



Article scientifique

Article

2006

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

S'appropriier son corps et sa santé. Entretien avec Rina Nissim

Fussinger, Catherine; Rey, Séverine; Vuille, Marilene

How to cite

FUSSINGER, Catherine, REY, Séverine, VUILLE, Marilene. S'appropriier son corps et sa santé. Entretien avec Rina Nissim. In: Nouvelles Questions Féministes, 2006, vol. 25, n° 2, p. 98–116.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:99819>

S'APPROPRIER SON CORPS ET SA SANTÉ. ENTRETIEN AVEC RINA NISSIM

Catherine Fussinger, Séverine Rey, Marilène Vuille

Editions Antipodes | « Nouvelles Questions Féministes »

2006/2 Vol. 25 | pages 98 à 116

ISSN 0248-4951

ISBN 2940146764

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2006-2-page-98.htm>

Pour citer cet article :

Catherine Fussinger *et al.*, « S'approprier son corps et sa santé. Entretien avec Rina Nissim », *Nouvelles Questions Féministes* 2006/2 (Vol. 25), p. 98-116.
DOI 10.3917/nqf.252.0098

Distribution électronique Cairn.info pour Editions Antipodes.

© Editions Antipodes. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Parcours

S'appropriier son corps et sa santé Entretien avec Rina Nissim

Par Catherine Fussinger, Séverine Rey et Marilène Vuille

Née en 1952 à Jérusalem, Rina Nissim a grandi à Genève, où elle vit. Au début des années 70, alors qu'elle entreprend des études d'infirmière, elle s'engage au sein du Mouvement de libération des femmes genevois alors fraîchement créé (le premier tract paraît en février 1971) et, très vite, s'investit dans les groupes «avortement» et «*self help*». Les critiques envers les pratiques des gynécologues de la place débouchent sur des actions ponctuelles, puis sur un projet alternatif: un groupe de féministes désireuses d'aborder différemment la santé sexuelle et reproductive des femmes crée en 1978 le Dispensaire des femmes. Ce projet s'inspire des *Women's clinics* américaines, mais innove aussi, notamment en instaurant des tâches tournantes au sein de l'équipe, en prônant la réappropriation de leur corps par les usagères et en accordant d'emblée une place, qui ira croissant, à la naturopathie. C'est le domaine dans lequel Rina se spécialisera et publiera plusieurs manuels. Parallèlement à son activité au sein du Dispensaire, elle participe à la rédaction de *Bon sang*, revue trimestrielle sur la santé des femmes (qui paraît de 1980 à 1985) et de *Clit 007, Concentré Lesbien Irrésistiblement Toxique*, revue publiée par le collectif genevois Vanille-Fraise (de 1981 à 1986)¹. En 1984, Rina fondera sa propre maison d'édition,

1. Cet aspect de l'engagement militant de Rina ne sera pas abordé dans le présent entretien. Les personnes intéressées par les activités du collectif Vanille-Fraise, groupe de lesbiennes politiques, liront le mémoire de DEA en études genre de Hélène Joly (1998), *De Sappho s'en fout à Vanille-Fraise (1972-1986): histoire du mouvement lesbien gene-*

vois (Genève: Université de Genève, Faculté des sciences économiques et sociales). Le collectif Vanille-Fraise organisait notamment le «Bal des chattes sauvages» – appellation reprise par Veronika Minder pour titre de son documentaire réalisé en 2005, dans lequel elle interroge des lesbiennes de différentes générations ayant vécu en Suisse.

Mamamélis (Genève), où elle publiera entre autres : *Mamamélis. Manuel naturopathique à l'usage des femmes*, première édition en 1994, traduit en allemand, anglais, espagnol, italien, néerlandais, portugais, serbo-croate, et dont l'édition allemande a été tirée à plus de 100 000 exemplaires ; *La ménopause. Réflexions et alternatives aux hormones de remplacement*, première édition en 1994 ; *La sexualité des femmes racontée aux jeunes et aux moins jeunes*, en 2004.

Dans les années 80, le mouvement militant s'essouffle et des difficultés liées à l'autogestion du Dispensaire des femmes conduisent à la dissolution de celui-ci en 1987². Durant cette période de reflux, divers réseaux féministes internationaux permettent à Rina de poursuivre et de renouveler son engagement. Les activités du réseau international « Femmes & Santé » l'amènent notamment à travailler six mois en Amérique centrale. Au moment de la dissolution du Dispensaire, elle part cinq ans en Inde où elle coordonne un projet de santé mené en collaboration avec des ONG féministes locales. De retour à Genève en 1992, elle reprend ses consultations de gynécologie naturopathique en ouvrant un cabinet privé, et travaille également deux jours par semaine dans le canton de Neuchâtel dans un « centre de prévention et santé » spécialisé dans les médecines complémentaires et lié, à son origine, au mouvement féministe. Sa participation aux activités féministes locales (Collectif du 14 juin de Genève³, FemCo⁴) ne l'empêche pas de maintenir un engagement international, notamment par le biais d'Espace Femmes International (EFI)⁵, du collectif Femmes en noir⁶ ou encore de sa participation à la Marche mondiale des femmes.

2. Une partie de l'équipe poursuivra son activité de 1987 à 1995 sous l'appellation Centre de santé des femmes Rosa Canina ; aujourd'hui, on trouve à la même adresse un Centre de santé où travaille un groupe de praticiennes.

3. Le Collectif du 14 juin de Genève s'est constitué pour organiser au niveau local la grève nationale des femmes le 14 juin 1991, manifestation destinée à protester contre l'absence de mise en œuvre effective du principe d'égalité entre femmes et hommes inscrit dans la Constitution fédérale helvétique à la suite de la votation populaire du 14 juin 1981. Cette grève a été organisée de façon décentralisée, par des comités locaux ad hoc, dont plusieurs se sont ensuite dissous. Le Collectif du 14 juin de Genève a par contre poursuivi ses activités jusqu'à ce jour. Se définissant à la fois comme un groupe féministe généraliste et comme un réseau, il organise régulièrement des interventions publiques, en particulier les 8 mars et 14 juin, ainsi que des journées de réflexions thématiques ; il prend également position sur divers projets législatifs.

4. La FemCo, Coalition transrégionale pour une politique féministe en suisse, est un organisme faîtier qui regroupe depuis 1998 de nombreuses organisations de femmes, associations féministes et individus adhérant à une plate-forme commune.

5. L'association Espace Femmes International (EFI) a été créée à Genève en 1993 pour instaurer un lieu d'échanges et d'information en appui aux femmes actives dans le monde. Elle récolte et diffuse des informations sur les femmes et le développement, et fournit des prestations de services dans les domaines du développement et de la solidarité entre femmes de toutes provenances géographiques.

