



DOSSIER D'ACCOMPAGNEMENT DU FILM

ZiNTV
2025

Sommaire



Fiche technique du film - **p.3**

Synopsis - **p.4**

Contexte de réalisation - **p.5**

Des protagonistes actrices de leur santé - **p.6**

Pistes d'animation - **p.7**

Les violences médicales à l'égard des femmes* - **p.8**

Les femmes* et la médecine : historique - **p.10**

Les violences vécues par toutes les protagonistes du film - **p.13**

Ce que Sarah nous raconte

Racisme et soins de santé - **p.16**

Grossophobie et soins de santé - **p.20**

Ce que Sophie nous raconte

Addictions et soins de santé - **p.23**

Ce que Victoriae nous raconte

LGBTQIA+phobie et soins de santé - **p.27**

Pistes d'animation - **p.32**



Comment changer les choses ? - **p.33**

Ce que Sophie nous raconte

La santé communautaire - **p.35**

Ce que Victoriae nous raconte

Les réseaux de pair.es - **p.37**

La sensibilisation - **p.38**



Ce que Sarah nous raconte

Les ateliers d'autodéfense - **p.40**

Ce que Victoriae, Sarah et Sophie nous racontent

La dénonciation dans l'espace public - **p.42**

Pistes d'animation - **p.44**

Bibliographie - **p.45**

Ce dossier propose des pistes pour explorer le film *A NOTRE SANTÉ* et l'utiliser comme support de débat, de partage d'expériences et de construction de pistes d'action individuelles et collectives.

Il a été pensé comme un support modulable qui permet à chacun.e de l'adapter à son cadre (scolaire, associatif, professionnel, militant).

Il est composé d'une présentation du film et de son contexte de réalisation, revient sur les intentions des réalisatrices, propose un éclairage historique, social et politique des enjeux soulevés dans le film, ainsi que des activités à réaliser avant et après la projection pour susciter la parole et l'analyse collective.

Conçu et réalisé avec l'aide de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Fiche technique du film

Durée : 54 min

Langue : FR

Sous-titres : SME et anglais

Support de diffusion : DCP – FLAT 1,77 :1 (16 :9) – 25i ou support H264

Mp4

Son : Stéréo

Réalisatrices : Marinette Mormont, Verónica Ortiz, Tamara Pierno, Soraya Soussi

Avec la participation de : Sophie Godenne - Victoriæ Pildaer - Sarah Tshinguta Mussenge

Montage : Nina Alexandraki et Valentin Fayet

Montage son et mixage : Lola Ciosek

Musique : Thomas Michel

Étalonnage : Arshia Davari

Production : ZIN TV

Contact : contact@zintv.org

Avec l'aide du Centre du Cinéma et de l'Audiovisuel de la Fédération Wallonie-Bruxelles.



Synopsis

Manque d'écoute, actes médicaux non consentis, psychologisation des maux physiques... Face aux violences médicales, Victoriae, Sarah et Sophie, patientes et soignantes, s'évertuent à faire bouger les lignes. Actions communautaires, ateliers d'autodéfense ou dénonciation des discriminations : elles explorent d'autres manières de prendre soin et luttent en faveur d'une santé globale, respectueuse, féministe et inclusive pour toutes les femmes*

A NOTRE SANTÉ propose d'accueillir les récits de ces femmes qui subissent ces violences de plein fouet en raison de leur poids, leur couleur de peau, leur identité de genre ou encore des stigmates associés aux personnes sans chez-soi ou usagères de substances psycho-actives. Ce film est une invitation à nous unir dans le combat pour le droit à la santé pour toutes* et à participer à la quête de pratiques de soins alternatives.



Contexte de réalisation

C'est avec le soutien et l'accompagnement de l'atelier de production de ZIN TV que les réalisatrices ont pu réaliser ce film.

Quatre réalisatrices, quatre femmes, chacune avec son vécu touchant à sa santé et aux relations, parfois heureuses, parfois douloureuses, avec les institutions et professionnel.les de la santé. Pour explorer la question des violences médicales faites aux femmes*, elles sont parties à la rencontre de trois autres femmes*, patientes ou soignante, qui subissent ces violences. Dans le sillage de *Pas sans elles*, premier film de portraits de femmes* invisibilisées réalisé par ce groupe de réalisatrices, *A notre santé* nous propose d'accueillir les récits de femmes* dont les réalités sont souvent ignorées.

Intentions de réalisation

Avec la réalisation de ce film, les réalisatrices ont poursuivi un double objectif : témoigner des violences médicales subies par des femmes d'une part, proposer des moyens de soin alternatifs d'autre part.

Dès l'introduction et tout au long du film, elles ont souligné ce choix en restant proches des récits des personnages et en installant les espaces alternatifs de soin, comme ceux des associations Circé et Dune où travaille Sophie, ou les ateliers d'auto-défense verbale que donne Sarah. L'évolution du fil narratif dans le montage du film propose d'entremêler constats de violences médicales et alternatives de soin pour évoluer peu à peu vers l'action politique. De diverses manières, les trois personnages luttent pour une transformation du système de santé.



Des protagonistes actrices de leur santé

Une fois la thématique et les pistes à développer déterminées par l'équipe de réalisation, une intention formelle a été définie : celle de s'éloigner d'un film qui fournit des informations et explications par l'usage d'une voix OFF ou d'interviews de chercheur.euses spécialistes. Pour questionner l'institution médicale patriarcale, les réalisatrices ont plutôt fait le choix de suivre des personnes affectées par les violences médicales et porteuses de diverses stratégies pour prendre en main leur propre santé, individuellement et surtout collectivement.

Au-delà de la conviction que l'expérience sensible d'une situation permet de toucher plus directement les spectateur.ices, elles ont donc choisi de suivre de près les récits des personnages, en leur donnant la parole directement puisque celles-ci sont les premières concernées par l'oppression et l'invisibilisation au sein d'un système de santé qui reproduit les discriminations présentes dans la société. Le choix de réalisation s'est porté sur la création d'espaces pour accueillir et redonner une place à cette parole et à l'expérience des patientes, en opposition au rapport hiérarchique et à la prééminence de l'expertise des médecins souvent imposés par le corps médical.

Étant donné la nature intime et physique du sujet, il était important pour les réalisatrices de pouvoir créer des conditions de tournage adéquates pour que la parole puisse circuler librement. Elles n'ont pas souhaité faire des entretiens qui exposent les personnages à des questions, mais ont au contraire opté pour le tournage de discussions intimes entre les personnages et leurs proches, amie.es, camarades ou collègues.





Pistes d'animation

Avant de regarder le film

Nous vous suggérons de laisser à chaque participant.e l'espace pour exprimer ce que lui évoque le sujet.

- Proposez aux participant.es d'écrire en quelques mots sur des post-it ce qu'ils associent spontanément à l'expression « être en bonne santé ».
- Rassemblez toutes les réponses pour former un grand nuage de mots sur un mur ou un tableau
- Ensemble reliez les éléments similaires.
- Des contradictions apparaissent-elles ?

Après avoir regardé le film

- Par deux, partagez ce qui vous a marqué dans le film et choisissez une séquence à présenter au reste du groupe : pourquoi vous a-t-elle particulièrement touché·e, révolté·e, interpellé·e ou questionné·e ?
- Y a-t-il des notions, des mots utilisés dans le film que vous n'avez pas compris ?
- Listez collectivement, sur une grande feuille, les mots incompris. En duo ou seul·e, choisissez un mot dans la liste que vous comprenez et que vous avez envie d'expliquer au reste du groupe.
- L'animateur·ice complète ou précise si nécessaire.



