

# INCLUSION, BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DES PERSONNES DE MINORITÉS SEXUELLES ET DE GENRE AU QUÉBEC

---

une analyse secondaire de données  
d'enquêtes populationnelles  
et communautaires

Rapport de recherche  
Mars 2022

## Crédits

### DIRECTION SCIENTIFIQUE

Martin Blais, Ph. D., Mathieu Philibert, Ph. D., et Line Chamberland, Ph. D.  
Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres, Université du Québec à Montréal.

### COORDINATION

Gabriel James Galantino, M.A., coordonnateur, Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres, Université du Québec à Montréal

### ANALYSE DE DONNÉES

Anne-Charlotte Latour, M. Sc., économiste

Mariia Samoilenko, M. Sc., statisticienne, Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres, Université du Québec à Montréal

### ASSISTANTS DE RECHERCHE

Lucas Mengual, stagiaire, Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres, Université du Québec à Montréal

Michele Baiocco, B.Sc., assistant de recherche, Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres, Université du Québec à Montréal

### POUR CITER CE DOCUMENT :

Blais, M., Philibert, M., Samoilenko, M., Latour, A.-C., Baiocco, M., Galantino, G. J., et Chamberland, L. (2022). *Bien-être et inclusion des personnes LGBT+ au Québec : une analyse secondaire de données d'enquêtes populationnelles et d'échantillons de volontaires*. Montréal : Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres, Université du Québec à Montréal.

### FINANCEMENT

La production de ce rapport a été soutenue financièrement le Bureau de lutte contre l'homophobie et la transphobie du ministère de la Justice du Québec.

Dépôt légal

Mars 2022

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-9820435-1-0 (PDF)

© Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres, Université du Québec à Montréal

# Table des matières

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Liste des acronymes</b>   | <b>5</b>  |
| <b>Contexte</b>  | <b>8</b>  |
| L'accès à des ressources et l'obtention de résultats   | 9         |
| Normes de référence pour juger de l'accès à des ressources et de l'obtention de résultats  | 9         |
| Variations socioterritoriales dans l'accès à des ressources et l'obtention de résultats  | 10        |
| La présente étude  | 12        |
| <b>Méthode</b>   | <b>14</b> |
| Sources de données   | 14        |
| Identification des PMSG  | 15        |
| Indicateurs de bien-être, de santé et d'inclusion  | 19        |
| Analyses   | 22        |
| <b>Portrait du bien-être et de la santé à l'échelle provinciale</b>  | <b>29</b> |
| <b>Portrait du bien-être et de la santé, de l'accès à du soutien social et de l'inclusion en milieu scolaire chez les JMSG au Québec</b> | <b>35</b> |
| Soutien social   | 35        |
| Inclusion et bien-être en milieu scolaire  | 37        |
| Bien-être et santé   | 39        |
| <b>Portrait du bien-être et de la santé chez les PMSG adultes au Québec</b>  | <b>45</b> |
| <b>Portrait du bien-être et de la santé des PMS âgées au Québec</b>  | <b>50</b> |
| <b>Discussion</b>  | <b>53</b> |
| Faits saillants au regard des indicateurs d'inclusion, de bien-être et de santé dans les enquêtes populationnelles                       | 53        |
| Faits saillants au regard des disparités au sein des sous-groupes de PMSG  | 55        |
| Faits saillants au regard des variations géographiques   | 56        |

|  |           |
|--|-----------|
| Faits saillants au regard des variations socioéconomiques  | 59        |
| Faits saillants au regard des variations selon la vitalité des ressources communautaires LGBT+ disponibles | 60        |
| Limites  | 61        |
| <b>Conclusion</b>  | <b>64</b> |
| <b>Références</b>  | <b>66</b> |
| <b>Annexe A – Régions de recensement et agglomérations de recensement au Québec</b>                        | <b>69</b> |
| <b>Annexe B – Indice de vitalité des ressources communautaires LGBT+, classification régionale</b>         | <b>70</b> |

## Liste des acronymes

|            |  |
|------------|--|
| AR         | agglomération(s) de recensement  |
| BLCHT      | Bureau de lutte contre l'homophobie et la transphobie  |
| CR-DSPG    | Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres   |
| DSPG       | Diversité sexuelle et la pluralité des genres  |
| EQSJS      | Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire   |
| EQSP       | Enquête québécoise sur la santé de la population   |
| ESCC       | Enquête sur la santé des collectivités canadiennes   |
| IC         | Intervalle(s) de confiance   |
| ISQ        | Institut de la Statistique du Québec   |
| JMS        | jeunes de minorités sexuelles  |
| JMSG       | jeunes de minorités sexuelles et de genre  |
| LGBTQIA2S+ | lesbiennes (L), gaies (G), bissexuelles (B), transgenres (T), queer (Q), intersexes (I), asexuelles (A), bispirituelles (2S) ou tout autre terme évoquant la diversité sexuelle et la pluralité des genres (+) |
| MJQ        | ministère de la Justice du Québec  |
| OSIEG      | orientation sexuelle, identité et expression de genre  |
| PMS        | personnes de minorités sexuelles   |
| PMSG       | personnes de minorités sexuelles et de genre   |
| RMR        | région(s) métropolitaine de recensement  |
| UQAM       | Université du Québec à Montréal  |
| ZIM        | zone(s) d'influence métropolitaine   |

## Liste des tableaux

|  |    |
|--|----|
| Tableau 1. Vue d'ensemble des échantillons analysés                                  | 15 |
| Tableau 2. Indicateurs de l'orientation sexuelle et de modalité de genre.            | 17 |
| Tableau 3. Indicateurs de bien-être, de santé et d'inclusion et normes de référence. | 23 |
| Tableau 4. Variables d'ajustement.   | 24 |

## Liste des figures

|   |    |
|---|----|
| Figure 1. Indicateurs de bien-être et de santé.   | 32 |
| Figure 2. RP agrégé de bien-être et de santé, par région sociosanitaire.  | 33 |
| Figure 3. RP agrégé de bien-être et de santé, par niveau socioéconomique.   | 33 |
| Figure 4. RP agrégé de bien-être et de santé, par type de villes.   | 34 |
| Figure 5. RP agrégé de bien-être et de santé, par niveau de vitalité des ressources communautaires LGBT+.                             | 34 |
| Figure 6. Indicateurs du soutien social disponible pour les JMSG, à l'échelle provinciale.  | 37 |
| Figure 7. Indicateurs d'inclusion et de bien-être en milieu scolaire des JMSG, à l'échelle provinciale.                               | 38 |
| Figure 8. Indicateurs du bien-être et de la santé chez les JMSG, à l'échelle provinciale.   | 40 |
| Figure 9. RP agrégé de soutien social, de bien-être en milieu scolaire ainsi que de bien-être et de santé, par région sociosanitaire. | 42 |
| Figure 10. RP agrégé de soutien social, de bien-être en milieu scolaire et de bien-être et de santé, par niveau socioéconomique.      | 42 |
| Figure 11. RP agrégé de soutien social, de bien-être en milieu scolaire et de bien-être et de santé, par type de villes.              | 43 |
| Figure 12. RP agrégé de bien-être et de santé, par quintile de vitalité des ressources communautaires LGBT+.                          | 44 |
| Figure 13. Portrait du bien-être et de la santé chez les PMS adultes, à l'échelle provinciale.  | 46 |
| Figure 14. RP agrégé du bien-être et de la santé chez les PMS adultes, par région sociosanitaire.                                     | 48 |
| Figure 15. RP agrégé du bien-être et de la santé chez les PMS adultes, par niveau socioéconomique.                                    | 49 |

|  |    |
|--|----|
| Figure 16. RP agrégé du bien-être et de la santé chez les PMS adultes, par type de villes.   | 49 |
| Figure 17. RP agrégé du bien-être et de la santé chez les PMS adultes, par quintile de vitalité des ressources communautaires LGBT+. | 49 |
| Figure 18. Indicateurs du bien-être et de la santé des PMS aînées, à l'échelle provinciale.  | 51 |
| Figure 19. RP agrégé du bien-être et de la santé des PMS aînées, par région sociosanitaire.  | 51 |
| Figure 20. RP agrégé du bien-être et de la santé des PMS aînées, par niveau socioéconomique.   | 52 |
| Figure 21. RP agrégé du bien-être et de la santé des PMS aînées, par type de villes.   | 52 |
| Figure 22. RP agrégé du bien-être et de la santé des PMS aînées, par quintile de vitalité des ressources communautaires LGBT+.       | 52 |

## Contexte

Les preuves démontrant les écarts dans le bien-être, la santé et l'inclusion des personnes de minorités sexuelles et de genre (PMSG)<sup>1</sup> comparativement à la population générale sont nombreuses<sup>2</sup>. Pour lutter contre de telles disparités, améliorer la situation des PMSG et favoriser l'atteinte de leur égalité sociale, le Québec s'est doté d'une *Politique québécoise de lutte contre l'homophobie et la transphobie*. Cette politique repose sur 6 principes directeurs :

- le respect de la dignité des personnes de minorités sexuelles et de genre ainsi que de leurs différences ;
- l'élimination de toute discrimination envers les personnes de minorités sexuelles et de genre ;
- la reconnaissance de la légitimité de l'aspiration au mieux-être des personnes de minorités sexuelles et de genre ;
- la prise en compte des spécificités des personnes de minorités sexuelles et de genre dans l'offre de services ;
- la position de chef de file de l'État en tant que garant du respect des droits et libertés et gardien de l'ordre public ;
- la responsabilisation et l'engagement de tous les acteurs institutionnels et sociaux ainsi que de l'ensemble de la population à l'égard du phénomène de l'homophobie et de la transphobie.

1 Dans le présent document, nous utilisons les expressions *personnes de minorités sexuelles* (PMS) ou *personnes de minorités sexuelles et de genre* (PMSG), selon la composition exacte des groupes désignés. Ces expressions englobent une diversité de dénominations et d'approches de mesure, tout en mettant l'accent sur le caractère minorisé des groupes concernés, encore aujourd'hui sujets à des processus d'exclusion sociale. Sont ainsi désignées les personnes qui ont des attirances sexuelles envers des personnes de même sexe ou genre, celles qui ont des rapports sexuels avec des personnes de même sexe ou genre, celles dont l'identité de genre diffère du sexe auquel on les a assignées à la naissance, celles dont l'expression de genre ne se conforme pas aux stéréotypes traditionnels de genre, celles qui s'autodésignent comme lesbiennes (L), gaies (G), bisexuelles (B), transgenres (T), queer (Q), bispirituelles (2S), asexuelles (A), ou par tout autre terme évoquant la diversité sexuelle et la pluralité des genres (+).

2 Friedman, M. S., Marshal, M. P., Guadamuz, T. E., Wei, C., Wong, C. F., Saewyc, E. M., & Stall, R. (2011). A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American journal of public health, 101* (8), 1481-1494; Hottes, T. S., Bogaert, L., Rhodes, A. E., Brennan, D. J., & Gesink, D. (2016). Lifetime prevalence of suicide attempts among sexual minority adults by study sampling strategies : a systematic review and meta-analysis. *American journal of public health, 106* (5), e1-e12; Lee, J. G., Wimark, T., Ortiz, K. S., & Sewell, K. B. (2018). Health-related regional and neighborhood correlates of sexual minority concentration : A systematic review. *PLoS one, 13* (6), e0198751; Plöderl, M., & Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International review of psychiatry, 27* (5), 367-385.



Au Québec, il existe encore peu d'informations récentes permettant de surveiller ces disparités comme la discrimination que subissent les PMSG à l'échelle populationnelle<sup>3</sup>, mais les données disponibles suggèrent que ces disparités existent notamment sur les plans du bien-être, de la santé, de l'intimidation et de la victimisation<sup>4</sup>.

## L'accès à des ressources et l'obtention de résultats

Nous pouvons juger de la situation des PMSG selon deux critères généraux : l'accès à des ressources (ou opportunités) et l'obtention de résultats spécifiques (Badgett & Sell, 2018). Les ressources désignent des conditions favorables à l'accès à différents secteurs importants pour la participation sociale et la réalisation de soi. L'accès aux ressources peut référer à l'accès tangible des personnes à des domaines de vie importants (par ex., soins de santé, éducation, relations sociales), où des politiques encadrent leur traitement juste et équitable, exempt de discrimination systémique. Un autre exemple de ressources favorisant l'inclusion est la mise en place d'un climat acceptant, reconnaissant et soutenant la diversité sexuelle et la pluralité des genres, où règnent des interactions interpersonnelles positives, exemptes de violences et respectueuses de l'intégrité des PMSG. L'accès à des ressources est une condition nécessaire, mais non suffisante, à la réalisation optimale des PMSG d'une manière qui soit conforme à la dignité humaine. Ces ressources doivent aussi permettre l'obtention de résultats dans des sphères importantes pour la réalisation de soi (famille, santé, emploi, école, etc.), à l'échelle individuelle et collective. Si certains domaines d'inclusion sont transversaux à la vie, comme la santé, d'autres prennent une importance particulière à différents âges, comme l'école durant la jeunesse ou l'emploi chez les adultes.

## Normes de référence pour juger de l'accès à des ressources et de l'obtention de résultats

Les indicateurs d'accès à des opportunités et d'obtention de résultats peuvent être interprétés en fonction d'un critère ou d'une norme de référence qui définit la situation souhaitable. Deux types

3 À notre connaissance, le rapport québécois le plus exhaustif et le plus récent date de 2011 : Chamberland, L., Beaulieu-Prévost, D., Julien, D., N'Bouké, A., et de Pierrepont, C. (2011). *Portrait sociodémographique et de santé des populations LGBT au Québec — Analyse secondaire des données de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes*. Rapport de recherche, Université du Québec à Montréal, 107 pages.

