



HAL
open science

“ Le livre des sciences est un livre ouvert ”. Entretien avec Fatou Sow, réalisé par Émeline Fourment, Anne Kwaschik

Fatou Sow, Émeline Fourment, Anne Kwaschik

► **To cite this version:**

Fatou Sow, Émeline Fourment, Anne Kwaschik. “ Le livre des sciences est un livre ouvert ”. Entretien avec Fatou Sow, réalisé par Émeline Fourment, Anne Kwaschik. 2023, pp.89-105. 10.3917/crii.099.0089 . halshs-04088024

HAL Id: halshs-04088024

<https://shs.hal.science/halshs-04088024>

Submitted on 4 May 2023

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.

« Le livre des sciences est un livre ouvert », *Critique internationale*, vol. 99, no. 2, 2023, pp. 89-105.

« Le livre des sciences est un livre ouvert »

Entretien avec Fatou Sow, réalisé par Émeline Fourment, Anne Kwaschik

La sociologue sénégalaise Fatou Sow fait partie des premières générations de chercheuses à avoir porté une voix africaine francophone dans les sciences sociales internationales. Elle a joué un rôle déterminant dans la création des études féministes et de genre africaines, et participé aux Conférences mondiales des femmes organisées par l'ONU à Nairobi (1985) et à Beijing (1995). Le récit de son parcours a déjà été fait ailleurs¹, et nous la rencontrons ici pour évoquer un épisode précis : celui de sa participation, avec la journaliste sénégalaise Codou Bop, à l'édition de l'ouvrage *Notre corps, notre santé. La santé et la sexualité des femmes en Afrique subsaharienne*, publié en 2004 chez L'Harmattan et actuellement en cours de réédition. Ce livre est une adaptation au contexte africain du *bestseller* états-unien *Our Bodies, Ourselves*. Pour cela même, il se distingue à bien des égards des adaptations européennes de l'original. En effet, ce n'est pas un manuel de santé rédigé à partir d'une confrontation entre savoirs médicaux et savoirs expérientiels des femmes. Ce n'est pas non plus une entreprise de critique par le bas de la médecine. C'est le produit du travail collectif de personnes travaillant dans des disciplines diverses et appartenant, pour la plupart, au Réseau de recherche en santé de la reproduction en Afrique francophone (RESAR) créé en 1989. Rédigé en français², l'ouvrage a été distribué dans dix pays francophones : le Sénégal, la République de Guinée (Conakry), la Côte d'Ivoire, la République du Congo (Brazzaville), le Cameroun, le Togo, le Bénin, le Niger, le Mali et le Burkina Faso, tous les membres du RESAR étant originaires de ces pays. Enfin, contrairement aux nombreux autres manuels de santé des femmes, cet ouvrage se caractérise par le très petit nombre de dessins décrivant les organes reproducteurs et génitaux.

Même si *Notre corps, notre santé* est encore peu pris en compte par la recherche sur les mouvements pour la santé des femmes en Afrique, toutes ces différences avec les manuels nord-américains et européens sur la santé des femmes ont été soulignées. Dans son étude sur la circulation transnationale de *Our Bodies, Ourselves*, Kathy Davis présente *Notre corps, notre santé* comme un ouvrage écrit, avant tout, pour le personnel de santé et les membres de mouvements associatifs, et ce, parce que la majorité des femmes de l'Afrique subsaharienne parlent peu le français, voire ne le parlent pas du tout³. Dans leur comparaison des adaptations francophones de *Our Bodies, Ourselves*, Nesrine Bessaïh et Anna Bogic mettent, quant à elles, en évidence l'absence d'utilisation du nous féministe dans les textes de l'ouvrage. Certes, il est sous-entendu dans le titre (*Notre..., notre...*), mais on ne le retrouve pas ensuite : les femmes sont désignées par les pronoms elle et elles⁴. Toutefois, comme le précise Fatou Sow, si toutes les personnes qui ont contribué à cet ouvrage n'étaient pas féministes, les co-directrices l'ont édité dans une perspective féministe. *Notre corps, notre santé* n'est tout simplement pas un ouvrage intimiste où les femmes se sont décrites.

¹ « Fatou Sow. Les défis d'une féministe en Afrique », propos recueillis par Thérèse Locoh et Isabelle Puech, *Travail, genre et sociétés*, 20 (2), 2008, p. 5-22.

² L'ouvrage n'a pas été traduit en wolof ou en d'autres langues africaines.

³ Kathy Davis, *The Making of Our Bodies, Ourselves. How Feminism Travels across Borders*, Durham, Duke University Press, 2007, p. 70.

⁴ Nesrine Bessaïh, Anna Bogic, « "Nous les femmes" de 1970 à 2017 à travers les traductions et adaptations de *Our Bodies, Ourselves* en français », *Traduction, Terminologie, Rédaction*, 29 (2), 2016, p. 43-71.

Cet entretien part de l'idée selon laquelle comprendre la forme prise par *Notre corps, notre santé* exige de considérer les contextes sociaux dans lesquels ce manuel a été conçu, ainsi que les ressources financières et humaines dont il a disposé. Ce sont donc ces questions que nous abordons ici avec Fatou Sow qui, tout en faisant le récit de l'élaboration de l'ouvrage et de sa nouvelle édition, interroge la pertinence de la critique de la médicalisation dans des pays où l'accès aux soins est loin d'être garanti, les rapports entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne, la réduction de l'Afrique à son passé colonial et les renouveaux du féminisme. Ces différentes questions nous amènent à en aborder d'autres, plus larges, telles que le développement des études de genre, l'histoire du féminisme et la situation contemporaine au Sénégal. Situation contemporaine et non postcoloniale, comme le précise bien Fatou Sow contre la tentation de réduire l'Afrique subsaharienne à l'histoire coloniale, et donc, à l'action du colonisateur. Co-éditrice de l'ouvrage, Codou Bop a relu la transcription de cet échange, tout en y apportant plusieurs précisions sur le contexte sénégalais et l'élaboration de l'ouvrage.

Notre corps, notre santé : itinéraire d'un manuel sur la santé et la sexualité des femmes en Afrique subsaharienne

Notre corps, notre santé est un ouvrage qui se distingue sur de nombreux points des manuels de santé féministes européens. Pouvez-vous nous parler du contexte de son élaboration ?