6. Les Femmes en noir de Genève se sont constituées en association en 1993 pour soutenir des projets d'aide thérapeutique en Bosnie centrale. De 1993 à 1999, elles ont organisé des rassemblements contre la guerre en ex-Yougoslavie, contre le racisme, le nationalisme et les viols. Elles organisent à l'heure actuelle des rassemblements hebdomadaires en ville de Genève, en soutien aux femmes palestiniennes et israéliennes engagées pour la paix.

Dès sa création, le MLF genevois accorde une grande importance à la question de l'avortement. À cette époque, beaucoup de femmes engagées avaient elles-mêmes été confrontées à cette expérience. L'affirmation selon laquelle le privé est politique avait donc une signification forte. Plus de trente ans après, quel regard portes-tu à la fois sur le début de ton engagement féministe et sur les activités du MLF relatives à l'avortement ?

Je crois que, pour nous toutes, ce lien entre le privé et le politique était extrêmement important et chacune le vivait sur des choses différentes, dans son affirmation en tant que jeune adulte face à ses parents, dans son affirmation dans le couple, au travail et, en effet, dans des situations telles que l'avortement. Je suis sûre que si on posait aujourd'hui la question aux femmes qui se sont engagées à l'époque, elles rediraient combien cela a été important de se rendre compte qu'on n'était pas seules dans cette problématique. Cela a été très fort pour nous toutes au niveau de notre développement personnel, et en même temps au niveau du développement du mouvement. L'isolement est la pire des choses dans l'oppression. Il n'y a aucun autre groupe d'opprimé·e·s qui vive cette situation de la même façon : les ouvriers se retrouvent entre ouvriers, ils ont des espaces pour mettre en commun leur problématique ; nous sommes vraiment le seul groupe opprimé qui se trouve dans cette situation d'isolement, d'où la nécessité de créer ce lien – cela reste valable trente ans après.

Pour les femmes plus jeunes, il est souvent difficile de se représenter à quel point cela pouvait être pénible, compliqué, et en même temps extrêmement courant de se retrouver enceinte en commençant sa vie sexuelle, puis de devoir trouver des solutions dans l'illégalité.

Ce n'était pas seulement vrai pour l'avortement, mais aussi pour l'accès à la contraception. À l'époque, il y avait un petit choix de contraceptifs et les médecins n'étaient pas toujours d'accord de les donner, certains acceptaient, mais les moralistes refusaient. Au sein du MLF, nous avions fait une enquête sur les gynécos et, sur la base des réponses obtenues, on avait établi un fichier dans lequel on signalait ceux qui étaient d'accord de donner la pilule, de proposer un stérilet, et ceux qui n'étaient pas d'accord. Cela pour dire que, dans ce contexte, le contrôle de son propre corps, le fait de pouvoir décider de sa vie constituaient des enjeux très forts. En Suisse, à l'époque, il y avait une grande différence due au fédéralisme, aux frontières et au niveau d'éducation et de classe. Par rapport à la France et à d'autres régions de Suisse, Genève était l'un des cantons les plus libéraux en matière d'avortement. Mais l'avortement à Genève comportait un enjeu de classe : il était accessible chez des gynécos privés, mais il fallait payer pour cela et c'était coûteux. On pouvait aussi avoir accès à des avortements à l'hôpital, mais alors il fallait passer devant une commission d'expert·e·s, composée de médecins et de sages-femmes, qui décidaient

S'approprier son corps et sa santé

Entretien avec Rina Nissim

Par Catherine Fussinger, Séverine Rey et Marilène Vuille



© Christian Rochat

Rina Nissim

s'ils allaient dire oui ou non. Une partie des Genevoises allaient chez les experts privés, tandis que les «étrangères», qu'elles viennent de France ou d'autres cantons, devaient passer devant cette commission. Les femmes dont la demande d'avortement était rejetée se faisaient racoler par des avorteurs qui les emmenaient en France, qui leur mettaient une sonde, et elles revenaient le soir ou le lendemain en hémorragie, c'était épouvantable. Et puis il y avait par exemple des Valaisannes qui arrivaient avec des grossesses très avancées, dans des situations vraiment dramatiques, parce qu'il y avait très peu d'information dans leur canton.

Assez rapidement, à côté du groupe «avortement», un groupe «self help» a été mis sur pied. À ce moment, le fameux livre culte «Our Bodies, Ourselves» avait déjà été publié en anglais (1971): est-ce que cette publication a joué un rôle important dans votre projet?

Ce livre n'avait pas encore beaucoup circulé et il n'avait pas encore été traduit en français. Il fallait avoir voyagé soi-même ou avoir des copines qui avaient voyagé aux États-Unis pour le connaître. Donc ce sont plutôt les liens avec des femmes qui nous ont été utiles, et c'est vrai aussi que le passage en octobre 1973 de deux femmes du Feminist Women Health Center a été très stimulant. À l'occasion d'une tournée en Europe, elles ont donné une conférence publique à Genève sur le *self help* qui a attiré quatre cents femmes. C'était très fascinant de les voir se déshabiller sans gêne aucune devant une salle de quatre cents personnes et de faire une démonstration de comment utiliser le spéculum. C'est vrai que, depuis le fond de la salle, on ne voyait pas grand-chose, mais ce qu'on voyait, c'était leur absence de gêne et leur conviction que c'est extrêmement important pour reprendre le contrôle sur son corps et pour s'autonomiser. C'était cela qui était très fort. Pour notre petit groupe *self help*, cela nous a poussées à faire le pas. Vous savez, ce n'est pas tout simple de se lancer à faire de l'auto-examen, on était un peu tétanisées à cette idée, mais après cette conférence, on s'est dit: «Allez bon! Elles, elles osent; nous, on ose aussi!»

Pour les femmes qui n'ont pas vécu le mouvement du «self help», il n'est pas évident de saisir en quoi cette expérience était libératrice. Est-ce que tu peux nous expliquer comment cela se passait et nous dire ce que cela a représenté à l'époque?