4 Blais, M., Bergeron, F. A., Duford, J., Boislard, M. A., & Hébert, M. (2015). Health outcomes of sexual-minority youth in Canada: An overview. *Adolescencia & saude*, 12 (3), 53; Boucher, K., Blais, M., Hébert, M., Gervais, J., Banville-Côté, C., Bédard, I., & Dragieva, N. (2013). La victimisation homophobe et liée à la non-conformité de genre et l'adaptation scolaire et psychosociale chez les 14-22 ans : Résultats d'une enquête québécoise. *Recherches & éducations*, (8), 83-98; Burczycka, M. (2020). Les expériences de discrimination fondée sur le genre, l'identité de genre ou l'orientation sexuelle vécues par les étudiants des établissements d'enseignement postsecondaire dans les provinces canadiennes, 2019. *Bulletin Juristat — En bref* (no 85-005-X au catalogue), Ottawa : Statistique Canada; Cénat, J. M., Blais, M., Hébert, M., Lavoie, F., & Guerrier, M. (2015). Correlates of bullying in Quebec high school students: The vulnerability of sexual-minority youth. *Journal of Affective Disorders*, 183, 315-321; Galantino, G., Blais, M., Hébert, M., & Lavoie, F. (2017). *Un portrait de l'environnement social et de l'adaptation psychosociale des jeunes québécois.e.s trans ou en questionnement de leur identité de genre*. Rapport de recherche du projet Parcours amoureux des jeunes LGBT du Québec. Montréal, Université du Québec à Montréal. Jaffray, B. (2020). Les expériences de victimisation avec violence et de comportements sexuels non désirés vécues par les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et d'une autre minorité sexuelle, et les personnes transgenres au Canada, 2018. *Bulletin Juristat — En bref* (no 85-002-X au catalogue), Ottawa : Statistique Canada.

de normes peuvent être envisagées : une norme absolue et une norme relative. La norme absolue désigne une valeur de référence clairement identifiable, par exemple l'absence de discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, l'identité ou l'expression de genre (OSIEG), l'accès à un emploi ou à une source d'argent ajustée au coût de la vie, ou encore l'absence de problème de santé. La norme relative consiste à comparer un groupe étudié à un groupe de référence, en l'occurrence en comparant les PMSG à la population générale (définie comme les individus qui ne sont pas PMSG en vertu des informations disponibles). Dans le contexte du présent projet, la norme relative est privilégiée : elle consiste à présumer qu'en l'absence de processus d'exclusion les visant, les PMSG devraient être proportionnellement aussi nombreuses que celles issues de la population générale à être dans une situation favorable, et ce, de manière uniforme sur le territoire.

### Variations socioterritoriales dans l'accès à des ressources et l'obtention de résultats

Les travaux sur les disparités entre les PMSG et la population générale montrent néanmoins qu'elles sont susceptibles de varier ou d'être modifiées (par ex., réduites ou amplifiées) selon le type de territoires. Quatre sources de variations socioterritoriales seront explorées dans ce rapport : la région sociosanitaire, le type de villes, le niveau socioéconomique et la vitalité des ressources communautaires LGBT+.

La région sociosanitaire est une unité géographique divisant, par décrets gouvernementaux, le territoire québécois en 18 régions<sup>5</sup>. Chaque région est chapeautée par un ou plusieurs centres intégrés (universitaires, le cas échéant) de santé et de services sociaux (CI [U] SSS) regroupant les établissements publics d'une même région sociosanitaire<sup>6</sup>, ou une partie de ceux-ci, ainsi que l'Agence de la santé et des services sociaux, le cas échéant. Ces centres régionaux coordonnent la réalisation de cinq missions : offrir des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion ; offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés ; offrir dans la région des services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale ; offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage ; et offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui requièrent de tels services, de même que des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes.

L'organisation et la prestation des services associés à ces missions étant susceptibles de varier d'une région sociosanitaire à l'autre, des différences régionales entre les PMS et la population générale pourraient indiquer que la prestation de services n'a pas le même effet sur la santé des

<sup>5</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017). *Glossaire. Définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux* (décembre 2017). Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

<sup>6</sup> La plupart des régions sociosanitaires comportent un seul CI[U]SSS, mais la Montérégie en compte trois, la région Gaspésie-îles-de-la-Madeleine en compte deux et la région de Montréal, cinq.

PMS que sur celle de la population générale. Par exemple, des variations interrégionales pourraient refléter des besoins de soins spécifiques aux PMSG qui ne sont pas comblés par les services disponibles. Une autre source de variations interrégionales peut aussi se trouver dans la composition sociodémographique des PMSG au sein de certaines régions, où certaines caractéristiques (genre, âge) peuvent être associées à des états de santé préalables spécifiques ou des besoins de soins particuliers.

Une autre dimension qui recoupe les variations socioterritoriales est le niveau socioéconomique. Plusieurs études montrent que l'accès à des ressources en santé et l'état de santé sont étroitement liés à des facteurs économiques, autant dans la population générale<sup>7</sup>, incluant les jeunes<sup>8</sup> et les personnes âgées<sup>9</sup>. Si un système de soins de santé universel contribue certainement à réduire ces disparités économiques, le niveau socioéconomique de l'environnement résidentiel peut tout de même avoir un effet sur la santé, puisqu'il reflète la disponibilité ou « la privation de biens et de commodités de la vie courante dans divers domaines tels que l'alimentation, le logement, l'environnement et le travail »<sup>10</sup>. Le niveau de défavorisation du milieu de résidence des personnes pourrait contribuer à l'état de santé et de bien-être des populations à l'échelle locale, mais peu d'information permet de savoir s'il joue un rôle dans les disparités de santé et de bien-être entre les PMSG et la population générale au Québec.

L'analyse des distinctions entre les milieux ruraux et urbains dans l'accès aux soins et les profils de santé montre la complexité des facteurs impliqués, avec, chez les PMSG, un léger désavantage des milieux ruraux sur plusieurs indicateurs<sup>11</sup>. Pour expliquer ces distinctions, on réfère notamment à la taille des municipalités ainsi qu'à leur proximité ou leur distance des milieux fortement urbanisés et aux ressources spécifiques de ces milieux. Par exemple, les milieux plus urbanisés peuvent posséder des lieux de socialisation LGBTQ+ ou des communautés LGBTQ+ plus structurés. Ils peuvent donner accès à des services sociaux, communautaires et de santé spécialisés ou plus inclusifs pour les personnes LGBTQ+. Ils peuvent aussi offrir une plus grande diversité de services disponibles, ce qui offre davantage d'options en matière de choix de professionnel·le·s de la santé ou de services en fonction des besoins.

7 Davies, J. M., Sleeman, K. E., Leniz, J., Wilson, R., Higginson, I. J., Verne, J., ... & Murtagh, F. E. (2019). Socioeconomic position and use of healthcare in the last year of life: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 16(4), e1002782; Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., Avendaño, M., Muennig, P., Guida, F., ... & Tumino, R. (2017). Socioeconomic status and the 25x 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *The Lancet*, 389(10075), 1229-1237.

8 Weinberg, D., Stevens, G. W., Duinhof, E. L., & Finkenauer, C. (2019). Adolescent socioeconomic status and mental health inequalities in the Netherlands, 2001–2017. *International journal of environmental research and public health*, 16(19), 3605.

9 Barnett, A., Zhang, C. J., Johnston, J. M., & Cerin, E. (2018). Relationships between the neighborhood environment and depression in older adults: a systematic review and meta-analysis. *International psychogeriatrics*, 30(8), 1153-1176.

10 Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P., Simpson, A., & Philibert, M. D. (2014). Valider un indice de défavorisation en santé publique : un exercice complexe, illustré par l'indice québécois. *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 34(1), 14-25.

11 Rosenkrantz, D. E., Black, W. W., Abreu, R. L., Aleshire, M. E., & Fallin-Bennett, K. (2017). Health and health care of rural sexual and gender minorities: A systematic review. *Stigma and Health*, 2(3), 229-243.

Des variations socioculturelles se superposeraient également aux variations géographiques, notamment dans les attitudes à l'égard de la DSPG, les préoccupations pour la confidentialité et l'anticipation des réactions des professionnel·le·s au dévoilement de l'OSIEG (qui incluent des micro-agressions) ou l'accès variable à du soutien social. Ces facteurs peuvent avoir pour conséquence que les PMSG retardent les consultations, fréquentent différentes cliniques ou professionnel·le·s à la recherche de services plus adaptés, avec pour conséquence la fragmentation des soins et une capacité limitée des professionnel·le·s à suivre l'évolution de leur état de santé<sup>12</sup>, un constat particulièrement documenté chez les femmes de minorités sexuelles. Ainsi, des différences entre les PMSG et la population générale pourraient être expliquées par le type de villes de résidence, une variable à partir de laquelle nous explorerons les disparités entre les PMSG et la population générale au Québec.

Néanmoins, il faut garder en tête que même si les grands centres urbains apparaissent les mieux garnis en termes de ressources, le bassin de population qu'ils desservent, plus large, peut aussi se traduire par des délais importants et constituer un frein à l'accès. De plus, ces grands centres urbains, comme la RMR de Montréal, sont aussi composés de micro-territoires diversifiés et de zones contiguës de pauvreté et de richesse<sup>13</sup>, de sorte que leur agrégation ne permet pas nécessairement de brosser un portrait homogène et distinctif comparativement aux autres types de ville.

Un autre facteur susceptible d'influencer les disparités socioterritoriales entre les PMSG et la population générale est la distribution et la vitalité des ressources communautaires desservant les personnes LGBTQ+ dans chacune des régions sociosanitaires. Elles varient de manière importante entre les régions : dans l'ensemble, les régions de Montréal et de la Capitale-Nationale se positionnent comme les plus vitalisées (sans présumer que leurs ressources suffisent pour autant à combler les besoins réels), alors que parmi les régions les moins vitalisées, on trouvait, dans l'ordre décroissant, les Laurentides, Laval, le Bas-St-Laurent, Chaudière-Appalaches, la Côte-Nord et le Nord-du-Québec<sup>14</sup>. La disponibilité et l'accessibilité à de telles ressources spécialisées, attendu qu'elles aient les capacités suffisantes pour remplir leurs missions, pourraient aussi soutenir l'inclusion et le bien-être des PMSG et participer à la réduction des possibles disparités entre les PMSG et la population générale.

## La présente étude

La présente étude a été réalisée en deux parties. La première partie de cette étude vise d'abord à déterminer s'il existe, au sein de la population québécoise, des disparités entre les PMS et la population générale dans l'accès à des ressources et l'atteinte de résultats en matière de soutien

12 Baptiste-Roberts, K., Oranuba, E., Werts, N., & Edwards, L. V. (2017). Addressing health care disparities among sexual minorities. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 44(1), 71-80; Rosenkrantz, D. E., Black, W. W., Abreu, R. L., Aleshire, M. E., & Fallin-Bennett, K. (2017). Health and health care of rural sexual and gender minorities: A systematic review. *Stigma and Health*, 2(3), 229-243.

13 Leloup, X., Rose, D., & Maaranen, R. (2018). *La nouvelle géographie sociale de Montréal: évolution de la distribution socio-spatiale du revenu entre 1980 et 2015 dans la région métropolitaine de Montréal*. INRS-Centre Urbanisation Culture Société; Rose, D., Twigge-Molecey, A., Charette, A., & Maltais, A. (2013). *Une métropole à trois vitesses? Bilan sur les écarts de revenu dans le Grand Montréal, 1970-2005*. Cities Centre, Université de Toronto.

14 Blais, M., St-Pierre, M., Baiocco, M., Philibert, M. et Chamberland, L. (2022). *Portrait régional de la vitalité des ressources LGBTQ+ au Québec*. Montréal : Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres et Conseil québécois LGBT.

social, de bien-être et de santé, ainsi que d'éducation (pour les jeunes). Ensuite, elle vise à documenter les possibles variations socioterritoriales dans ces disparités, en l'occurrence selon la région sociosanitaire, selon le niveau socioéconomique du milieu de résidence, selon le type de villes et selon la vitalité des ressources communautaires LGBT+ disponibles. Les disparités et les sources potentielles de leur variation sont explorées, lorsque possible, dans trois groupes d'âge : les jeunes de 15 à 18 ans, les adultes de 18 à 59 ans ainsi que les aîné·e·s de 60 ans et plus.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons analysé les données les plus récentes disponibles sur les PMS<sup>15</sup> tirées de trois enquêtes représentatives de la population québécoise : l'Enquête québécoise sur la santé de la population de 2014-2015 (EQSP), l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017 (EQSJS) et la portion québécoise de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes de 2015-2016 (ESCC). Ces enquêtes colligent des données sur un grand nombre d'indicateurs pertinents pour l'ensemble de la population. Le caractère représentatif et les échantillons de grande taille qui caractérisent ces enquêtes permettent de produire des résultats plus crédibles que les enquêtes réalisées sur des échantillons de volontaires.

Néanmoins, ces enquêtes restent limitées dans leur capacité à produire un portrait détaillé des sous-groupes LGBTQ+. Plusieurs raisons expliquent cette limite. D'abord, leur plan d'échantillonnage n'est pas établi pour assurer la représentativité des PMSG et leur nombre y reste généralement trop faible pour produire des résultats précis ou pour analyser des sous-groupes particuliers. Ensuite, chacune adopte une approche de mesure différente et limitée de l'orientation sexuelle des répondant·e·s (par exemple, attirance sexuelle, autodésignation, sexe/genre des partenaires sexuels sur une période donnée). De même, aucune ne permet de distinguer, à ce jour, le sexe assigné à la naissance de l'identité de genre, empêchant ainsi toutes comparaisons sur la base de la modalité de genre (cisgenre vs trans)<sup>16</sup>. Ce faisant, il n'est pas possible de cerner les caractéristiques des différents sous-groupes d'orientation sexuelle, d'identité ou de modalité de genre. Enfin, malgré leur caractère nécessaire, les indicateurs généraux ne sont pas suffisants pour produire un portrait des enjeux qui sont spécifiques aux PMSG. Pour pallier ces limites, une solution consiste à tracer un portrait spécifique aux PMS sur des indicateurs similaires à partir d'échantillons de volontaires LGBTQ+.

La seconde partie de cette étude adopte cette approche. Elle vise à déterminer s'il existe des disparités entre quatre sous-groupes LGBT+ dans l'accès à des ressources et l'atteinte de résultats sur des indicateurs similaires (sans être identiques) à ceux retenus dans la première partie de l'étude. Les sous-groupes considérés sont : 1) les hommes GBQ+, 2) les femmes LGBQ+, 3) les personnes non-binaires transféminines et les femmes trans, ainsi que 4) les personnes non-binaires transmasculines et les hommes trans. Comme la première partie de l'étude, cette seconde partie vise aussi à documenter les possibles variations socioterritoriales dans ces disparités au sein des sous-groupes LGBT+, en l'occurrence selon la région sociosanitaire, selon le niveau socioéconomique, selon le type de villes et selon la vitalité des ressources communautaires LGBT+ disponibles.

15 Parce que les enquêtes populationnelles ne contiennent pas les informations nécessaires pour identifier les personnes transgenres et non-binaires, cette première partie se limite aux PMS.

