

Rapports sur la santé

Orientation sexuelle et santé mentale complète

par Heather Gilmour

Date de diffusion : le 20 novembre 2019



Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Programme des services de dépôt

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| • Service de renseignements | 1-800-635-7943 |
| • Télécopieur | 1-800-565-7757 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de l'Industrie 2019

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Orientation sexuelle et santé mentale complète

par Heather Gilmour

Résumé

Contexte : Des études antérieures indiquent que la santé mentale des gais, des lesbiennes et des personnes bisexuelles est moins bonne que celle de leurs homologues hétérosexuels. Le concept de santé mentale complète, qui combine la présence d'une santé mentale positive et l'absence de maladies mentales, n'a pas été examiné en détail pour cette population.

Données et méthodes : On a utilisé des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2015 pour estimer le nombre et le pourcentage d'hommes et de femmes de 15 ans et plus se définissant comme gais, lesbiennes, bisexuels ou hétérosexuels. La santé mentale complète désigne la présence d'une santé mentale florissante ainsi que l'absence de troubles de l'humeur, de troubles d'anxiété ou d'idéation suicidaire autodéclarés au cours des 12 mois précédents. Des modèles de régression logistique multivariés stratifiés par sexe ont servi à cerner les différences en matière de santé mentale complète parmi les gais, les lesbiennes, les personnes bisexuelles et les personnes hétérosexuelles.

Résultats : En 2015, on a estimé que 252 000 (1,9 %) hommes canadiens se définissaient comme gais et 145 000 (1,1 %) comme bisexuels, alors que 153 000 (1,1 %) femmes canadiennes se définissaient comme lesbiennes et 299 000 (2,2 %) comme bisexuelles. Les cotes non corrigées exprimant la possibilité d'avoir une santé mentale complète étaient beaucoup moins élevées chez les hommes homosexuels, mais cette association ne s'est plus avérée significative après la prise en compte de facteurs sociodémographiques et relatifs à la santé. La probabilité d'avoir une santé mentale complète n'était pas significativement différente chez les lesbiennes comparativement aux femmes hétérosexuelles. Les personnes bisexuelles, tant les hommes que les femmes, présentaient des cotes exprimant la possibilité d'une santé mentale complète considérablement moins élevées dans les modèles entièrement corrigés.

Interprétation : La prise de conscience des résultats défavorables en matière de santé mentale, en particulier chez les personnes bisexuelles, peut contribuer à orienter les interventions particulières visant l'amélioration de la santé mentale et du bien-être des populations des minorités sexuelles.

Mots clés : enquête sur la santé, étude transversale, idéation suicidaire, qualité de vie, santé mentale florissante, santé mentale positive, troubles d'anxiété, troubles de l'humeur.

DOI : <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x201901100001-fra>

Les gais, les lesbiennes et les personnes bisexuelles sont plus susceptibles de faire une dépression, d'éprouver de l'anxiété, d'être en état de suicidabilité et d'abuser de l'alcool ou de drogues que leurs homologues hétérosexuels¹⁻¹². Les stress sociaux que vivent les populations des minorités sexuelles, comme la stigmatisation, les préjugés et la discrimination, en plus des sentiments internalisés de négativité et des attentes de rejet, sont considérés comme un facteur expliquant partiellement les différences de risques de troubles mentaux¹.

Jusqu'à présent, une grande partie des recherches ont porté sur la maladie ou la détresse mentale. On en sait moins sur la santé mentale positive et le bien-être dans les populations des minorités sexuelles^{8,9,12,13}. Le modèle à deux continuums de Keyes¹⁴ décrit la maladie mentale et la santé mentale comme étant des concepts distincts, mais liés. Les personnes présentant une combinaison d'émotions positives élevées et de fonctionnement psychologique et social de niveau élevé, comme le mesure le questionnaire abrégé du continuum de santé mentale¹⁴, sont considérées comme ayant une santé mentale florissante. Cependant, l'absence de maladie mentale ne signifie pas la présence de la santé mentale, ou vice versa^{14,15}. La santé mentale complète désigne à la fois la présence d'une santé mentale florissante et l'absence de la maladie mentale. Les états qui ne correspondent pas à la santé mentale complète ont été associés à des limitations dans l'accomplissement des activités de tous les jours, à des absences au travail, à des problèmes physiques ainsi qu'à un plus grand recours aux services de soins de santé de courte durée et aux médicaments sur ordonnance^{14,16-19}.

Dans des études antérieures, le concept de santé mentale complète était exclu^{8,9}, une seule maladie mentale était examinée à la fois par rapport à la santé mentale florissante¹², les jeunes^{8,9,12,13} ou les personnes bisexuelles¹³ étaient exclus de la population à l'étude, ou bien l'étude était fondée sur un échantillon non probabiliste¹³ ou n'incluait aucune analyse multivariée¹². À l'aide des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2015 sur la population âgée de 15 ans et plus, on a défini la santé mentale complète comme une personne ayant une santé mentale florissante et n'ayant aucun diagnostic de troubles de l'humeur ou d'anxiété ni aucune idéation suicidaire au cours des 12 mois précédents. On présente les estimations de la prévalence pour les populations des minorités sexuelles ainsi que les disparités en matière de santé mentale complète entre les gais, les lesbiennes et les personnes bisexuelles et leurs homologues hétérosexuels. On a examiné les rapports de cotes ajustés de la santé mentale complète par rapport à l'orientation sexuelle tout en tenant compte des facteurs de corrélation sociodémographiques et relatifs à la santé. Les analyses sont stratifiées selon le sexe.