Les violences médicales à l'égard des femmes*

Quand on observe la manière dont les professions de santé sont réparties entre les hommes et les femmes*, le constat est sans appel : les femmes* sont moins nombreuses dans les postes de directions et elles sont très peu présentes dans les spécialités à forte reconnaissance sociale. Les femmes sont au contraire majoritaires dans **les professions moins bien payées et reconnues** (infirmières, aides-soignantes ou sage-femmes). Mais la problématique est moins visible pour ce qui est des femmes* en tant qu'usagères des soins de santé.

Les femmes* ont des **besoins spécifiques** en matière de santé : (non) désir d'enfant et maternité, IVG, santé sexuelle, ménopause, violences conjugales et sexuelles, accès aux produits d'hygiène féminine. Certaines pathologies les touchent spécifiquement (le cancer du col de l'utérus, l'endométriose, etc.), d'autres les touchent plus largement que les hommes (troubles de comportement liés à l'alimentation, Alzheimer, comportements suicidaires et dépressions par exemple). Pourtant, ces besoins et spécificités sont insuffisamment pris en compte dans un système de santé construit par le patriarcat. En témoigne, par exemple, le fait que les femmes* sont beaucoup moins présentes que les hommes dans les essais cliniques et parmi les chercheurs. S'y ajoute la stigmatisation dont peuvent faire l'objet les femmes* face à certaines problématiques de santé (par exemple, les addictions ou la santé mentale)⁵.

Comme l'explique Martin Winckler⁶, médecin et auteur qui a documenté les violences médicales à l'égard des femmes, **l'apprentissage en médecine se fait à partir du corps masculin**.



Du diagnostic au traitement, les biais de genre sont présents à tous les niveaux des soins de santé, et les discriminations et violences médicales à l'égard des femmes* persistent aujourd'hui. L'approche patriarcale, axant la santé sur l'aspect curatif et médicalisé, au détriment de la prévention et de la promotion de la santé, tend aussi à ignorer l'impact des phénomènes sociaux sur la santé. Les femmes*, premières victimes de la précarité, sont ainsi celles qui reportent le plus voire n'ont pas recours aux soins de santé alors qu'elles en ont besoin.

Selon leur race, leur milieu socio-économique, leur apparence physique, leur état de santé, la langue qu'elles parlent ou leur situation administrative, certaines femmes subissent encore plus que d'autres des discriminations, les empêchant d'accéder au droit fondamental qu'est la santé.



La race : La race ne renvoie pas à des races biologiques réelles, mais à un processus de racisation : un groupe dominant construit certains groupes comme « races » infériorisées, en naturalisant des inégalités forgées par l'histoire coloniale et capitaliste. La race est un rapport social et un rapport de pouvoir produit historiquement par le racisme et les entreprises coloniales, qui hiérarchisent des groupes humains en leur attribuant des différences prétendues naturelles (corps, culture, origine) pour justifier leur domination⁷.



Les femmes* et la médecine : historique

Au fil de l'histoire, les femmes ont été progressivement mises à l'écart et exclues du développement de la médecine et de la santé des femmes. De nombreux exemples nous montrent que cela n'a pourtant pas toujours été le cas : dans l'Antiquité, en Europe, les femmes avaient leur place dans la pratique des guérisseur.euses, développée dans la sphère religieuse. Elles avaient une place importante dans les communautés de par leur connaissance des plantes, des accouchements et des pratiques de guérison de certaines blessures.

En Europe, au Moyen-Âge, l'Église a progressivement écarté les femmes* de la pratique médicale en exigeant des formations universitaires pour les postes de médecin ou de chirurgien, alors que les universités étaient à cette époque uniquement accessibles aux hommes. Entre le 18^e et le 19^e siècle, la chasse aux sorcières¹ (qui a fait entre 50.000 et 1 million de victimes) a visé notamment des femmes* qui exerçaient les pratiques traditionnelles des sage-femmes et qui étaient détentrices d'un savoir expérientiel. Avec la Renaissance et l'apparition de l'État-nation, les hôpitaux sont passés de la tutelle de l'Église à celle des bourgeois. Mais les femmes* n'y ont toujours pas trouvé d'autre place que celles de "personnel auxiliaire" au service des médecins.

Dans les Amériques, avant la colonisation, les chamanes, femmes et hommes, soignaient les maladies physiques ou mentales. Ces fonctions ont été durement attaquées par la colonisation, l'évangélisation et les politiques d'assimilation, qui ont cherché à effacer à la fois les savoirs médicaux autochtones et l'autorité des femmes dans la gouvernance communautaire. Malgré ces violences, de nombreuses femmes autochtones continuent aujourd'hui à se mobiliser pour défendre la transmission et la reconnaissance de ces pratiques de soin².



Femmes* : le mot femme* comporte un astérisque pour désigner la volonté de marquer l'inclusivité concernant toutes les personnes qui s'identifient en tant que femme.

Dans de nombreuses sociétés africaines précoloniales, les femmes occupaient une place centrale dans la santé des communautés, en tant que prêtresses, guérisseuses, matrones ou herboristes, garantes des savoirs liés aux plantes médicinales, aux accouchements et aux rites de protection du corps. Si ces fonctions existent toujours aujourd'hui, la colonisation puis l'extension de la biomédecine ont progressivement dévalorisé ces savoirs féminins en les reléguant au registre du « traditionnel » ou du « magique ».

Dans plusieurs pays d'Asie du Sud-Est, des pratiques de soin des accouchées, basées sur une compréhension fine du corps féminin et transmises de génération en génération, coexistent encore avec la médecine hospitalière, mais sont peu reconnues par les institutions de santé.



Biomédécine : La biomédecine repose sur la biologie, des protocoles standardisés et des preuves expérimentales, alors que la médecine dite traditionnelle s'appuie sur des savoirs et pratiques culturels et parfois spirituels. La première vise une validation scientifique systématique des traitements, tandis que la seconde repose d'abord sur l'expérience collective et le contexte culturel.

Des autrices féministes matérialistes, comme Silvia Federici³, ont montré que la chasse aux sorcières, la colonisation des Amériques, la traite esclavagiste et la privatisation des terres en Europe font partie d'un même projet politique qui vise à détruire le pouvoir des femmes sur leur corps, leur reproduction et leurs savoirs, au profit d'un ordre capitaliste et raciste qui a besoin d'une force de travail disponible, contrôlée et bon marché. Dans cette perspective, l'exclusion des femmes* de la médecine savante et la hiérarchisation coloniale des systèmes de santé constituent des éléments centraux de la construction conjointe de la médecine moderne, du capitalisme et de l'ordre colonial.



La philosophe, Elsa Dorlin⁴ montre comment, aux 17^e et au 18^e siècles, les discours médicaux pathologisent le corps des femmes* et construisent en même temps des hiérarchies raciales, en liant la « nature » des corps féminins, noirs, indigènes, etc., à des fonctions de reproduction et de service, justifiant ainsi leur mise sous contrôle. Dans cette perspective, la confiscation du savoir des sages-femmes par la médecine savante est analysée comme un moment clé où la médecine se constitue comme science en transformant les femmes* en objets de savoir plutôt qu'en sujets pensants et agissants. Aujourd'hui, les soins de santé demeurent hospitalocentrés et dominés par les hommes.

Les violences vécues par toutes les protagonistes du film

Les trois protagonistes du film témoignent de violences médicales.

Certaines de ces violences sont spécifiques, mais d'autres sont communes : on les retrouve dans chacun des témoignages.

Les violences médicales: Lors d'un parcours de soin, il arrive que des patients et patientes subissent des violences médicales. Qu'elles s'expriment sous la forme d'abus, de maltraitance ou de négligence, qu'elles s'exercent intentionnellement ou non, elles portent atteinte à l'intégrité physique, morale ou psychologique des personnes concernées⁸. Ces violences peuvent être physiques, psychologiques ou verbales de la part des personnels soignants envers leurs patient.es. Par exemple, un médecin peut imposer un acte de soins sans prévenir ou en expliquer les conséquences, ne pas respecter les souhaits de ses patient.es, avoir des propos ou des gestes déplacés, négliger la douleur de son.sa patient.e, etc.