16 La modalité de genre est un terme proposé par F. Ashley désigne la concordance (ou son absence) entre le sexe assigné à la naissance et l'identité de genre. Lorsque ces deux dimensions concordent, la modalité de genre est dite cisgenre ; lorsqu'elles ne concordent pas, la modalité de genre est dite transgenre. Voir Ashley, F. (À paraître). 'Trans' is my gender modality: a modest terminological proposal. In L. Erikson-Schroth (Dir.), *Trans Bodies, Trans Selves*, 2e ed. New York : Oxford University Press

## Méthode

### Sources de données

Les données sont tirées de cinq enquêtes (Tableau 1). Trois de ces enquêtes sont probabilistes et sont considérées représentatives de la population québécoise :

- La portion québécoise de l'*Enquête sur la santé des collectivités canadiennes* de 2015-2016 (ESCC), réalisée par Statistique Canada. L'ESCC est une enquête menée annuellement par Statistique Canada au sein de la population de 12 ans ou plus, à l'exception des personnes vivant en établissement, sur une réserve indienne ou dans les régions sociosanitaires du Nunavik ou des Terres-cries-de-la-Baie-James. Dans le cycle 2015-2016 de l'ESCC, 20 518 répondant-e-s au Québec ont fourni des données aux variables analysées dans ce rapport.
- L'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire* de 2016-2017 (EQSJS), réalisée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). L'EQSJS a été menée auprès de 62 277 élèves du secondaire (de la 1<sup>re</sup> année à la 5<sup>e</sup> année) de 465 écoles publiques ou privées réparties dans toutes les régions du Québec, à l'exception des régions du Nunavik et des Terres-cries-de-la-Baie-James. La majorité des élèves avaient entre 13 et 16 ans (78 %), alors que la proportion des élèves de 12 ans ou moins et de 17 ans ou plus était de 11 % dans les deux cas<sup>17</sup>.
- L'*Enquête québécoise sur la santé de la population* de 2014-2015 (EQSP), réalisée par l'ISQ. L'EQSP a été menée auprès de 45 760 répondant-e-s et fournit un échantillon représentatif de la population de 15 ans ou plus du Québec, à l'exception des personnes vivant en établissement, sur une réserve indienne ou dans la région sociosanitaire du Nunavik.

Ces trois enquêtes offrent une représentativité de la population à l'échelle provinciale et régionale en matière d'âge, de sexe et de statut socioéconomique. Notons que l'orientation sexuelle n'est pas prise en compte dans le plan d'échantillonnage ni dans la pondération des données (qui aura une influence sur la représentativité des données).

17 Voir Plante, N., Courtemanche, R et Berthelot, M (2018). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Résultats de la deuxième édition. Méthodologie de l'enquête et caractéristiques de la population visée*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Tome 1, 54 p. [[www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-adol/adaptation-sociale/sante-jeunes-secondaire-2016-2017+1.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-adol/adaptation-sociale/sante-jeunes-secondaire-2016-2017+1.pdf)]

Tableau 1. Vue d'ensemble des échantillons analysés

| Sources de données     | Groupes d'âge | Étendue des âges | Nombre maximal de répondant-e-s (non pondéré) | Proportion des PMS (%) | Proportion des répondant-e-s de la population générale* (%) |
|------------------------|---------------|------------------|---|------------------------|---|
| ESCC 2015-2016         | Tout âge      | 14-101 ans       | 20 518  | 3,65                   | 96,35   |
| EQSJS 2016-2017        | Jeunes        | 12-18 ans        | 44 442  | 17,2                   | 82,8  |
| EQSP 2014-2015         | Adultes       | 18-59 ans        | 24 129  | 3,1                    | 96,9  |
|                        | Aîné-e-s      | 60-105 ans       | 7 574   | 1,7                    | 98,3  |
| BRAV 2019-2020         | Jeunes        | 15-19 ans        | 335   | 100                    | 0   |
| SAVIE-LGBTQ+ 2019-2020 | Adultes       | 18-59 ans        | 4 596   | 100                    | 0   |
|                        | Aîné-e-s      | 60-86 ans        | 384   | 100                    | 0   |

\* Dans le contexte du présent rapport, l'expression « la population générale » désigne les répondant-e-s qui n'ont pas été classé-e-s comme PMS.

Les deux autres enquêtes ne sont pas probabilistes ; elles ont été réalisées auprès de personnes LGBT+ volontaires :

- L'enquête québécoise issue du projet de recherche *Savoirs sur l'inclusion et l'exclusion des personnes LGBTQ* (SAVIE-LGBTQ ; Chamberland, Blais et Côté, 2016-2023), réalisée auprès de plus de 4 900 adultes LGBTQ+ résidant au Québec.
- L'enquête canadienne *Bien-être et résilience devant l'adversité* (BRAV ; Blais et al., 2017-2022), réalisée auprès de jeunes LGBTQIA2S+ de 15 à 29 ans et comportant un sous-échantillon de 689 répondant-e-s résidant au Québec. Nous avons analysé le sous-groupe de JMSG âgé de 15 à 19 ans (n=335)

Comme dans la première partie de l'étude, les données de ces deux enquêtes permettent aussi d'explorer l'inclusion, le bien-être et la santé dans trois groupes d'âge : les jeunes de 15 à 18 ans, les adultes de 18 à 59 ans ainsi que les aîné-e-s de 60 ans et plus.

## Identification des PMSG

Les données disponibles dans les enquêtes pour identifier les PMSG sont limitées. En ce qui concerne l'orientation sexuelle, elles ne permettent pas de l'opérationnaliser d'une manière uniforme. L'EQSJS incluait deux mesures de l'orientation sexuelle : l'attirance sexuelle et le sexe/genre des partenaires sexuel-le-s au cours de la vie (Tableau 2). Comme l'EQSJS cible des jeunes dont 80,2 % (proportion pondérée) n'avaient pas eu de partenaires sexuel-le-s, nous n'avons retenu que l'indicateur de l'attirance sexuelle. Ainsi, dans l'EQSJS, les jeunes de minorités sexuelles (JMS) désignent les jeunes qui n'avaient pas d'attirance sexuelle exclusive envers des personnes de sexe différent (incluant les personnes en questionnement ou sans attirance au moment de l'enquête).

Dans l'EQSP, les PMS ont été cernées en fonction du sexe/genre de leurs partenaires sexuel·le·s au cours des douze mois précédant les enquêtes. Dans l'ESCC, la mesure s'appuie sur l'auto-identification comme personne homosexuelle, gaie, lesbienne ou bisexuelle. Aucun autre indicateur de l'orientation sexuelle n'était disponible dans l'EQSP et l'ESCC.

Dans les enquêtes BRAV et SAVIE-LGBTQ+, l'orientation sexuelle a été mesurée par l'autodésignation des répondant·e·s (Tableau 2). La modalité de genre a été déterminée par deux approches : 1) les personnes pouvaient indiquer si elles étaient une personne trans (femmes trans, hommes trans ou personne trans non-binaire) ou non, ou encore si elles étaient en questionnement de leur identité de genre ; et 2) les répondant·e·s indiquaient le sexe auquel illes ont été assigné·e·s à leur naissance ainsi que leur identité de genre (hommes, femmes, non-binaire, autre identité de genre culturelle [par ex., bispirituelle]). La modalité de genre a été codée comme cisgenre ou transgenre. Les personnes transgenres sont celles qui ont déclaré être transgenres ou dont l'identité de genre ne correspondait pas au sexe qui leur avait été assigné à la naissance. Les personnes non trans ont été considérées cisgenres au moment de l'enquête. Les personnes qui étaient à la fois hétérosexuelles et cisgenres ont été exclues des enquêtes.

Le Tableau 2 présente les indicateurs d'orientation sexuelle et, quand il était disponible, de modalité de genre pour chacune des enquêtes. Les répondant·e·s qui n'ont pas été classé·e·s comme PMS sont désigné·e·s par l'expression « la population générale ». Cette dernière expression est préférable dans le contexte où il n'est pas possible d'affirmer, en l'absence d'une mesure exhaustive de l'orientation sexuelle, que les personnes qui composent ce groupe sont exclusivement hétérosexuelles ou, en l'absence de données permettant d'inférer la modalité de genre des répondant·e·s, cisgenres.

Chaque type d'indicateurs a des avantages et des inconvénients en regard du portrait qu'ils permettent de produire. Les mesures basées sur l'attirance produisent en général l'estimation de prévalence la plus élevée. À l'inverse, les mesures d'auto-identification, parce qu'elles résultent souvent d'un processus développemental par lequel les personnes en arrivent à se penser à travers des termes spécifiques désignant une orientation sexuelle minorisée, sous-estiment généralement le nombre de PMS en comparaison avec les mesures basées sur l'attirance sexuelle et le sexe/genre des partenaires sexuel·le·s.



Tableau 2. Indicateurs de l'orientation sexuelle et de modalité de genre.

| Type d'indicateur   | Enquête | Énoncé  | Options de réponse identifiant les PMS   | Options de réponse désignant la population générale*   |
|---|---------|---|--|--|
| Orientation sexuelle — Attirance sexuelle                     | EQSJS   | Les gens sont différents dans leur façon d'être attirés par les autres. Laquelle de ces descriptions te représente le mieux?<br><br>Tu es sexuellement attiré(e)... | <ul style="list-style-type: none"> <li>• principalement par des personnes de l'autre sexe</li> <li>• seulement par des personnes du même sexe que toi</li> <li>• principalement par des personnes du même sexe que toi</li> <li>• autant par des personnes du même sexe que toi que de l'autre sexe</li> <li>• par aucun des deux sexes</li> <li>• je suis incertain(e) ou en questionnement (je ne sais pas)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• seulement par des personnes de l'autre sexe</li> </ul>  |
| Orientation sexuelle — Sexe/genre des partenaires sexuel·le·s | EQSP    | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles avec...   | <p>Pour les répondants de sexe masculin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un homme (des hommes) ? = Oui, incluant ou non avec <i>Une femme (des femmes)</i></li> </ul> <p>Pour les répondants de sexe féminin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une femme (des femmes) ? = Oui, incluant ou non avec <i>Un homme (des hommes)</i></li> </ul>   | <p>Pour les répondants de sexe masculin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une femme (des femmes) ? = Oui</li> <li>• Un homme (des hommes) ? = Non</li> </ul> <p>Pour les répondants de sexe féminin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un homme (des hommes) ? = Oui</li> <li>• Une femme (des femmes) ? = Non</li> </ul> |

| Type d'indicateur                      | Enquête              | Énoncé  | Options de réponse identifiant les PMS   | Options de réponse désignant la population générale*                 |
|--|----------------------|---|--|--|
| Orientation sexuelle — Autodésignation | ESCC                 | Vous considérez-vous...?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Homosexuel, c'est-à-dire lesbienne ou gai (relations sexuelles avec les personnes du même sexe)</li> <li>• Bisexuel (relations sexuelles avec les personnes des deux sexes)</li> </ul>  | Hétérosexuel (relations sexuelles avec les personnes du sexe opposé) |
|  | BRAV<br>SAVIE-LGBTQ+ | Quelle expression décrit le mieux votre orientation sexuelle actuelle?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gai·e ou lesbienne</li> <li>• Hétérosexuel·le</li> <li>• Hétéroflexible</li> <li>• Homoflexible</li> <li>• Bisexuel·le</li> <li>• Queer</li> <li>• Pansexuel·le</li> <li>• Asexuel·le</li> <li>• En questionnement (vous ne le savez pas encore ou vous êtes en train de découvrir votre orientation sexuelle)</li> <li>• Aucune de ces catégories</li> </ul> | Ne s'applique pas  |
| Modalité de genre — Auto-désignation   | BRAV<br>SAVIE-LGBTQ+ | Certain·e·s personnes sont trans (incluant les personnes transgenres, transsexuelles, ayant effectué une démarche de transition/affirmation du genre, etc.). Êtes-vous une personne trans ou avez-vous un parcours trans? | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui, un homme trans</li> <li>• Oui, une femme trans</li> <li>• Oui, une personne trans non binaire</li> <li>• Je suis en questionnement de mon identité de genre</li> <li>• Non, je ne suis pas une personne trans</li> <li>• Je ne sais pas de quoi il s'agit (recodé « non »)</li> </ul>  | Ne s'applique pas  |

| Type d'indicateur  | Enquête      | Énoncé  | Options de réponse identifiant les PMS   | Options de réponse désignant la population générale* |
|--|--------------|---|--|--|
| Modalité de genre — Concordance (ou non) entre l'identité de genre et le sexe assigné à la naissance | BRAV         | Quel sexe vous a-t-on attribué à la naissance (sur votre certificat de naissance original) ?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexe masculin</li> <li>• Sexe féminin</li> </ul>  | Ne s'applique pas                                    |
|  | SAVIE-LGBTQ+ |   |  |  |
|  | BRAV         | Quelle est le genre (ou le sexe) que vous ressentez être le vôtre (votre identité de genre) ? | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculin/homme</li> <li>• Féminin/femme</li> <li>• Identité de genre autochtone ou d'une autre culture (ex., bispirituelle, deux-esprits)</li> <li>• Non binaire, fluide dans le genre ou autre (ex., genderqueer)</li> <li>• Aucune de ces catégories</li> </ul> | Ne s'applique pas                                    |
|  | SAVIE-LGBTQ+ |   |  |  |

\* Dans le contexte du présent rapport, l'expression « la population générale » désigne les répondant-e-s qui n'ont pas été classé-e-s comme PMS.

## Indicateurs de bien-être, de santé et d'inclusion

Le Tableau 3 présente les indicateurs retenus à partir des données disponibles dans les enquêtes analysées. Nous avons choisi de retenir une norme relative pour analyser la situation des PMS dans ces enquêtes, à savoir la valeur de référence de la population générale, en y intégrant, lorsque possible, une norme absolue (la situation idéale). Ainsi, chaque fois que cela était possible, nous avons identifié une norme absolue (par exemple, l'accès à un soutien *élevé*) et nous avons comparé l'écart qui sépare les PMS et la population générale dans l'accès à un tel soutien (norme relative). Rappelons que l'hypothèse sous-jacente à cette approche est qu'en l'absence de processus d'exclusion les visant, les PMS devraient être proportionnellement aussi nombreuses que celles issues de la population générale à être dans une situation idéale ou favorable.

Pour mesurer cet écart potentiel entre les PMS et la population générale, nous avons estimé des prévalences et des rapports de prévalence (RP)<sup>18</sup>. La prévalence désigne le rapport entre un numérateur, ici le nombre de personnes dans une population donnée qui a accès à des ressources (par exemple, un soutien social élevé) ou en tire un résultat positif (par ex., une santé mentale florissante, une bonne santé générale), et un dénominateur, ici la population totale. Nous avons ainsi calculé deux estimations de prévalence pour chaque indicateur : l'une pour les PMS et l'autre, pour la population générale.

18 Tamhane, A. R., Westfall, A. O., Burkholder, G. A., & Cutter, G. R. (2016). Prevalence odds ratio versus prevalence ratio : Choice comes with consequences: Prevalence odds ratio versus prevalence ratio. *Statistics in Medicine*, 35 (30), 5730-5735.

Ces deux estimations sont utilisées pour calculer un RP, qui quantifie l'écart entre chacune des populations par un chiffre unique. Par exemple, dans l'ESCC, la prévalence ajustée de l'auto-évaluation positive de sa santé mentale est de 0,96 (ou 96 %) pour la population générale et de 0,87 (ou 87 %) chez les PMS. Nous obtenons ainsi un rapport des prévalences ajustées de 0,91 (0,87/0,96), ce qui nous permet d'affirmer que la proportion de PMS ayant une évaluation positive de leur santé représente 0,91 (ou 91 %) de la prévalence dans la population générale. Parce qu'il permet de comparer facilement l'accès à des ressources ou l'obtention de résultats entre deux populations, et puisque notre objectif est de positionner les PMS à la population générale du Québec, le RP est une mesure de choix.