Méthodes

Source des données

L'ESCC, une enquête transversale, recueille des renseignements sur l'état de santé, l'utilisation de soins de santé et les déterminants de la santé dans la population canadienne âgée de 12 ans et plus. Sont exclus du champ de l'enquête les personnes vivant dans les réserves et d'autres peuplements autochtones situés

dans les provinces, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes, les jeunes de 12 à 17 ans vivant en famille d'accueil, la population vivant en établissement et les personnes vivant dans les régions sociosanitaires du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James au Québec. Ces exclusions représentent moins de 3 % de la population cible. Les données de l'ESCC ont été recueillies de janvier à décembre 2015. Le taux de réponse global était de 57,5 %; ce qui a donné un échantillon final de 51 545 personnes interrogées. La prévalence de l'orientation sexuelle était fondée sur un échantillon de 46 055 personnes (21 063 hommes et 24 992 femmes). Les régressions logistiques corrigées étaient fondées sur des échantillons de 20 528 hommes et de 24 440 femmes. On a déterminé le sexe de la personne en lui demandant si elle était un homme ou une femme; il n'y avait que ces deux catégories de réponse.

Définitions

Orientation sexuelle

En recherche, l'orientation sexuelle a été déterminée en fonction du comportement sexuel, de l'attraction sexuelle ou de l'auto-identification; chacun de ces trois concepts fournissant des estimations de prévalence légèrement différentes²⁰⁻²³. L'identité fait référence à l'identité sociale des personnes, c'est-à-dire si elles se considèrent comme hétérosexuelles, homosexuelles ou bisexuelles. Le comportement sexuel indique si les partenaires sexuels d'une personne sont du même sexe qu'elle ou de sexe opposé. L'attraction sexuelle fait référence aux sentiments, peu importe le comportement. Dans le cadre de la présente étude, on a utilisé le concept de l'identité. On a déterminé l'orientation sexuelle des participants à l'enquête âgés de 15 ans et plus en leur demandant s'ils se considéraient hétérosexuels (relations sexuelles avec des personnes de sexe opposé), homosexuels, c'est-à-dire gais ou lesbiennes (relations sexuelles avec des personnes du même sexe) ou bisexuels (relations sexuelles avec des personnes des deux sexes). On a classé les participants à

l'enquête dans les catégories suivantes : lesbiennes (n = 245), gais (n = 334), femmes bisexuelles (n = 477), hommes bisexuels (n = 224), femmes hétérosexuelles (n = 24 270) et hommes hétérosexuels (n = 20 505). Toutes les analyses ont été stratifiées selon le sexe, et on a exclu les personnes ayant répondu « Ne sait pas » (n = 529), celles dont la réponse était « Non déclaré » (n = 2 325) et celles ayant refusé de répondre (n = 58).

Santé mentale complète

Conformément au modèle de la santé mentale complète¹⁴, l'état de santé mentale a été déterminé comme la présence d'une santé mentale florissante ainsi que l'absence d'un diagnostic autodéclaré de troubles de l'humeur ou d'anxiété et l'absence d'idéation suicidaire au cours des 12 mois précédents.

On a déterminé la présence d'une santé mentale florissante à l'aide du questionnaire abrégé du continuum de santé mentale (annexe A). La structure du bien-être mental à trois facteurs employée dans des études sur d'autres populations^{15,24-29} a été répétée dans cet échantillon de la population canadienne. La cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach) pour les trois sous-échelles s'établissait à 0,80 pour le bien-être émotionnel, 0,76 pour le bien-être social et 0,81 pour le bien-être psychologique. La fiabilité de l'échelle au complet s'établissait à 0,88.

On a posé aux participants à l'enquête des questions sur des problèmes de santé qui avaient été diagnostiqués par un professionnel de la santé et qui avait duré ou devait durer six mois ou plus. Les troubles de l'humeur et les troubles d'anxiété étaient les seuls troubles mentaux figurant dans l'enquête. Les troubles de l'humeur ont été déterminés d'après la question « Êtes-vous atteint d'un trouble de l'humeur tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie? » et les troubles d'anxiété, d'après la question « Êtes-vous atteint d'un trouble d'anxiété tel qu'une phobie, un trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble panique? »

On a demandé aux participants à l'enquête s'ils avaient déjà sérieusement songé à se suicider. On a également demandé aux personnes ayant répondu « Oui » si cela s'était produit au cours des 12 derniers mois.

Covariables

Les covariables connues comme étant associées à l'orientation sexuelle et à une santé mentale positive ont été incluses dans l'analyse.

On a défini quatre groupes d'âge : 15 à 24 ans, 25 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus. L'âge était considéré comme une variable continue dans l'analyse multivariée.

Le revenu était représenté par le ratio corrigé du revenu du ménage par rapport au seuil de faible revenu correspondant à la taille du ménage et de la collectivité, et il a été divisé en quintiles. Le revenu a été déclaré par 71 % des personnes formant l'échantillon analytique et il a été imputé à 29 % d'entre elles; il n'y a donc aucune valeur manquante pour le revenu.

L'état matrimonial était classé dans les catégories suivantes : marié ou vivant en union libre, veuf, divorcé ou séparé, et jamais marié.

Les antécédents culturels ou ethniques ont été déterminés comme de race blanche ou d'une autre race pour la prévalence et comme Blanc, Sud-Asiatique, Chinois, Noir ou d'une autre origine pour la régression logistique.

Les personnes nées au Canada, aux États-Unis ou au Groenland et ayant déclaré appartenir à une Première Nation, être Métis ou être Inuit ont été classées comme des Autochtones.

On a additionné les problèmes de santé physique qui avaient été diagnostiqués par un professionnel de la santé et qui avaient duré ou devaient durer six mois ou plus et on les a classés dans les catégories de problèmes de santé chronique suivantes : aucun, un, deux, ou trois et plus. Les problèmes de santé ayant été diagnostiqués étaient l'asthme, l'arthrite, la fibromyalgie, les maux de dos (sauf la fibromyalgie et l'arthrite), les migraines, une maladie pulmonaire obstructive chronique, le diabète, l'apnée du sommeil,

Tableau 1
Orientation sexuelle, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 15 ans et plus, Canada, 2015