Le manque d'écoute du corps médical qui entraîne une négation de l'expérience de la patiente, qui n'est et ne se sent pas prise au sérieux. Le savoir médical, technique et impersonnel nie et méprise les connaissances que chaque personne peut avoir de son propre corps, du fait même de vivre avec lui au quotidien. **Nous sommes tous.tes expert.es de notre propre corps.** Nous seul.es pouvons décrire ce que nous ressentons, vivons, si ces ressentis sont habituels ou pas, s'il y a lieu de s'inquiéter et de chercher à poser un diagnostic. Nous sommes capables d'émettre des hypothèses sérieuses sur de potentiels diagnostics, d'autant plus si nous sommes accompagné.es de manière bienveillante par d'autres personnes qui auraient des connaissances plus générales sur la santé.

Le savoir médical englobe des connaissances théoriques et scientifiques, mais il devrait aussi inclure des compétences empiriques (liées à l'expérience), relationnelles (entre autres l'écoute et l'empathie) et prendre en compte les savoirs expérientiels des patient.es.



Dans le film

14 min 30 : Malika, une amie de Sarah, est atteinte d'une maladie rhumatologique. Elle a demandé à sa médecin de diminuer ses médicaments, car elle a ressenti des effets d'ordre physique et psychique, tels qu'un manque de concentration et une mémoire affectée. Or, la médecin n'a pas écouté ce ressenti et a interprété la demande de la patiente comme une volonté de se faire prescrire des médicaments.

23 min 10 : Les assistantes sociales et infirmières, collègues de Sophie, témoignent de leurs accompagnements de personnes usagères de drogues chez le médecin, au cours desquels il est courant que celui-ci s'adresse à elles et pas aux patientes.



Ce mépris est souvent accentué par une sorte de **suprématie de la blouse blanche** qui impose un rapport de pouvoir entre les médecins et les patient.es, entravant la confiance et l'écoute sincère. Les médecins sont présentés comme des figures d'autorité. Face à ce pouvoir, les patient.es peuvent être amené.es à minimiser l'expression de leurs ressentis, de peur d'être mal pris.es en charge, maltraité.es ou renvoyé.es à une psychologisation de leur mal-être.

Cette suprématie de la blouse blanche est particulièrement vécue dans le milieu hospitalier. En Belgique, le système de soins reste **hospitalo-centré**, c'est-à-dire que l'hôpital et les spécialistes qui y travaillent sont davantage valorisés que les médecins de première ligne ("médecins de famille").

Certains témoignages font état d'un manque d'information de la part des médecins, ainsi que de leur mépris du consentement des patientes.

Les médecins leur prescrivent des médicaments sans les informer correctement. On constate une infantilisation des patientes, qui ne sont pas considérées comme capables de comprendre et de prendre en main leur propre santé.



Dans le film

38 min 28 : Christelle raconte qu'elle n'ose pas remettre en question le médecin parce qu'il a le pouvoir de lui prescrire ou pas un arrêt maladie.

23 min 33 : Une collègue de Sophie exprime son sentiment de peur devant le corps médical hospitalier, qui serait le représentant d'une expertise absolue. Elle a intériorisé ce sentiment d'infériorité.

Ce que Sarah nous raconte



Dans le film

15 min 00 : Sarah discute avec son amie Malika de certaines pratiques racistes de soignant.es. Malika a constaté que ses collègues prennent en compte la douleur de leur patient.es de manière différente selon qu’iels sont blanc.hes ou non-blanc.hes. La douleur de ces dernier.es est systématiquement minimisée. Elle exprime avoir plus de confiance en une médecin non-blanche.

Toujours lors de cette discussion, Sarah évoque le fait qu’une représentante de l’ONE lui avait demandé de spécifier son origine ethnique alors même que sur son formulaire, la case pour cette information n’existe pas et que cela n’a aucun intérêt du point de vue médical.

Racisme et soins de santé

- Selon une étude menée en France, en Suisse, en Belgique et à Monaco dans les services d’urgences, un homme blanc aurait **50% de chance supplémentaire** qu’une femme noire d’être considéré comme une urgence vitale quand il consulte pour une douleur thoracique⁹.
- Aux États-Unis, le taux de mortalité maternelle chez les femmes noires est **trois fois plus élevé** que celui des femmes blanches.¹⁰
- Ces cinq dernières années, plus de **15 %** des dossiers ouverts par Unia suite à des signalements de discriminations dans le secteur de la santé et des soins aux personnes concernaient des critères dits raciaux¹¹.

Le racisme contribue aux inégalités dans l’accessibilité et dans la qualité des soins de santé pour les personnes racisées¹². Diverses études ont montré que les symptômes des personnes racisées ne sont pas toujours pris en compte (non-diagnostic, sous-estimation de la gravité des symptômes), que des traitements ne sont pas toujours mis en place de façon adéquate (absence de traitements adéquats, traitements inappropriés de la douleur, traitements différenciés), que les temps d’attente sont plus longs dans les services. Ces manquements de la part du système de soin entraînent un non-recours aux soins chez ces populations (auto-exclusion des soins), des problèmes de santé non résolus et un taux de mortalité supérieur chez les personnes racisées à celui des personnes blanches.



Plus particulièrement, le **“syndrome méditerranéen”** est un biais raciste qui amène les professionnel·les de santé à supposer qu’une personne non-blanche exagère ses souffrances ou simule ses symptômes (voir page suivante).

Par ailleurs, les personnes racisées subissent des (micro)-agressions, desquelles découlent **un état permanent de vigilance et de stress**. En termes de santé mentale, ce stress peut se traduire par des états dépressifs, de l’anxiété, une faible estime de soi, de l’irritabilité, des troubles de l’alimentation ou encore l’utilisation de substances. De plus, le racisme et les discriminations affectent toutes les institutions et tous les systèmes, en maintenant des inégalités de pouvoir préétablies, que ce soit dans le logement, l’emploi, l’éducation, la justice, etc. Or, on sait que toutes ces conditions de vie déterminent 60% de l’état de santé des individus¹³.

Lexique : Personne racisée



Une personne racisée est une personne qui, dans un contexte donné, est construite et traitée comme appartenant à un groupe « de race » minorisé, par un processus de racisation qui l’expose à des discriminations et à une position dominée dans l’ordre social. Autrement dit, ce terme ne décrit pas une caractéristique naturelle des individus, mais le fait d’être assigné à une catégorie raciale par un groupe dominant au sein de rapports de pouvoir hérités notamment de l’esclavage et de la colonisation.



Le "syndrome méditerranéen"

Le « syndrome méditerranéen » désigne un **stéréotype médical raciste** selon lequel les patient·es perçu·es comme originaires du pourtour méditerranéen, et plus largement les personnes non-blanches, exprimeraient « par nature » leurs douleurs de manière excessive ou théâtrale¹⁴.

Aux origines, ce discours s'est appuyé sur des travaux présentés comme anthropologiques¹⁵, qui attribuent à des « cultures méditerranéennes » une propension à extérioriser la souffrance. En réalité, à pathologie équivalente, la douleur est comparable, tandis que le seuil de tolérance et la manière d'en parler dépendent d'une multitude de facteurs individuels et sociaux.

Dans la pratique, ce pseudo-savoir anthropologique sert de justification pour amoindrir les plaintes de certains groupes de patient·es. Les soignant·es qui mobilisent ce « syndrome » apprennent à se méfier des douleurs exprimées par les patient·es noir·es ou perçu·es comme « méditerranéen·nes », qu'ils et elles suspectent d'exagérer ou de « surjouer »¹⁶.