Dans le présent document, les RP expriment donc la prévalence d'un indicateur observée chez les PMS (numérateur) relativement à sa prévalence dans la population générale (dénominateur). Un RP égal à 1,0 indique qu'aucune différence n'est observée entre les deux populations. Cependant, un RP inférieur à 1,0 indique que la proportion de personnes, parmi les PMS, qui ont accès à des ressources ou à des résultats positifs est inférieure à la proportion de personnes de la population générale qui y ont accès. Autrement dit, cela signifie que les PMS sont désavantagées comparativement à la population de référence. Inversement, un RP d'une valeur supérieure à 1,0 indique que la population des PMS a une probabilité plus élevée que les personnes de la population générale d'accéder à des ressources ou à des résultats positifs.

Dans les enquêtes communautaires, les rapports de prévalence ne sont pas calculés par rapport à la population générale (puisque ces enquêtes concernaient exclusivement des PMSG), mais par rapport à un groupe de référence spécifique : les femmes cisgenres LGBTQ+. Les RP comparent donc ainsi chaque sous-groupe PMSG d'intérêts (les hommes cisgenres GBQ+, les personnes non-binaires transmasculines et les hommes trans, ainsi que les personnes non-binaires transféminines et les femmes trans) aux femmes cisgenres LGBTQ+. Alors que les RP produits sur les données d'enquêtes populationnelles permettent de vérifier s'il existe une hiérarchie entre la population générale et les PMS dans l'accès à des opportunités et l'obtention de résultats qui soutiennent leur inclusion, leur bien-être et leur santé, l'analyse des données communautaires permet de déterminer si une telle hiérarchie existe au sein même des PMSG.

Des RP ont été calculés pour l'ensemble des indicateurs sélectionnés. Pour simplifier la synthèse considérant le grand nombre d'indicateurs analysés, nous avons produit des RP agrégés. Ils sont obtenus en calculant une moyenne géométrique de tous les RP d'un domaine (bien-être et santé, soutien social de multiples sources, inclusion et bien-être en milieu scolaire, etc.)<sup>19</sup>. Ces RP agrégés facilitent la lecture des différences à travers un grand nombre de catégories, en l'occurrence les régions sociosanitaires, le type de villes, le niveau socioéconomique et la vitalité des ressources communautaires LGBTQ+, en offrant une perspective plus globale.

19 Il existe de multiples approches à la construction d'indices visant à synthétiser les informations tirées de plusieurs variables. La moyenne géométrique désigne la n<sup>ième</sup> racine du produit de n nombres. Elle atténue l'effet des valeurs extrêmes des indicateurs sur leur moyenne et constitue donc une meilleure représentation de la tendance centrale. Prenons les séries numériques (21, 1, 1, 1) et (6, 6, 6, 6). La moyenne arithmétique de chaque série est de 6, mais la moyenne géométrique de la première est de 2,14 alors que celle de la seconde est de 6, des valeurs qui reflètent davantage la distribution des valeurs observées et l'asymétrie de leur distribution que la moyenne arithmétique (l'exemple est tiré de Step 7: Aggregating indicators). Dans le calcul de cette moyenne géométrique, nous avons accordé un poids identique à chacun des indicateurs composant l'indice, suivant en cela la recommandation de Babbie (2014) selon laquelle la pondération égale devrait être la norme (p. 164).

Les estimations de RP sont accompagnées d'intervalles de confiance (IC). Un IC décrit ce qu'il est aussi convenu d'appeler une marge d'erreur pour décrire la variabilité inhérente aux données d'enquêtes. Comme les données proviennent d'un sous-groupe de répondant-e-s au sein de la population cible, il est probable qu'une valeur différente aurait pu être obtenue si le hasard avait fait en sorte que d'autres personnes avaient participé à l'enquête. L'IC présente l'étendue plausible de la vraie valeur du rapport de prévalence. Plus spécifiquement, si l'enquête était répétée un grand nombre de fois et qu'on construisait un IC pour chaque échantillon aléatoirement sélectionné de la population étudiée, 95 % des IC contiendraient la vraie valeur de rapport de prévalence. Il est toutefois important de noter que la probabilité que la vraie valeur soit différente de l'estimation n'est pas uniforme pour toutes les valeurs de l'IC : plus une valeur est près d'une des bornes de l'IC, moins il est probable qu'il s'agisse de la vraie valeur dans la population.

Illustrons l'interprétation des RP et de leur IC à partir de deux exemples : l'absence de stress dans la vie et la santé mentale florissante. Le RP pour l'absence de stress dans la vie est de 0,67 (IC 95 % = 0,52-0,86). Ce RP (0,67) nous indique que pour trois personnes de la population générale qui déclarent ne pas vivre de stress, seules deux PMS déclarent la même chose. Autrement dit, le rapport de prévalence de 0,67 indique que la probabilité pour une PMS de ne pas vivre de stress est 33 % plus faible ( $1-0,67=0,33$ ) que la même probabilité pour une personne de la population générale. Or, ce RP aurait pu être différent si l'enquête avait été menée auprès d'un échantillon différent. Toutefois, l'IC nous indique que la valeur de 1,00 (indiquant l'égalité des prévalences comparées) n'est pas comprise dans la gamme de valeurs probables, ce qui mène à la conclusion qu'il est peu probable que la différence observée soit due au hasard (on dit alors que cette différence est *statistiquement significative*). Si la valeur de 1,00 avait été incluse dans l'IC, il n'aurait pas été possible de conclure que la différence observée n'est pas due à la variabilité inhérente à l'échantillonnage.

Le RP pour la santé mentale florissante offre un exemple pour une situation particulière : la valeur 1,00 est une des bornes de l'IC. Au sens strict, il faudrait conclure que la différence observée n'est pas statistiquement significative puisque la valeur 1,00 est comprise dans l'IC. Plusieurs raisons peuvent expliquer notre incapacité à conclure rigoureusement à la présence d'une différence significative sur le plan statistique. D'abord, cette absence de différence peut être réelle, c'est-à-dire que le groupe d'intérêt ne se distingue effectivement pas du groupe de référence sur les indicateurs analysés. Ensuite, elle peut être la conséquence d'une faible taille des effectifs dans les groupes comparés, ce qui induit un biais de données éparses (angl. *sparse-data bias*)<sup>20</sup>, augmente les marges d'erreur<sup>21</sup> et, par conséquent, l'incertitude dans notre capacité à conclure hors de tout doute qu'une différence existe. Enfin, cette incapacité à conclure à une différence significative peut aussi refléter une trop grande hétérogénéité au sein des groupes comparés. Par exemple, si un groupe manifeste un portrait très différent du groupe de référence, mais que son effectif est faible dans l'échantillon étudié, ses particularités peuvent être absorbées après sa fusion avec un autre groupe plus peuplé qui ne présenterait pas de différence marquée avec le groupe de référence. En d'autres mots, le contraste fort d'un groupe de taille trop faible peut être nivelé à cause

20 Devika, S., Jeyaseelan, L., & Sebastian, G. (2016). Analysis of sparse data in logistic regression in medical research: A newer approach. *Journal of Postgraduate Medicine*, 62(1), 26-31.

21 Greenland, S., Schwartzbaum, J. A., & Finkle, W. D. (2000). Problems due to small samples and sparse data in conditional logistic regression analysis. *American Journal of Epidemiology*, 151(5), 531-539.

de sa fusion avec un autre groupe de grande taille dont le contraste avec le groupe de référence est négligeable.

Les estimations produites sur des groupes de petits effectifs ou très hétérogènes se présentent souvent avec des IC très larges. Dans ces situations, il est impossible de déterminer si une différence existe hors de tout doute raisonnable. Dans le contexte du présent rapport, il arrive que les résultats montrent le désavantage systématique d'un groupe par rapport à un autre, et ce, même sans pouvoir confirmer la présence de différence significative sur le plan statistique. Le caractère systématique de tels patrons de contrastes mérite alors d'être souligné.

## Analyses

L'estimation des RP sur les données d'enquêtes populationnelles a été faite à l'aide de régressions de Poisson<sup>22</sup> avec une estimation robuste de la variance et une fonction de lien log<sup>23</sup> pour chacun des indicateurs (Tableau 3). Les IC ont été construits par rééchantillonnage multiple avec remise (méthode *bootstrap*)<sup>24</sup>. Ces estimations ont été ajustées pour les facteurs sociodémographiques suivants : âge, genre, langue de l'entrevue, pays de naissance, niveau de scolarité, composition du ménage et situation financière (Tableau 4). L'inclusion de ces facteurs peut contribuer à augmenter la précision des estimations des rapports de prévalence<sup>25</sup>. Les répondant-e-s qui présentaient des données manquantes sur les variables d'ajustement ont été assigné-e-s à une catégorie spécifique (« données manquantes ») afin d'éviter de les exclure des analyses. Cet ajustement permet de minimiser la probabilité que les différences observées entre les PMS et la population générale soient attribuables à des différences dans la composition sociodémographique des groupes comparés plutôt que dans leur seule différence d'orientation sexuelle.

22 Zou, G. (2004). A Modified Poisson Regression Approach to Prospective Studies with Binary Data. *American Journal of Epidemiology*, 159 (7), 702-706.

23 Frome, E. L. (1983). The analysis of rates using Poisson regression models. *Biometrics*, 39(3), 665-674; McCullagh, P. (2018). *Generalized linear models*. New York: Routledge; Min, Y., & Agresti, A. (2002). Modeling nonnegative data with clumping at zero : A survey. *Journal of the Iranian Statistical Society*, 1 (1-2), 7-33; Szumilas, M. (2010). Explaining odds ratios. *Journal of the Canadian academy of child and adolescent psychiatry*, 19 (3), 227.

24 Chernick, M. R. (2011). *Bootstrap methods: A guide for practitioners and researchers* (Vol. 619). John Wiley & Sons.

25 Sauer, B., Brookhart, M.A., Roy, J. A., et al. (2013). Covariate Selection. In Velentgas, P., Dreyer, N. A., Nourjah, P., et al. (Eds), *Developing a Protocol for Observational Comparative Effectiveness Research: A User's Guide* (chapitre 7). Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK126194/>

Tableau 3. Indicateurs de bien-être, de santé et d'inclusion et normes de référence.

| Variables, par enquête (norme absolue visée)                                   | Variables similaires dans les enquêtes communautaires                     |
|--|---|
| EQSJS  | BRAV  |
| Soutien social — famille (élevé)   | Environnement familial soutenant (élevé)                                  |
| Soutien social — ami·e·s (élevé)   | *   |
| Soutien social — communauté (élevé)  | *   |
| Engagement scolaire (élevé)  | *   |
| Sentiment d'appartenance à son école (élevé)                                   | *   |
| Soutien social à l'école (élevé)   | Environnement scolaire soutenant (élevé)                                  |
| Risque de décrochage (faible)  | *   |
| Victimisation ou cyberintimidation — école (jamais)                            | Victimisation — école (jamais)  |
| Santé mentale positive (florissante)   | Santé mentale positive (florissante)                                      |
| Détresse psychologique (faible)  | *   |
| Médication dépression ou anxiété (aucune)                                      | *   |
| EQSP – bien-être et santé  | SAVIE-LGBTQ+  |
| Relations sociales parents, amis, connaissances (plutôt ou très satisfaisante) | *   |
| Idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois (aucune)                   | *   |
| État de santé perçu (bon à excellent)  | État de santé perçu (bon à excellent)                                     |
| Détresse psychologique (faible ou moyen)                                       | Santé mentale perçue (bonne à excellente)                                 |
| Tabagisme (non)  | *   |
| ESCC   | SAVIE-LGBTQ+  |
| Santé mentale (bonne à excellente)   | Santé mentale (bonne à excellente)  |
| Sentiment d'appartenance à la communauté (élevé)                               | Sentiment d'appartenance à une communauté (au moins 2-3 fois par semaine) |
| Satisfaction à l'égard de la vie (satisfaisante)                               | Satisfaction à l'égard de la vie (au moins 2-3 fois par semaine)          |
| Stress perçu dans la vie (pas du tout)   | *   |
| Stress perçu au travail (pas du tout)  | *   |
| Idéations suicidaires (non)  | *   |
| Santé perçue (bonne à excellente)  | Santé perçue (bonne à excellente)   |
| Tabagisme (non)  | *   |

\* Aucune variable comparable dans l'enquête communautaire.

Les analyses ont été produites pour l'ensemble des répondant·e·s du Québec dans l'ESCC et, à partir de l'EQSJS et de l'EQSP, pour chacun des groupes d'âge disponibles (EQSJS-jeunes, EQSP-adultes de 18 à 59 ans, EQSP-aîné·e·s 60 ans et plus), mais aussi en stratifiant ces analyses par région sociosanitaire, type de villes, niveau socioéconomique et niveau de vitalité des ressources communautaires LGBTQ+ régionales. Ces comparaisons permettent de mettre en évidence des disparités socioterritoriales en s'attardant à différents aspects des territoires. Les variations géographiques dans le type de villes ou le niveau socioéconomique du lieu de résidence correspondent

à des différences en matière de ressources disponibles, mais aussi de normes et représentations sociales potentiellement influentes sur les ressources et les résultats. Une attention particulière est aussi portée aux variations régionales dans la vitalité des ressources communautaires desservant les PMSG. Les analyses ont été effectuées avec le logiciel Stata<sup>26</sup> en utilisant les poids échantillonnaires produits par l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) et Statistique Canada.

Dans les enquêtes communautaires, les RP ont été estimés à l'aide de la régression logistique<sup>27</sup>, en appliquant la méthode de Firth avec pénalisation de la vraisemblance étant donné le petit nombre d'observations<sup>28</sup>. Les IC ont été construits par rééchantillonnage multiple avec remise (méthode *bootstrap*)<sup>29</sup> de la cohorte étudiée. La méthode delta<sup>30</sup> a été appliquée dans le cas où la technique de rééchantillonnage n'était pas valide (problèmes numériques multiples). Toutes les estimations ont été ajustées pour les facteurs sociodémographiques suivants : âge, genre, langue de l'entrevue, pays de naissance, niveau de scolarité, composition du ménage et situation financière (Tableau 4).