Caractéristique	Personne hétérosexuelle				Gai ou lesbienne				Personne bisexuelle			
	en milliers	en %	Intervalle de confiance à 95 %		en milliers	en %	Intervalle de confiance à 95 %		en milliers	en %	Intervalle de confiance à 95 %	
			de	à			de	à			de	à
Hommes	12 788,3	97,0	96,5	97,4	252,1	1,9[†]	1,6	2,3	145,2	1,1[*]	0,9	1,3
Groupe d'âge												
15 à 24 ans	2 045,4	96,4 [*]	95,0	97,4	35,1 [‡]	1,7	0,9	2,9	40,8 [‡]	1,9 ^{‡*}	1,3	2,8
25 à 44 ans	4 282,6	96,6	95,6	97,4	102,0 [‡]	2,3 ^{‡*}	1,6	3,2	48,0 [‡]	1,1 ^{‡*}	0,8	1,6
45 à 64 ans	4 413,3	97,4	96,5	98,0	89,8 [‡]	2,0 [‡]	1,4	2,8	29,6 [‡]	0,7 [‡]	0,4	1,0
65 ans et plus	2 047,1	97,5 [*]	96,5	98,2	25,2 [‡]	1,2 ^{‡*}	0,8	1,8	26,8 [‡]	1,3 [*]	0,7	2,2
Femmes[†]	13 164,7	96,7	96,3	97,1	152,6	1,1	0,9	1,4	298,5	2,2	1,9	2,5
Groupe d'âge												
15 à 24 ans	1 744,8	92,0	90,2	93,5	33,9 [‡]	1,8 [‡]	1,2	2,7	117,6	6,2	4,9	7,8
25 à 44 ans	4 340,0	96,0	95,1	96,7	51,5 [‡]	1,1 [‡]	0,8	1,6	130,9	2,9	2,3	3,7
45 à 64 ans	4 582,1	98,0	97,4	98,5	54,4 [‡]	1,2 [‡]	0,8	1,7	38,2 [‡]	0,8 [‡]	0,6	1,2
65 ans et plus	2 497,8	99,0	98,7	99,3	12,8 [‡]	0,5 [‡]	0,3	0,8	11,8 [‡]	0,5 [‡]	0,3	0,7

[‡] à utiliser avec prudence

^{*} valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

[†] catégorie de référence

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015.

l'ostéoporose, la maladie du cœur, le cancer, les troubles dus à un accident vasculaire cérébral, la maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence, le syndrome de fatigue chronique, la sensibilité aux agresseurs chimiques et l'hypertension.

Techniques d'analyse

On a calculé des fréquences pondérées et produit des tableaux croisés afin d'examiner les estimations de l'orientation sexuelle, de la santé mentale florissante, des troubles de l'humeur et des troubles d'anxiété, de l'idéation suicidaire et de la santé mentale complète. Une régression logistique multivariée a permis de déterminer les facteurs associés de manière indépendante à la santé mentale complète. Afin de tenir compte de la sous-estimation des erreurs types attribuable au plan de sondage complexe, on a appliqué des poids bootstrap à l'aide de la version 11.0 exécutable par SAS du logiciel SUDAAN³⁰.

Résultats

En 2015, on estime que 1,9 % des hommes (252 000) se définissaient comme gais et 1,1 % (145 000) comme bisexuels (tableau 1) et que 1,1 % des femmes (153 000) se définissaient

comme lesbiennes et 2,2 % (299 000) comme bisexuelles.

Dans les groupes d'âge plus jeunes, les femmes étaient beaucoup plus portées que les hommes à se définir comme bisexuelles. Dans les groupes de 25 à 44 ans et de 65 ans et plus, les hommes étaient proportionnellement plus nombreux que les femmes à se définir comme gais.

Tant chez les hommes que chez les femmes, les personnes bisexuelles tendaient à être plus jeunes et à appartenir à une tranche de revenu moins élevé que les personnes hétérosexuelles (tableau 2). Une proportion plus élevée de personnes hétérosexuelles que de gais, de lesbiennes et de personnes bisexuelles étaient mariées ou en union libre. Les femmes bisexuelles étaient plus portées à se déclarer Autochtones que leurs homologues hétérosexuelles, mais la petite taille des échantillons n'a pas permis d'examiner les différences d'identité autochtone entre les gais et les hommes bisexuels et les lesbiennes, et les personnes hétérosexuelles. Il n'existait aucune différence significative dans les antécédents culturels ou ethniques ou le nombre de problèmes de santé chroniques entre les gais, les lesbiennes ou les personnes bisexuelles et les personnes hétérosexuelles.

En combinant les personnes des deux sexes, on a trouvé que les personnes hétérosexuelles étaient moins susceptibles d'avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur ou de trouble d'anxiété ou d'avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 mois précédents que les gais, les lesbiennes ou les personnes bisexuelles (tableau 3). De plus, les personnes bisexuelles étaient moins susceptibles d'avoir une santé mentale florissante que les personnes hétérosexuelles. Par conséquent, les personnes hétérosexuelles étaient plus susceptibles d'être classées comme ayant une santé mentale complète que les gais, les lesbiennes et les personnes bisexuelles. Lorsqu'on a examiné séparément selon le sexe, on a relevé que les indicateurs de santé mentale des lesbiennes ne différaient pas significativement de ceux des femmes hétérosexuelles. Cependant, les femmes bisexuelles ont enregistré des résultats inférieurs à ceux des lesbiennes. Les différences entre les hommes bisexuels et les gais n'étaient pas significatives sur le plan statistique.

Les cotes non corrigées exprimant la possibilité d'avoir une santé mentale complète était considérablement moins élevées chez les gais que chez les personnes hétérosexuelles, mais cette association n'était plus significative lorsqu'on tenait compte de facteurs de

Tableau 2
Certaines caractéristiques selon l'orientation sexuelle et le sexe, population à domicile âgée de 15 ans et plus, Canada, territoires exclus, 2015