Ce filtre racialisant conduit à minorer la gravité des symptômes, à retarder la détection de maladies, voire à renvoyer des personnes chez elles alors que leur état impose une prise en charge immédiate. En conséquence : la détection de maladies peut être retardée et les personnes racisées vivent des situations dont la violence symbolique a des répercussions psychiques et physiques.

Certaines non-prises en charge ont mené à la mort. Rappelons-nous de Naomi Musenga morte fin décembre 2017 parce que deux opératrices du SAMU de Strasbourg ont estimé que son cas n'était pas assez grave pour justifier une intervention immédiate des services d'urgence. Une des opératrices s'est même moqué d'elle¹⁷.





Grossophobie et impacts sur la santé



02 min 57 : Sarah parle de son errance médicale qui est due en partie au fait que les médecins attribuaient d'emblée ses symptômes à son poids et lui demandaient de perdre du poids avant d'aller plus loin dans la recherche du diagnostic.

40 min 02 : Pendant l'atelier auto-défense verbale, Christelle raconte qu'au lieu d'écouter comment la patiente se sent, en l'occurrence un ressenti de faiblesse physique, le médecin tire la conclusion hâtive que ce ressenti est dû à son poids et de lui conseille de faire du sport.

Une étude canadienne menée auprès d'étudiants en médecine révélait que 67 % d'entre eux admettaient avoir des biais grossophobes et les exprimaient à leur patientèle¹⁸.

La « grossophobie » désigne les stigmatisations et discriminations subies par les personnes grosses. Le milieu de la santé, lui-même, perpétue des mythes nocifs liés au poids et à la santé.



En Belgique, la mesure standard pour définir les données de surpoids et d'obésité se basent sur **l'indice de masse corporelle (IMC)**. Une personne est dite en surpoids si son IMC équivaut ou dépasse 25 et qualifiée d'obèse si son IMC équivaut ou dépasse 30. Sur base de ce calcul, près de la moitié de la population est en surpoids (49,3 %), soit un adulte sur deux, et 16 % en obésité, soit un adulte sur cinq¹⁹.

L'IMC a été créé au 19^e siècle par le mathématicien et statisticien belge, Adolphe Quetelet, qui souhaitait déterminer les mensurations d'un homme moyen. **Cet outil n'a pas été créé pour être utilisé en clinique par des professionnels de la santé.** De plus, l'IMC a été élaboré à partir de mesures réalisées principalement sur des populations blanches européennes, ce qui interroge sa pertinence comme norme universelle pour l'ensemble des corps²⁰.

Les écrits scientifiques disponibles montrent aussi que le poids n'est pas un indicateur fiable pour évaluer l'état de santé d'une personne ou d'une population. Si le poids peut avoir une influence sur la mauvaise santé d'une personne (c'est un facteur de risques et non une maladie), il n'en est pas toujours la cause. Le terme "obésité" pathologise donc des personnes sur base de données statistiques et incomplètes.

Le poids et sa variation sont attribuables à divers facteurs qui sont d'ordre génétique, biologique, comportemental et environnemental.

Malgré cela, la grossophobie perdure et a des impacts négatifs sur les conditions de vie, la santé mentale et physique et sur les soins et services reçus dans le milieu de la santé des personnes qui la subissent. Parmi les effets dévastateurs de la grossophobie médicale sur la santé des personnes grosses : désertion des hôpitaux et cabinets, report de soins, aggravation et développement de troubles ou de maladies (physiques et mentales), etc.



Les exemples de mauvais traitements des personnes grosses dans le milieu médical sont nombreux²¹ :

- Le mobilier et le matériel médical ne sont pas adaptés à tous les corps (pas de chaises sans accoudoirs pour permettre à toute la patientèle de s'asseoir, pas de tensiomètres à la bonne taille afin d'effectuer les examens nécessaires, pas de tables d'opération et de scanners adaptés aux gros corps).
- Le fait de centrer la discussion sur le poids même lorsque le motif de la consultation n'a rien à voir avec cette question.
- Proposer de mauvaises prescriptions et des prises en charge inadaptées des patient.es qui résultent des préjugés ou du manque de connaissances médicales.
- Véhiculer l'idée selon laquelle une grossesse chez une personne grosse est intrinsèquement à haut risque obstétrical.

Ce que Sophie nous raconte



Dans le film

17 min 50 : Carole explique les nombreuses violences médicales qu'elle a subi et qui sont liées au fait qu'elle est usagère de drogues : non considération de son expérience, omission de lecture de son dossier, mauvais traitement causant des effets secondaires, obligation de signer une décharge pour dédouaner les soignant.es.... Toutes ces expériences font que Carole ne souhaite plus aller à l'hôpital mais préfère fréquenter des structures comme celle de Dune où elle se sent écoutée et prise en compte.

Addictions et soins de santé

Selon l'Agence de l'Union européenne sur les drogues (EUDA), les femmes* représenteraient un quart de la population consommatrice en Europe, mais seulement un cinquième des nouvelles entrées en traitement spécialisé²².

Selon une étude récente menée à Bruxelles, 19,2% des étudiant.es en médecine de dernière année sont favorables à punir les femmes* enceintes consommatrices d'alcool, et 15,1% en cas de l'usage de drogues illicites²³.

Les personnes ayant un trouble de l'addiction peinent à accéder aux soins et c'est d'autant plus vrai pour celles qui consomment des produits illicites, trop souvent victimes de stéréotypes et d'(auto)stigmatisation. Le dispositif répressif actuel envers la plupart des drogues, qui repose sur une loi plus que centenaire, loi belge du 24 février 1921, a pour effet une stigmatisation et une criminalisation des consommateur.ices, engendrant des barrières d'accès aux dispositifs sociosanitaires. De nombreux acteurs associatifs et de la santé plaident pour une dériminalisation de l'usage et de la détention des substances psychoactives illicites, en vue de favoriser l'orientation et l'accès au système de soins pour les personnes qui en ont besoin²⁴.



Tous les ans, militant.es et professionnel.les du secteur des drogues et addictions se réunissent et manifestent dans plus de 250 villes dans le monde afin que l'on mette fin à la "guerre aux drogues" et en vue de soutenir les personnes usagères de drogues plutôt que de les punir. C'est l'action "**Support, don't punish**" à laquelle se rend Sophie dans le film.

Parmi les personnes qui consomment des drogues illicites, les femmes* sont plus éloignées encore que les hommes du système de santé. Les femmes* se rendent moins que les hommes dans les services de santé, en ce compris les services spécialisés en assuétudes. En effet, seulement un cinquième de l'ensemble des patientes et des patients admis en traitement pour consommation de drogues en Europe étaient des femmes* en 2023 (chiffres de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies).

Les femmes* rencontrent pourtant des **problématiques spécifiques**. En plus des problématiques d'addiction, elles peuvent cumuler des situations de grande précarité, de migration, de monoparentalité. Elles sont aussi nombreuses à subir ou avoir subi de multiples formes de violences (sexuelles, conjugales...), ou encore à pratiquer le travail du sexe/la prostitution dans des environnements à risques. Entre un tiers et plus de la moitié des femmes usagères de drogues auraient subi des abus sexuels au cours de la vie. Face à ces expériences traumatisques, l'usage de drogues a souvent une fonction auto-thérapeutique²⁵.

Face à ces constats, de nombreuses initiatives de terrain ont vu le jour, parmi lesquelles des "espaces femmes" au sein des services d'aide aux personnes usagères de drogues, comme c'est le cas au sein de l'ASBL Dune. Ces espaces permettent, dans un cadre bienveillant, d'améliorer le recours aux soins.