Ce livre est paru en 2004. Nous avons mis près de trois ans à constituer une équipe et à le rédiger. Il a bénéficié de l'appui du Population Council, une ONG américaine qui travaillait alors au Sénégal et avait ouvert un bureau à Dakar. Le Population Council a proposé au RESAR de lire *Our Bodies, Ourselves*⁵ et de voir s'il était utile et possible d'en faire une adaptation africaine. Le RESAR était composé en majorité de médecins et autres professionnels de santé, mais aussi de sociologues, dont moi, de psychologues, de journalistes, d'économistes et d'historiens. Au départ, ce projet d'adaptation ne répondait pas à une demande directe de la société civile ou d'associations féminines. Pourtant, le besoin existait déjà. La revue *Famille et développement*, financée par la Coopération canadienne, et surtout de nombreuses émissions radiophoniques, notamment celles animées par la première journaliste sénégalaise et directrice de programmes à la radio nationale, Annette Mbaye d'Erneville, avaient essayé de répondre au besoin des femmes de mieux connaître leur corps, face à un personnel de santé muet sur ces questions ou peu disposé à en discuter avec elles. L'ouvrage a donc été un projet proposé à notre organisation, dans le but de porter un regard nouveau et plus inclusif sur les questions de santé sexuelle et reproductive et de droits afférents. Les articles sur la petite fille et l'adolescente, de même que ceux sur la ménopause et sur les contre-indications aux nouvelles méthodes contraceptives avaient pour ambition de fournir aux femmes des informations leur permettant de comprendre leur corps et de mieux se prendre en charge. C'était une sorte d'*empowerment* pour elles.

C'est Oumou Khairy Niang, une de nos collègues sociologues, qui a étudié *Our Bodies, Ourselves* dans l'optique d'une adaptation africaine. Elle a ensuite proposé une note conceptuelle dont nous nous sommes inspirés. Nous avons conçu et rédigé l'ouvrage avec une vingtaine de personnes. Il y avait treize médecins dans l'équipe, ce qui s'explique par le fait qu'au départ le réseau a été conçu par des médecins : la première présidente était médecin. Et

⁵ Il s'agit de l'édition de 1998 qui, selon K. Davis, a été coordonnée par une jeune Africaine-Américaine. La critique de la relation médecin/patient qui caractérisait les précédentes éditions y a été mise de côté au profit d'une critique des assurances maladie privées états-uniennes, qui restreignent l'accès aux soins. Par ailleurs, cette édition prend tout particulièrement en compte la diversité des expériences des femmes selon leur position dans les rapports sociaux. K. Davis, *The Making of Our Bodies, Ourselves. How Feminism Travels across Borders*, op. cit., p. 37.

moi, sociologue, j'ai été la seconde, car ces médecins se sont sans doute rendu compte qu'ils étaient « enfermés » dans leur bulle médicale. Il y a toujours eu un débat ouvert entre nous, les membres du réseau ; c'est dans ce cadre que le projet d'ouvrage a été réalisé.

Quand on entend Population Council, on pense tout de suite aux politiques de gestion de la population.

Le Population Council⁶ mène des recherches et organise des campagnes de plaidoyer sur les questions de santé et de développement, avec des antennes en Asie, en Afrique, en Amérique latine et en Europe. Cette organisation a financé plusieurs activités du RESAR et nous avons collaboré avec elle pendant une dizaine d'années. À l'époque, le directeur était un ancien fonctionnaire de l'USAID (United States Agency for International Development). Certes, la ligne de cette agence gouvernementale était la gestion et le contrôle de la population, mais son directeur et nombre de féministes de l'agence en étaient venus à considérer la démographie en termes de santé des femmes et de leurs droits à contrôler leur corps et leur sexualité. On était également dans les années 1990-2000 : de grandes conférences des Nations unies avaient eu lieu, proposant, notamment, des stratégies d'action dont le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Caire, 1994) et la Déclaration et le Programme d'action de la Conférence mondiale des femmes (Beijing, 1995) qui avaient fait évoluer le statut des femmes. Alors en 1998-1999, plus personne, encore moins dans ces grandes ONG, ne pouvait plus traiter de démographie dans les seuls termes de la variation ou du contrôle des populations dans le monde. On commençait à parler de droits des femmes à la sexualité, de leur droit à avoir ou à ne pas avoir d'enfants, à contrôler leur fécondité. Même la contraception, dont le Population Council a développé des politiques, a commencé à être discutée en termes de droits. Alors qu'autrefois la contraception était servie aux femmes africaines, quasiment sans leur demander leur avis, aujourd'hui leurs besoins sont mieux pris en compte. Sont-elles, par exemple, satisfaites de ces injections de Norplant⁷, l'un des fameux vaccins contraceptifs délivrés par les programmes internationaux de planification familiale ? Les personnels de santé ont mis l'accent sur les effets secondaires de ces produits qui ont poussé les femmes à renoncer à la contraception. La composition des contraceptifs a été modifiée. La coopération internationale (USAID, Union européenne surtout) a continué à pourvoir, gratuitement, les centres de santé des villages les plus éloignés de contraceptifs de préférence de longue durée. En fait, il faut fournir aux femmes une information féministe pour qu'elles puissent faire librement leur choix.

Selon vous, en quoi Notre corps, notre santé s'inspire-t-il ou se distingue-t-il de Our Bodies, Ourselves, édité en 1973 par le Boston Women Health Collective ?

Notre corps, notre santé part d'une perspective africaine sur des questions abordées depuis des interrogations qui nous sont propres. Bien que nous ayons été en possession de leur ouvrage, nous n'avons été en contact avec les auteures du Boston Women Health Collective qu'à la parution de nos propres travaux. Elles avaient été informées par le Population Council qu'une version africaine francophone était en cours de réalisation. Codou Bop, qui a eu l'occasion de se rendre aux États-Unis après la publication, les a rencontrées et s'est liée d'amitié féministe avec elles. *Notre corps, notre santé* n'est pas une traduction de *Our bodies, Ourselves*. Je vais en montrer une différence : dans *Our bodies, Ourselves*, ce sont les femmes de la société civile et

⁶ « Le Population Council mène des recherches sur des questions cruciales de santé et de développement » (<https://www.popcouncil.org/about>). Il s'est occupé de problèmes liés aux méthodes contraceptives, à la qualité des soins, aux mariages d'enfants, à la sexualité précoce, au virus du Sida, entre autres.