Caractéristique	Hommes									Femmes									
	Hétérosexuel [†]			Homosexuels			Bisexuels			Hétérosexuelles [†]			Homosexuelles			Bisexuelles			
	Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			
	en %	de	à	en %	de	à	en %	de	à	en %	de	à	en %	de	à	en %	de	à	
Groupe d'âge																			
15 à 24 ans	16,0	15,2	16,8	13,9	8,2	22,6	28,1 ^{F*}	19,8	38,3	13,3	12,6	13,9	22,2 ^{F*}	15,2	31,3	39,4*	32,1	47,2	
25 à 44 ans	33,5	32,6	34,4	40,4	31,0	50,7	33,0 ^F	23,8	43,8	33,0	32,1	33,8	33,7 ^E	24,5	44,3	43,9*	36,3	51,8	
45 à 64 ans	34,5	33,9	35,1	35,6	26,8	45,5	20,4 ^{F*}	13,7	29,3	34,8	34,2	35,5	35,7	26,3	46,2	12,8 ^{F*}	9,0	17,8	
65 ans et plus	16,0	15,7	16,3	10,0 ^{F*}	6,5	15,1	18,5 ^F	11,2	29,0	19,0	18,7	19,3	8,4 ^{F*}	5,3	13,0	4,0 ^{F*}	2,6	6,0	
Quintile de revenu du ménage																			
Inférieur	15,6	14,8	16,5	11,6 ^F	7,6	17,4	22,4 ^F	14,8	32,5	20,3	19,4	21,2	16,0 ^F	10,7	23,3	29,8*	24,3	35,9	
Inférieur moyen	17,6	16,8	18,5	17,1	10,1	27,4	29,0 ^{F*}	19,7	40,4	20,7	19,8	21,5	18,8 ^F	11,7	28,7	28,5	21,1	37,3	
Moyen	20,3	19,4	21,2	18,2 ^F	12,5	25,7	18,5 ^F	12,2	27,0	21,3	20,4	22,2	18,1 ^F	12,4	25,8	15,1 ^{F*}	10,7	20,9	
Moyen supérieur	21,7	20,8	22,6	24,3 ^F	16,6	34,0	16,8 ^F	10,6	25,5	19,3	18,5	20,2	20,7 ^F	13,0	31,2	16,4 ^F	11,4	22,9	
Supérieur	24,7	23,8	25,7	28,9 ^F	20,0	39,7	13,4 ^{F*}	8,3	20,7	18,4	17,6	19,3	26,4 ^F	18,2	36,7	10,2 ^{F*}	6,7	15,3	
État matrimonial																			
Marié ou vivant en union libre	62,9	61,9	63,9	38,7*	29,3	49,0	27,3 ^{F*}	19,5	36,8	58,8	57,7	59,8	46,1*	36,3	56,3	29,3*	23,0	36,5	
Veuf/séparé/divorcé	7,8	7,3	8,4	7,0	4,1	11,7	6,8	4,0	11,4	17,0	16,3	17,8	8,6*	5,1	14,1	11,7 ^{F*}	8,1	16,6	
Jamais marié	29,3	28,4	30,1	54,3*	44,0	64,3	65,9*	56,2	74,4	24,2	23,4	25,0	45,3*	36,0	54,8	59,0*	51,5	66,1	
Antécédents culturels ou ethniques																			
Race blanche	76,0	74,9	77,1	82,2	74,0	88,3	83,5	73,3	90,4	75,6	74,6	76,6	76,9	65,5	85,4	75,9	68,2	82,1	
Autre race	20,2	19,2	21,3	15,5 ^F	9,7	23,9	13,1	7,1	23,2	20,6	19,6	21,6	17,6	10,2	28,6	15,1 ^F	9,4	23,2	
Identité autochtone																			
Autochtones	3,7	3,3	4,2	F	F	F	F	F	F	3,8	3,5	4,2	F	F	F	9,1 ^{F*}	6,4	12,8	
Non-Autochtones	96,3	95,8	96,7	x	x	x	x	x	x	96,2	95,8	96,5	x	x	x	90,9*	87,2	93,6	
Nombre de problèmes de santé chroniques																			
Aucun	50,8	49,6	51,9	50,1	39,9	60,3	51,7	41,1	62,1	43,9	42,8	44,9	44,6	34,1	55,6	44,3	36,6	52,3	
Un	24,6	23,6	25,5	29,3 ^F	20,5	40,0	26,7 ^F	18,6	36,7	24,7	23,8	25,6	23,0 ^F	15,1	33,3	27,0	20,9	34,1	
Deux	12,3	11,6	13,0	9,9	6,0	15,9	13,4	8,0	21,5	14,6	13,9	15,4	15,1 ^F	9,2	23,9	12,5 ^F	9,1	16,9	
Trois et plus	12,4	11,8	13,0	10,7 ^F	6,7	16,6	8,3 ^F	5,1	13,4	16,8	16,1	17,5	17,3 ^F	11,1	26,0	16,3	12,1	21,6	

x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*

^F à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

[†] catégorie de référence

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015.

confusion éventuels. La probabilité d'avoir une santé mentale complète n'était pas significativement différente chez les lesbiennes que chez les femmes hétérosexuelles. Les cotes exprimant la possibilité d'avoir une santé mentale complète était beaucoup moins élevées chez les personnes bisexuelles que chez leurs homologues hétérosexuels tant dans les modèles non corrigés que dans les modèles entièrement corrigés.

Pour les hommes et les femmes, un âge plus élevé et un revenu supérieur étaient associés à une augmentation des cotes exprimant la possibilité d'avoir une santé mentale complète. Les cotes exprimant la possibilité d'avoir une santé mentale complète étaient moins élevées chez les personnes veuves, séparées, divorcées ou

jamais mariées que chez les personnes mariées ou vivant en union libre.

Les cotes exprimant la possibilité d'avoir une santé mentale complète étaient beaucoup plus élevées chez les hommes et les femmes ayant des antécédents culturels ou ethniques sud-asiatiques que chez les personnes blanches, tout comme les hommes de race noire et les femmes ayant d'autres origines culturelles ou ethniques. L'identité autochtone était associée de façon significative à des cotes exprimant la possibilité d'avoir une santé mentale complète moins élevées dans les modèles non corrigés, mais cet écart disparaissait dans les modèles entièrement corrigés.

Un nombre croissant de problèmes de santé chroniques était associé à une

baisse des cotes exprimant la possibilité d'avoir une santé mentale complète.