Lexique : Matériel de réduction des risques²⁶



La réduction des risques est une stratégie de santé publique qui vise à prévenir les dommages liés à l'utilisation de « drogues ». La réduction des risques se propose de promouvoir la santé, le bien-être, la dignité et la citoyenneté des personnes usagères de drogues. Parmi le matériel de réduction des risques distribué aux personnes usagères de drogues, on trouve des seringues et kits d'injection stériles, des kits propres de snif et de fumeur de cocaïne, des préservatifs, des vaccins contre l'hépatite C... L'objectif est de prévenir les infections liées aux consommations de produits.

Lexique : Toxicomane



Le terme « toxicomane » est historiquement associé à l'idée de folie, de dangerosité et de marginalité, et il sert souvent d'étiquette globale pour décrire une personne uniquement à travers son usage de drogues²⁷. Parler de « personnes consommatrices de drogues » ou de « personnes avec une addiction » relève d'un langage centré sur la personne, qui rappelle qu'une personne ne se résume pas à un comportement ou à une maladie. Ce type de formulation aide à préserver la dignité, à réduire la déshumanisation et à reconnaître la diversité des parcours de vie derrière l'usage de drogues.



Ce que Victoriae nous raconte



Dans le film

10 min 20 : Victoriae raconte que lors de son entretien avec une équipe de genre, les soignant.es se sont focalisé.es sur ce qui ne va pas plutôt que sur ce qui va.

26 min 30 : Lors d'une discussion entre Charly-Rose, Louka et Victoriae, iels évoquent différentes violences transphobes comme le mégenrage, l'utilisation du deadname ou encore le fait d'envoyer un homme trans faire des échographies au service maternité et lui demander ensuite ce qu'il fait là...

LGBTQIA+phobie et soins de santé

Lexique : Personne transgenre



Une personne transgenre (ou « personne trans ») est une personne dont l'identité de genre ne correspond pas au genre qui lui a été assigné à la naissance sur la base de ses organes génitaux.

L'identité de genre est le ressenti intime et profond d'être homme, femme, les deux, ni l'un ni l'autre, ou autre chose en dehors de cette binarité. Ce ressenti ne dépend pas des caractéristiques biologiques. Être transgenre ne dit rien sur l'orientation sexuelle ou affective. Une personne trans peut être hétérosexuelle, homosexuelle, bisexuelle, asexuelle, etc.

Le terme « transsexuel.le » est aujourd'hui largement évité car il est médicalisant, pathologisant et réducteur, alors que « personne trans » ou « personne transgenre » décrit une identité, sans la présenter comme une maladie ni la réduire au sexe ou à la sexualité.

Lexique : LGBTQIA+



LGBTQIA+ est un sigle qui désigne un ensemble de minorités sexuelles et de genre : Lesbiennes, Gays, Bisexual.les, Trans, Queer, Intersexes, Asexual.les, et le « + » pour toutes les autres identités et orientations non incluses dans les lettres.



Quelques chiffres

- 57,5 % des femmes lesbiennes ont peur d'être discriminées ou jugées en annonçant leur sexualité²⁸.
- Chez les personnes trans, une étude suggère que le risque de tentative de suicide avant 25 ans serait de 50 % environ dans diverses régions du monde²⁹.
- En 2020, 62 % des répondant.es intersexes participant une enquête européenne annoncent avoir subi des interventions chirurgicales modifiant leurs caractéristiques sexuelles sans avoir pu donner leur consentement³⁰.
- 34,7 % des personnes ayant fait leur « coming out médical » se sont senties jugées par leur médecin³¹.

Conséquence d'un environnement social encore très discriminant et hostile, l'état de santé des personnes trans est impacté par les violences, la précarité et les ruptures dans leurs parcours de vie. La transphobie dans les soins de santé peut se traduire par un refus de soin, un manque d'écoute de la part des soignant.es, des postures jugeantes ou du mégenrage. Cette transphobie a des conséquences en termes d'adhésion aux traitements et suivis médicaux, et de non-recours aux soins.

Les études menées en Europe, au Canada ou encore aux États-Unis rapportent les mêmes constats : les patient·es LGBTQIA+ présentent un niveau de santé physique et mental inférieur à la population générale³².

En cause ? Les discriminations, préjugés et inégalités de santé auxquels sont confrontées quotidiennement ces personnes. Il existe une plus grande prévalence des problèmes de santé mentale chez les personnes LGBTQIA+³³. Cela s'explique par le fait que les personnes faisant partie d'une minorité sont exposées à une source de stress supplémentaire que le groupe dominant ne connaît pas. Ce stress chronique tire sa source des préjugés, de la stigmatisation et de la discrimination auxquelles les membres du groupe font face, mais aussi de l'anticipation d'évènements stressants, de la dissimulation de l'orientation sexuelle et de l'homophobie internalisée. Ce stress chronique a des effets sur la santé physique (risque supérieur de cancer du sein, plus d'exposition aux MST et risque plus élevé d'hypertension et de maladie cardiaque) et sur la santé mentale (perte d'estime de soi, troubles anxieux, dépressifs, conduites à risque ou auto-destructrices, addictions, etc.).



Aujourd'hui, les discriminations à l'égard des personnes LGBTQIA+ restent de mise, y compris dans le secteur des soins de santé. Ces discriminations, vécues ou entendues, peuvent aussi être intériorisées par les personnes avec pour conséquence la survenue d'angoisses par rapport au monde médical, de peur du jugement, d'anticipation d'une mauvaise prise en charge ou encore de stratégies d'évitement des professionnel.les de santé.

Au-delà des vulnérabilités qui touchent l'ensemble des personnes LGBTQIA+, il existe des particularités propres à chaque communauté (lesbiennes, gay, bi, queer, inter-sexe, etc.).

Face à ces constats, des maisons médicales spécifiquement orientées vers les personnes LGBTQIA+ ont vu le jour en Belgique. Les associations de personnes LGBTQIA+ ont aussi établi une liste de "très très bons médecins" gay-friendly et VIH-friendly pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Le projet *Go to gynéco* est, quant à lui, né pour visibiliser et informer les personnes lesbiennes et bisexuelles, ainsi que les professionnel.les de santé aux spécificités de ce public.

Lexique : Femme cis(genre)



Femme dont l'identité de genre (femme) correspond au sexe qui lui a été assigné à la naissance (femme). Le préfixe « cis » vient du latin et signifie « du même côté ». Ce terme est utilisé par opposition à « transgenre », qui désigne les personnes dont l'identité de genre diffère du sexe assigné à la naissance

Lexique : Équipes de genre



Les équipes de genre sont des équipes pluridisciplinaires chargées d'accompagner les personnes transgenres. Selon l'association Genres Pluriels, les discours des « équipes de genre » restent souvent binaires ou normatifs. En effet, il est requis de suivre un certain nombre « d'étapes » pour effectuer sa « transition », et les équipes de genre demandent impérativement à ce que les personnes trans consultent un psychiatre avant de commencer quoi que ce soit³⁴.



Lexique : Deadname



C'est le prénom antérieur d'une personne qui a choisi de changer de nom, souvent dans le cadre de sa transition de genre.

Lexique : Mégenrage



C'est le fait de désigner une personne par un genre qui ne correspond pas à son identité de genre, que ce soit par l'utilisation de pronoms, d'accords ou de titres (comme « monsieur » ou « madame ») inappropriés. Cette action, qui peut être intentionnelle ou involontaire, inclut aussi l'utilisation du « deadname » ou « morinom », le prénom d'une personne trans antérieur à sa transition.

Lexique : TERF



Il s'agit de l'acronyme de "trans-exclusionary radical feminist" (féministe radicale trans-exclusionnaire). Cet acronyme désigne des personnes ou groupes de personnes se revendiquant féministes mais s'engageant dans un militantisme violemment antitrans³⁵.

Lexique : Coming out médical



Il s'agit de dévoiler son orientation sexuelle à un.e soignant.e dans le cadre d'un parcours de soin.