**Tableau 4. Variables d'ajustement.**

|                                       | EQSJS                            | EQSP | ESCC | BRAV             | SAVIE-LGBTQ      |
|---------------------------------------|----------------------------------|------|------|------------------|------------------|
| Âge                                   | Âge (en années)                  |      |      |                  |                  |
| Genre                                 | Femme vs homme (référence) †     |      |      | Non applicable ‡ | Non applicable ‡ |
| Langue<br>(entrevue ou questionnaire) | Français (référence) ; Anglais   |      |      |                  |                  |
| Pays de naissance                     | Canada (référence) ; Hors Canada |      |      |                  |                  |

26 StataCorp (2019). *Stata Statistical Software: Release 16*. College Station, TX : StataCorp LLC

27 Austin, P. C. (2010). Absolute risk reductions, relative risks, relative risk reductions, and numbers needed to treat can be obtained from a logistic regression model. *Journal of clinical epidemiology*, 63 (1), 2-6.

28 Firth, D. (1993). Bias reduction of maximum likelihood estimates. *Biometrika*, 80 (1), 27-38.

29 Chernick, M. R. (2011). *Bootstrap methods : A guide for practitioners and researchers* (Vol. 619). John Wiley & Sons.

30 Casella, G., & Berger, R. L. (2021). *Statistical inference*. Cengage Learning.



|                     | EQSJS  | EQSP   | ESCC  | BRAV | SAVIE-LGBTQ   |
|---------------------|--|--|---|------|---|
| Niveau de scolarité | Le plus haut niveau atteint par un des parents <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inconnu</li> <li>• Inférieur au diplôme d'études secondaires</li> <li>• Diplôme d'études secondaires</li> <li>• Études collégiales ou études universitaires</li> </ul> | Le plus haut niveau atteint par le répondant-e <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inconnu</li> <li>• Niveau inférieur au DES</li> <li>• Diplôme d'études secondaires (DES)</li> <li>• Diplôme ou certificat d'études collégiales</li> <li>• Diplôme d'études universitaires</li> </ul> | Le plus haut niveau atteint par le répondant-e <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sec. 2 ou moins</li> <li>• Sec. 3 ou 4</li> <li>• Sec. 5</li> <li>• Diplôme d'études secondaires, aucune étude postsecondaire</li> <li>• Certificat commercial ou diplôme d'une école de métiers</li> <li>• Diplôme/certificat-collège, cégep, etc.</li> <li>• Certificat/diplôme univ. au-dessous du niveau du bacc.</li> <li>• Baccalauréat</li> <li>• Certificat/diplôme/grade univ. au-dessus du niveau du bacc</li> <li>• Non déclaré</li> </ul> | *    | Le plus haut niveau atteint par le répondant-e <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveau inférieur au DES</li> <li>• Diplôme d'études secondaires (DES)</li> <li>• Diplôme ou certificat d'études collégiales</li> <li>• Diplôme d'études universitaires</li> </ul> |

|   | EQSJS  | EQSP   | ESCC  | BRAV   | SAVIE-LGBTQ   |
|---|--|--|---|--|---|
| Composition de la famille ou du ménage          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivre avec deux adultes (référence)</li> <li>• Vivre avec un adulte</li> <li>• Vivre seul</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne vivant seul (référence),</li> <li>• Personne sans lien vivant avec d'autres,</li> <li>• Personne vivant avec un(e) conjoint(e) partenaire,</li> <li>• Parent vivant avec conjoint(e)/partenaire et enfant(s)</li> <li>• Parent seul vivant avec enfant(s)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne vivant seul (référence),</li> <li>• Personne sans lien vivant avec d'autres,</li> <li>• Personne vivant avec un(e) conjoint(e) partenaire,</li> <li>• Parent vivant avec conjoint(e)/partenaire et enfant(s)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivre avec deux adultes (référence)</li> <li>• Vivre avec un adulte ou vivre seul</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne vivant seul (référence),</li> <li>• Personne sans lien vivant avec d'autres,</li> <li>• Personne vivant avec un(e) conjoint(e) partenaire,</li> <li>• Parent vivant avec conjoint(e)/partenaire et enfant(s)</li> </ul> |
| Situation financière de la famille ou du ménage | Perception de la situation financière de la famille comparativement à la moyenne de ta classe <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plus à l'aise</li> <li>• Aussi à l'aise</li> <li>• Moins à l'aise</li> <li>• Inconnu</li> </ul> | Revenu du ménage<br>Revenu total du ménage (imputé) [variable continue]  | Revenu total du ménage : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins de 20000 \$</li> <li>• 20000 \$ à 39999 \$</li> <li>• 40000 \$ à 59999 \$</li> <li>• 60000 \$ à 79999 \$</li> <li>• 80000 \$ et plus</li> </ul>   | Perception de la situation financière de la famille : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Très à l'aise financièrement</li> <li>• Moyennement à l'aise financièrement ou peu à l'aise financièrement</li> </ul> | Revenu total du ménage : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins de 20000 \$</li> <li>• 20000 \$ à 39999 \$</li> <li>• 40000 \$ à 59999 \$</li> <li>• 60000 \$ à 79999 \$</li> <li>• 80000 \$ et plus</li> </ul>   |

Notes. † Seule une catégorisation binaire du genre était disponible dans les trois enquêtes analysées.

‡ Comme les quatre groupes comparés sont construits selon le genre des répondant-e-s, il n'est pas inclus dans les variables d'ajustement.

\* Dans l'enquête BRAV, contrairement à l'EQSJS, le niveau de scolarité des parents n'était pas disponible; quant au niveau de scolarité des répondant-e-s iels-mêmes, il était trop corrélé avec l'âge pour être inclus dans les modèles.

**Niveau socioéconomique.** Le niveau socioéconomique du milieu de vie des répondant-e-s a été évalué à partir de l'indice de défavorisation matérielle<sup>31</sup>. L'indice synthétise les informations sur le revenu moyen, la proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires et la proportion de personnes sans emploi dans la population locale. L'indice est divisé en 5 catégories regroupant

31 Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P., Philibert, M. D., Raymond, G., & Simpson, A. (2012). Un indice régional de défavorisation matérielle et sociale pour la santé publique au Québec et au Canada. *Canadian Journal of Public Health, 103* (2), S17-S22; Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P., Simpson, A., & Philibert, M. D. (2014). Valider un indice de défavorisation en santé publique : un exercice complexe, illustre par l'indice québécois. *Maladies chroniques et blessures au Canada, 34* (1), 14-25.

chacune un cinquième (20 %) de la population (des quintiles). Des estimations ont été produites pour chacune de ces cinq catégories lorsque la taille des effectifs le permettait; dans le cas contraire, des catégories ont été regroupées ou les estimations n'ont pas été produites.

**Type de villes.** Le type de villes a été défini à partir de la Classification des secteurs statistiques de Statistiques Canada<sup>32</sup>. Dans cette classification, une municipalité peut être une composante d'une région métropolitaine de recensement (RMR), d'une agglomération de recensement (AR) ou d'une zone d'influence métropolitaine de recensement (ZIM). Une RMR est un ensemble de municipalités contiguës dont la population est de plus de 100 000 habitants alors qu'une AR est un ensemble de municipalités contiguës dont la population se situe entre 10 000 et 100 000 habitants (voir l'**Annexe A** pour la liste des RMR et AR du Québec). Les ZIM décrivent les municipalités de plus petites tailles situées hors des centres urbains ainsi que les villages en milieu rural. Elles sont classées selon l'influence (forte, modérée, faible ou nulle) que les RMR ou les AR exercent sur elles.

En plus de la taille populationnelle, la classification prend également en compte le navettage, c'est-à-dire la proportion de résidents qui se rendent travailler quotidiennement dans les noyaux urbains. Dans les RMR et les AR, au moins 50 % de la population se déplace quotidiennement vers le noyau urbain, tandis que ce navettage est effectué par moins de 50 % de la population des petites villes et villages ruraux. L'analyse du navettage, bien qu'elle n'inclue que les travailleurs, constitue un indicateur des habitudes de déplacement et un marqueur de l'accessibilité aux milieux fortement urbanisés et à certaines ressources spécifiques à ces milieux. Dans la présente étude, nous avons analysé la RMR de Montréal séparément des autres RMR. Ainsi, la classification finale des types de villes comprend 5 catégories : *RMR de Montréal*, *RMR autres que Montréal*, *AR*, ainsi que les *ZIM fortement ou modérément influencées par les RMR/AR* et les *ZIM faiblement ou nullement influencées par les RMR/AR*. Lorsque la taille des effectifs par catégories ne permettait pas de produire des estimations crédibles, certaines catégories ont été regroupés (notamment, les ZIM).

**Vitalité des ressources LGBTQ+.** Des comparaisons ont aussi été faites selon la disponibilité et la vitalité des ressources communautaires à l'échelle régionale. L'indice de vitalité des ressources desservant les personnes LGBTQ+<sup>33</sup> est une mesure composite reposant sur deux indicateurs objectifs de répartition des ressources (la distribution régionale des ressources communautaires LGBTQ+ et la répartition des ressources financières versées par l'État) et deux indicateurs subjectifs (la perception qu'ont les personnes œuvrant au sein des organismes régionaux de la vitalité organisationnelle de ces ressources, c.-à-d. la capacité de ces organismes à réaliser leurs missions, ainsi que la qualité de la défense collective des droits LGBTQ+ régionale telle que perçue par les personnes clés et un panel d'expert·e·s). Nous avons divisé cet indice en quintiles puis l'avons regroupé en trois catégories permettant d'isoler le quintile inférieur, les trois quintiles centraux et le quintile supérieur. Des estimations ont été produites pour chacune de ces cinq catégories lorsque la taille des effectifs le permettait; dans le cas contraire, des catégories ont été regroupées ou les estimations n'ont pas été produites.

32 Dictionnaire, Recensement de la population, 2016 — Classification des secteurs statistiques (CSS) (statcan.gc.ca), <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/geo045-fra.cfm>

33 Blais, M., St-Pierre, M., Baiocco, M., Philibert, M. et Chamberland, L. (2022). *Portrait régional de la vitalité des ressources LGBTQ+ au Québec*. Montréal : Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres et Conseil québécois LGBT.

La section suivante présente les résultats sous forme de figures. Dans les figures (des « graphiques en forêt » [angl. *forest plots*]), chaque rapport de prévalences est présenté sous la forme d'un point centré sur une ligne horizontale représentant son IC à 95 % ou marge d'erreur. Ces figures comportent aussi une ligne verticale en gras qui marque la valeur 1,00, correspondant à la valeur que prend le groupe de référence (la population générale dans le cas des enquêtes populationnelles, les femmes cisgenres LGBTQ+ dans le cas des enquêtes communautaires). Lorsque l'IC ne chevauche pas cette ligne (c'est-à-dire, qu'il n'inclut pas la valeur 1,00), on conclut à une différence significative entre le groupe d'intérêt et le groupe de référence auquel il est comparé. Lorsqu'il la chevauche (c'est-à-dire, qu'il inclut la valeur 1,00), il est impossible de conclure à une différence significative.

## Portrait du bien-être et de la santé à l'échelle provinciale

Le portrait provincial du bien-être et de la santé chez les personnes de minorités sexuelles et de genre (PMSG) est basé sur les données de deux enquêtes : 1) la portion québécoise de l'*Enquête sur la santé des collectivités canadiennes* (ESCC) 2015-2016 colligées auprès de personnes de 14 à 101 ans, pour qui les données sur l'orientation sexuelle (autodésignée<sup>34</sup>) étaient disponibles ; et 2) l'enquête québécoise issue du projet de recherche *Savoirs sur l'inclusion et l'exclusion des personnes LGBTQ* (SAVIE-LGBTQ ; Chamberland, Blais et Côté, 2016-2023), à laquelle 4 980 personnes de minorités sexuelles et de genre (PMSG) âgées de 18 à 86 ans et résidant au Québec ont participé.

**Données populationnelles.** Dans l'enquête populationnelle, les PMS occupaient une position désavantageuse comparativement à la population générale sur les indicateurs positifs de bien-être et de santé suivants : santé mentale auto-évaluée favorablement (86,6 % [IC 95 % : 81,4-91,8] c. 95,7 % [IC 95 % : 95,2-96,1] ; RP = 0,91 [IC 95 % : 0,85-0,96]), non-tabagisme (72,7 % [IC 95 % : 66,7-78,7] c. 81,1 % [IC 95 % : 80,3-81,9] ; RP = 0,9 [IC 95 % : 0,82-0,97]), absence d'idéations suicidaires (72 % [IC 95 % : 66-77,9] c. 88,0 % [IC 95 % : 87,4-88,6] ; RP = 0,82 [IC 95 % : 0,75-0,89]) et faible niveau de stress à l'égard de la vie (10,1 % [IC 95 % : 7,6-12,6] c. 15,2 % [IC 95 % : 14,5-15,8] ; RP = 0,67 [IC 95 % : 0,52-0,86]) (Figure 1). Toutefois, les PMS ne se distinguaient pas de la population générale quant à l'évaluation de leur santé générale, leur sentiment d'appartenance à leur communauté, leur niveau de stress lié au travail et leur degré de satisfaction à l'égard de leur vie. Le RP agrégé résumant la position moyenne des PMS au regard du bien-être et de la santé positionnait les PMS désavantageusement comparativement à la population générale (RP agrégé = 0,92, [IC 95 % : 0,85-1,00]).

**Données communautaires.** Dans l'échantillon communautaire composés de PMSG (Figure 1), les quatre indicateurs de bien-être et de santé disponibles montraient des taux similaires de sentiment d'appartenance à la communauté (55,6 % [IC 95 % : 54-57,3] dans l'échantillon communautaire c. 59,6 % [IC 95 % : 53,3-66]) dans l'échantillon populationnel), de même que des données similaires de santé perçue (échantillon communautaire : 89,8 % [IC 95 % : 88,7-90,9] c. échantillon populationnel : 88,2 % [IC 95 % : 84,8-91,5]). Les PMSG rapportaient dans des proportions moins importantes avoir une bonne santé mentale (échantillon communautaire : 72 % [IC 95 % : 70,3-73,7] c. échantillon populationnel : 86,6 % [IC 95 % : 81,4-91,8]).

La position moyenne des sous-groupes PMSG sur les variables agrégées révèle que les hommes cisgenres GBQ+ rapportaient une position avantageuse sur le plan du bien-être et de la santé comparativement aux femmes cisgenres LGBTQ+ (RP agrégé = 1,07 [IC 95 % : 1,05-1,1]), alors que les personnes non-binaires transmasculines et les hommes trans et les personnes non-binaires transféminines et les femmes trans occupaient des positions désavantagées comparativement aux femmes cisgenres LGBTQ+ (RP agrégé = 0,88 [IC 95 % : 0,84-0,92] et RP agrégé = 0,83 [IC 95 % : 0,77-0,88], respectivement) et, par conséquent, comparativement aux hommes cisgenres GBQ+.

34 Cette approche de mesure est la plus restrictive pour l'identification des PMS, avec pour conséquence que seul un petit nombre de PMS est ainsi identifié (un maximum de 674). Pour cette raison, il n'était pas possible d'en tirer des analyses par sous-groupes d'âge.