Discussion

Selon les données de l'ESCC de 2015, la proportion de Canadiens et de Canadiennes se définissant comme gays, lesbiennes ou bisexuels est similaire à celle que l'on trouve dans des enquêtes menées auprès de la population dans d'autres pays développés^{8,31,32}.

Certaines différences sociodémographiques entre les gays, les lesbiennes et les personnes bisexuelles et les personnes hétérosexuelles pourraient contribuer à la santé mentale et au bien-être³³. Les personnes bisexuelles avaient tendance à être plus jeunes et à avoir un statut

socioéconomique inférieur et elles étaient plus souvent des femmes. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus dans d'autres études basées sur la population^{11,34}. Les gais, les lesbiennes et les personnes bisexuelles étaient également moins susceptibles d'être mariées ou de vivre en union libre.

La présente étude a relevé que les résultats défavorables en matière de santé mentale étaient plus fréquents chez les gais et les lesbiennes que chez les personnes hétérosexuelles. Ce constat correspond à ceux d'études antérieures^{7,10,11}. Les groupes appartenant à des minorités sexuelles étaient plus susceptibles d'avoir eu des troubles de l'humeur ou des troubles d'anxiété ou d'être en état de suicidabilité et ils étaient proportionnellement moins nombreux à avoir une santé mentale florissante ou complète.

Selon l'analyse multivariée, l'identité gaie ou lesbienne n'était pas associée de façon indépendante à des cotes exprimant la possibilité d'avoir une santé mentale complète moins élevées. La petite taille de l'échantillon pourrait avoir contribué au manque de puissance statistique, ou d'autres facteurs du modèle auraient pu expliquer cette relation. Notamment, le fait que les cotes exprimant la possi-

bilité d'avoir une santé mentale complète étaient moins élevées chez les gais que chez les hommes hétérosexuels a persisté après la correction du modèle pour tenir compte des caractéristiques sociodémographiques et de la santé physique (données non présentées), mais cet écart n'était plus significatif lorsqu'on ajoutait l'état matrimonial. Ce résultat correspond à des données probantes antérieures qui semblaient indiquer que l'officialisation d'une relation est un facteur de protection de la santé mentale chez les gais et les lesbiennes³⁵.

L'identité bisexuelle était associée de façon indépendante à des cotes exprimant la possibilité d'avoir une santé mentale complète moins élevées même après la prise en compte de facteurs de confusion éventuels. Cette observation concorde avec les résultats d'études antérieures qui ont relevé que les personnes bisexuelles présentaient des résultats défavorables en matière de santé mentale comparativement aux personnes hétérosexuelles ainsi qu'aux gais et aux lesbiennes^{1,7,9,11,12}. Des données probantes semblent également indiquer que les femmes bisexuelles ont de pires résultats en matière de santé mentale par rapport à leurs homologues homosexuelles et hétérosexuelles

que l'écart existant chez les hommes bisexuels¹¹. La prévalence des troubles mentaux, de la santé mentale florissante et des rapports de cotes de santé mentale complète dans la présente étude soutient également la notion que les résultats sont pires chez les femmes bisexuelles que chez les hommes bisexuels. De plus, un modèle multivarié distinct se limitant aux personnes bisexuelles a révélé que les cotes exprimant la possibilité d'avoir une santé mentale complète étaient considérablement moins élevées chez les femmes bisexuelles que chez les hommes bisexuels (rapport de cotes ajusté de 0,5, intervalle de confiance à 95 % de 0,3 à 0,8). Par conséquent, le sexe peut être un modérateur important de la relation existant entre la bisexualité et la santé mentale¹¹.

L'explication prédominante de ces disparités est la théorie du stress minoritaire¹, selon laquelle des aspects comme le stress chronique, la stigmatisation et la discrimination que vivent les minorités sexuelles du fait de leur identité socialement stigmatisée contribuent au risque accru de troubles mentaux observé dans ces groupes. D'une part, on a formulé l'hypothèse que la discrimination envers les personnes bisexuelles de la part des

Tableau 3
Composante de santé mentale complète, selon l'orientation sexuelle et le sexe, population à domicile âgée de 15 ans et plus, Canada, 2015

Caractéristique	Personne hétérosexuelle			Gai ou lesbienne			Personne bisexuelle		
	en %	Intervalle de confiance à 95 % de à		en %	Intervalle de confiance à 95 % de à		en %	Intervalle de confiance à 95 % de à	
Les deux sexes									
Santé mentale complète	74,1	73,4	74,9	65,3*	58,3	71,7	43,9 ^{††}	38,1	50,0
Santé mentale florissante	81,4	80,7	82,1	75,8	69,6	81,1	62,2 ^{††}	55,7	68,2
Trouble de l'humeur ou trouble d'anxiété	11,4	11,0	11,9	19,2*	14,4	25,1	40,4 ^{††}	34,1	47,0
Idéation suicidaire (au cours des 12 derniers mois)	2,3	2,1	2,5	5,4 ^{E*}	3,4	8,3	12,9 ^{E††}	9,2	17,8
Hommes									
Santé mentale complète	76,8	75,7	77,8	67,0*	57,1	75,5	56,8*	46,3	66,8
Santé mentale florissante	81,8	80,9	82,7	75,9	67,4	82,7	68,9*	57,9	78,0
Trouble de l'humeur ou trouble d'anxiété	8,2	7,6	8,8	17,4 ^{E*}	11,4	25,7	23,9 ^{E*}	16,1	34,0
Idéation suicidaire (au cours des 12 derniers mois)	1,9	1,6	2,2	x	x	x	x	x	x
Femmes									
Santé mentale complète	71,5	70,6	72,5	62,7	52,6	71,7	37,6 ^{††}	30,8	45,0
Santé mentale florissante	81,0	80,2	81,9	75,7	66,1	83,2	58,9 ^{††}	50,8	66,6
Trouble de l'humeur ou trouble d'anxiété	14,6	13,9	15,3	22,2 ^E	15,2	31,3	48,4 ^{††}	40,4	56,4
Idéation suicidaire (au cours des 12 derniers mois)	2,7	2,4	3,1	x	x	x	16,9 ^{E*}	11,7	23,9

x confidentiel en vertu des dispositions de la Loi sur la statistique

^E à utiliser avec prudence

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie des personnes hétérosexuelles ($p < 0,05$)

[†] valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie des gais et des lesbiennes ($p < 0,05$)

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015.