Pistes d'animation après le film

Attention : ce type d'activité peut faire émerger des témoignages difficiles et raviver des expériences douloureuses. Il est important que l'animation se déroule dans un groupe qui se connaît déjà et où un minimum de confiance est installé. En tant qu'animateur.ice, assurez-vous de pouvoir accueillir ces récits, de repérer si certaines personnes sont en difficulté, et de prévoir des temps de pause, des ressources ou une personne de confiance vers qui orienter en cas de malaise ou de situation délicate.

Avez-vous déjà vécu des violences médicales ? Si oui, comment avez-vous réagi ? Par deux, partagez vos expériences et, si la confiance est présente dans le groupe, proposez à ceux qui le souhaitent de partager une expérience avec le reste du groupe sous la forme d'une discussion mouvante. Poussez les tables et les chaises et tracez une ligne (imaginaire) au milieu de la pièce. À chaque affirmation énoncée, les participant.es se positionnent à gauche, à droite ou sur la ligne en fonction de leur réponse, par exemple : la gauche représente "tout à fait d'accord" et la droite "pas du tout d'accord".

- Je me suis déjà senti.e inférieur.e à un médecin.
- J'ai déjà préparé mes questions à l'avance avant un entretien médical de peur de perdre mes moyens devant le médecin.
- J'ai déjà eu mal lors d'un examen sans oser dire à quel point.
- Un médecin m'a déjà renvoyé à mon poids alors que je venais lui parler de tout autre chose.
- Un médecin a déjà sous-évalué ma douleur et donné un mauvais traitement.
- Un médecin a déjà utilisé des mots savants ou incompréhensibles pour m'expliquer ce que j'avais.
- Un médecin m'a déjà demandé de me déshabiller complètement alors que ce n'était pas nécessaire.
- On m'a déjà administré un traitement sans mon consentement.
- J'ai déjà eu peur d'aller à l'hôpital.



Comment changer les choses ?

Nous l'expliquions plus haut, l'intention du fil narratif était de partir de témoignages de constats de violence pour aller vers des propositions de changement, à la fois dans des formes alternatives de soin mais aussi par le biais d'actions militantes pour transformer le système de santé et faire évoluer les pratiques pour prendre soin de tous.tes de manière respectueuse, digne et bienveillante.

Dans le film, chaque protagoniste mobilise plusieurs moyens d'action que ce soit au niveau individuel ou collectif :

- L'apprentissage de pratiques d'autodéfense face aux violences discriminantes ;
- Des activités de santé communautaire dans certaines structures de soins ;
- Le développement de réseaux de pair.es pour se conseiller voire s'automédiquer de manière la plus safe possible ;
- Des actions de lutte pour la défense de nos droits fondamentaux, que ce soit dans la rue ou dans le cadre de plaidoyer auprès des instances politiques.

Ces modes d'actions ne sont que quelques exemples parmi tant d'autres.



Dans le film

Lors des soirées réservées aux femmes* à Dune, tout est pensé pour développer une approche globale de la santé : préparation et partage d'un repas en présence de soignantes et usagères, donnerie de vêtements/produits d'hygiène/de beauté, création d'un espace convivial avec un cadre sécurisant proposé dès le début de la soirée, proposition de divers activités (art-thérapie, bien-être, soins esthétiques...), espace en non mixité pour développer un sentiment de sécurité. De manière générale au sein de l'association : des premiers soins sont proposés par une équipe de soignant.es non jugeant.es et qui ont une compréhension fine des problématiques vécues par les usagères, distribution de matériel de réduction des risques*, proposition d'activités physiques et récréatives créant du lien et du bien-être (ex :"marche-raclette"), partage d'expériences entre soignantes...

Chaque jour, le centre Circé ouvre ses portes exclusivement aux femmes vivant des situations de grande précarité et propose un lieu convivial où on peut se réchauffer, prendre une douche, manger un bon repas, discuter avec d'autres femmes, des assistantes sociales, psys et infirmières afin d'agir sur les facteurs qui influencent leurs conditions de vie et leur santé. Recréer du lien social est un point important pour influencer positivement la santé.



La santé communautaire³⁶

En santé communautaire, la santé est définie comme un état de bien-être physique, mental et social qui va au-delà de la simple absence de maladie. La santé communautaire est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités.

Les approches collectives de la santé communautaire contrebalaçant le modèle dominant de la médecine hautement technologique, qui laisse peu de place à la prévention et ne résout pas les mécanismes d'un environnement génératriceur de maladies.

Pour développer cette approche communautaire, diverses associations développent avec les citoyen.nes des actions collectives et participatives qui agissent sur divers facteurs qui peuvent influencer (positivement ou négativement) la santé : l'emploi, le logement, l'enseignement, les loisirs, les relations sociales, le mode de vie, l'environnement, les soins de santé, etc.

Cette approche est au cœur des choix de réalisation du film : filmer des situations qui témoignent de tous ces gestes, paroles, intentions et conditions qui permettent de faire soin autrement et de déjouer les violences médicales institutionnelles. C'est dans les détails que le soin s'opère de manière non jugeante, collective et adaptée aux spécificités vécues par chacun.e





Ce que Victoriae nous raconte



Dans le film

25 min 30 : Victoriae et ses ami.es Charly-Rose et Louka partagent et des astuces pour mener leur transition de la manière la plus sécurisante possible. Iels partagent les noms de médecins plus « safe » pour éviter certains médecins maltraitants, des conseils quant aux procédures médicales liées à la transition ou pour entamer des démarches chirurgicales remboursées...

Des réseaux de solidarité se créent entre femmes trans pour se procurer les injections d'hormones, les faire tester en milieu hospitalier et se transmettre des méthodes d'injections "safe" pour pallier les manquements du corps médical sur la question.

Les réseaux de pair.es

Face aux manquements des institutions médicales dans la prise en compte des spécificités de chacun.e, certaines personnes faisant partie de groupes minorisés ont développé des réseaux de pair.es pour faire santé de manière alternative. Les réseaux de pair·es sont des collectifs où des personnes partageant une expérience de vie commune (maladie, handicap, transidentité, précarité, santé mentale, etc.) s'organisent pour s'informer, se soutenir et « faire santé » ensemble, en dehors ou en complément des institutions.

Les réseaux de pair.es s'inscrivent dans la santé communautaire: les personnes concernées analysent leurs propres besoins, définissent leurs priorités et construisent des réponses collectives (groupes de parole, permanences, accompagnement administratif ou médical, entraide matérielle). Pour des groupes minorisés (ex. personnes trans, personnes vivant avec le VIH, personnes en grande précarité), ces réseaux permettent de contourner les obstacles d'accès aux soins liés à la discrimination, au manque de compétences ou à la rigidité des dispositifs institutionnels.