Il y avait d'une part la critique du déroulement de la consultation gynécologique, avec d'un côté le gynéco qui sait, qui est en uniforme, et de l'autre la femme qui est allongée et qui ne sait pas. Ce qu'on remettait en cause, c'était le rapport de pouvoir qui caractérise cette relation, le gynéco employant souvent un vocabulaire que la femme ne comprend pas, ce qui la met encore plus en situation d'infériorité. Mais il y avait aussi la

question de la relation des femmes à leur propre corps, c'est-à-dire notre incapacité à nous approprier notre propre corps. Quand on a mal à la gorge, on regarde volontiers au fond de la gorge. S'il existe pour cette partie du corps une appropriation, ce n'est plus le cas avec les parties génitales, c'est comme si on n'osait plus, comme si c'était impensable. En plus, on nous disait que les règles étaient sales, etc., donc il y a aussi cette relation par rapport à soi-même. L'idée centrale dans le *self help*, c'est de se réapproprier son propre corps et de se débarrasser de la honte, de la culpabilité, de l'impression qu'on est moche. Lors de ces séances, on commençait par regarder les seins. On se rendait alors compte qu'il y en avait des gros, des petits, des qui regardaient en bas, des qui regardaient en haut, des où l'un était plus gros que l'autre, et tout le monde riait et cela dédramatisait énormément toutes nos petites hontes, toutes nos impressions qu'on n'est pas faites comme un mannequin. Et cela, je pense que ce serait toujours valable aujourd'hui et peut-être même encore plus qu'à l'époque, parce qu'avec les clichés modifiés de la publicité, on est encore plus sous l'emprise de la notion de corps parfait, des petites fesses comme ci puis des gros seins comme cela. Rien que de regarder les seins, cela avait déjà un côté vraiment révolutionnaire. Tout le monde riait, cela détendait l'atmosphère et du coup, après, on osait passer à la suite, pour autant qu'il y en ait une qui se lance. On regardait alors comment étaient faites les parties génitales, les petites lèvres, les grandes lèvres. Des fois, cela ne correspondait pas à ce qu'on avait vu dans les livres, on n'y comprenait rien : « Mais pourquoi une lèvre est-elle plus grande que l'autre ? » Ce type de réactions aussi, cela détendait passablement l'atmosphère. Et puis ensuite on osait utiliser un spéculum : on regardait d'abord soi-même avec une petite lampe et un miroir, puis après les autres regardaient aussi. Si on trouve joli, ce qui est le plus souvent le cas parce qu'en fait il n'y a rien de moche là-dedans, cela enlève toute cette culpabilité qui découle de l'idée que « tout ce qui a à voir avec cela » serait sale. Pouvoir se débarrasser de toute cette honte a bien sûr un impact énorme sur notre façon d'entrer en relation.

Dans notre groupe *self help*, où nous étions une dizaine, on discutait par exemple de la manière dont notre gynécologue gérait les problèmes d'infection et, après avoir constaté qu'on aurait bien aimé trouver d'autres solutions, on mettait en commun nos expériences alternatives. Tous ces aspects-là étaient discutés en groupe. C'est comme cela qu'on a fait les premiers essais avec le yogourt actif pour traiter les mycoses, avec l'ail pour traiter les trichomonas. Il y avait un côté expérimentation, un côté réappropriation de son corps, mais il y avait aussi un côté qu'on appelait groupe de conscience, à l'époque, c'est-à-dire où l'on se racontait des choses plus personnelles. Mais ce n'était pas, comme pour d'autres groupes de conscience, uniquement du partage et de la prise de conscience ; nous étions dans la discussion et dans l'action en même temps. C'était un côté qui me plaisait dans mon impatience de jeune femme, c'est vraiment de cela dont j'avais envie.

En 1975, lorsque tu as terminé ta formation d'infirmière, tu es partie aux États-Unis. As-tu entrepris ce voyage pour aller visiter ces cliniques féministes ou l'idée t'est-elle venue sur place ?

Je voulais vraiment visiter ces cliniques féministes. J'avais une amie sur place : il faut toujours quand même un petit coup de pouce pour oser faire un voyage comme cela. Il y avait bien une cinquantaine de cliniques féministes en activité à l'époque. Aujourd'hui, il doit y en avoir une dizaine à tout casser. Je leur ai écrit et j'ai visité celles qui voulaient bien me voir. Certaines étaient plutôt anarchistes, par exemple les Emma Goldman Women's Health Centers, d'autres étaient affiliées à une fédération et étaient un peu plus rigides. Ces cliniques féministes américaines travaillaient surtout sur la contraception, l'avortement, elles proposaient aussi quelques recettes pour soigner les vaginites, les petites pathologies de ce type. Certaines avaient des structures alternatives non hiérarchiques, avec un partage des tâches intéressant. Elles étaient aussi animées par le souhait de ne pas élever de barrières entre le personnel et les femmes qui venaient, elles voulaient un rapport de sororité. C'est cela qui était vraiment très intéressant. Au Colorado, j'ai trouvé une clinique que j'aimais beaucoup, où travaillait entre autres une amie américaine que j'avais connue au MLF à Genève. J'y suis restée quelque temps et j'ai travaillé un peu avec elles.

Quand tu es rentrée à Genève, l'idée de mettre sur pied le Dispensaire des femmes, un peu sur le modèle américain, a assez vite pris forme. Peux-tu nous raconter comment les choses se sont passées ? Qui étaient les femmes qui se sont intéressées à ce projet ?

Pour résumer, les ingrédients, c'était le groupe « *self help* » de Genève, le groupe « avortement » de Genève, l'expérience des copines aux États-Unis et moi les racontant aux autres. Ensuite, il a fallu s'adjoindre des professionnelles en critique vis-à-vis de leur profession : des infirmières et des sages-femmes qui étaient proches du mouvement, mais qui ne faisaient pas vraiment partie de ces petits groupes que je viens de citer, et finalement des médecins, elles aussi en critique vis-à-vis de leur profession, nous ont rejointes. C'est cela qui a fait prendre la mayonnaise.

Tu étais toi aussi dans une démarche critique vis-à-vis de ta profession avant de partir aux États-Unis ? À quoi t'étais-tu heurtée au cours de la formation d'infirmière à l'école du Bon Secours ?

Quand j'étais élève infirmière, j'étais déjà au MLAC à Annecy, où l'on pratiquait des avortements illégaux. En plus de cette partie clandestine, mon engagement était bien visible. J'étais donc mal vue par mon école. En outre,

je voulais partager mes connaissances avec des non-médicales. Cela a bien évolué depuis, mais, à cette époque, cela m'a valu d'être considérée comme un mouton noir. Dans le journal *L'Insoumise*, il y avait une rubrique de témoignages dans laquelle je racontais des anecdotes concernant la manière dont les patient·e·s étaient traité·e·s : des faits qui m'agaçaient au quotidien et qui m'ont donné envie de trouver une alternative professionnelle *pour moi-même* et pour mes petites camarades aussi. Cela a joué un rôle important dans l'idée de mettre sur pied le Dispensaire ; j'avais bien l'intention de ne pas rester éternellement à m'embêter dans les hôpitaux. Je trouvais difficile de travailler dans une institution en n'étant pas d'accord avec les démarches en vigueur.

Par rapport aux projets féministes alternatifs que tu as visités, quelles étaient les spécificités du Dispensaire des femmes de Genève ?