**Variations régionales.** Dans l'enquête populationnelle, le RP agrégé produit sur les données de l'ESCC montre que les PMS ne se distinguaient pas significativement de la population générale dans aucune région, à l'exception de Montréal (RP agrégé = 0,85 [IC 95 % : 0,73-0,98]), où elles présentaient un RP agrégé significativement inférieur à la population régionale (Figure 2). Malgré une variabilité des RP estimés (par exemple, RP agrégé = 0,85 pour Montréal c. RP=1,11 pour Saguenay-Lac-Saint-Jean), tous les IC se chevauchent, de sorte que nous ne pouvons pas conclure avec certitude que le positionnement des PMS diffère selon la région.

Dans l'enquête communautaire, l'examen du rapport de prévalence agrégé entre les sous-groupes PMSG au sein des régions sociosanitaires a montré que les hommes cisgenres GBQ+ se positionnaient avantageusement, comparativement aux femmes GBQ+, en Estrie (RP agrégé = 1,11 [IC 95 % : 1,02-1,21]), à Montréal (RP agrégé = 1,08 [IC 95 % : 1,04-1,12]) et dans les Laurentides (RP agrégé = 1,19 [IC 95 % : 1,04-1,34]). À l'inverse, dans ces mêmes régions et la Montérégie, les personnes non-binaires et trans s'y comparaient désavantageusement : RP agrégé = 0,84 [IC 95 % : 0,71-0,97] pour l'Estrie, RP agrégé = 0,85 [IC 95 % : 0,79-0,89] pour Montréal, RP agrégé = 0,76 [IC 95 % : 0,5-0,96] pour les Laurentides, et RP agrégé = 0,86 [IC 95 % : 0,75-0,96] pour la Montérégie. Le chevauchement des IC correspondants ne nous permet pas de conclure avec certitude que le positionnement des sous-groupes PMSG est modéré par l'appartenance à une région spécifique.

**Variations socioéconomiques.** Dans l'enquête populationnelle, le RP agrégé montre que les PMS se comparaient à la population générale dans la plupart des quintiles socioéconomiques (Figure 3), sauf dans le quintile le plus défavorisé où elles se positionnaient plus désavantageusement (RP agrégé = 0,81 [IC 95 % : 0,73-0,95]). La différence observée est de grande ampleur. En effet, cette différence suggère que les PMS ont une réduction de 19 % ( $1-0,81 \times 100$ ) de la « chance » d'être en santé comparativement à la population générale quand elles vivent dans les quartiers les plus défavorisés. Néanmoins, le chevauchement des IC ne soutient pas l'hypothèse que le positionnement des PMS diffère selon des quintiles socioéconomiques.

Dans l'enquête communautaire permettant de comparer les sous-groupes PMSG, les hommes cisgenres GBQ+ se comparaient avantageusement aux femmes cisgenres LGBQ+ dans les niveaux socioéconomiques *très favorisé* (RP agrégé = 1,07 [IC 95 % : 1,02-1,14]), *moyen* (RP agrégé = 1,11 [IC 95 % : 1,06-1,18]), et *défavorisé* (RP agrégé = 1,09 [IC 95 % : 1,02-1,15]). Les personnes trans et non binaires occupaient une position systématiquement inférieure dans tous les niveaux socioéconomiques, à deux exceptions près. Malgré un patron de contrastes similaire, on ne pouvait pas conclure à des différences statistiquement significatives pour les personnes non-binaires transmasculines et les hommes trans dans les niveaux *très favorisé* (RP agrégé = 0,95 [IC 95 % : 0,87-1,03]) et *défavorisé* (RP agrégé = 0,94 [IC 95 % : 0,85-1,03]). En analysant le chevauchement des IC, nous ne pouvons pas conclure avec certitude que le positionnement des sous-groupes PMSG est modéré par les quintiles socioéconomiques.

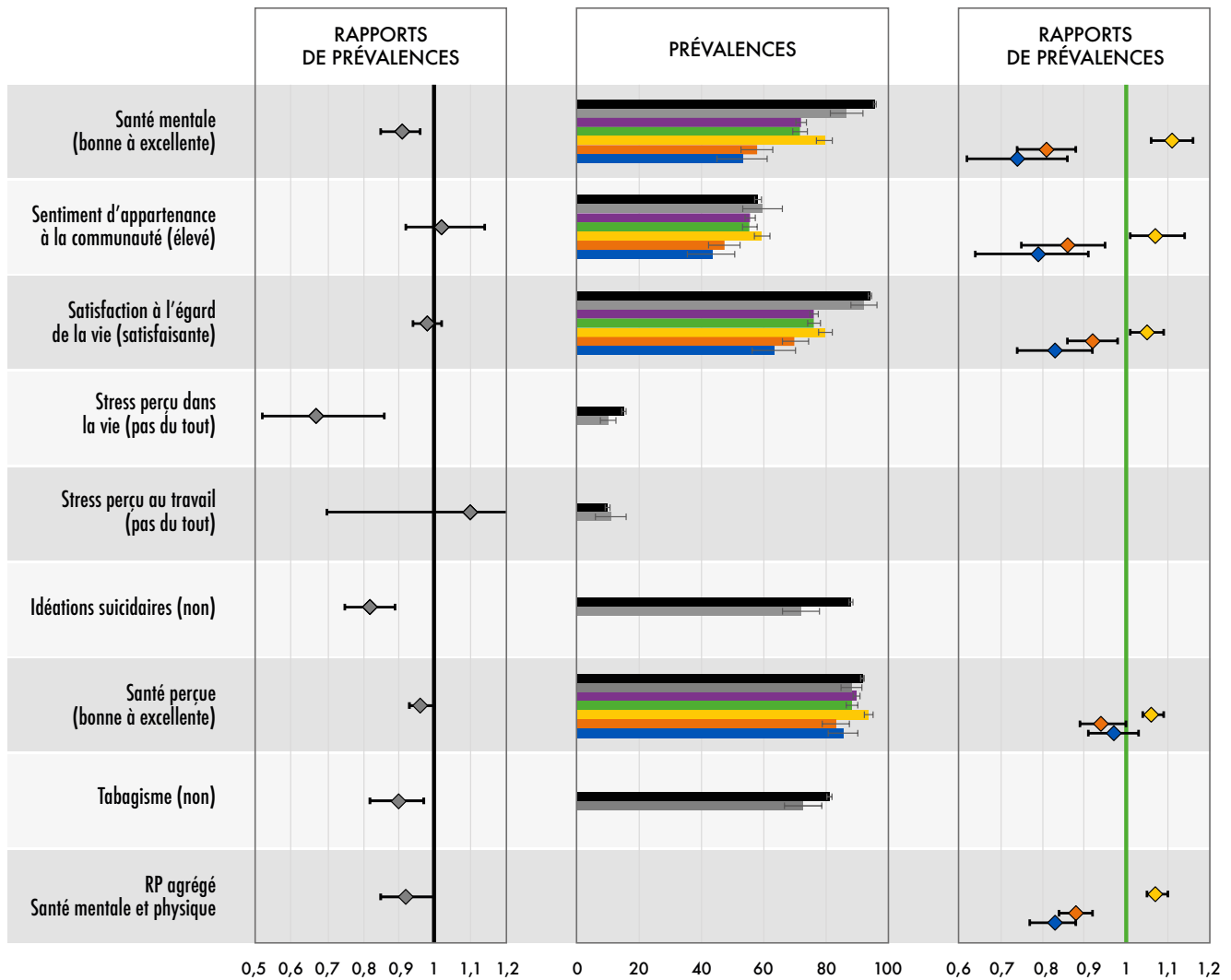
**Variations selon le type de villes.** Dans l'enquête populationnelle, le RP agrégé du bien-être et de la santé tiré de l'ESCC montre que les PMS se comparaient désavantageusement à la population générale dans les AR (RP agrégé = 0,79 [IC 95 % : 0,7-0,88]) (Figure 4). Dans les autres types de villes, l'état de santé des PMS ne se distinguait pas de celui de la population générale. Le chevauchement des IC ne nous permet pas de conclure avec certitude que le positionnement des PMS diffère selon le type de villes.

Dans l'enquête communautaire, le portrait du bien-être et de la santé variait significativement entre les sous-groupes PMSG pour tous les types de villes. En comparaison aux femmes cisgenres LGBTQ+, les hommes cisgenres GBQ+ se positionnaient avantageusement dans la RMR de Montréal (RP agrégé = 1,1 [IC 95 % : 1,07-1,13]) et dans les ZIM (RP agrégé = 1,12 [IC 95 % : 1,04-1,2]). Au contraire, les personnes non-binaires transmasculines et les hommes trans s'y comparaient désavantageusement dans la RMR de Montréal (RP agrégé = 0,87 [IC 95 % : 0,82-0,92]) et les agglomérations de recensement (RP agrégé = 0,66 [IC 95 % : 0,46-0,81]), alors que les personnes non-binaires transféminines et les femmes trans s'y comparaient désavantageusement dans les RMR de Montréal (RP agrégé = 0,80 [IC 95 % : 0,72-0,87]) et les RMR hors Montréal (RP agrégé = 0,86 [IC 95 % : 0,76-0,95]). Comme les IC ne se chevauchent pas pour certaines sous-groupes PMSG (plus précisément, pour les personnes non-binaires transmasculines et les hommes trans), nous pouvons conclure que le positionnement des sous-groupes PMSG est modéré par le type de villes.

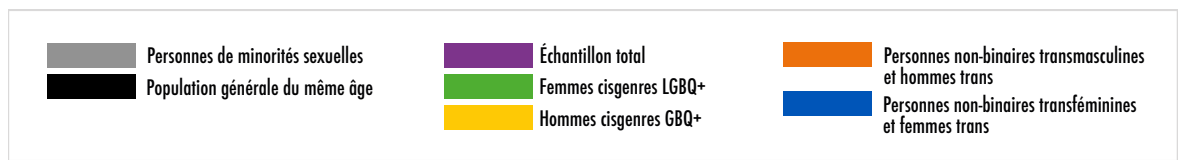
**Variations selon le niveau de vitalité des ressources communautaires LGBT+ régionales.** Dans l'enquête populationnelle, le RP agrégé du bien-être et de la santé tiré de l'ESCC montre que les PMS ne se distinguaient pas de la population générale, quel que soit le niveau de vitalité des ressources communautaires desservant les populations LGBT+ (Figure 5). Le chevauchement des IC dans ces enquêtes ne nous permet pas de conclure avec certitude que le positionnement des PMS diffère selon le niveau de vitalité.

Dans l'enquête communautaire, les régions de vitalité moyenne et élevée révélaient un patron de contrastes récurrent où les hommes cisgenres GBQ+ occupent une position significativement favorable comparativement aux femmes cisgenres LGBTQ+, alors que les personnes non-binaires et trans y occupent une position significativement désavantageuse. Dans les régions de faible vitalité, le patron de contrastes était le même, bien que les IC, très étendus, incluaient la valeur de référence. Le chevauchement des IC dans l'enquête communautaire ne soutient pas l'hypothèse que le positionnement des sous-groupes PMSG est modéré par le niveau de vitalité.

Figure 1. Indicateurs de bien-être et de santé<sup>35</sup>.



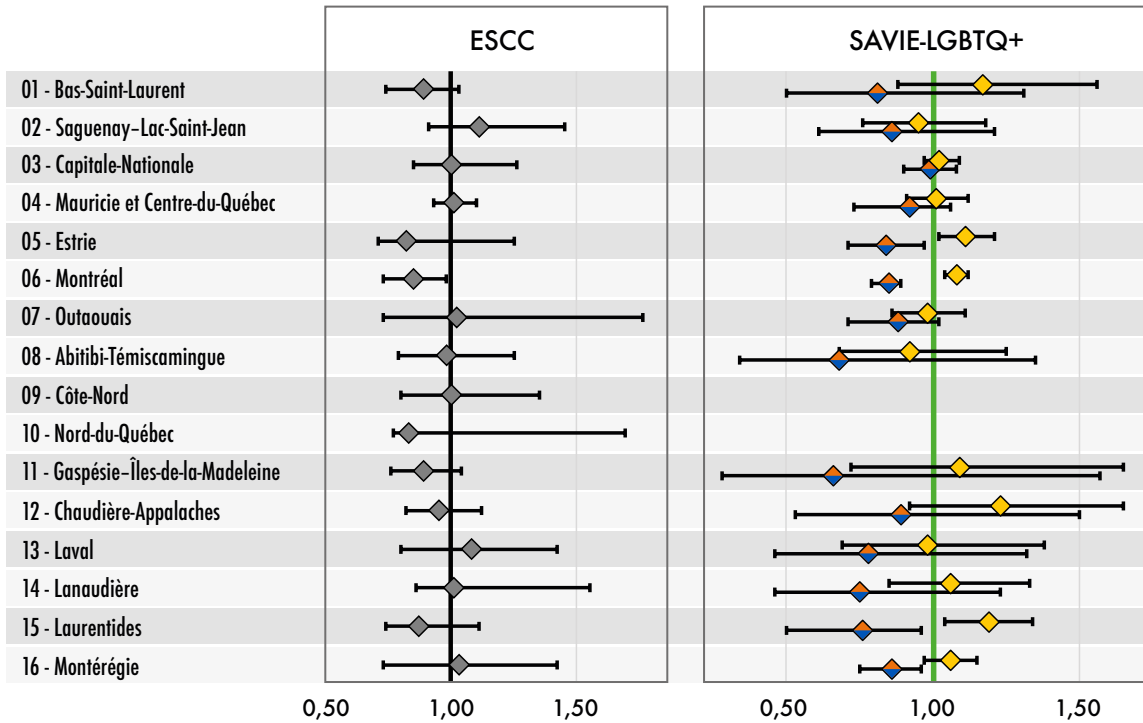
Sources : Statistique Canada, ESCC (2015-2016); Chaire DSPG, Enquête SAVIE-LGBTQ+. Analyses statistiques : Chaire DSPG.



35 En raison de l'échelle des graphiques, il arrive que certaines valeurs se situent en dehors de celles couvertes par l'axe. C'est le cas, en l'occurrence, pour l'indicateur *Stress perçu au travail (pas du tout)*. Les tableaux contenant les données complètes sont présentés dans un document d'accompagnement distinct du présent rapport.

