



Pleins feux sur la santé : relation avec la nourriture et troubles des conduites alimentaires dans les communautés LGBT2SQ

Examen des preuves et guide
pratique conçu pour les
fournisseurs de soins de santé
et les chercheurs

OBJET

Le présent document Pleins feux sur la santé offre de l'information aux fournisseurs de soins de santé sur la façon dont les déterminants sociaux de la santé et d'autres facteurs systémiques contribuent à une relation unique et complexe avec la nourriture au sein des populations LGBT2SQ.

Ce document vous encouragera à réfléchir de façon critique aux préjugés existants et offrira des stratégies pour la mise en œuvre d'une approche d'affirmation LGBT2SQ dans la pratique.

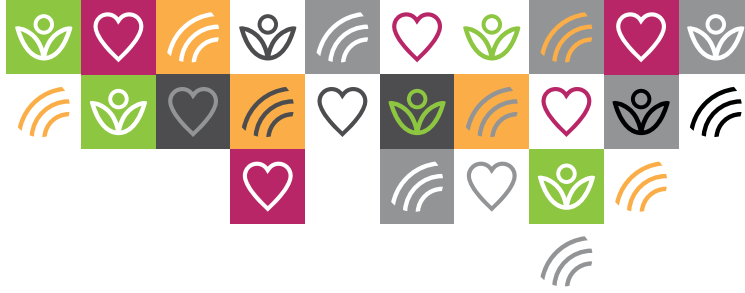


TABLE DES MATIÈRES

3	Les déterminants sociaux de la santé
3	Théorie écosociale de la distribution des maladies
3	Les déterminants sociaux de la santé, les inégalités en santé et les populations lgbt2sq
5	Stress des minorités et stressseurs internes/externes
5	Grossophobie et préjugés liés au poids
6	Relations alimentaires complexes
6	Alimentation désordonnée
6	Culture de la diète au sein des communautés lgbt2sq
7	À l'attention des fournisseurs de soins
7	Dossiers de santé électroniques inclusifs
7	Health at Every Size (HAES), confronter les préjugés liés au poids
8	References

les déterminants sociaux de la santé

De bons résultats en matière de santé ne dépendent pas que de facteurs génétiques et liés au mode de vie. Ils peuvent aussi être déterminés par le statut socioéconomique d'une personne et les dynamiques qui influencent ce statut, notamment les déterminants sociaux de la santé. Parmi les exemples de déterminants sociaux de la santé, mentionnons ^[1,2] :

- Revenu et statut social
- Éducation et littératie
- Emploi et conditions de travail
- Expériences vécues pendant l'enfance
- Logement
- Accès aux aliments et aux services de santé
- Expériences de discrimination, de racisme et de traumatisme

Ces facteurs soit jouent en la faveur d'une personne, soit la désavantagent, influant au bout du compte sur les résultats en matière de santé. Les déterminants sociaux de la santé doivent être pris en compte lors de l'évaluation des causes profondes des problèmes de santé.

THÉORIE ÉCOSOCIALE DE LA DISTRIBUTION DES MALADIES

Les déterminants sociaux de la santé sont directement liés aux inégalités en santé au Canada^[1]. La théorie écosociale de la distribution des maladies, initialement proposée par Krieger en 1994, explique comment des personnes victimes d'inégalités injustes et évitables en incarneront les effets, ce qui, au bout du compte, influera négativement sur leur état de santé^[3]. Cette théorie fait ressortir le lien entre la santé des populations et la maladie dans un contexte social et écologique, et les façons dont les

expositions et les expériences sont intégrées à l'être biologique d'une personne^[4]. Il faut, de plus en plus, des recherches visant à mesurer les effets de la discrimination et d'autres expériences d'inégalités sociales sur l'état de santé.

LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ, LES INÉGALITÉS EN SANTÉ ET LES POPULATIONS LGBT2SQ

À l'heure actuelle, peu de mesures sont adoptées au sein des systèmes de santé pour remédier aux inégalités auxquelles font face les populations LGBT2SQ. L'accent est mis sur la maladie (p. ex. le VIH/SIDA) plutôt que sur les déterminants sociaux de la santé qui influent sur cette communauté et contribuent à des problèmes de santé persistants et complexes^[5].