Comme les autres centres, le Dispensaire des femmes offrait des soins pour les femmes, par les femmes, dans une structure autogérée. On ne se focalisait toutefois pas uniquement sur la contraception et l'avortement, on voulait également offrir les contrôles annuels gynécologiques préventifs, des soins pour des petites pathologies, mais aussi pour les moyennes et pour les grosses pathologies chaque fois que c'était possible. On avait bien sûr des relais : quand cela dépassait les limites de ce qu'on pouvait assumer, on s'adressait à des personnes plus spécialisées que nous. On avait notamment un relais à la Polyclinique de gynécologie, un docteur qui est aujourd'hui à la retraite, qui nous a beaucoup aidées. Ce qui était vraiment révolutionnaire, c'était de dire face à une petite pathologie : « Voilà, votre pathologie, elle est ceci, cela, elle s'explique ainsi, vous avez le choix entre un traitement allopathique qui implique cela, avantages, inconvénients, et un traitement naturopathique qui implique cela, avantages, inconvénients. » Et alors, à tous les coups, l'usagère répondait : « Qu'est-ce que vous pensez qui est le mieux pour moi ? » Et alors là, on reprenait depuis le début en disant : « Voilà, ça c'est tel avantage, tel inconvénient, un traitement est plus rapide, l'autre est plus lent, l'un ne travaille pas sur le terrain, l'autre travaille sur le terrain, etc. » On essayait ainsi de l'amener à se mettre en position de faire vraiment un choix et d'en assumer les avantages et les inconvénients. Et pour cela, la démarche *self help*, l'histoire du miroir et de la lampe de poche, est cruciale. Parce que pour pouvoir prendre une décision sur soi-même, sur sa santé, il faut déjà être un brin en contrôle, sinon c'est impensable.

Une particularité très importante de notre travail est qu'il y avait donc toujours une « médicale », une « non-médicale » et l'usagère. Ces consultations à trois avaient pour but de casser la relation soignant·e-soigné·e, comme un rapport de pouvoir entre celle qui sait et celle qui ne sait pas. L'idée était de profiter du savoir de la médicale, mais aussi du bon sens de la non-médicale et de créer une situation dans laquelle l'usagère se prenne en main elle-même.

Le choix des termes que vous utilisiez semble avoir une importance. Pourrais-tu préciser qui étaient ces médicales et ces non-médicales, et ce qui vous avait amenées à utiliser la notion d'usagère ?

Pour nous, les «médicales», c'étaient les médecins et les sages-femmes, les infirmières, bref les femmes qui avaient des connaissances en physiopathologie, ce qui leur permettait entre autres d'apprendre plus vite, d'avoir une idée de l'anamnèse, d'être conscientes de leurs limites. Les «non-médicales», c'étaient les femmes qui n'avaient pas de formation dans le domaine de la santé, par exemple une enseignante mais aussi une psychologue n'ayant pas de connaissances de base en anatomie, physiologie, physiopathologie. Quant à la notion d'usagère, nous l'avions choisie parce que ne voulions ni de la notion de cliente, qui nous aurait coincées dans une relation uniquement marchande, ni de celle de patiente, car, pour nous, ce terme impliquait l'idée de soumission à l'autorité médicale.

Tu as mentionné que le Dispensaire était autogéré, pourrais-tu nous en dire plus sur ce fonctionnement ?

La particularité du Dispensaire, c'était d'être complètement autogéré, cela signifie que toutes les décisions étaient prises collectivement, au consensus, que les salaires étaient les mêmes pour tout le monde, de la médicale à la non-médicale, et que les tâches étaient partagées : cela veut dire que tout le monde faisait de la réception et que tout le monde faisait le ménage. Cela nous a pris un certain temps jusqu'à ce qu'on délègue finalement quand même cette tâche. La médecin répondante s'est fait une période à la réception et elle adorait cela, elle trouvait que c'était absolument génial d'être là à la porte et de répondre aux femmes et de donner des rendez-vous. Pour des questions entre autres de rentabilité, à un certain moment, on a été obligées de questionner ce mode de fonctionnement et on a été amenées à préciser un peu les tâches des unes et des autres. Certaines se sont alors spécialisées à la réception. Mais on a quand même maintenu les salaires égaux malgré cette évolution. Et puis, au bout d'un moment, une fois qu'on était vraiment toutes formées, on a renoncé à être deux pour chaque consultation, parce qu'au niveau financier, la démarche n'était pas très rentable. À partir de ce moment-là, il y avait un tronc commun que tout le monde savait faire, mais il y avait quand même des spécialisations qui apparaissaient. Par exemple, l'une d'entre nous s'est mise à faire de l'homéopathie dans un contexte d'accompagnement psychothérapeutique, ce qu'elle fait toujours, d'ailleurs. La pédiatre faisait plutôt de la pédiatrie, les sages-femmes faisaient surtout des suivis de grossesse. Le fait que ces spécialisations aient davantage été mises en avant n'était pas nécessairement une évolution négative. Après, bien sûr, est venu le moment où les salaires ont été remis en question et où les médecins ont commencé à rouspéter parce qu'elles gagnaient autant qu'une secrétaire. Les salaires étaient forcément bas. Si on travaille à deux femmes par

consultation, on ne fait pas une médecine de pointe, donc on ne peut pas facturer des choses sensationnelles, n'est-ce pas, on ne peut pas facturer beaucoup d'actes ! C'est le problème de toute la médecine relationnelle aujourd'hui, le temps est mal valorisé. Donc, bien sûr, on n'engrangeait pas énormément.

On avait reçu une subvention de trente mille francs environ de l'État de Genève pour notre travail social, mais bon, trente mille francs dans le budget d'un centre où travaillent une quinzaine de personnes, vous savez, c'est négligeable. Mais finalement, je ne le regrette pas, parce que je pense qu'il y a beaucoup de projets qui ne vivent que grâce au subventionnement de l'État et que c'est une erreur, parce qu'ils sont pieds et poings liés à l'État. On peut les mettre à genoux en leur coupant les fonds. Je pense donc que, pour un projet qui se prétend en opposition avec le système, il est sain d'avoir d'autres ressources à côté d'un subventionnement. Il faut à tout prix maintenir un bout rémunéré et un bout militant. Et si on perd le bout militant, c'est foutu. Parce qu'à partir du moment où on est entièrement en subventionnement, on ne peut plus avoir un esprit critique libre par rapport à l'État, ou par rapport à l'establishment, ou par rapport au consensus, ou appelez cela comme vous voulez. Dans l'histoire du développement des centres pour femmes victimes de violences, on a vu comment l'institutionnalisation a fait tomber ces groupes dans la psychothérapie des femmes : « Mais, Madame, vous devriez quand même travailler sur pourquoi vous vous retrouvez toujours dans ce type de situations de violence »... Le côté subversif a disparu, on ne remonte pas à faire le travail en amont sur pourquoi il y a encore des hommes qui tapent leur femme. Bref, l'institutionnalisation a entraîné une perte de la vision sociopolitique du phénomène au profit d'une vision psychologisante.