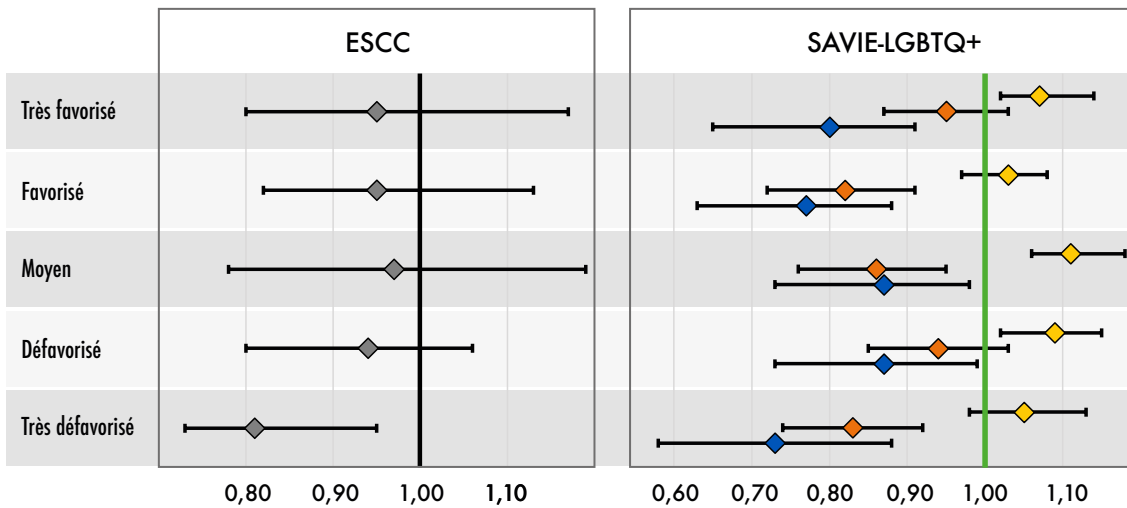


Figure 2. RP agrégé de bien-être et de santé, par région sociosanitaire.



Sources : Statistique Canada, ESCC (2015-2016); Chaire DSPG, Enquête SAVIE-LGBTQ+. Analyses statistiques : Chaire DSPG.

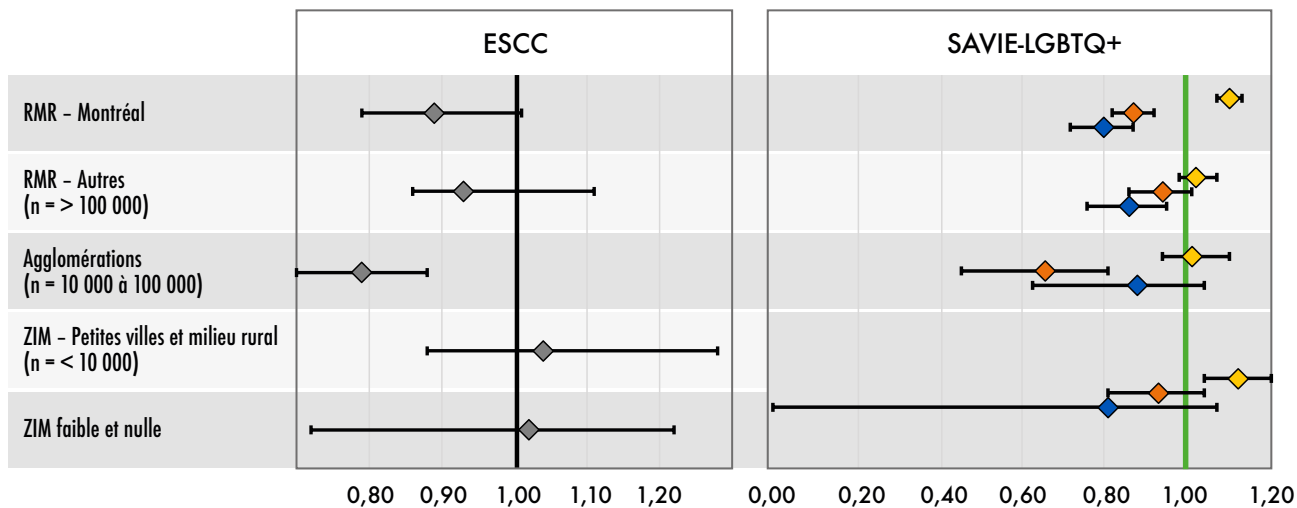
Figure 3. RP agrégé de bien-être et de santé, par niveau socioéconomique.



Sources : Statistique Canada, ESCC (2015-2016); Chaire DSPG, Enquête SAVIE-LGBTQ+. Analyses statistiques : Chaire DSPG.

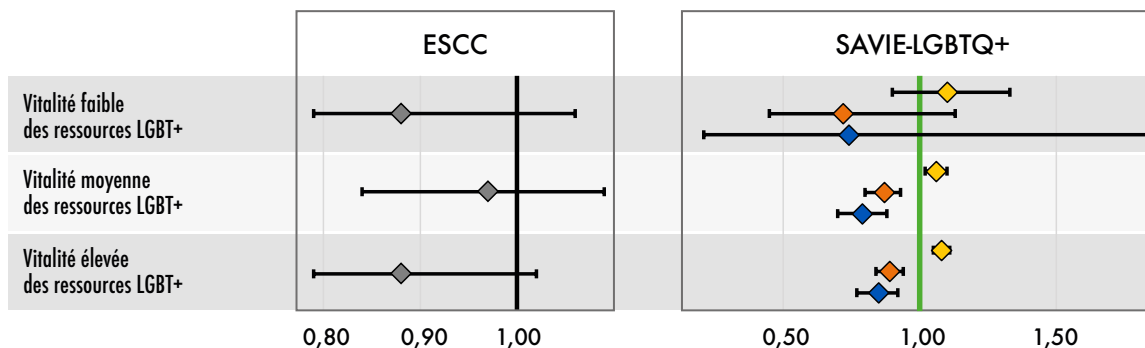


Figure 4. RP agrégé de bien-être et de santé, par type de villes.



Sources : Statistique Canada, ESCC (2015-2016); Chaire DSPG, Enquête SAVIE-LGBTQ+. Analyses statistiques : Chaire DSPG.

Figure 5. RP agrégé de bien-être et de santé, par niveau de vitalité des ressources communautaires LGBTQ+.



Sources : Statistique Canada, ESCC (2015-2016); Chaire DSPG, Enquête SAVIE-LGBTQ+. Analyses statistiques : Chaire DSPG.



## Portrait du bien-être et de la santé, de l'accès à du soutien social et de l'inclusion en milieu scolaire chez les JMSG au Québec

Le portrait du bien-être et de l'inclusion chez les jeunes de minorités sexuelles et de genre (JMSG) est basé sur les données de deux enquêtes : 1) l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire* (EQSJS), colligées auprès d'étudiant·e·s du secondaire âgé·e·s de 12 à 18 ans, où les JMS y sont identifié·e·s sur la base de leur attirance (exclusive ou non) envers des partenaires de même sexe; et 2) la portion québécoise de l'enquête *Bien-être et la résilience devant l'adversité* (BRAV), réalisée auprès de 335 JMSG (autodéclarés) âgé·e·s de 15 à 19 ans.

### Soutien social

**Données populationnelles.** Les JMS étaient moins nombreu·x·ses à percevoir un soutien social élevé de la part de leur *famille* (68,4 % [IC 95 % : 66,7-70,0] c. 77,0 % [IC 95 % : 76,4-77,6]), de leurs *ami·e·s* (60,8 % [IC 95 % : 59,2-62,4] c. 69,4 % [IC 95 % : 68,7-70,1]) ou de leur *environnement communautaire* (42,9 % [IC 95 % : 40,5-45,3] c. 51,1 % [IC 95 % : 50,0-52,2]). Le RP agrégé pour les trois sources de soutien confirme l'accès limité des JMS à du soutien social élevé comparativement à la population générale du même âge (RP agrégé = 0,87 [IC 95 % : 0,84-0,89]; Figure 6).

**Données communautaires.** Les JMSG rapportaient dans l'ensemble une prévalence de *soutien familial* comparable aux JMS de l'enquête populationnelle (63,0 % [IC 95 % : 57,3-68,8]; Figure 6). L'examen des variations du soutien familial disponible au sein des sous-groupes de genres et de modalités de genre (les femmes cisgenres LGBTQ+, les hommes cisgenres GBQ+, les personnes non-binaires transmasculines et les hommes trans, ainsi que les personnes non-binaires transféminines et les femmes trans) ne permettait pas de conclure qu'ils se distinguent de manière statistiquement significative les uns des autres au regard de leur accès à du soutien familial élevé. Néanmoins, les RP suggèrent que les hommes cisgenres GBQ+ tendaient à se positionner favorablement comparativement aux femmes cisgenres LGBTQ+ dans l'accès à un soutien familial élevé, alors que les personnes non-binaires et trans tendaient à se positionner désavantageusement. Aucune autre forme de soutien comparable n'était disponible dans l'enquête communautaire.

**Variations régionales.** L'examen du rapport de prévalence agrégé des formes de soutien social dans les régions sociosanitaires montre que leur position désavantagée se confirme dans toutes les régions, sauf en la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et dans le Nord-du-Québec (Figure 9). Dans ces deux régions, l'étendue des IC ne permet pas de conclure à des différences statistiquement significatives entre les JMS et la population générale, malgré des estimations ponctuelles également inférieures. Il faut noter que ce positionnement au regard de l'accès à un *soutien social élevé* était particulièrement désavantageux en Montérégie, suggérant que la région sociosanitaire de résidence (ou certaines de leurs particularités) peut jouer un rôle spécifique dans la réduction ou, en l'occurrence, l'amplification des écarts entre les JMS et les jeunes de la population générale. Comme les IC ne se chevauchent pas, nous pouvons conclure que le positionnement des JMS est *modifié* par l'appartenance à une région spécifique, c'est-à-dire que certaines régions font mieux

que d'autres dans la réduction des disparités dans le soutien social obtenu. La taille de l'échantillon de l'enquête BRAV ne permettait pas d'explorer les variations régionales au sein des sous-groupes JMSG.

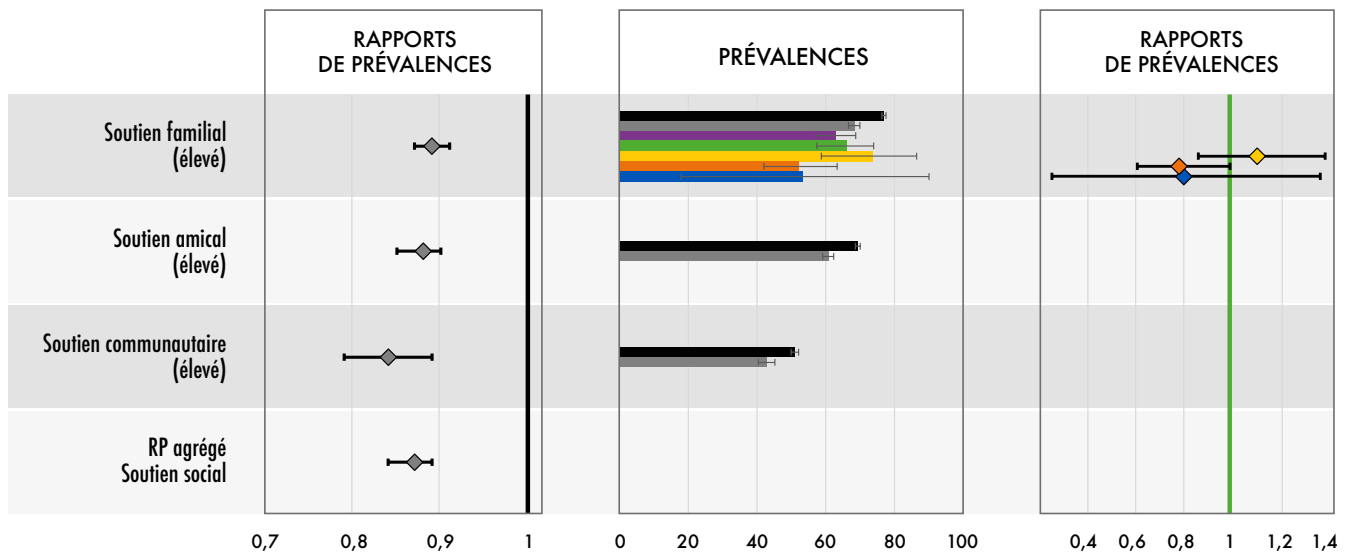
**Variations socioéconomiques.** Dans l'enquête populationnelle, les JMS étaient moins nombreux·x·ses à rapporter un soutien social élevé comparativement à la population générale, et ce, uniformément dans tous les niveaux socioéconomiques (Figure 10). Le chevauchement des IC dans ces résultats ne soutient pas l'hypothèse que le positionnement des JMS diffère selon le niveau socioéconomique. L'examen des variations du soutien familial disponible au sein des sous-groupes d'intérêt permis par l'enquête communautaire ne révélait aucune différence statistiquement significative à travers les niveaux socioéconomiques. De même, le chevauchement des IC correspondants ne nous permet pas de conclure avec certitude que le positionnement des sous-groupes JMSG était modéré par le niveau socioéconomique.

**Variations selon le type de villes.** Dans l'enquête populationnelle, les JMS étaient moins nombreux·x·ses à rapporter un soutien social élevé comparativement à la population générale dans tous les types de villes (Figure 11), sauf les ZIM faible ou nulle où, malgré un RP agrégé comparable (RP agrégé = 0,89 [IC 95 % : 0,80-1,00]), l'IC, vraisemblablement très large en raison de la taille réduite du groupe étudié à l'échelle des ZIM, incluait la valeur de référence. Le chevauchement des IC ne nous permet pas de conclure avec certitude que le positionnement des PMS différait selon le type de villes.

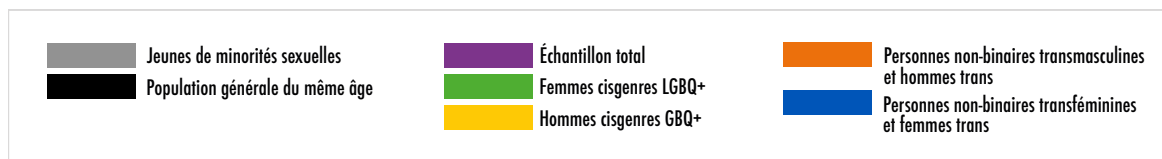
L'examen des variations du soutien familial disponible au sein des JMSG dans l'enquête communautaire ne révélait aucune différence statistiquement significative à travers les types de villes, sauf pour les personnes non-binaires transmasculines et les hommes trans dans les agglomérations de recensement (RP agrégé = 0,7 [IC 95 % : 0,41-0,99]). Le chevauchement des IC correspondants ne nous permet pas de conclure avec certitude que le positionnement des sous-groupes JMSG était modéré par le type de villes.

**Variations selon le niveau de vitalité des ressources communautaires LGBT+ régionales.** Dans l'enquête populationnelle, les JMS étaient moins nombreux·x·ses à rapporter un soutien social élevé comparativement à la population générale quels que soient ces niveaux (Figure 12). L'examen des variations du soutien familial disponible au sein des sous-groupes d'intérêt permis par l'enquête communautaire ne révélait aucune différence statistiquement significative à travers le niveau de vitalité des ressources communautaires LGBT+ régionales. Le chevauchement des IC correspondants ne nous permet pas de conclure avec certitude que le positionnement des sous-groupes JMSG était modéré par le niveau de vitalité des ressources communautaires LGBT+ régionales.