Les présomptions et les pratiques hétéronormatives/cisnormatives, la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale sont autant de facteurs sociaux se combinant pour exercer un effet négatif sur l'accès aux soins de santé de cette population, son état de santé et ses résultats en matière de santé^[6].

Bien des personnes LGBT2SQ évitent de s'identifier comme telles auprès des praticiens de la santé, particulièrement les jeunes LGBT2SQ qui pourraient craindre, s'ils se dévoilent, un bris de confidentialité^[6]. Les expériences de stigmatisation ou de discrimination peuvent amener des gens à cacher de l'information, particulièrement ceux aux identités multiples^[7].

Les personnes LGBT2SQ sont victimes de plusieurs inégalités qui influent sur leur état de santé.

Les personnes LGBT2SQ :

- Touchent souvent un revenu inférieur au reste de la population^[8]. En 2018, 41 % des personnes LGBT2SQ avaient un revenu inférieur à 20 000 \$, comparativement à 26 % du reste de la population^[9].
- Sont deux fois plus susceptibles d'avoir fait l'expérience de l'itinérance que leurs homologues hétérosexuelles cisgenres^[8]. Les jeunes LGBT2SQ représentent entre 25 et 40 % des jeunes Canadiens vivant une situation d'itinérance^[10].
- Sont plus susceptibles de connaître l'insécurité alimentaire, particulièrement les hommes transgenres^[11].

Le sondage Trans PULSE Canada 2021 (données recueillies en 2019) souligne certains résultats importants quant aux personnes trans et non binaires et à leur expérience avec le système de santé^[12]. Notamment :

Jeunes répondants (âgés de 14 à 24 ans)

- 47 % avaient des besoins insatisfaits en matière de santé;
- 65 % évitaient plusieurs lieux publics de peur d'être harcelés;
- 72 % avaient été victimes de harcèlement verbal au cours des cinq dernières années;
- 57 % avaient un prestataire de soins primaires qui utilisait le prénom et le pronom correct;
- 32 % avaient un prestataire de soins primaires qui faisait preuve de connaissance relativement aux préoccupations médicales propres aux trans et non binaires;
- 25 % avaient un prestataire de soins qui utilisait des formulaires médicaux inclusifs.

Répondants adultes (âgés de 25 ans et plus)

- 43 % avaient des besoins insatisfaits en matière de santé;
- 63 % évitaient plusieurs lieux publics de peur d'être harcelés;

- 66 % avaient été victimes de harcèlement verbal au cours des 5 dernières années;
- 69 % avaient un prestataire de soins primaires qui utilisait le prénom et le pronom correct;
- 44 % avaient un prestataire de soins primaires qui faisait preuve de connaissance relativement aux préoccupations médicales propres aux trans et non binaires;
- 37 % avaient un prestataire de soins qui utilisait des formulaires médicaux inclusifs.

Les résultats en lien avec la santé des trans, personnes bispirituelles et personnes non binaires autochtones dans le cadre du sondage Trans PULSE Canada montrent que^[13] :

- 51 % avaient des besoins insatisfaits en matière de santé;
- 76 % évitaient plusieurs lieux publics de peur d'être harcelés;
- 79 % avaient été victimes de harcèlement verbal au cours des 5 dernières années;
- 80 % avaient connu des difficultés pour accéder aux cérémonies traditionnelles.

Ces statistiques montrent les inégalités et les obstacles sociaux/économiques à des soins adéquats auxquels font face certaines personnes LGBT2SQ. Il faut impérativement revoir les systèmes social et structurel au sein desquels les inégalités surviennent, ce qui n'ira cependant pas sans difficulté pour les fournisseurs de soins ne possédant pas la formation, les ressources et le soutien organisationnel adéquats pour y parvenir^[6]. Le manque de compétence axée sur les LGBT2SQ est à la fois implicite, de par les protocoles hétéronormatifs et cisnormatifs, et explicite, de par l'absence de lignes directrices et d'éducation concernant spécifiquement les soins administrés aux personnes LGBT2SQ pour les fournisseurs de soins^[6]. Ces obstacles viennent encore exacerber les inégalités en santé dont sont victimes les populations LGBT2SQ.