⁷ Norplant® est un contraceptif hormonal sous-cutané dont la durée de validité est de cinq ans.

des organisations féministes qui ont discuté entre elles et choisi leurs sujets. Elles ont constitué le Boston Women's Health Book Collective qui a réalisé un ouvrage par des femmes pour les femmes, évitant les avis et les approches du monde formel de la médecine. Notre équipe, elle, a été mixte dès le départ. Elle voulait, dans le cadre de ses activités, apporter des réponses éclairées à des questions que se posent les femmes africaines. Nous étions des hommes et des femmes, des personnes de différentes disciplines, y compris la médecine, intéressées par les divers sujets de l'ouvrage. Des médecins y ont participé, car plusieurs de ces sujets relevaient de leurs compétences. J'avais moi-même déjà travaillé sur les aspects socioculturels et religieux de la santé des femmes, donc je comprenais les objectifs de l'ouvrage. Codou Bop, quant à elle, avait une belle expérience de collaboration de recherche et de plaidoyer avec plusieurs organisations internationales dont l'UNICEF et le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP). C'est donc une équipe quelque peu hétérogène qui a décidé des sujets à aborder, à partir soit de ses recherches et expériences professionnelles et militantes, soit de ses contacts avec des associations de la société civile. Ce que nous avons partagé avec *Our Bodies, Ourselves* et ses autres versions, c'est la volonté de donner aux femmes les moyens de connaître et de contrôler leur santé sexuelle et reproductive.

Est-ce qu'il y avait des sujets que vous auriez voulu traiter dans cette première édition, mais pour lesquels vous avez eu le sentiment que cela allait être soit trop tôt, soit inapproprié ?

Je crois qu'à l'époque nous avons couvert les questions qui nous intéressaient. Alors peut-être que ce qui nous a manqué, de temps à autre, c'est un débat plus engagé, par exemple autour de l'homosexualité ou de l'avortement. Ces sujets étaient délicats. Nous en avons parlé en termes surtout médicaux, bien que cette approche ait soulevé bien des questions. Le chapitre sur l'avortement sera réécrit, car ce droit soulève un très grand nombre de questions. Nous sommes en 2023, mais nous n'arrivons toujours pas à obtenir la légalisation de l'avortement qui a été jusqu'à présent sévèrement réprimé. Les Sénégalaises vont en prison surtout pour cause d'avortement ou d'infanticide. Le projet de loi en cours ouvrirait des possibilités d'avorter sous prescription médicale, mais les règles en sont tellement strictes : il faut trois médecins, plus un magistrat, pour autoriser une femme à avorter. C'est un abus hallucinant sur le corps des femmes. Il y a vingt ans, le débat était, disons-le, plus feutré. Je pense que, désormais, il sera plus revendicatif. À quand les marches de femmes dans les rues des villes pour réclamer la mise en vigueur de ce droit ? Il faut rappeler que le Sénégal a signé et ratifié, sans réserve, tous les instruments internationaux sur les droits des femmes. Il est parmi les tout premiers pays à avoir signé et ratifié le Protocole de Maputo dont le chapitre 14 engage les États africains à « assurer le respect et la promotion des droits des femmes à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive ». Il s'agit ici de leur droit d'« exercer un contrôle sur leur fécondité ; [du] droit de décider de leur maternité ; du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances ; [du] droit de choisir librement une méthode de contraception ainsi que [du] droit à l'éducation sur la planification familiale »⁸. Malheureusement, les États ne manifestent pas une grande volonté politique à mettre en œuvre leurs engagements internationaux et régionaux.

Pourquoi faire une réédition de l'ouvrage Notre corps, notre santé ? Et pourquoi maintenant ?

Aujourd'hui, nous avons de nouvelles questions qui viennent d'abord du fait que la sexualité et la fécondité sont abordées plus ouvertement dans l'espace public. Auparavant, c'étaient des questions dont on parlait entre membres de la famille, entre connaissances, en groupes groupes

⁸ Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique. Article 14. Droit à la santé et au contrôle des fonctions de reproduction (p. 14-15). Adopté par la 2e session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine, Maputo, le 11 juillet 2003.

de femmes et groupes d'hommes de la même classe d'âge notamment, groupes de jeunes dans la vie courante, dans les chants lors des mariages ou autres circonstances cérémonielles ; mais la parole n'était publique ni à la radio ni à télévision ni dans les autres médias. Au moment de la réalisation de l'ouvrage, entre la fin des années 1990 et le début de l'année 2000, le débat public était encore relativement contenu car les échos des grandes conférences du Caire et de Beijing sur les droits sexuels n'avaient pas encore atteint les milieux populaires et leurs opinions. Or la question est devenue mondiale grâce aux débats internationaux ; une approche féministe s'est progressivement installée, en termes d'analyse et de plaidoyer, dans les organisations et même dans l'académie qui était jusque-là très frileuse. Les réseaux sociaux, grâce aux nouveaux moyens de communication (téléphones mobiles, vidéos) ont fait exploser les barrières de méconnaissance et de pudeur et ont proposé encore plus d'images pornographiques à la portée de tous.

Aujourd'hui, des pistes nouvelles surgissent, de même qu'émerge un public nouveau parmi les jeunes générations. Il nous faut voir si nous appréhendons toujours de la même manière le corps des femmes qui, au-delà de la biologie, est essentiellement un corps politique. Quelle était cette manière d'aborder le corps féminin ? L'analyse est-elle la même aujourd'hui, ou a-t-elle évolué ? Quelles sont les nouvelles perspectives ?

Quels sont les changements les plus importants ?