Est-ce que le profil des usagères a évolué au cours des dix ans de fonctionnement du Dispensaire ?

Les usagères ont participé à la vie du groupe. Le Dispensaire des femmes était une association à but non lucratif, l'assemblée générale était constituée par les usagères. Donc, elles participaient au processus. Quand on était attaquées de l'extérieur, elles s'organisaient en conséquence. Par exemple, quand l'État de Genève nous a coupé la petite subvention qu'il nous allouait, elles ont organisé une manifestation. Elles participaient aussi à *Bon Sang*, qui était un petit journal trimestriel de contre-information santé, conçu par les usagères et les travailleuses du centre.

Penses-tu que des femmes non féministes sont venues au Dispensaire des femmes parce qu'elles étaient insatisfaites du contact leur gynéco et que, par ce biais-là, elles ont été sensibilisées au féminisme ?

Certainement ! Parce qu'on n'était pas si nombreuses que cela, au MLF, finalement, on était quelques centaines, on n'était pas des milliers. Par contre, il y avait des milliers de femmes dans la clientèle du Dispensaire des femmes. Donc, il est évident que beaucoup y ont vécu des expériences de conscientisation, d'une part sur la question du féminisme, sur la question de l'autonomie, qui est une question clé, et d'autre part sur la question de la naturopathie. Les lesbiennes aussi venaient volontiers au Dispensaire, parce qu'elles savaient qu'elles allaient être soignées par une femme, tout simplement ! Et puis elles ont envie qu'on ne suppose pas qu'elles sont forcément hétérosexuelles. Au Dispensaire, nous ne leur demandions pas pourquoi elles ne prenaient pas la pilule.

Diverses crises émailleront les dix années de vie du Dispensaire jusqu'à sa dissolution en 1987. Avec vingt ans de recul, comment expliques-tu cette fin ?

La fin du Dispensaire reste une question très douloureuse, comme certaines ruptures, je présume. Il me paraît important de souligner que ce que je vais vous dire là, c'est ma lecture. Comme il y avait beaucoup d'autres femmes dans ce groupe, il y a certainement plusieurs lectures de cette crise. Ceci dit, je pense qu'au niveau de la dynamique collective, le groupe était trop grand pour continuer à vivre ; on sait, en dynamique de groupe, qu'au-dessus de douze personnes, cela commence à devenir très difficile. Je pense aussi que les groupes, comme les couples, ont des cycles de vie, avec des crises qui surviennent périodiquement. Bien sûr, on aurait voulu pouvoir rebondir sur cette crise, mais cela n'a pas été possible, il y avait une inertie dans le groupe qui était trop forte, c'est-à-dire que chaque fois que quelqu'un essayait de faire une proposition sur comment dénouer la crise, l'inertie l'emportait. Pendant longtemps, on n'a pas fait de changements, si bien qu'au moment où la crise a éclaté, cela a été franchement destructeur. Ce qui faisait problème dans la dynamique de groupe tient au fait que quand on est nombreuses, il y a forcément des sous-groupes ; on ne peut pas vivre une autogestion où tout le monde décide de tout au sein d'un groupe si grand. Cela, c'est déjà la première chose qui va forcément clocher. Il y avait aussi le problème de la rentabilité, le problème financier, les salaires étaient trop bas, les médecins voulaient gagner mieux, d'ailleurs pas seulement les médecins, d'autres aussi. Il y avait également le problème de la couverture médicale : les médecins couvraient tout le monde mais elles pouvaient décider de ne plus le faire.

Pourquoi était-il nécessaire d'avoir une « couverture médicale » ?

Tous nos soins étaient facturés au tarif médical, comme dans une permanence, en quelque sorte : vous avez un médecin répondant, il a des

médecins, des infirmières, des physiothérapeutes, etc. Quand une intervention a lieu, le médecin commence et sort, une infirmière termine, et c'est quand même facturé médical. Notre système était le même, donc nous avions une médecin répondante, plusieurs médecins, et tous les actes effectués dans l'institution étaient facturés médical. Les caisses maladie ont étudié la chose, elles ont vu que les usagères n'allaient pas à la fois au Dispensaire et chez un autre gynéco, que les coûts étaient relativement bas, alors cela leur convenait. Ce n'est donc pas le système qui nous a fait arrêter la formule de la couverture médicale pour toutes les travailleuses du Dispensaire. C'est quand même intéressant que nous ayons nous-mêmes mis un frein à ce qui était une manière originale de concevoir comment facturer des soins. Ce n'est pas le système qui nous a arrêtées, c'est nous-mêmes, c'est *à l'intérieur même* du groupe qu'a surgi la critique de cette manière de faire, d'un côté de la part des médecins, de l'autre de la part de celles qui voulaient peut-être aussi avoir un jour un statut par elles-mêmes et pas toujours être cachées derrière quelqu'un. Et puis, il y a sans doute aussi eu une évolution du côté du public du Dispensaire : à une époque, c'était un défi d'être soignée par une non-médicale et on pouvait trouver que c'était un plus, puis à une autre époque, cela n'a plus été une demande du public, qui préférait être soigné par une personne pleine de diplômes. Donc, si vous voulez, pour faire des choses originales, subversives, il faut être porté par un mouvement, parce que sinon cela s'effiloche. Le système a été très malin, il n'a pas réprimé, cela s'est effiloché tout seul ! Nous avons nous-mêmes mis fin au Dispensaire des femmes pour des raisons de dynamique de groupe, pour des raisons de rentabilité, pour des raisons peut-être interpersonnelles aussi.

1987 a-t-il vraiment marqué la fin du projet ou avez-vous tenté de le poursuivre sous une forme différente ?