STRESS DES MINORITÉS ET STRESSEURS INTERNES/EXTERNES

Le modèle de stress des minorités décrit la stigmatisation et la discrimination vécues par les personnes LGBT2SQ qui engendrent des stressseurs se manifestant sous forme de résultats indésirables en matière de santé, en l'occurrence des troubles de santé mentale et physique^[14]. Des stressseurs externes comme la stigmatisation et la discrimination et des stressseurs internes comme l'homophobie internalisée et la suppression de l'identité interagissent pour engendrer, chez les minorités, un stress susceptible de contribuer à une image négative du corps^[14]. De plus hauts taux d'homophobie internalisée sont aussi associés à de plus hauts taux de dépression et d'anxiété^[15].

Le stress des minorités s'accompagnant de dysphorie de genre ou de dysphorie du corps peut mener à des conduites alimentaires désordonnées^[16].

La dysphorie de genre est une incongruité ou une dissociation entre le corps physique externe et l'identité de genre interne^[16]. Soulignons que le stress des minorités et la dysphorie de genre doivent tous deux être ciblés, dans de tels cas, aux fins de traitement de l'alimentation désordonnée^[16].

La mesure Gender Minority Stress and Resilience (GSMR) est un outil à l'usage des fournisseurs de soins qui sert à évaluer les stressseurs externes et internes et à cerner les domaines de résilience susceptibles d'influer positivement sur la santé mentale chez les personnes transgenres et intersexuelles^[16]. Cette population pourrait se retrouver aux prises avec des stressseurs supplémentaires uniques, d'où l'utilisation de la GSMR pour mieux capturer ses expériences^[15].

grossophobie et préjugés liés au poids

La grossophobie (on parle aussi de préjugés liés au poids) se définit comme les comportements négatifs implicites ou explicites à l'égard des personnes obèses^[17]. Ce type de préjugés est observé dans de nombreuses disciplines de la santé et peut s'exprimer par des obstacles structurels comme des chemises d'hôpital ou de l'équipement d'examen de dimensions inadéquates pour des corps plus gros^[17].

Comme c'est le cas pour le stress des minorités, les préjugés liés au poids accroissent le risque de résultats défavorables en matière de santé^[17].

Les personnes qui subissent les effets de préjugés liés au poids de la part d'un professionnel de la santé sont moins susceptibles de recevoir de

l'information adéquate sur la santé et moins susceptibles d'être aiguillées pour des tests diagnostiques^[17]. Les préjugés liés au poids contribuent au risque d'alimentation désordonnée, l'objectif principal communiqué aux patients obèses étant la perte de poids, qu'ils l'aient ou non sollicitée, et que celle-ci soit ou non indiquée par les symptômes qu'ils présentent^[18].

Historiquement, la grossophobie s'enracine dans un idéal de beauté occidental, blanc et mince, constituant de ce fait un outil d'oppression à l'égard de tous les autres corps^[18]. Cet idéal continue d'être promu, l'obésité se voyant avilie et la minceur, prônée au nom de la « santé »^[18]. Les corps minces sont vus comme en santé et les corps plus gras, comme un problème qu'il faut « régler ».

Relations alimentaires complexes

Les déterminants sociaux de la santé, le stress des minorités, les préjugés liés au poids et les inégalités en matière de santé qui en résultent contribuent à des relations complexes avec les aliments chez de nombreuses populations LGBT2SQ. Certaines de ces inégalités ont aussi un rôle à jouer dans l'insécurité alimentaire, à laquelle cette population est particulièrement vulnérable, ou peuvent se manifester par des conduites alimentaires désordonnées^[10, 16]. L'alimentation désordonnée peut être une manifestation d'un traumatisme découlant de la discrimination, du stress identitaire et du rejet continus^[16].