Ce qui a beaucoup changé récemment, c'est la façon plus ouverte de parler de l'homosexualité. Il y a vingt ou trente ans, celle-ci ne faisait pas l'objet d'un débat public, bien qu'elle soit connue. Si l'homosexualité féminine est cachée, elle est détestée comme perversion sexuelle (*yëfu say say*). Or il y a des jeunes femmes LGBTQ sénégalaises, et plus généralement africaines, qui ont besoin d'informations sur leur santé et leur sexualité ; nous avons besoin de les soutenir. L'homosexualité masculine (*goor-jigeeen*) est tout aussi stigmatisée, car elle est susceptible de déstabiliser la famille et la société. Aussi la famille arrange-t-elle le mariage du parent gay avec une femme de son milieu ou de ses relations pour qu'il ait des enfants sans abandonner ses rapports homosexuels. Elle réinstalle les normes familiales socialement requises : mariage et progéniture. On assiste aujourd'hui à un débat politico-religieux, ici comme ailleurs dans le monde, qui entraîne une polémique malsaine, car source de violences, et des questionnements auxquels nous sommes obligées de répondre dans la réédition de *Notre corps, notre santé*, en portant un discours plus affirmé sur l'homosexualité. Les discours virulents prononcés contre l'homosexualité sont porteurs d'accusations graves : « C'est contre la religion » ; « C'est l'œuvre des francs-maçons » ; « C'est de la faute de la culture occidentale » ; « On risque de nous apporter le mariage gay »... En décembre 2021, un groupe de treize députés sénégalais a proposé à l'Assemblée nationale un projet de loi pour durcir la criminalisation de l'homosexualité (cinq à dix ans de prison). Or il existe déjà une forte répression. Le code pénal sénégalais actuel stipule, dans son article 319, que « sera puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 100 000 à 1 500 000 FCFA quiconque aura commis un acte impudique ou contre nature avec un individu de son sexe. Si l'acte a été commis avec un mineur de moins de 21 ans, le maximum de la peine sera toujours prononcé »⁹. Cette proposition était le fait du collectif And Samm Jikko Yi, qui comprend une centaine de mouvements dont certains musulmans, très conservateurs, voire fanatiques. La coalition présidentielle, majoritaire au Parlement, a refusé que le projet de loi soit soumis, arguant du fait qu'il existait déjà une sanction. En février 2022, des associations religieuses islamiques et anti-LGBT ont organisé, contre cette décision, une violente manifestation de toute une journée autour de la colonne de

⁹ Article 3, alinéa 3, régi par la loi 66-16 du 1er février 1966, Code pénal du Sénégal instituant la criminalisation des lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres-LGBT+.

l'Indépendance, point central des rassemblements populaires à Dakar. Les débats ont été virulents autour de l'homosexualité, du lesbianisme, du mariage gay, ainsi que de l'avortement dont on parle de plus en plus ouvertement.

Le mouvement *#MeToo* dans ses versions sénégalaises en wolof *#dooma siif* (Tu ne me violeras pas), *#balancetonsaïsai* (Balance ton voyou), *#nopiwuma* (Je ne me tairai point) est également de plus en plus présent dans l'espace public et un débat autour des violences obstétricales et gynécologiques commence à émerger. Et puis on peut relever toutes les questions autour de la sexualité et de la fécondité, des mutilations génitales féminines (MGF)¹⁰, des relations dans le couple et la famille, qui peuvent être des espaces de contrainte pour les femmes, des espaces de rapports de pouvoir inégalitaires. Les violences de toutes sortes n'ont jamais été autant dénoncées dans l'opinion publique, les médias, les réseaux sociaux et surtout portées en justice : viols, incestes, féminicides, abus sexuels, harcèlements sexuels. Nous ajouterons des chapitres, par exemple, sur le regard masculin sur les femmes (*male gaze*), les violences gynécologiques et obstétricales ou l'endométriose, la précarité menstruelle, la santé mentale, les rapports à la maternité et à la grossesse. Nous inviterons la parole du mouvement des femmes autour de ces idées. Il est nécessaire d'enrichir le débat.

Avez-vous reçu des financements pour cette nouvelle édition ?

Nous sommes en collaboration avec Equipop¹¹, une organisation française qui s'occupe de droits sexuels et reproductifs, dont le bureau dakarais travaille avec des équipes sénégalaises et africaines. En novembre 2021, l'organisation m'a invitée aux Actualités du Pharo, à Marseille, où j'ai présenté une communication intitulée « À qui appartient le corps des femmes ? »¹². Au cours de nos rencontres avec la direction d'Equipop, nous avons évoqué la nécessité d'actualiser l'ouvrage, près de vingt ans après sa parution. Equipop a accepté de nous accompagner dans cet exercice. Aujourd'hui, nous avons une petite équipe éditoriale composée de médecins, psychologues, sociologues, juriste et littéraires qui devraient permettre de pouvoir reprendre les questions que nous nous posions il y a vingt ans et de trouver de nouvelles perspectives.

Les médecins comme alliés dans la production de nouvelles représentations du corps des femmes

Revenons sur la première édition. Tout à l'heure, vous évoquiez le fait que vous avez écrit ce livre avec treize médecins. Au sein du mouvement états-unien pour la santé des femmes, le paternalisme médical a longtemps été la cible de fortes critiques. Est-ce que c'est quelque chose que vous avez aussi expérimenté dans le travail collectif ?

¹⁰ Cette question des MGF était déjà posée dans les années 1980. Après une forte mobilisation des mouvements de femmes au Sénégal et dans la sous-région, soutenue au niveau international, une loi les abolissant a été votée en 1999. Malgré le recul de la pratique, il faut encore renforcer le respect de la loi. On a beaucoup parlé de recrudescence des MGF durant la période de confinement due à la pandémie de Covid-19 (2020-2021).

¹¹ Equipop est une ONG pour le droit à la santé des femmes et des filles qui a de nombreux partenaires en Afrique de l'Ouest (Sénégal, Burkina Faso, Mali, Côte d'Ivoire, Niger, Bénin, Guinée, Mauritanie, Togo). Explicitement féministe, l'organisation agit en nouant des partenariats avec des associations locales, dont elle finance certaines actions. Equipop, Rapport d'activité 2021 (<https://equipop.org/wp-content/uploads/2022/11/Rapport-activite-equipop-2021-22-web.pdf>).

¹² Les Actualités du Pharo sont des rencontres francophones annuelles de médecine et de santé publique tropicales qui se tiennent en France. Celle à laquelle Fatou Sow a participé portait sur « La santé sexuelle et reproductive dans les pays du Sud ». Equipop, Rapport d'activité 2021, op. cit., p. 9.

