, *op*. cit., p. 121.

[43] 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].

[44] MOLINIER Pascale, LAUGIER Sandra, PAPERMAN Patricia, *op. cit*., p. 28.

- Anaïs Choulet-Vallet est doctorante en philosophie, UMR EVS & UR IRPhil, CNRS & Université Lyon 3, ainsi que praticienne de shiatsu thérapeutique. Ses recherches portent sur le toucher dans la relation de soin, et plus précisément sur la manière dont le rapport au toucher dit quelque chose du rapport au corps en général, et révèle les rapports de domination à l'œuvre dans le contexte thérapeutique.