Tableau 4**Rapports de cotes ajustés et non ajustés associant certaines caractéristiques à une santé mentale complète, selon le sexe, population à domicile âgée de 15 ans et plus, Canada, 2015**

Caractéristique	Hommes						Femmes					
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes ajusté	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes ajusté	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à		de	à
Identité sexuelle												
Personne hétérosexuelle†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Gai ou lesbienne	0,6*	0,4	0,9	0,6	0,4	1,0	0,7	0,4	1,0	0,7	0,5	1,1
Personne bisexuelle	0,4*	0,3	0,6	0,5*	0,3	0,8	0,2*	0,2	0,3	0,3*	0,2	0,5
Groupe d'âge												
15 à 24 ans†	1,0	...	...	...	...	...	1,0	...	...	...	...	...
25 à 44 ans	1,0	0,9	1,2	...	...	...	1,2*	1,1	1,4	...	...	...
45 à 64 ans	1,0	0,8	1,1	...	...	...	1,3*	1,1	1,5	...	...	...
65 ans et plus	0,9	0,8	1,1	...	...	...	1,2*	1,0	1,4	...	...	...
Âge (continu)	...	...	...	1,00*	1,00	1,01	...	...	...	1,02*	1,01	1,02
Quintile de revenu du ménage												
Inférieur†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Inférieur moyen	1,3*	1,1	1,6	1,2*	1,0	1,5	1,3*	1,1	1,5	1,2*	1,0	1,4
Moyen	1,6*	1,4	1,9	1,5*	1,2	1,8	1,5*	1,3	1,7	1,3*	1,1	1,5
Moyen supérieur	2,2*	1,9	2,6	1,9*	1,6	2,3	1,8*	1,6	2,1	1,6*	1,4	1,9
Supérieur	2,3*	1,9	2,7	1,9*	1,6	2,3	2,3*	2,0	2,6	1,9*	1,6	2,3
État matrimonial												
Marié ou vivant en union libre†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Veuf/séparé/divorcé	0,6*	0,5	0,7	0,7*	0,6	0,9	0,6*	0,6	0,7	0,8*	0,7	0,9
Jamais marié	0,6*	0,6	0,7	0,7*	0,6	0,8	0,6*	0,6	0,7	0,7*	0,7	0,8
Antécédents culturels ou ethniques												
Blanc†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Sud-Asiatique	1,4*	1,0	2,0	1,5*	1,1	2,2	1,5*	1,0	2,1	1,7*	1,1	2,4
Chinois	0,7	0,6	1,0	0,8	0,5	1,1	0,8	0,6	1,0	0,7	0,5	1,0
Noir	2,2*	1,3	3,7	3,0*	1,7	5,4	1,0	0,7	1,5	1,3	0,9	2,0
Autre	1,0	0,8	1,3	1,2	1,0	1,5	1,6*	1,3	2,0	1,9*	1,5	2,4
Identité autochtone												
Autochtones	0,7*	0,6	0,9	0,8	0,3	2,4	0,6*	0,5	0,8	0,5	0,2	1,5
Non-Autochtones†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Nombre de problèmes de santé chroniques												
Aucun†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Un	0,8*	0,7	0,9	0,7*	0,6	0,8	0,6*	0,6	0,7	0,6*	0,5	0,7
Deux	0,6*	0,5	0,7	0,5*	0,5	0,7	0,6*	0,5	0,7	0,5*	0,4	0,6
Trois et plus	0,4*	0,3	0,4	0,3*	0,3	0,4	0,3*	0,3	0,4	0,3*	0,2	0,3

... n'ayant pas lieu de figurer

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

† catégorie de référence

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015.

personnes monosexuelles (les personnes hétérosexuelles, les gais, les lesbiennes) ainsi que l'invisibilité de la bisexualité au sein de la société et l'absence d'une communauté fournissant un soutien positif aux personnes bisexuelles sont des facteurs contributifs supplémentaires associés aux résultats défavorables en matière de santé mentale dans ce groupe^{1,11,36}.

D'autre part, l'identité lesbienne, gaie ou bisexuelle peut fournir des occasions d'appartenance à un groupe, de soutien social et de ressources d'adaptation pouvant compenser l'effet du stress

déoulant de l'identité de minorité sexuelle et favoriser une santé mentale positive^{1,37}. Par conséquent, la relation entre l'identité de minorité sexuelle et la santé mentale positive pourrait être modérée par les aspects positifs de l'identité collective. Les résultats de la présente étude semblent indiquer que, du moins pour les personnes bisexuelles, l'effet des sources de stress dépassait celui des aspects positifs de l'identité de minorité sexuelle en ce qui a trait à la santé mentale complète.

D'autres examens de la relation complexe entre l'identité de minorité

sexuelle et la santé mentale ainsi que des différences entre les groupes issus des minorités sexuelles et au sein de ces groupes sont nécessaires. Des études permettant de creuser davantage les facteurs associés au développement et au maintien d'une résilience et d'une santé mentale positive chez les personnes appartenant à une minorité sexuelle seraient particulièrement pertinentes du point de vue politique et clinique.

Forces et limites

L'une des forces de la présente étude est le vaste échantillon représentatif de la

population. Cependant, le nombre relativement réduit de gais, de lesbiennes et de personnes bisexuelles ayant participé à l'enquête limite la capacité à évaluer la variabilité de la santé mentale complète au sein des groupes issus des minorités sexuelles. Il est probable que l'expérience des personnes issues des minorités sexuelles ne soit pas homogène et que l'examen de sous-groupes, comme les minorités raciales ou les groupes socioéconomiques, souligne d'importantes différences.

La présente étude inclut les personnes de 15 ans et plus sans limite d'âge supérieure, alors que les versions antérieures de l'ESCC étaient limitées aux personnes de 18 à 59 ans ou de 18 ans et plus.