J'ai appelé Codou Bop pour lui annoncer que j'allais répondre à vos questions. Je lui ai demandé ce qu'elle pensait de ce paternalisme médical. Elle m'a répondu : « Oui, il y avait du "paternalisme médical", mais ils n'ont pas osé l'exprimer devant nous, ils ont été obligés de travailler avec nous, sans arrogance ! ». C'est vrai ! Nous avons eu plusieurs rencontres locales et régionales durant lesquelles nous avons débattu de ces questions. Ces médecins sortaient, en majorité, d'universités africaines et avaient, pour nombre d'entre eux, passé des agrégations au niveau du CAMES [Conseil africain et malgache pour l'enseignement supérieur]. Ils avaient également effectué des stages de perfectionnement en France et dans d'autres pays étrangers. Ils avaient cette vision, classique dans le monde occidental, selon laquelle la médecine doit être exercée par des gens formés pour être médecins. Lorsque nous leur avons demandé d'écrire des textes, ils les ont rédigés comme des médecins. Nous en avons réécrit une bonne partie en leur demandant : « Ne pensez-vous pas, lorsque vous dites ça, que c'est plutôt autre chose... ? ». J'espère que nous les avons amenés à repenser certaines manières d'aborder les patients et leurs maladies. Ils avaient une pratique scientifique et étaient, il est vrai, de grands médecins et des professeurs de médecine qui avaient une excellente formation et étaient très empathiques sur la question des femmes. Je ne suis pas sûre que nous ayons réussi à leur donner une approche féministe, mais, au moins, nous les avons poussés à reconsidérer un peu leurs discours sur les femmes et à prendre en compte le droit de celles-ci à disposer de leur corps. Personne ne le leur avait appris à l'École de médecine ; ils ont dû en discuter avec nous. Nous avons fait équipe, quelles qu'aient été nos compétences. La question dont nous débattions alors était : « Comment repenser la santé sexuelle et la santé reproductive en termes de droits de la personne ? ». Tout simplement ! Le médecin ne devrait pas prescrire une ordonnance, sans en donner l'explication. De même, il ne devrait pas refuser la contraception à une patiente, et ce, quel que soit son âge ou son statut matrimonial, sans raison médicale. Il devrait surtout lui expliquer ses maux en termes compréhensibles, discuter des solutions au lieu de les imposer du haut de son savoir. Remettre ces attitudes en question, c'est déjà un certain progrès. Je pense que beaucoup de choses ont changé, même si la médecine africaine, comme la médecine occidentale, est arrogante de ses prérogatives de scientificité. La médecine africaine, dite traditionnelle, elle non plus, n'explique rien aux malades qu'elle traite.

Y a-t-il beaucoup de médecins dans la nouvelle équipe qui prépare la réédition du livre ?

L'équipe éditoriale actuelle ne comprend plus que deux médecins ; ce sont des femmes. Je les ai vues, toutes les deux, s'affirmer féministes. Nous les avons invitées parce qu'elles savent, au-delà de leurs expertises, sortir de leur cadre médical strict, ce qui permet de faciliter nos échanges. L'une d'elles est médecin et socio-anthropologue ; elle associe « sciences biomédicales et considérations psychosociales » dans ses pratiques et recherches, comme elle le déclare elle-même. Elle est spécialisée en maladies infectieuses (VIH-Sida, Ebola et Covid). L'autre est l'une des rares médecins sexologues du Sénégal et a une approche très féministe des questions de sexualité et de reproduction. Ces deux médecins, une journaliste, une psychologue-criminologue, une enseignante, une romancière, une juriste et moi-même, composons, pour le moment, le comité éditorial. Nous associerons certainement d'autres personnes intéressées pour discuter, présenter et/ou écrire les diverses questions traitées dans l'ouvrage.

Tout à l'heure, vous évoquiez la question de la religion au sujet de l'homosexualité et de l'avortement. Le pouvoir des médecins peut-il contrer le pouvoir religieux ?

Je voudrais d'abord faire remarquer que le pouvoir des médecins n'était pas aux commandes de la première version et qu'il ne l'est pas non plus dans la nouvelle. C'est nous, en tant que groupe

multidisciplinaire, qui avons entrepris cet exercice et sommes aux prises avec les prescriptions religieuses. Notre approche s'est voulue féministe.

Cela dit, en tant que praticiens, les médecins des deux sexes sont aussi des êtres humains dotés de cultures, de religions et d'idéologies diverses. On retrouve les mêmes attitudes conservatrices ou progressistes, hésitantes ou affirmées, religieusement et culturellement marquées ou non, au Sénégal, comme ailleurs dans le monde. Ce que le Sénégal et nombre de pays africains ont en commun, c'est une croyance religieuse souvent affichée et affirmée, qui peut ou non impacter les personnalités et les décisions privées comme professionnelles. Cela signifie que, face à leur patientèle, les réactions des médecins peuvent répondre à des convictions. Cela non plus n'est pas propre à ces seuls médecins, comme l'attestent les attitudes face à l'avortement, à la fin de vie, à la procréation médicalement assistée, à la gestation pour autrui, toujours en débat dans les hôpitaux partout dans le monde. Aux États-Unis, des médecins ont refusé de procéder à des avortements en raison de leurs convictions religieuses. De même, en juin 2022, la Cour suprême américaine a révoqué le droit constitutionnel à l'avortement en annulant l'arrêt *Roe versus Wade* (1973). Aujourd'hui, chaque État américain peut choisir de l'interdire ou de l'autoriser. Cette décision d'inspiration religieuse est un grave recul des droits des femmes sur leur maternité.