ALIMENTATION DÉSORDONNÉE

Les personnes transgenres et intersexuelles sont plus susceptibles que les personnes cisgenres de recevoir un diagnostic de trouble alimentaire ou d'adopter une conduite d'alimentation désordonnée^[19]. La stigmatisation et la discrimination dont ce groupe est victime sont probablement liées à ce risque accru, l'alimentation désordonnée pouvant être utilisée comme une stratégie d'adaptation à ces stressseurs, par l'évitement^[19]. Les hauts taux de stigmatisation signalés au sein des populations LGBT2SQ ont été associés à un risque accru de conduites alimentaires désordonnées telles qu'accès hyperphagique, jeûne ou vomissements auto-induits^[20]. Il convient de souligner l'existence de facteurs de protection liés à un plus faible risque d'alimentation désordonnée comme le soutien social et les liens entretenus avec l'école et la famille^[20].

Comme il l'a déjà été mentionné, des conduites alimentaires désordonnées peuvent aussi s'expliquer par une dissociation entre le genre et le corps^[16]. L'alimentation désordonnée pourrait être utilisée pour satisfaire les normes de genre sociales ou s'y conformer, afin de limiter la discrimination ou

le harcèlement, et parvenir à la congruence entre le corps et l'identité^[19]. Le recours à ce type d'alimentation pour opérer des changements corporels peut cependant entraîner une diminution à long terme de l'acceptation du corps^[16]. Les fournisseurs de soins doivent tenir compte de la façon dont le stress des minorités et la dysphorie de genre pourraient interagir pour accroître le risque d'alimentation désordonnée chez une personne.

CULTURE DE LA DIÈTE AU SEIN DES COMMUNAUTÉS LGBT2SQ

La culture de la diète au sein des communautés LGBT2SQ persiste, du fait de la perpétuation d'un idéal de ce dont un « corps désiré » devrait avoir l'air, les personnes s'éloignant de cette esthétique se voyant humiliées et exclues^[21]. Il peut y avoir une pression de se conformer à cet idéal sociétal pour réduire les sentiments internalisés de stigmatisation ou de honte^[21], particulièrement dans la communauté gaie masculine, ses idéaux étant ceux qui représentent « le summum de la masculinité » – souvent des corps d'athlète, musclés, les corps plus gros se voyant rejetés^[22]. Cette forme de stigmatisation fondée sur le poids intensifie les sentiments d'exclusion et de rejet social, accentuant les effets du stress des minorités^[22]. Les efforts de marketing de différentes entreprises en lien avec des régimes s'accroissent à mesure qu'approche le mois de la Fierté gaie, poussant encore plus loin cet idéal sociétal d'exclusion quant à l'apparence des corps des LGBTQ2S^[21].



à l'attention des fournisseurs de soins

Les fournisseurs de soins devraient être conscients des stressors systémiques et sociaux uniques auxquels font face les personnes LGBT2SQ et comprendre comment ces complexités influent sur les résultats en matière de santé. Les évaluations et les traitements devraient être modifiés de façon à réduire les obstacles aux soins. L'élimination des présomptions et des préjugés dans la pratique ainsi que l'orientation vers des services remédiant aux inégalités et les déterminants sociaux de la santé doivent être intégrés à la pratique^[6]. Les fournisseurs de soins doivent chercher à devenir compétents en ce qui concerne les questions touchant les personnes LGBT2SQ et leurs soins^[19].

DOSSIERS DE SANTÉ ÉLECTRONIQUES INCLUSIFS

Il est essentiel de reconnaître qu'un client peut avoir un nom ou un genre qui diffère de ceux figurant sur les documents juridiques^[23]. On recommande que les fournisseurs ajustent les formulaires d'admission et les dossiers médicaux de clients en conséquence. Veiller à ce que les clients soient capables de communiquer leurs pronoms réduira, dans toute la mesure du possible, les stressors, de même que le risque que des fournisseurs attribuent le mauvais genre ou utilisent des pronoms incorrects avec leurs clients^[23]. Un processus en deux étapes dans le cadre duquel on recueillerait à la fois de l'information sur le genre et sur le sexe biologique est recommandé, pour aider à garantir que les fournisseurs de soins de santé puissent dispenser des soins préventifs en fonction de l'anatomie, et que le client soit vu et aiguillé en se voyant désigné conformément à son genre^[23].