Les données autodéclarées peuvent faire l'objet d'un biais de rappel et d'un biais dû à la désirabilité sociale. En particulier, la réticence à divulguer une orientation sexuelle dans le cadre d'une enquête peut entraîner un biais dû à la classification erronée³⁸. De plus, les identités liées à l'orientation sexuelle qui allaient au-delà de l'hétérosexualité, de l'homosexualité et de la bisexualité n'ont pas été examinées et la catégorie de réponse « Autre » n'était pas offerte. Certaines personnes interrogées peuvent refuser d'être classées dans l'un des groupes

énoncés dans la question ou peuvent indiquer leur appartenance à une identité non incluse dans la liste (p. ex. allosexuelle [queer], pansexuelle, bispirituelle)²¹. Ces deux facteurs peuvent avoir contribué à la taille des catégories de réponse « Non déclaré / Refus / Ne sait pas » (6,3 %) pour la question relative à l'identité sexuelle. Une analyse du groupe « Non déclaré / Refus / Ne sait pas » a révélé que ses membres étaient beaucoup plus susceptibles d'être âgés de 65 ans et plus, d'être veufs, séparés ou divorcés, d'appartenir au quintile de revenu le plus bas, d'avoir trois problèmes de santé chroniques ou plus et d'avoir des antécédents culturels ou ethniques sud-asiatiques ou autres (données non présentées).

La question sur l'identité sexuelle posée dans l'ESCC a présenté une concordance élevée, mais imparfaite (0,89) avec l'élément relatif à l'identité sexuelle du guide SMART²³. Cela laisse croire que la présente étude sous-estime peut-être la prévalence des groupes issus des minorités sexuelles et, par conséquent, l'association avec la santé mentale complète.

L'auto-identification comme personne appartenant à une minorité sexuelle peut indiquer l'acceptation de soi. Les participants à l'ESCC ayant déclaré leur identité sexuelle peuvent être plus susceptibles

d'avoir une bonne santé mentale. Cela peut entraîner une sous-estimation de l'association entre l'appartenance à une minorité sexuelle et la santé mentale complète⁶.

Les problèmes de santé chroniques, y compris les troubles de l'humeur et les troubles d'anxiété, étaient autodéclarés et non validés par une autre source.

Conclusion

Les résultats de la présente étude soulignent la moins bonne santé mentale des groupes issus des minorités sexuelles, en particulier la probabilité plus faible d'avoir une santé mentale complète chez les personnes bisexuelles comparativement aux personnes hétérosexuelles. Ces résultats soutiennent le nombre croissant d'études ayant relevé de telles disparités. La prise de conscience des résultats défavorables en matière de santé mentale, en particulier chez les personnes bisexuelles, peut aider à orienter les interventions visant l'amélioration de la santé mentale et du bien-être des populations des minorités sexuelles. ■

Annexe

Tableau A

Questionnaire abrégé du continuum de la santé mentale (CSM-QA)

Bien-être émotionnel

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence† vous êtes-vous senti(e) . . .

1. heureux(se)?
2. intéressé(e) par la vie?
3. satisfait(e) à l'égard de votre vie?

Fonctionnement positif

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence† avez-vous senti . . .

4. que vous aviez quelque chose d'important à apporter à la société? (contribution sociale)
5. que vous aviez un sentiment d'appartenance à une collectivité (comme un groupe social, votre quartier, votre ville, votre école)? (intégration sociale)
6. que notre société devient un meilleur endroit pour les gens comme vous? (croissance sociale)
7. que les gens sont fondamentalement bons? (acceptation sociale)
8. que le fonctionnement de la société a du sens pour vous? (cohérence sociale)
9. que vous aimiez la plupart des facettes de votre personnalité? (acceptation de soi)
10. que vous étiez bon(ne) pour gérer les responsabilités de votre quotidien? (maîtrise de l'environnement)
11. que vous aviez des relations chaleureuses et fondées sur la confiance avec d'autres personnes? (rapports positifs avec d'autres)
12. que vous viviez des expériences qui vous poussent à grandir et à devenir une meilleure personne? (épanouissement personnel)
13. capable de penser ou d'exprimer vos propres idées et opinions? (autonomie)
14. que votre vie a un but ou une signification? (but dans la vie)

Une santé mentale **florissante** nécessite une réponse « Presque tous les jours » ou « Tous les jours » à au moins 1 des 3 questions sur le bien-être émotionnel et à au moins 6 des 11 questions sur le fonctionnement positif.

† tous les jours, presque tous les jours, environ deux ou trois fois par semaine, environ une fois par semaine, une ou deux fois, ou jamais

Source : C.L.M. Keyes, *Brief description of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)*⁹⁹.