Prenons l'exemple de l'islam, religion dominante au Sénégal et fortement inscrite dans les cultures locales. Ses prescriptions accompagnent les actes de la vie quotidienne du musulman et de la musulmane. Le lavage du corps et des cheveux, les ablutions (codifiées), la manière de saluer (une formule coranique), de manger (avec la main droite uniquement¹³) ou de prier (périodicité¹⁴, attitudes et gestes¹⁵) répondent à des règles religieuses précises. Il en est de même pour le mariage et la maternité considérés comme des obligations religieuses. La sexualité et la fécondité ne devraient survenir que dans le cadre du mariage. La maternité est très importante car on ne devient femme qu'en devenant mère. À ce niveau, la religion occupe une place importante dans les décisions relatives au corps, qu'il s'agisse de décisions personnelles, médicales ou juridiques (cas du Code de la famille). Les médecins sont confrontés à des prescriptions religieuses qu'eux-mêmes ou leurs patientèles doivent prendre en considération quand il s'agit de prendre des décisions. Dans la religion musulmane, on parle plus de respect de la vie que d'avortement, et ce sujet est très controversé. Au Sénégal, l'avortement est pourtant combattu par les religieux eux-mêmes (musulmans et chrétiens) et fait toujours l'objet de restrictions juridiques. En fait, le projet de loi prévoit l'avis de trois médecins sur l'état de santé de la mère et requiert l'assentiment, sous pli recommandé, du président de l'ordre des médecins pour activer la procédure. Ce qui est problématique, c'est l'emprise du discours religieux sur le corps et la sexualité de leurs adeptes et surtout des femmes. Les organisations internationales ont utilisé ce pouvoir pour faire avancer leurs objectifs, notamment les programmes de planification des naissances. Il a souvent été demandé aux religieux de confirmer ou d'infirmer la compatibilité du port du préservatif ou de la prise de contraceptifs avec l'islam, afin de rassurer les musulmans et de les inciter à les utiliser. On assure ainsi l'emprise des religieux et de leurs convictions sur les comportements des pratiquants. Or, selon moi, ces choix devraient être tout à fait personnels et être seulement traités par les médecins en lien avec leurs bienfaits ou leurs inconvénients. Je devrais aussi souligner que, si des médecins ont participé à la lutte contre les mutilations génitales féminines, la majorité de la profession n'a pas été à la pointe du combat¹⁶ ; elle aurait dû aider à présenter tous les dangers pour la santé de cette pratique ainsi

¹³ La main gauche est impure (haram) car elle sert à nettoyer les parties intimes.

¹⁴ La prière a lieu cinq fois par jour.

¹⁵ La femme a impérativement la tête couverte durant la prière ; elle ne peut prier durant ses périodes de menstrues.

¹⁶ Complément d'information de Fatou Sow : « Je devrais rappeler ici la bataille de longue haleine contre les MGF menée par Henriette Carvalho Kouyaté, gynécologue sénégalaise, entre le Sénégal et le Mali, et celle de Marianne

que d'autres que nous avons qualifiées de « pratiques traditionnelles affectant la santé de la mère et de l'enfant (gavage, sexualité, mariage et grossesse précoces, mutilations génitales féminines, accouchements traditionnels...) »¹⁷.

Médecine traditionnelle versus médecine moderne et la question de l'occidentalocentrisme

Dans la première édition de >Notre corps, notre santé, il y a une rubrique consacrée à la médecine traditionnelle : quel a été son rôle dans vos discussions ?

Cela a été un débat. Mais vous savez, je crois qu'il existe une manière intellectuelle occidentale d'aborder la médecine traditionnelle et une manière africaine. Durant toute la période coloniale, l'Occident a généralement qualifié de fétichisme, de charlatanisme, ces thérapies qu'il ne considérait pas comme relevant de la médecine, discipline scientifique, alors que pour les populations africaines, elles étaient et continuent d'être des moyens de se soigner. Certes, à leur indépendance, les États africains ont opté pour la médecine occidentale, moderne, héritée du passé colonial, au détriment d'une médecine traditionnelle, requalifiée de tradithérapie exercée par des tradithérapeutes. Cette situation a suscité d'intenses débats d'ordres scientifique, juridique et politique autour de l'acceptabilité de ces deux sortes de médecine, la première dominant et excluant la seconde. L'académie africaine a fini par créer des laboratoires de médecine, lorsqu'elle a admis que les traitements de maladies à base de plantes récoltées dans leur environnement (décoctions de plantes) et autres soins thérapeutiques (massages, jeûnes, scarifications) devraient être étudiés comme pratiques d'une médecine endogène. Le Sénégal, le Mali ou le Gabon, par exemple, ont mis en place des centres qui étudient également les pharmacopées locales.

Lorsque je discute avec mes relations non africaines de la médecine traditionnelle, j'ai envie de leur préciser : « Je peux prendre de la Nivaquine® pour soigner un accès de paludisme, comme le recommande la médecine "moderne", tout comme les plantes antipaludéennes, bien connues, à bouillir et à boire, remède de la médecine traditionnelle ! ». Je n'éprouve aucune contradiction. Les populations africaines sont constamment dans une médecine et dans l'autre, mais elles privilégient une forme plutôt qu'une autre selon les contextes, les niveaux de vie et les coûts des actes médicaux. J'avoue que, personnellement, je privilégie la médecine moderne. À la différence d'un médecin, le tradithérapeute ausculte en même temps votre corps et, si je peux m'exprimer ainsi, votre esprit. Je ne suis pas convaincue que faire des offrandes aux ancêtres, sacrifier un mouton blanc et offrir des noix de cola puissent aider à mener une grossesse à terme ou à guérir une maladie. Ce corollaire mystique me pose problème. Je ne suis allée voir les tradithérapeutes qu'en touriste académique.

Quel est actuellement le rôle de la médecine traditionnelle au Sénégal ?

La médecine traditionnelle y est très importante, parce qu'il y a plus d'endroits « où il n'y a pas de docteur »¹⁸, pour reprendre le titre d'une publication de David Werner, que d'endroits où il y en a. C'est pourquoi il y aura un chapitre plus important consacré à cette médecine traditionnelle dans la nouvelle édition de notre ouvrage. On dit souvent que la médecine traditionnelle devrait

Ndiaye Sidibé, sage-femme sénégalaise, première présidente du Comité sénégalais sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé de la mère et de l'enfant (COSEPRAT) ».

¹⁷ Le Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé de la mère et de l'enfant (CIAF) a été mis en place en 1984 à la suite d'un séminaire international sur les mutilations génitales féminines (MGF) à Dakar (Sénégal).

¹⁸ David Werner, Là où il n'y a pas de docteur, Paris, Enda Europe, 2004.

être mieux encadrée, qu'elle devrait être intégrée aux structures sanitaires et autres... En même temps, quand l'État encadre cette médecine, il en fait une structure sanitaire moderne. Un des problèmes, rapporté par nombre de praticiens, c'est le contrôle des dosages des plantes, sous forme de liquides et/ou de poudre. Et malheureusement, leurs savoirs scientifiques et compétences thérapeutiques peuvent être pillés par la recherche scientifique africaine ou occidentale, étrangère à leur milieu. Ils risquent de voir leurs connaissances recueillies et brevetées par d'autres dont on privilégie la scientificité. Les produits brevetés entre Paris, Genève et New York deviennent des médicaments sous forme de sirops, de poudres ou de capsules et reviennent commercialisés par des multinationales pharmaceutiques.