Santé arc-en-ciel Ontario recommande que les champs suivants soient inclus sur les formulaires d'admission :

- Nom et prénom officiels
- Nom (celui par lequel on s'adressera au client)
- Pronom
- Identité de genre (présentée comme un champ facultatif, avec un espace vierge afin que le client ne soit pas confiné à une liste prédéterminée)
- Sexe biologique (inclure une option permettant au client de ne pas le communiquer)
- Orientation sexuelle (présentée comme un champ facultatif, avec un espace vierge afin que le client ne soit pas confiné à une liste prédéterminée)

HEALTH AT EVERY SIZE (HAES), CONFRONTER LES PRÉJUGÉS LIÉS AU POIDS

Les fournisseurs de soins doivent être conscients du risque de conduites alimentaires désordonnées, de dysphorie de genre et de stressors des minorités et promouvoir des façons saines de parvenir à l'acceptation corporelle^[16]. Comprendre qu'il existe des préjugés, tant explicitement qu'implicitement, et confronter tout préjugé interne constituent une étape importante dans la prestation de soins compétents. Pour réduire ce risque, les fournisseurs peuvent adopter une approche neutre en matière de poids ou l'approche Health At Every Size (HAES). Une telle approche met l'accent sur le respect de la diversité corporelle plutôt que sur le poids et incite le client à faire preuve d'autocompassion^[24]. Cette approche de soins s'est révélée exercer des effets positifs sur les conduites alimentaires^[25, 26].

references

- 1 GOUVERNEMENT DU CANADA. *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé* (en ligne), gouvernement du Canada, oct. 2020 (cité en janv. 2022). Sur Internet : <URL:<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>>.
- 2 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Social determinants of health* (en ligne), Organisation mondiale de la santé (cité en janv. 2022). Sur Internet : <URL:https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1>.
- 3 KRIEGER, N. « Measures of racism, sexism, heterosexism, and gender binarism for health equity research: from structural injustice to embodied harm-and ecosocial analysis », *Annual Review of Public Health*, vol. 41, no 1 (2020), p. 37-62.
- 4 KRIEGER, N. *Ecosocial theory, embodied truths, and the people's health*, Oxford, Oxford University Press USA - OSO, oct. 2021.
- 5 MCKENZIE, C., MULÉ, N.J., et M. Khan. « Where is LGBTQ+ in Ontario's health care policies and programs? », *Sexuality Research and Social Policy*, avril 2021, p. 1-12.
- 6 KNIGHT, R.E., et coll. « Examining clinician's experiences providing sexual health services for LGBTQ youth: considering social and structural determinants of health in clinical practice », *Health Education Research*, vol. 29, no 4 (janv. 2014), p. 662-670. Sur Internet: <URL:<https://doi.org/10.1093/her/cyt116>>.
- 7 NASH, P. et coll. « Stigma impacts health disparities and inequities in LGBTQ and People of Color aging with HIV », *Innov Aging*, vol. 5, suppl. 1 (déc. 2021), p. 221-222. doi : 10.1093/geron/igab046.848, PMCID : PMC8682072.
- 8 STATISTIQUE CANADA. Un portrait statistique des différentes communautés LGBTQ2+ du Canada (en ligne). Statistique Canada, juin 2021 (cité en janv. 2022). Sur Internet : <URL:<https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210615/dq210615a-fra.htm>>.
- 9 PROKOPENKO, E., et C. KEVINS. Vulnérabilités liées à la COVID-19 chez les Canadiens et les Canadiennes LGBTQ2+ (en ligne), Statistique Canada, déc. 2020 (cité en janv. 2022). Sur Internet : <URL:<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00075-fra.htm>>.
- 10 ELVER, D. C (en ligne), CMHC-SCHL, juin 2019 (cité en janv. 2022). Sur Internet : <URL:<https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/blog/2019-housing-observer/lgbtq2s-housing-needs-challenges>>.
- 11 ARIKAWA, A.Y., et coll. « Results of an Online Survey about Food Insecurity and Eating Disorder Behaviors Administered to a Volunteer Sample of Self-Described LGBTQ+ Young Adults Aged 18 to 35 Years », *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, vol. 121, no 7 (juill. 2021), p. 1231-1241.
- 12 NAVARRO, J., et coll. *Santé et bien-être chez les jeunes trans et non binares* (en ligne), équipe Trans PULSE Canada, juin 2021 (cité en janv. 2022). Sur Internet : <URL:<https://transpulsecanada.ca/fr/research-type/rapports/>>.
- 13 MERASTY, C., et coll. *Santé et bien-être chez les personnes autochtones trans, bi-spirituelles et non binares*, équipe Trans PULSE Canada, févr. 2021 (cité en janv. 2022). Sur Internet : <URL:<https://transpulsecanada.ca/fr/research-type/rapports/>>.
- 14 MEYER, I. H. « Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities », *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, sept. 2015, vol. 2 (no 3), p. 209-213.
- 15 TESTA, R.J., et coll. « Development of the gender minority stress and resilience measure », *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, vol. 2, no 1 (mars 2015), p. 65-77.
- 16 DALZELL, H. et K. Protos. *A clinician's guide to gender identity and body image: practical support for working with transgender and gender-expansive clients*, Londres, Jessica Kingsley Publishers, 2020.