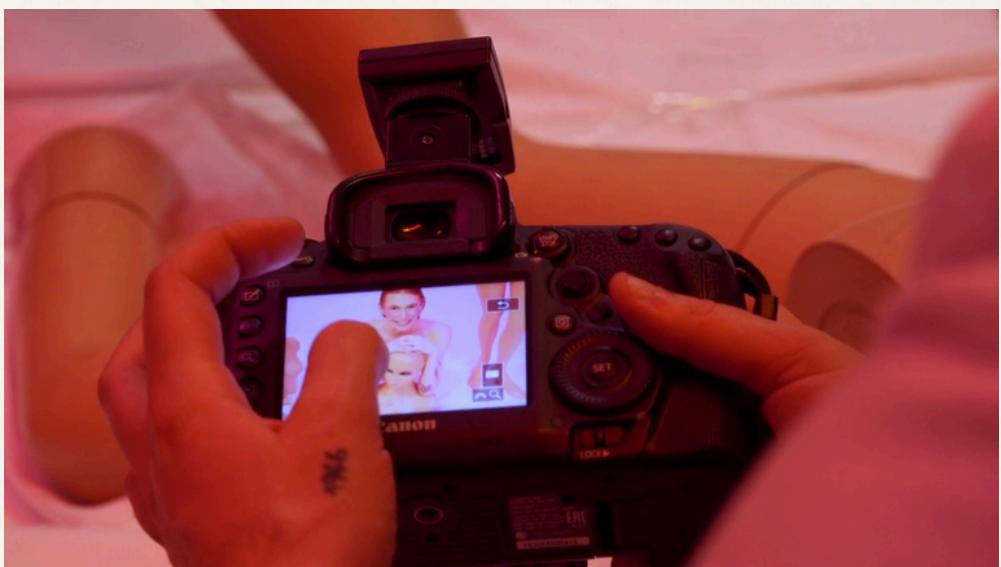
La sensibilisation

La sensibilisation est l'ensemble des actions qui visent à rendre un public attentif et réceptif à une réalité ou à un problème qu'il ne percevait pas (ou peu), en lui donnant des informations, des clés de compréhension et des occasions de se sentir concerné. Elle vise à provoquer une prise de conscience, un déplacement du regard et, idéalement, une modification des attitudes et des comportements, individuels et collectifs.

Victoriae a écrit le livre "*La transidentité expliquée à mes parents (et aux autres)*"³⁷. Grâce à son expérience, des témoignages et des informations concrètes, elle met en lumière la diversité des vécus trans* et la lutte à mener contre la transphobie. Victoriae ne cherche pas seulement à « informer » au sens neutre, mais à faire apparaître comme problématiques des situations jusque-là vues comme normales (exclusion des personnes trans, procédures médicales ou administratives discriminantes, invisibilisation, violences symboliques, etc.).

La sensibilisation sert aussi à construire du pouvoir collectif: en mettant des mots, des concepts et des expériences partagées à disposition d'un groupe, elle permet aux personnes concernées de se reconnaître comme sujet politique.

Quand la sensibilisation est faite par les personnes directement concernées, elle diffuse ses savoirs issus de l'expérience, des savoirs situés. Cela reconfigure qui a le pouvoir de dire ce qui est réel, normal ou acceptable dans la société, ce qui est central dans toute lutte sociale.





Ce que Sarah nous raconte



Dans le film

35 min 55 : Dans ses ateliers, Sarah partage au groupe ses expériences et ses stratégies de défense face au corps médical à l'aide de mises en situation avec un groupe en mixité choisie. Elle propose différents exercices comme des jeux de rôle et des mises en situation qui permettent d'expérimenter différentes façons de dire non, de poser une question, de recadrer une remarque, d'obtenir un soin, etc. L'enjeu est de sentir que l'on a le droit d'avoir des limites et de les exprimer.

Les ateliers d'autodéfense

Les ateliers d'autodéfense féministe et antiraciste sont des temps et des lieux de politisation des corps et des expériences. Ils s'inscrivent dans une critique du patriarcat et du racisme comme systèmes de pouvoir qui établissent qui a le droit de se soigner correctement, d'occuper l'espace, de parler, de se défendre, d'être crue, etc.

Ces ateliers misent sur l'émancipation individuelle et collective: partage d'expériences, élaboration de stratégies communes...

Ils sont souvent organisés en mixités choisies car nous ne vivons pas les mêmes risques et n'avons pas les mêmes marges de manœuvre selon que nous sommes une femme cis ou trans, une personne blanche ou non, une personne valide...



La mixité choisie, c'est le fait de créer des espaces réservés à certaines personnes qui partagent une même expérience de domination (par exemple sans hommes cisgenres, entre personnes racisées, entre personnes trans et/ou non binaires). Dans ces espaces, les personnes concernées peuvent se retrouver entre elles pour parler, se soutenir et s'organiser, sans la présence du groupe dominant directement visé. Politiquement, la mixité choisie est un moyen d'action, pas un but en soi. Elle permet de créer des lieux plus sûrs pour partager ce qu'on vit, comprendre ensemble les mécanismes d'oppression et réfléchir à comment y résister, sans être coupé.e ou remis.e en doute. Ensuite, ces espaces peuvent se relier à des moments plus larges et mixtes (manifs, réunions, alliances), avec un « nous » déjà plus affirmé.



Ce que Victoriae, Sarah et Sophie nous racontent



Dans le film

Victoriae participe à un rassemblement de soutien contre la transphobie.

Sophie participe à une action *Support, Don't Punish* pour dénoncer la répression qui touche les usager.ères de drogues.

Sarah participe à la manifestation du 8 mars à l'occasion de la journée internationale du droit des femmes*.

La dénonciation dans l'espace public

La dénonciation dans l'espace public (rassemblements, manifestations, actions symboliques) est une pratique de lutte qui rend visibles des injustices. Elle transforme la rue en scène politique où des groupes minorisés se présentent comme sujets légitimes et porteurs de revendications.

Les rassemblements de soutien contre la transphobie, les actions comme *Support, Don't Punish* ou les manifestations du 8 mars exposent publiquement des violences souvent niées ou minimisées (transphobie, répression des personnes usagères de drogues, violences sexistes et racistes).

La dénonciation publique sert aussi à montrer qu'un groupe existe, qu'il est organisé et qu'il peut se coordonner. La force du nombre, la répétition des actions et leur visibilité médiatique peuvent créer une pression sur les institutions pour les pousser à prendre en compte ces revendications.

Marcher, prendre la parole au micro, coller des affiches, brandir des pancartes, danser, bloquer symboliquement un lieu, c'est aussi se réapproprier l'espace public.

Intervenir au parlement bruxellois, comme l'a fait Sophie pour dénoncer les politiques structurelles qui empêchent une prise en charge de qualité des femmes* en situation de précarité, participe de la même logique : utiliser un espace public institutionnel pour rendre visibles des injustices et exiger des changements concrets.





Pistes d'animation

- Avez-vous repéré des slogans dans le film? Lesquels?
Listez-les et expliquez-les
- Inventez un nouveau slogan en lien avec votre vécu de la santé.



- Ø Le patriarcat nuit gravement à la santé (**12 min 50**)
- Ø More than a token (**12min 43**)
- Ø Travailleuses sociales, on se lève et on se casse (**12 min 55**) lien avec témoignages de Sophie et de ses collègues
- Ø Non à la psychiatrisation des personnes trans (**45 min 14**)
- Ø générique : On ne naît pas femme, mais on en meurt / Nous sommes la voix de celles qui n'en ont plus
- Ø On vous croit / IVG pénalisé

Les slogans résument en quelques mots une analyse politique et une émotion partagée. Ils servent à nommer clairement ce qui est dénoncé; à formuler une revendication mais aussi à créer un langage.

Un bon slogan est mémorisable, scandaleux, reproductible sur une pancarte ou un mur, il dépasse l'événement ponctuel pour s'inscrire dans la durée, dans les médias, dans les conversations...

En ce sens, la dénonciation publique soutenue par des slogans produit d'autres récits sur ce qui est normal, acceptable ou légitime, et contribue ainsi à la transformation sociale.

Lexique : Token



Dans le cadre des luttes antiracistes, un « token » désigne une personne issue d'un groupe minorisé que l'on met en avant de manière symbolique pour donner une image de diversité, sans remettre en cause les rapports de pouvoir ni changer réellement les pratiques.