J'ai une appréciation très nuancée de la médecine traditionnelle, au-delà de la phytothérapie. Je regrette que le domaine ne soit pas mieux encadré et qu'au fond n'importe qui puisse se proclamer soignant. Les publicités qui passent à la télévision ou dans les autres médias sur les soins donnés sont tout simplement scandaleuses. Un seul traitant prétend, par exemple, guérir l'infertilité, l'impuissance sexuelle masculine, le diabète, l'hypertension et les hémorroïdes. De même, cette médecine est malheureusement de plus en plus accaparée par les hommes qui, en termes de spiritualité, y rajoutent un grain de religion, dont l'islam. Lors d'une conférence académique intitulée « Religion, santé, guérison et genre en Afrique », qui s'est tenue à l'Université Gaston Berger à Dakar en 2017, un participant, dirigeant d'une association islamique locale très conservatrice, a affirmé sans ambages : « Le docteur soigne, mais c'est Dieu qui guérit ». Devant le silence de la salle, je n'ai pu qu'exprimer une réaction sur le mode ironique. Ce discours est répandu chez nombre de thérapeutes, qui donnent à la fois plantes macérées et versets du Coran non moins macérés dans un liquide que le patient boit ou dont il s'enduit le corps. Qu'est-ce qui vous a soigné ? L'eau dans laquelle a macéré le verset du Coran ? Ou les plantes utilisées ? En fait, ce que l'on a beaucoup dit, c'est que les gens croient leur thérapeute traditionnel parce qu'il a le *pouvoir* de les guérir. Ils n'ont pas cette même confiance dans le médecin dont le coût de la consultation et des ordonnances est souvent exorbitant.

Vous évoquez l'existence de différentes façons de penser la médecine en Afrique. Identifiez-vous un héritage du colonialisme dans certaines catégories de pensée des occidentaux ?

S'il y a un terme qui m'irrite, c'est celui d'anthropologie médicale. Le concept d'anthropologie adressé à l'Afrique reste colonial. Les laboratoires d'anthropologie médicale en France ou dans d'autres pays occidentaux étudient essentiellement des Africains, de temps en temps des Asiatiques, à savoir d'autres cultures n'appartenant pas à leur sphère. Parler d'anthropologie médicale, à Ouagadougou ou à Kinshasa, reste une manière coloniale de définir les sciences de la santé, en termes d'anthropologie historique. J'avoue que je ne suis pas anthropologue, mais sociologue. Je travaille sur l'Afrique et traite de sociétés humaines aux prises avec les problèmes sociaux, politiques et économiques qui affectent le monde, de manière certes différente, car les contextes varient. Parler de la tradition, des valeurs du passé, de l'acculturation, c'est faire de l'histoire. Les méthodologies d'enquête en Afrique ne rejettent ni les questionnaires ni les chiffres ni l'échantillonnage au profit des entretiens semi-directifs ou ouverts, comme on a tendance à l'enseigner. Si l'on veut évaluer le taux de filles inscrites à l'école et connaître leurs opinions, il faut bien des questionnaires et des chiffres.

Dans ce dossier, nous nous interrogeons sur les catégories de médecine moderne, médecine alternative ou médecine traditionnelle. D'un côté, il y a toute une réflexion sur les savoirs sur la santé des pays colonisés qui ont été tués par les colonisateurs au profit de ce qui est appelé la biomédecine. D'un autre côté, on sait que, dans les pays anciennement colonisés, la biomédecine peut être au cœur des revendications des organisations de femmes car l'accès à

celle-ci n'est pas assurée. Que faire de cette tension entre critique épistémologique et pratiques des actrices ?

On a besoin de régler cette question de l'occidentocentrisme. Le Sénégal est indépendant depuis une soixantaine d'années. Je suis née et j'ai grandi à l'époque coloniale. Je connais bien la différence entre l'époque de la colonisation et celle de l'indépendance. C'est exténuant d'être en permanence ramené à la colonialité, pour tout, comme si nous étions enfermés à jamais dans cette prison impérialiste. Il y a évidemment énormément de fronts de lutte contre la colonisation et ses conséquences : les langues européennes dominantes, l'éducation, les institutions politiques et administratives, les infrastructures, les structures politiques et économiques de la domination postcoloniale (Françafrique, Franc CFA). Cent ans de colonisation marquent les identités. Pourtant, l'Afrique est restée africaine, quels que soient ses emprunts, et gère tant bien que mal tous ces apports multiples à son histoire. Elle est accusée d'occidentalisation alors que l'Occident ne se reproche ni ses raids sur le monde qualifiés de découvertes ni le commerce triangulaire, ses conquêtes coloniales, l'invasion d'espaces comme s'ils étaient vides et les génocides, la négation de l'histoire et des cultures d'autres peuples, encore moins les « viols de l'imaginaire » des autres, comme l'a écrit Aminata Traoré, sociologue malienne¹⁹. Certes, l'Occident a minimisé, voire rétrogradé les savoirs des autres qu'il a qualifiés d'endogènes, ne leur laissant pas la possibilité de les développer, sauf pour en piller et breveter les ressources, mais, contrairement à ce que vous dites, il ne les a pas tués, il n'a pas pu le faire. Et si les populations africaines ne sont pas mortes, c'est grâce à ces médecines finalement qualifiées d'alternatives. Le livre des sciences est un livre ouvert que nous avons tous contribué à enrichir. Je dois pouvoir y prendre la graine, la pousse ou le concept qui me convient et que je peux adapter à mon contexte, comme je peux les y semer par mes expériences. Nous avons tellement contribué à la science contemporaine que je n'ai plus le temps de m'occuper de l'occidentocentrisme, de même que l'Occident parle rarement de ce qu'il a appris et pris du reste du monde comme violation de ses savoirs. On parle beaucoup de décolonial. Pour moi, c'est une approche dont les anciens colonisateurs devraient se servir pour éradiquer ce qui est encore colonial dans leurs pratiques, et qui est toujours un impensé.

Une nouvelle édition, reflet d'un nouveau féministe africain ?

Vous nous avez expliqué que la réédition de Notre corps, notre santé est liée à un changement de contexte, de nouveaux débats ayant émergé depuis 2004. Comment décririez-vous ces développements récents du féminisme sénégalais ou africain auxquels vous assistez ?