Elles ont essayé de continuer autrement. Moi, en 1987, je partais en Inde où je pensais rester deux ans, mais où je suis finalement restée cinq années. On a pu penser qu'en diminuant la taille du groupe – d'une manière autoritaire, car il a quand même fallu licencier des personnes – et en reprenant le projet sous une autre forme, on allait sauver le Dispensaire. Ce n'est finalement pas cela qui s'est passé, parce que les femmes qui sont restées avaient un tel désir d'être acceptées par leurs pairs qu'elles ont vraiment voulu remettre les choses dans le rang. Elles ont eu une supervision de deux personnes différentes, dont une femme qui travaille en organisation du travail qui les a encouragées, à leur demande d'ailleurs, à mettre en place une structure classique. C'est vrai qu'il y avait des choses très floues, nos contrats de travail notamment, donc c'était certainement nécessaire de mettre un certain nombre de choses au clair ; néanmoins, leur demande a été de revenir à une structure plus classique, où les médecins sont médecins, les secrétaires sont secrétaires, avec tout ce que cela implique au niveau salarial et aussi au niveau hiérarchique. Elles ont aussi

renoncé à ce qu'une non-médicale puisse faire de la gynécologie. Donc, elles n'ont plus voulu soutenir le créneau qui avait été créé, dans lequel je me suis engouffrée et dans lequel se sont engouffrées d'autres de mes camarades. Cela veut dire qu'elles ont préféré que chacune fasse ce que son diplôme lui permet de faire : une psychothérapeute peut être psychothérapeute, une homéopathe homéopathe, une ostéopathe ostéopathe. Le créneau que nous nous étions approprié, qui nous permettait de pouvoir faire de la gynécologie différemment sans avoir forcément un diplôme de médecin, elles y ont renoncé. Et ce qu'il y a d'étonnant, c'est qu'en même temps, dans le monde, d'autres groupes ont opté pour cette manière de pratiquer : par exemple, au Brésil, en Uruguay, dans d'autres pays et en Suisse aussi, ce côté subversif du Dispensaire avait inspiré des groupes qui en avaient formé d'autres à une époque où ici, à Genève, elles avaient renoncé à cette manière de pratiquer.

Tu as fréquenté des réunions internationales sur le thème « femmes et santé », tu as également voyagé dans différents pays où tu as pratiqué le « self help » (Allemagne, États-Unis, Amérique centrale et Inde). Que retires-tu de cette expérience dans des contextes extrêmement variés, avec des femmes aux vécus différents ?

En ce qui concerne l'Allemagne, je ne suis pas l'une des initiatrices du *self help* ; les Américaines y étaient déjà passées. Quand on se voyait avec ces groupes-là, c'était plutôt pour faire du *networking*, du réseautage. Par contre, dans d'autres pays, j'ai vraiment joué un rôle d'initiatrice, mais je ne suis pas la seule. Je l'ai fait en Amérique centrale, un peu comme les Américaines l'avaient fait chez nous. Et, en effet, cela marche partout. Partout où j'ai été, en Amérique centrale, en Amérique du Sud, en Inde, je n'ai jamais trouvé que les différences culturelles empêchaient ce processus d'autonomisation de vivre. Ce que j'ai remarqué, c'est qu'on a toutes des gênes, c'est évident : plus on est cultivée et éduquée, plus c'est difficile et plus il faut passer d'heures à discuter pour savoir si c'est politiquement correct ou pas. Mais dans les milieux plus populaires, dans les quartiers, c'est assez facile : on invite à une soirée où l'on va parler par exemple de contraception. La discussion s'engage : « Les condoms, oui, vous connaissez, mais le diaphragme, vous ne connaissez pas ? » Alors elles disent : « Les diaphragmes, c'est impossible, jamais j'arriverai à utiliser ce truc-là. » On leur répond : « Eh bien ! c'est pas compliqué : la semaine prochaine, on fait une soirée, celles qui osent, inscrivez-vous, on fera ensemble de l'auto-examen et vous verrez qu'après cela, quand vous aurez compris comment c'est fait dedans, vous verrez que c'est pas si difficile et vous oserez. » Alors elles se regardent toutes parmi et il y en a une qui dit : « Ouais, moi je viens ! », parce qu'elle est un peu leader populaire. Du coup, trois autres s'inscrivent, et après une autre dit : « Moi, je me ferai une mise en plis des poils pubiens ! », alors éclat de rire général et, du coup, quatre de plus s'inscrivent. Donc c'est assez facile, en fait. Dès qu'on leur crée un espace

sécurisé avec une porte fermée, que les gamins sont de l'autre côté et qu'elles sont sûres que personne ne va venir les déranger, elles osent. Dès qu'une occasion est saisissable, elles la saisissent. Il faut bien penser que, dans ces pays-là, beaucoup de femmes sont mères cheffes de familles, elles sont seules et elles ont l'habitude de se battre. Donc si une occasion leur est donnée et que c'est dans un cadre sécurisé, il n'y a pas de problème, elles se l'approprient, plus vite même que les intellectuelles. En Inde, c'est pareil dans les villages, à condition qu'une femme en qui elles ont confiance soit présente.

Tu as passé cinq ans en Inde, où tu as été l'une des coordinatrices d'une recherche-action, Shodhini, dont l'expérience est présentée dans un livre⁷. Avant de nous présenter ce projet, pourrais-tu nous dire deux ou trois mots du contexte dans lequel ce projet a été mis sur pied ?

C'est par un contact avec une femme indienne que j'ai été amenée à aller voir les groupes de femmes en Inde en 1986. J'avais déjà travaillé en Amérique centrale et je trouvais que c'était assez facile, je n'avais pas trop de problèmes d'intégration, j'avais envie d'aller voir comment les choses se passaient dans un contexte différent et je savais qu'il y avait un mouvement féministe assez important. Par cette amie et par les quelques contacts que j'avais, j'ai sollicité les groupes « femmes et santé », je leur ai demandé si elles voulaient me recevoir. J'ai donc commencé par un voyage au cours duquel j'ai visité un certain nombre de groupes. Ensuite, on a fait une rencontre au niveau national avec plusieurs femmes de ces groupes, rencontre entre les urbaines et les rurales, et on a essayé de voir quels projets nous motiveraient à travailler ensemble. Trois projets sont nés de cette rencontre et deux se sont réalisés. L'un de ces projets est Shodhini, il rassemblait six groupes différents de femmes. Ces groupes ne se diraient peut-être pas féministes officiellement ; ce sont des ONG qui travaillent sur l'*empowerment*, l'image de soi, l'éducation à la santé. Avec souvent un accent sur des besoins concrets : par exemple des histoires d'eau propre, ou des histoires de cuisinière dont la fumée ne s'échappe pas à l'intérieur de l'appartement mais sort réellement, car autrement tout le monde est mal.

Là, comme en Amérique centrale, avez-vous commencé par faire des tours de table pour savoir quels étaient les problèmes de santé les plus importants pour les femmes ?

La contraception et l'avortement les intéressaient peu. Alors, nous avons été amenées à travailler sur des choses auxquelles nous n'aurions

7. *Shodhini* (Anu Gupta, Bharati Roy Choudhury, Indira Balachandran, Philomena Vincent, Renu Khanna, Rina Nissim, Sarojini N.B., Smita Bajpai,

Tanushree Gangopadhaya, Uma Maheshwari) (1997). *Touch Me, Touch-Me-Not: Women, Plants and Healing*. New Delhi : Kali for Women.

pas pensé au départ, sur les douleurs articulaires, les maux de dos, les maux de tête, des symptômes extrêmement intéressants sur lesquels il y a beaucoup de choses à dire car ils sont liés à leurs conditions de vie, à leur alimentation, à leurs conditions d'oppression. Et si on arrive à faire ces liens, cela peut devenir extrêmement fort pour elles. Du coup, elles peuvent vivre quelque chose d'extrêmement constructif pour leur vie, par rapport à leur propre santé, à leur rôle dans la société.