references

- 17 ALBERGA, A.S. et coll. « Weight bias reduction in health professionals: a systematic review », *Clinical Obesity*, vol. 6, no 3 (avril 2016), p. 175-188.
- 18 BROWN, H.A., et N. ELLIS-ORDWAY, éditeurs. *Weight bias in health education: critical perspectives for pedagogy and practice*, Routledge, sept 2021.
- 19 DIEMER, E.W., et coll. « Beyond the binary: differences in eating disorder prevalence by gender identity in a transgender sample », *Transgend Health*, vol. 3, no 1 (janv. 2018), p. 17-23. doi : 10.1089/trgh.2017.0043, PMID : 29359198, PMCID : PMC5775111.
- 20 WATSON, R.J., VEALE, J.F. et E.M. SAEWYC. « Disordered eating behaviors among transgender youth: Probability profiles from risk and protective factors », *Int J Eat Disord*, vol 50, no 5 (mai 2017), p. 515-522. doi : 10.1002/eat.22627. PMID : 27862124; PMCID : PMC5754211.
- 21 IOVANNON, J.J. « What is a “pride body”? » (blogue, en ligne), dans *Think Queerly*, juin 2018 (cité en janv. 2022). Sur Internet : <URL:<https://thinkqueerly.com/what-is-a-pride-body-3dfd5e901f9e>>.
- 22 PHILIP, J. et M. NUMER. « Constituting the ideal body: a poststructural analysis of “obesity” discourses among gay men », *Journal of Critical Dietetics*, vol. 4, no 1 (2018), p. 47-58.
- 23 DEUTSCH, M. B., et D. BUCHHOLZ. « Electronic health records and transgender patients- practical recommendations for the collection of gender identity data », *J Gen Intern Med*, vol. 30, no 6 (juin 2015), p. 843-847. doi : 10.1007/s11606-014-3148-7. PMID : 25560316; PMCID : PMC4441683
- 24 BACON, L., et L. Aphramor. *Body respect: what conventional health books get wrong, leave out, and just plain fail to understand about weight*, BenBella Books, Inc., sept 2014.
- 25 PROVENCHER, V., et coll. « Health-At-Every-Size and eating behaviors: 1-year follow-up results of a size acceptance intervention », *J Am Diet Assoc*, vol. 109, no 11 (nov. 2009), p. 1854-1861. doi : 10.1016/j.jada.2009.08.017. PMID : 19857626.
- 26 BÉGIN, C. et coll. « Eating-related and psychological outcomes of health at every size intervention in health and social services centers across the province of Québec », *American Journal of Health Promotion*, vol. 33, no 2 (2019), p. 248-258.