Je crois que nous sommes réconciliées avec le terme féminisme et que nous l'avons adapté à nos besoins de théoriser nos contextes. Pendant très longtemps, le féminisme a été reçu comme un concept occidental qui ne nous correspondait pas. À sa fondation, en 1977, l'Association des femmes africaines pour la recherche et le développement [AFARD] réfutait le féminisme comme théorie coloniale à décoloniser. Pendant un certain temps, il a même été interdit aux femmes blanches d'être membres de l'association. Donc, nous avons toutes tourné le dos au féminisme, que l'on considérait comme un outil de domination doublé d'arrogance²⁰. Lors de la parution de *La parole aux négresses*²¹, les personnes qui ont attaqué le plus l'ouvrage, en tant que produit de la pensée bourgeoise et occidentale, étaient des Africaines. Par la suite, les

¹⁹ Aminata Dramane Traoré, *Le viol de l'imaginaire*, Paris, Actes Sud et Fayard, 2002.

²⁰ Fatima Mernissi, « The Merchant's Daughter and the Sultan's Son », dans Robin Morgan (ed.), *Sisterhood Is Global. The International Women's Movement Anthology*, Garden City, New York, Anchor Press/Doubleday, 1984.

²¹ Awa Thiam, *La parole aux négresses*, Paris, Denoël-Gonthier, 1978.

réunions, les débats, les échanges multiples ont permis un consensus autour de notions féministes que l'on pouvait partager, comme le pouvoir patriarcal, la domination masculine, l'oppression des femmes, les subversions de la colonisation, les soubresauts de la décolonisation, les méfaits de la mondialisation. Les Africaines-Américaines (*black*) et autres femmes dites de couleur (*colored*) n'ont-elles pas rajouté la race comme critère de discrimination dans la théorisation du féminisme ? La recherche africaine a admis que les sociétés africaines sont à base matriarcale. Dans plusieurs régions, la transmission du pouvoir politique et des biens matériels et symboliques se faisait par les femmes : il fallait être né d'une famille maternelle précise pour prétendre accéder au pouvoir. L'importance des lignées maternelles est mise en valeur, sauf que les titres de souverains sont dans l'ensemble masculins. Peut-on en débattre ? La critique féministe s'inscrit très progressivement dans les débats.

Peut-on dire que le féminisme est à présent accepté au Sénégal ?

Jusqu'à présent, les universités africaines ont été réfractaires à l'idée d'accoler les concepts de féminisme et féministe aux titres et programmes des centres d'études sur les femmes. Le terme de genre servait de substitut commode, moins antagonique. Ce qui m'a ouvert les yeux sur le féminisme, comme approche de la question des femmes, c'est l'ouverture à un contexte international qui en avait les préoccupations scientifiques et militantes. Je pense que la Décennie mondiale des femmes a été très importante, parce que ces femmes se sont retrouvées à Mexico en 1973, puis à Copenhague en 1981 et à Nairobi en 1985. Nairobi, c'était chez nous ; c'était l'Afrique qui recevait. Il y a donc eu énormément d'associations africaines qui ont été confrontées à des discours féministes venant de divers horizons. Elles ont participé à presque toutes les conférences des Nations unies sur la population, la terre et l'environnement, les droits humains. Ces événements ont fait qu'en 1995 les voix des Africaines ont été inscrites dans la Déclaration et la Plateforme de Beijing. Par exemple, ce sont elles qui ont fait de la question des petites filles, une question de femmes et non d'enfants. Des petites filles sont mariées, ont des maternités précoces, et ce, en toute légalité si l'âge au mariage n'est pas limité et si l'application de cette limitation n'est pas renforcée par la loi. Les discussions multiformes autour des violences faites aux femmes et leur requalification en termes d'atteinte aux droits de la personne et à l'intégrité physique pour dénoncer les violences culturelles (polygamie, MGF, mariage forcé, règles du veuvage) et les violences physiques dont celles durant la grossesse et l'accouchement ont fait faire des bonds aux débats des femmes. C'est ainsi qu'a été élaboré le Protocole de Maputo (2003) qui est un additif relatif aux droits de la femme en Afrique à la Charte des droits de l'homme et des peuples de l'Union africaine adoptée en 1981.

L'usage du terme féminisme, qui était un terme stigmatisant auquel personne ne voulait se référer, a très progressivement intégré nos vocabulaires. Au cours de ce processus, des militantes d'Afrique et des diasporas ont créé plusieurs termes : *Womanism*, *Jenda* (genre), *Motherism* (maternalisme), *Femalism* (femmisme), *Stiwanisme*²², *Black Feminism*, *Afro Feminism/Afro Féminisme*, *African Feminism/Féminisme africain*, et bien d'autres. Je ne suis pas en train de dire que les revendications des Africaines ont commencé avec la Décennie des femmes des Nations unies ; leurs combats sont très anciens car humains, même avant la

²² « Le nouveau terme Stiwanisme ou STIWA (Social Transformation Including Women in Africa) me permet de discuter des besoins de la femme africaine d'aujourd'hui, dans la tradition des espaces et des stratégies fournis dans nos cultures indigènes pour l'être social des femmes. Ma thèse a toujours été que les féminismes indigènes existaient aussi en Afrique et nous sommes occupés à les rechercher et à les mettre en avant aujourd'hui. Maintenant. "STIWA" concerne l'inclusion des femmes africaines dans la transformation sociale et politique contemporaine de l'Afrique. » Ogundipe-Leslie Molar, « Stiwanisme: Feminism in an African Context », dans Tejumola Olaniyan, Ato Quayson (eds), *African Literature: An Anthology of Criticism and Theory*, Malden, Oxford, Victoria, Blackwell Publishing, 2007, p. 550.

colonisation ; mais, comme tous les mouvements féminins dans le monde, ils ont changé de forme car les défis étaient les uns anciens, les autres nouveaux. Chaque époque a eu ses défis.

Une dernière question : est-ce qu'il y a un mot en wolof pour féminisme ?

Non, pas encore, ou je ne le connais pas. Il me semble que nous nous sommes surtout efforcées de donner des contenus appropriés et utiles à nos luttes, d'en tirer des outils d'analyse. Le féminisme est une manière de considérer le monde et les rapports sociaux de sexe. Quelles leçons en tirer ? C'est ma préoccupation majeure.

Réalisé sur Zoom (Dakar/Rouen/Constance) le 4 novembre 2022
Notes de Fatou Sow, Émeline Fourment et Anne Kwaschik