Si les problèmes de santé évoqués étaient plutôt des maux de dos, de tête, comment avez-vous amené l'auto-examen en Inde ?

Dans le cas particulier, une étude avait déjà été conduite par des médecins sur cette question, et donc je savais que les symptômes gynécologiques étaient prévalents dans ces zones, mais que les femmes ne consultaient jamais pour cela : c'est plus acceptable de consulter pour une tuberculose que de consulter pour des pertes jaunes puantes pendant très longtemps. Je savais qu'il y avait une prédominance de ces symptômes gynécologiques, mais en même temps, les autres symptômes sont intéressants aussi et tout est lié, je veux dire les règles abondantes sont aussi liées à l'anémie, qui elle est aussi liée aux pertes blanches, etc. Donc, dans ce cas, l'histoire de l'auto-examen vise à adopter une attitude active par rapport à sa propre santé. Ce qui signifie aussi s'organiser pour trouver des réponses, que ce soit pour les règles abondantes, pour l'anémie, pour les maux de tête. Pour cela, on peut aller consulter des soignants populaires et les interviewer pour savoir quelles sont les recettes communes qui sont employées localement avec des plantes à récolter soi-même. On peut se mettre en posture de devenir une soignante populaire, moi je disais une « gynéco aux pieds nus », on peut réapprendre ces choses. Donc, l'idée de passer par l'auto-examen, c'est de ne pas devenir une soignante pour les autres avant d'avoir d'abord expérimenté les choses pour soi-même, ne pas sauter d'étape, ne pas se prendre pour ce qu'on n'est pas, commencer par soi-même, voir comment on résout ses propres problèmes de santé, expérimenter déjà avec soi-même, puis après expérimenter avec les proches de son village, et ensuite élargir. Et pour être dans cette posture d'oser faire cela, il faut quand même opérer un changement assez fondamental, parce que toutes les femmes, malheureusement, dans la plupart des pays du monde, ont été expropriées de leur savoir par rapport à la santé. Il y a peu de cultures dans lesquelles la femme a encore ce rôle non seulement de nourricière et de soignante, mais aussi de thérapeute. Ces soignantes populaires au savoir oral ou au savoir écrit sont en diminution en zone rurale. Donc, ce n'est pas simple de récupérer ce savoir.

La population pense que la médecine occidentale est meilleure, mais elle n'y a pas accès, il faut prendre le bus, perdre une journée de travail, ce qui est impensable. Beaucoup ne consultent pas mais pensent que la médecine occidentale est supérieure au savoir populaire. En Inde, il existe des médecines populaires à base de plantes, mais ce sont aussi des médecines

de classe. La médecine ayurvédique se transmet de père en fils dans la caste des brahmanes, la plus haute dans la hiérarchie ; c'est un savoir qui n'est pas du tout fait pour être transmis au peuple. Les recettes sont extrêmement compliquées, elles sont faites dans des usines, dans des industries, de façon à ce que les gens doivent acheter cela, qu'ils ne puissent pas le faire par eux-mêmes. C'est une médecine de classe. Alors qu'en fait, il pourrait y avoir une médecine populaire avec des choses toutes simples, des plantes qui poussent autour de nous. Une des idées fortes du projet Shodhini était que les femmes pouvaient se réapproprier une médecine populaire. Pour cela, il a fallu dépasser certaines réticences. Elles avaient confiance en la médecine moderne occidentale ainsi qu'en ces médecines traditionnelles, ayurvédiques, Unani, Siddha, etc., mais elles ne considéraient pas que c'était quelque chose qui leur appartenait, cela appartenait aux gens qui savent. Il y a toujours cette même relation entre celui qui sait et celle qui ne sait pas.

Pour récapituler, le projet s'est déroulé ainsi. Première étape : identifier les maladies les plus communes. Deuxième étape : récolter des informations sur les remèdes naturels qu'on pourrait employer pour résoudre ces maladies. Entrer ces infos dans un ordinateur, les analyser, constater qu'une partie correspond à la littérature mais que les symptômes gynécologiques n'ont pas été étudiés. Ensuite, on est passées à la phase d'expérimentation : on a formé ces femmes à devenir des « gynécos aux pieds nus », on les a fait expérimenter un certain nombre de recettes dont on était sûres. Avec des remèdes simples avec lesquels on était certaines qu'elles allaient obtenir satisfaction ; ainsi, en même temps, on renforçait leur confiance en elles et on renforçait leur crédibilité auprès des autres femmes dans les villages où elles allaient travailler. Dans un deuxième temps, on a fait des essais pour des recettes dont on était moins sûres, mais qui étaient quand même plausibles sur le plan des indications, compte tenu des propriétés des plantes utilisées. On a fait aussi se rencontrer les femmes devenues des « gynécos aux pieds nus », justement pour qu'elles voient comment, dans les autres régions, les autres se sont débrouillées, pour leur faire vivre le même niveau d'excitation que nous, quand on fait nos rencontres internationales « femmes et santé ». Et puis enfin, on a fait la publication. Elle était d'abord en anglais, parce que c'était la langue commune aux coordinatrices des différents groupes, et puis il y a eu des traductions dans les langues locales, en hindi, en telugu.

Dans le cadre de ton activité au Dispensaire des femmes de Genève entre 1978 et 1987, la naturopathie a déjà eu beaucoup d'importance. Comme tu viens de le montrer, c'est une composante centrale du projet auquel tu as participé en Inde et, quand tu es revenue à Genève au début des années 90, tu t'es fait connaître comme naturopathe spécialisée dans le domaine de la gynécologie. Quels liens vois-tu entre naturopathie et féminisme ?