Références

- I.H. Meyer, « Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: conceptual issues and research evidence », *Psychological Bulletin*, 129(5), 2003, p. 674-697.
- I.H. Meyer, J. Dietrich et S. Schwartz, « Lifetime prevalence of mental disorder and suicide attempts in diverse lesbian, gay and bisexual populations », *American Journal of Public Health*, 97(11), 2007, p. 9-11.
- M. King, J. Semlyen, S.S. Tai *et al.*, « A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people », *BMC Psychiatry*, 8(1), 2008, p. 70.
- L. Steele, L. Ross, C. Dobinson *et al.*, « Women's sexual orientation and health: results from a Canadian population-based survey », *Women Health*, 49, 2009, p. 353-367.
- D.J. Brennan, L.E. Ross, C. Dobinson *et al.*, « Men's sexual orientation and health in Canada », *Canadian Journal of Public Health*, 101(3), 2010, p. 255-258.
- B. Pakula et A. Shoveller, « Sexual orientation and self-reported mood disorder diagnosis among Canadian adults », *BMC Public Health*, 209, 2013.
- B. Pakula, R.M. Carpiano, P.A. Ratner et J.A. Shoveller, « Life stress as a mediator and community belonging as a moderator of mood and anxiety disorders and co-occurring disorders with heavy drinking of gay, lesbian, bisexual, and heterosexual Canadians », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51, 2016, p. 1181-1192.
- J. Semlyen, M. King, J. Varney et G. Hagger-Johnson, « Sexual orientation and symptoms of common mental disorder or low wellbeing: combined meta-analysis of 12 UK population health surveys », *BMC Psychiatry*, 16, 2016, p. 67.
- T. Peter, « Mind the gap: Predicting the positive mental health of sexual minority Canadians », *Health Promotion International*, 2017, p. 1-11.
- B.A. Feinstein et C. Dyar, « Bisexuality, minority stress, and health », *Current Sexual Health Reports*, 9(1), 2017, p. 42-49.
- L.E. Ross, T. Salway, L.A. Tarasoff *et al.*, « Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian and heterosexual individuals: A systematic review and meta-analysis », *Journal of Sex Research*, 54(4-5), 2018, p. 435-456.
- T. Peter, « More than a feeling? An empirical analysis of the dual-continua model on a national sample of lesbian, gay, and bisexual identified Canadians », *Journal of Homosexuality*, 65(6), 2018, p. 814-831.
- E. Bariola, A. Lyons et J. Lucke, « Flourishing among sexual minority individuals: Application of the Dual Continuum Model of Mental Health in a sample of lesbians and gay men », *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(1), 2016, p. 43-53.
- C.M. Keyes, « The Mental Health Continuum: From languishing to flourishing in life », *Journal of Health and Social Research*, 43(June), 2002, p. 207-22.
- C.L.M. Keyes, « Promoting and protecting mental health as flourishing. A complementary strategy for improving national mental health », *American Psychologist*, 62(2), 2007, p. 95-108.
- C.L.M. Keyes, « The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: The complete mental health perspective and the moderating role of age and gender », *Aging and Mental Health*, 8, 2004, p. 266-74.
- C.L.M. Keyes, « Chronic physical conditions and aging: Is mental health a potential protective factor? », *Ageing International*, 30(1), 2005, p. 88-104.
- C.L.M. Keyes, « Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 2005, p. 539-48.
- C.L.M. Keyes et J.G. Grzywacz, « Health as a complete state: The added value in work performance and healthcare costs », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 2005, p. 523-32.
- S. Michaels et B. Lhomond, « Conceptualization and measurement of homosexuality in sex surveys: a critical review », *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 2006, p. 1365-74.
- D. Beaulieu-Prévost et M. Fortin, « The measurement of sexual orientation: Historical background and current practices », *Sexologies*, 24(1), 2015, p. e15-e19.
- M. Wolff, B. Wells, C. Ventura-DiPersia *et al.*, « Measuring Sexual Orientation: A Review and Critique of U.S. Data Collection Efforts and Implications for Health Policy », *The Journal of Sex Research*, 54(4), 2016, p. 1-25.
- C. Dharma et G.R. Bauer, « Understanding sexual orientation and health in Canada: Who are we capturing and who are we missing using the Statistics Canada sexual orientation question? », *Canadian Journal of Public Health*, 108(1), 2017, p. e21-e26.
- C.L.M. Keyes, M. Wissing, J.P. Potgieter *et al.*, « Evaluation of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans », *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 2008, p. 181-92.
- S.M.A. Lamers, G.J. Westerhof, E.T. Bohlmeijer *et al.*, « Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum–Short Form (MHC-SF) », *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 2011, p. 99-110.
- S.M. Lamers, C.A. Glas, G.J. Westerhof et E.T. Bohlmeijer, « Longitudinal evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) », *European Journal of Psychological Assessment*, 28(4), 2012, p. 290-6.
- G.J. Westerhof et C.L.M. Keyes, « Mental illness and mental health: The Two Continua Model across the lifespan », *Journal of Adult Development*, 17, 2010, p. 110-9.
- A. Ismail et M. Salama-Younes, « Validation of the factor structure of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) for physically active old adult », *World Journal of Sport Sciences*, 4(1), 2011, p. 24-30.
- L. Young-Jin, « Psychometric characteristics of the Korean Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) in an adolescent sample », *Journal of Psychoeducational Assessment*, 2013.
- K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 283-310.
- T.G.M. Sandfort, F. Bakker, F.G. Schellevis et I. Vanwesenbeeck, « Sexual orientation and mental and physical health status: Findings from a Dutch population survey », *American Journal of Public Health*, 96, 2006, p. 1119-1125.
- G. Gonzales, J. Przedworski et C. Henning-Smith, « Comparison of health risk factors between lesbian, gay, and bisexual adults and heterosexual adults in the United States: Results from the National Health Interview Survey », *JAMA Internal Medicine*, 176(9), 2016, p. 1344-1351.
- M. Silva, A. Loureiro et G. Cardoso, « Social determinants of mental health: a review of the evidence », *European Journal of Psychiatry*, 30(4), 2016, p. 259-292.
- M. Tjepkema, « Utilisation des services de santé par les gais, les lesbiennes et les bisexuels au Canada », *Rapports sur la santé*, 19(1), 2008, p. 57-70.
- E. Bariola, A. Lyons et W. Leonard, « The mental health benefits of relationship formalisation among lesbians and gay men in same-sex relationships », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 39(6), 2015, p. 530-535.

36. L. Ulrich, *Bisexual invisibility: Impacts and recommendations*, San Francisco, CA: San Francisco Human Rights Commission: LGBT Advisory Committee, 2011, disponible à l'adresse : http://sf-hrc.org/sites/default/files/Documents/HRC_Publications/Articles/Bisexual_Invisiblity_Impacts_and_Recommendations_March_2011.pdf, document consulté le 30 novembre 2018.
37. P. Dickinson et J. Adams, « Resiliency and mental health and well-being among lesbian, gay, and bisexual people », *International Journal of Mental Health Promotion*, 16, 2014, p. 117–125.
38. O. Ferlatte, T. Salway Hottes, T. Turssler et R. Marchand, « Disclosure of sexual orientation by gay and bisexual men in government-administered probability surveys », *LGBT Health*, 4(1), 2017, p. 68-71.
39. C.L.M. Keyes, *Brief description of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)*, disponible à l'adresse : <https://www.aacu.org/sites/default/files/MHC-SFEnglish.pdf>, document consulté le 30 novembre 2018.