Bibliographie

- 1.** Aguiar, W.; Halseth, R., Traumatisme historique et guérison autochtone, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA)
URL : <https://www.fadg.ca/files/historic-trauma.pdf>
- 2.** Federici, S., "Caliban et la sorcière : Femmes, corps et accumulation primitive", éd. Entremonde, 2017
- 3.** Ibid.
- 4.** Dorlin, E., "La matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française", éd. La Découverte, 2009
- 5.** D'Ortenzio, A.« Les essais cliniques : une absurdité médicale pour les femmes ? », étude FPS 2022
URL : https://www.sordalia.be/wp-content/uploads/2022/08/FPS_Analyse2022_EssaisCliniques_Web.pdf
- 6.** <https://www.martinwinckler.com/>
- 7.** S.MAZOUZ, «Race, racisme, racisé, privilège blanc, indigéniste ou racialiste...», Basta!, entretien
URL : <https://basta.media/Race-racisme-racise-privilège-blanc-indigeniste-ou-racialiste-Comprendre-ce-qui-se-cache-derrière-les-mots-Entretien-avec-Sarah-Mazouz>
- 8.** Gillard P., "Erreurs et violences médicales", Santé conjuguée n°108
- 9.** Communiqué de presse, CHU Montpellier, 11 janvier 2024
URL : <https://www.chu-montpellier.fr/fileadmin/medias/Publications/Presse/2023/CP-discriminations-service-d-urgences.pdf>
- 10.** International Confederation of Midwives, « Mois de l'histoire des Noirs : Une brève histoire de la santé et de la mortalité des mères noires », mars 2022
URL : <https://internationalmidwives.org/fr/mois-de-lhistoire-des-noirs-une-breve-histoire-de-la-sante-et-de-la-mortalite-des-meres-noires/.internationalmidwives>
- 11.** Unia, « Recherche : Inégalités et discriminations raciales dans les soins de santé », mars 2025
URL : <https://www.unia.be/fr/connaissances-recommandations/projet-racisme-soins-sante.unia>
- 12.** The Lancet, « Série Lancet sur le racisme, la xénophobie et la discrimination dans le domaine de la santé », 2022
URL : <https://www.thelancet.com/series/racism-xenophobia-discrimination-health>

Bibliographie

13. Coalition Santé, Vivre mieux. La santé par et pour tout le monde. Notre alternative pour la santé, Livre blanc, octobre 2023

URL : <https://coalitionsante.be/wp-content/uploads/livre-blanc-fr.pdf>.leligueur

14. MRAX, « Le "syndrome méditerranéen", reflet des discriminations et du racisme dans le milieu médical », octobre 2020

URL: <https://mrax.be/article-le-syndrome-mediterraneen/>.

15. Peiretti-Courtis, D., "Corps noirs et médecins blancs. La fabrique du préjugé racial", éd. La Découverte, 2021

16. Crucifix, C.; Traub, M. « Des maux qui collent à la peau. Racisme et médecine », Médor, n°22, printemps 2021

URL : <https://medor.coop/magazines/medor-n22-printemps-2021/des-maux-qui-collent-a-la-peau-racisme-medecine/?full=1>

17. Camille, « Mort de Naomi Musenga : "Nier la dimension raciste, c'est passer à côté du fond du problème" », Bondy Blog, 16 mai 2018,

URL : <https://www.bondyblog.fr/politique/mort-de-naomi-musenga-nier-la-dimension-raciste-cest-passar-a-cote-du-fond-du-probleme/>

18. Rebecca M. Puhl et alii, "Obesity bias in training: Attitudes, beliefs, and observations among advanced trainees in professional health disciplines, Obesity. A research Journal", Vol.22 Issue 4, avril 2014

URL : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/oby.20637>

19. Soussi S., "Grossophobie : plutôt lourd à porter", En Marche, 20 novembre 2023

URL : <https://www.mc.be/en-marche/sante/medecine/grossophobie-plutot-lourd-porter>

20. Bergeron F. et alii, "La stigmatisation liée au poids. Prévenir la grossophobie pour des pratiques de santé publique inclusives" – Document synthèse et pistes d'action est une production de la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, mars 2025.

URL :

https://santepubliquemontreal.ca/sites/drsp/files/media/document/DRSP_Pub_2025_03_03_StigmatisationLieeAuPoids.pdf

Bibliographie

21. "Grossophobie médicale : impacts sur la santé et pistes pour s'en sortir", Revue médicale de Bruxelles, vol 45-4, septembre 2024

URL : <https://www.amub-ulb.be/system/files/rmb/publications/2024-08/RMB2024-4-JEP%202.2THOMAS.pdf>

22. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Les femmes et les drogues: réponses sanitaires et sociales, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2022

URL : https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/women-and-drugs-health-and-social-responses_fr

23. Femmes*, genre et assuétudes : Synthèse des constats de terrain et recommandations de la feda bxl, mai 2023

URL : <https://fedabxl.be/site/wp-content/uploads/2023/05/Femmes-genre-et-assuetudes-Recommandations-de-la-feda-bxl-asbl-Mai-2023.pdf>

24. <https://supportdontpunish.org/fr/>

25. Femmes*, genre et assuétudes : Synthèse des constats de terrain et recommandations de la feda bxl, mai 2023

URL : <https://fedabxl.be/site/wp-content/uploads/2023/05/Femmes-genre-et-assuetudes-Recommandations-de-la-feda-bxl-asbl-Mai-2023.pdf>

26. Don't Punish, Support. Don't Punish – campagne mondiale pour des politiques en matière de drogues fondées sur la santé et les droits humains, site web

URL : <https://reductiondesrisques.be/>

27. Se servir des mots pour surmonter la stigmatisation : un guide d'introduction, Ottawa, CCDUS, 2019, en ligne : La réduction des risques est une stratégie de santé publique qui vise à prévenir les dommages liés à l'utilisation de « drogues ».

28. Épicentre asbl, « LGBTQIA+ et système de soins : une relation compliquée », Guide de santé inclusive

URL : <https://epicentre.brussels/question/lgbtqia-et-systeme-de-soins-une-relation-compliquee>

Bibliographie

- 29.** « Suicide parmi les personnes LGBT », fiche de synthèse, s.l., s.d.,
URL : https://www.ngp-rsp.ch/fileadmin/ngp-rsp/Fachtreffen/06-Publications_STOP_Suicide_et_LGBT.pdf
- 30.** Collectif Intersexes et Allié·e·s – OII France, « Droits fondamentaux des personnes intersexes dans l’Union européenne »
URL : <https://cia-oiifrance.org/droits-fondamentaux-des-personnes-intersexes-dans-lunion-europeenne/>
- 31.** Épicentre asbl, « LGBTQIA+ et système de soins : une relation compliquée », Guide de santé inclusive
URL : <https://epicentre.brussels/question/lgbtqia-et-systeme-de-soins-une-relation-compliquee>
- 32.** Aron, M., Timothée L., Fonteyne, G, « La santé des personnes LGBTQIA+ : entre prise en charge globale et besoins spécifiques », La Revue de la Médecine Générale, n° 404, juin 2023, p. 6-10
URL : https://promosante.be/wp-content/uploads/2024/05/RMG404_06-10.pdf
- 33.** Psycom, « La santé mentale des LGBT+ »
URL : <https://www.psycom.org/sinformer/la-sante-mentale/la-sante-mentale-des-lgbt/#faire-partie-dune-minorite-un-facteur-de-stress-694139a19c0a8>
- 34.** Genres Pluriels, « Passer par une “équipe de genre” »
URL : <https://www.genrespluriels.be/Passer-par-une-equipe-de-genre>
- 35.** La Déferlante, « TERF », Glossaire, 2025
URL : <https://revueladeferlante.fr/glossaire/terf>
- 36.** Motamed, S., "Qu'est-ce que la santé communautaire ? Un exemple d'approche participative et multisectorielle dans une commune du Canton de Genève, en Suisse", dans L'information psychiatrique, n°2015-7
URL: <https://www.territoires-en-commun.fr/article/quest-ce-que-la-sante-communautaire-un-exemple-dapproche-participative-et-multisectorielle>
- 37.** Defraigne, V., "La transidentité expliquée à mes parents (et aux autres)", éd. Mardaga, 2023.