Les liens ne sont pas évidents du tout ; la naturopathie n'est pas particulièrement liée au féminisme. En Allemagne, quelques femmes ont créé un

regroupement de naturopathes féministes, ce qui montre bien que les liens ne vont pas du tout de soi. Un des courants importants de la naturopathie, qu'on appelle holistique, a une notion du bien et du mal extrêmement classiste, le pur et l'impur : on serait tous souillés au niveau intestinal et au niveau moral par une alimentation dégueulasse, etc. C'est un courant très moraliste qui n'amène pas du tout au féminisme. Dans l'association des naturopathes, en Suisse, je suis éminemment minoritaire. Je vais vous dire comment moi je continue à voir et à faire le lien entre naturopathie et féminisme dans mes consultations et lors de mes voyages. Pour moi, ce qui est central c'est qu'on se réapproprie sa santé, qu'on ait envie de reprendre un petit peu les choses en main. Or, je prétends que la médecine par les plantes, la phytothérapie, c'est une chose que chacune peut se réapproprier, c'est du niveau de la cuisine. Si une femme ose mettre du romarin sur son plat pour le rendre plus digeste, si elle prend du bicarbonate de soude qu'elle met dans la fondue pour diminuer l'acidité de ce plat, je prétends qu'elle est à deux doigts de faire une recette populaire pour la toux de son fils et qu'il suffit de peu pour qu'elle fasse aussi une petite préparation pour elle-même. Alors, si on peut lui rendre accessible cette possibilité et en même temps l'aider à se rendre compte qu'un certain nombre de ses maladies sont liées à sa position sociale, à savoir à son oppression en tant que femme, si on arrive à lui faire prendre conscience de cela et qu'à la fois on lui donne un ou deux outils simples et efficaces, il peut se passer quelque chose de sensationnel. Et cela, c'est féministe. C'est le but de mon travail : j'ai envie que les femmes s'autonomisent, je n'ai pas envie qu'elles consultent dix fois pour la même question, j'ai envie qu'elles arrivent à en prendre en charge un bout par elles-mêmes, puis surtout, j'ai envie qu'elles commencent à faire les liens entre pourquoi elles se trouvent dans cette situation et ce qu'elles vivent, les facteurs environnementaux, mais aussi les facteurs «sociopolitiques». J'ai aussi envie qu'elles soient capables de partager cette expérience avec d'autres, éventuellement avec leur fille ou avec d'autres femmes.

Y a-t-il certains types de maladies que tu vois comme étant particulièrement liées à l'oppression des femmes ?

Dans la plupart des pays du monde, vous savez que les deux sexes grandissent de génération en génération. En Inde, les garçons grandissent et les filles rapetissent et perdent du poids de génération en génération. Je ne sais pas si vous vous rendez compte de ce que cela veut dire ! Cela veut dire que, au moment du repas, les meilleurs morceaux vont d'abord au garçon, ensuite au mari, ensuite à la fille, ensuite à la mère, d'accord ? Et en cas de maladie, on va mettre plus d'argent dans les soins des garçons que dans les soins des filles. Une part de la mortalité est liée à cela et vous savez que le sexe ratio est en train de s'inverser : il commence à y avoir beaucoup trop de garçons par rapport au nombre de filles, grâce ou à cause des ultrasons qui permettent de déceler relativement tôt la présence

de ces satanées couilles. Cet examen précoce permet d'avorter des fœtus femelles. Cela signifie que les filles et les femmes sont quantité négligeable. Quand elles sont veuves, elles peuvent crever! Leur statut social est vraiment dramatiquement bas. Donc, cela c'est un exemple cru, mais il y a des exemples à tous les niveaux. Si une femme est anémique et qu'elle laisse toujours les meilleurs morceaux aux autres, on va pas y arriver. Pourtant, c'est elle qui allaite les gamins... On dit tout le temps que le développement passera par les femmes, cela fait un bon moment qu'on le dit, cela va bien au niveau des déclarations, mais au niveau de la réalisation, *there is a long way to go*.

Et en Europe?

Chez nous, l'oppression des femmes prend encore racine dans leur sexualité. Les femmes ont toujours tendance à répondre aux besoins des autres avant de s'occuper de leurs propres besoins. À l'extrême, cette qualité devient un défaut et des maladies, telles que vaginites et cystites chroniques, peuvent exprimer un inconfort dans ce domaine. Dans mon troisième livre sur la sexualité des femmes, je reprends plusieurs exemples tirés de témoignages récoltés en consultation. Il nous faut encore nous réapproprier notre corps et notre sexualité. Le stress au travail est aussi générateur de maladie, surtout le fait de cumuler toutes les tâches, familiales, professionnelles... et devoir encore réussir sa vie sexuelle!

Tes livres et tout particulièrement le premier, «Mamamélis», ont connu un immense succès qui t'a permis de financer d'autres projets, en particulier l'édition en français de plusieurs ouvrages d'Audre Lorde. Comment as-tu fait tes choix éditoriaux?

Mes amies et moi avons voulu inclure dans la maison d'édition des ouvrages de femmes qui ne trouvaient pas forcément éditeur. En premier lieu, il s'est agi d'ouvrages en lien avec la santé des femmes, comme par exemple *Le Trèfle de vie: recueil de plantes médicinales au fil de la grossesse* de Susun Weed, la *Lune Yoga* d'Adelheid Ohlig. Puis j'ai voulu publier Audre Lorde, car elle ne trouvait pas d'éditeur en français. Pourtant, Audre est ultra-connue non seulement aux États-Unis, mais aussi en Allemagne et en Hollande. En raison de son lien avec la santé, nous avons traduit pour commencer *Le Journal du cancer*. J'ai trouvé une coéditrice au Québec qui était d'accord de se lancer dans cette aventure avec moi. Cela nous a permis de traduire également *Zami*, son autobiographie, ainsi que des essais. Cela a été important pour moi parce que j'ai connu Audre quand elle avait le cancer du sein, je l'ai accompagnée à travers tout cela. Nous avons la même editrice allemande et la même editrice hollandaise et nous nous sommes rencontrées dans plusieurs grands moments, dont la foire du livre

féministe à Londres. Quand elle a eu une atteinte hépatique, elle allait vraiment mal et je lui ai proposé d'aller au Lukas Klinik, une clinique anthroposophique à Bâle. Elle est arrivée dans un état épouvantable et ils l'ont sacrément bien remontée. C'était une expérience très forte pour elle et elle a continué à venir régulièrement pour des soins anthroposophiques en Europe. Elle a ainsi survécu neuf ans à ce qu'on appelle communément des métastases hépatiques, ce qui est quand même rarissime puisque normalement, dans de tels cas, la survie est de maximum six mois. Et pendant ces neuf ans, elle a enseigné, elle a donné des conférences, elle a voyagé... elle n'a donc pas passé ces neuf ans dans un plumard. Ce qui était intéressant pour moi dans son aventure, c'était d'une part ce choix naturopathique qu'elle a découvert en Europe et d'autre part sa vision féministe de ce qui lui était arrivé, le fait qu'elle a fait le lien entre ce qu'elle avait vécu, toute sa colère rentrée à cause du racisme et sa maladie. Je partage complètement aussi son refus de la prothèse. Mon but était clairement de faire mieux connaître Audre Lorde. Elle a été pour moi très lumineuse. Ses notions de l'usage de la colère, de la force de l'érotisme sont inoubliables. Adrienne Rich et Audre Lorde ont été pour moi les deux théoriciennes, les deux essayistes et les deux poétesses états-uniennes qui m'ont le plus inspirée et j'avais envie de partager cela, tout simplement. ■