Figure 6. Indicateurs du soutien social disponible pour les JMSG, à l'échelle provinciale.



Sources : Institut de la Statistique du Québec, EQSJS (2016-2017); Chaire DSPG, Enquête BRAV. Analyses statistiques : Chaire DSPG.



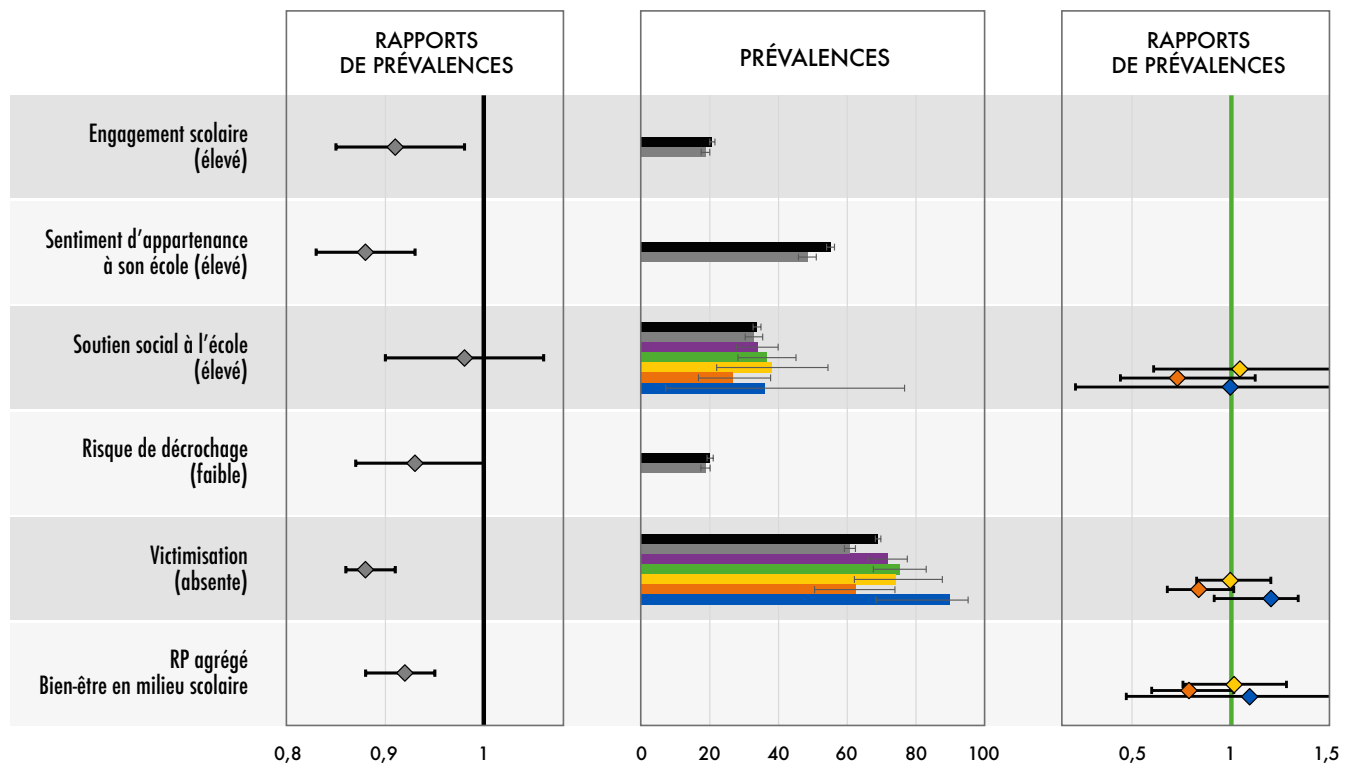
## Inclusion et bien-être en milieu scolaire

**Données populationnelles.** À l'échelle provinciale et de manière générale, les JMS présentait un niveau de bien-être en milieu scolaire désavantageux comparativement aux jeunes de la population générale (RP agrégé = 0,92 [IC 95 % : 0,88-0,95]; Figure 7). L'examen spécifique des indicateurs de bien-être en milieu scolaire montre que les JMS étaient moins nombreux que les autres à rapporter un niveau d'engagement élevé (18,8 % [IC 95 % : 17,5-20,0] c. 20,7 % [IC 95 % : 19,9-21,4]), un sentiment d'appartenance élevé (48,4 % [IC 95 % : 45,8-51,0] c. 55,1 % [IC 95 % : 53,9-56,2]), ainsi que l'absence de victimisation à l'école, sur le chemin de l'école et sur Internet (60,8 % [IC 95 % : 59,2-62,4] c. 69 % [IC 95 % : 68,2-69,8]) (Figure 7). Ils présentaient dans des proportions comparables un niveau de soutien social élevé à l'école (32,8 % [IC 95 % : 30,3-35,4] c. 33,7 % [IC 95 % : 32,5-34,8]) et des risques faibles de décrochage (18,7 % [IC 95 % : 17,4-20,1] c. 20,1 % [IC 95 % : 19,2-21,0]).

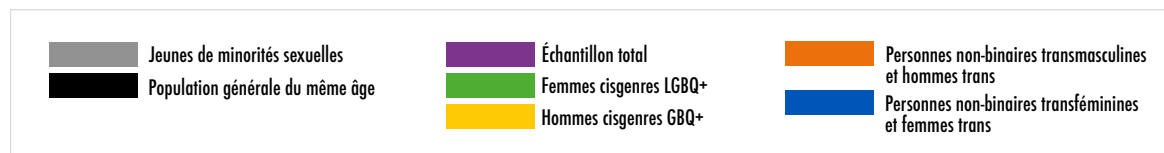
**Données communautaires.** Comme dans l'enquête populationnelle, seul le tiers des JMSG rapportaient un niveau de soutien élevé en milieu scolaire (33,9 % [IC 95 % : 27,8-39,9]). La proportion de JMSG de l'enquête communautaire qui n'avait pas vécu de victimisation en contexte scolaire était similaire à celle observée chez les jeunes de la population générale (71,7 % [IC 95 % : 66,0-77,5] c. 69 % [IC 95 % : 68,2-69,8]), une proportion plus élevée que celle obser-

vée chez les JMS de l'enquête populationnelle (60,8 % [IC 95 % : 59,2-62,4])<sup>36</sup>. Si le RP agrégé montrait la position désavantageuse des personnes non-binaires transmasculines et des hommes trans sur ces dimensions comparativement aux trois autres groupes de JMSG, l'étendue de l'IC ne permettait pas de conclure que ce désavantage était significativement plus important du point de vue statistique. L'enquête communautaire BRAV ne contenait pas d'autres indicateurs comparables du bien-être et de l'inclusion en milieu scolaire.

**Figure 7. Indicateurs d'inclusion et de bien-être en milieu scolaire des JMSG, à l'échelle provinciale.**



Sources : Institut de la Statistique du Québec, EQSJS (2016-2017) ; Chaire DSPG, Enquête BRAV. Analyses statistiques : Chaire DSPG.



**Variations régionales.** Les JMS étaient moins nombreu-x-ses à rapporter un milieu scolaire favorable dans les régions sociosanitaires suivantes : Bas-Saint-Laurent (RP agrégé : 0,89 [IC 95 % : 0,82-0,97]), Saguenay–Lac-Saint-Jean (RP agrégé : 0,85 [IC 95 % : 0,76-0,93]), Montréal (RP agrégé : 0,90 [IC 95 % : 0,79-0,99]), Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (RP agrégé : 0,86 [IC 95 % : 0,75-0,95]) et Lanaudière (RP agrégé : 0,89 [IC 95 % : 0,8-0,98]), mais ne se distinguaient pas significativement de la population générale dans les autres régions (Figure 9).

<sup>36</sup> Le fait que la collecte de données de l'enquête communautaire BRAV ait été réalisée en majeure partie durant la pandémie de COVID-19 pourrait avoir diminué l'exposition à la victimisation (ou à certaines formes directes), puisque la présence en milieu scolaire a été remplacée, en tout ou en partie selon les périodes, par des cours en ligne.

Comme les IC se chevauchent, nous ne pouvons pas conclure avec certitude que le positionnement des JMS était modéré par l'appartenance à une région spécifique. La taille de l'échantillon de l'enquête BRAV ne permettait pas d'explorer les variations régionales au sein des sous-groupes JMSG.

**Variations socioéconomiques.** Le positionnement des JMS comparativement aux jeunes de la population générale étaient généralement similaire à travers les niveaux de défavorisation, sauf dans le niveau le plus défavorisé (RP agrégé : 0,86 [IC 95 % : 0,79-0,95]), où cet écart était statistiquement significatif (Figure 10). Le chevauchement des IC ne nous permet pas de conclure avec certitude que le positionnement des JMS différait selon le niveau de défavorisation socioéconomique.

L'examen des variations dans les indicateurs de bien-être et d'inclusion en milieu scolaire disponibles dans l'enquête communautaire ne révélait aucune différence statistiquement significative entre les groupes JMSG à travers les niveaux socioéconomiques. Le chevauchement des IC correspondants ne soutient pas l'hypothèse que le positionnement des sous-groupes JMSG était modéré par le niveau socioéconomique.

**Variations selon le type de villes.** Le positionnement des JMS au regard de leur bien-être et de leur inclusion en milieu scolaire comparativement aux jeunes de la population générale se distinguait désavantageusement dans la RMR de Montréal (RP agrégé : 0,91 [IC 95 % : 0,85-0,97]) et dans les ZIM faibles et nulles (RP agrégé : 0,84 [IC 95 % : 0,69-0,98]) (Figure 11). Le chevauchement des IC ne nous permet pas de conclure avec certitude que le positionnement des JMS différait selon le type de villes.

L'examen des variations dans les indicateurs de bien-être et d'inclusion en milieu scolaire disponibles dans l'enquête communautaire révélait que les personnes non-binaires transféminines et les femmes trans se situaient désavantageusement comparativement aux femmes cisgenres LGBTQ+ (RP agrégé : 0,44, IC 95 % : 0,17-0,84) dans la RMR de Montréal, sans autre différence statistiquement significative entre sous-groupes JMSG à travers les types de villes. Toutefois, le chevauchement des IC correspondants ne soutient pas l'hypothèse que le positionnement des sous-groupes JMSG était modéré par le type de villes.

**Variations selon le niveau de vitalité des ressources communautaires LGBTQ+ régionales.** Le positionnement des JMS comparativement aux jeunes de la population générale sur le bien-être et l'inclusion en milieu scolaire était inférieur à celui des jeunes de la population générale peu importe les niveaux de vitalité des ressources communautaires LGBTQ+ régionales (Figure 12). Le chevauchement des IC correspondants ne nous permet pas de conclure avec certitude que le positionnement des JMS différait selon le niveau de vitalité des ressources communautaires LGBTQ+ régionale.

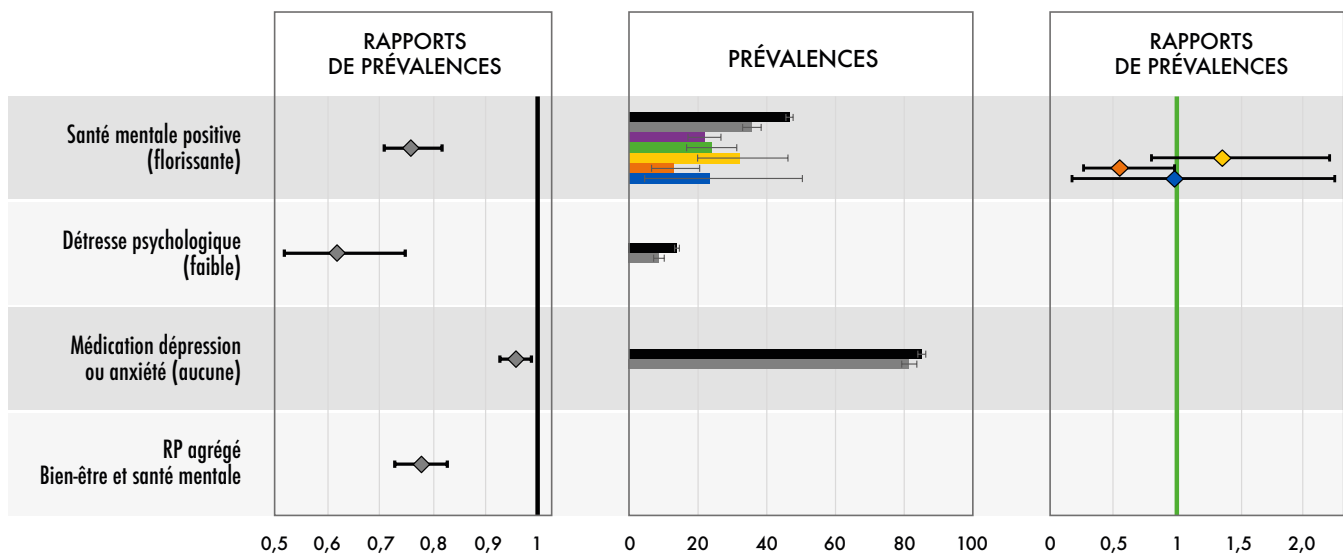
## Bien-être et santé

**Données populationnelles.** Les JMS étaient moins nombreux·x·ses à rapporter une santé mentale florissante (35,7 % [IC 95 % : 33,0-38,4] c. 46,7 % [IC 95 % : 45,6-47,7]) et à ne pas vivre de détresse psychologique comparativement aux jeunes de la population générale (8,7 % [IC 95 % : 7,1-10,2] c. 13,9 % [IC 95 % : 13,2-14,6]). Les deux groupes rapportaient toutefois une proportion similaire de jeunes ne prenant aucune médication contre la dépression ou l'anxiété (81,5 % [IC 95 % : 79,3-83,7] c. 85,1 % [IC 95 % : 84-86,3]). Le RP agrégé de ces trois indicateurs de bien-être et de santé confirmait leur position moyenne désavantageuse comparativement

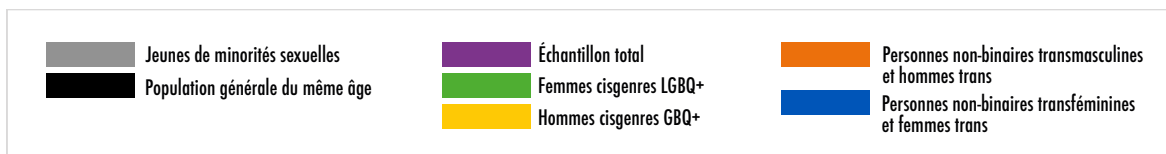
aux jeunes de la population générale du même groupe d'âge (RP agrégé = 0,78 [IC 95 % : 0,73-0,83]; Figure 8).

**Données communautaires.** Les JMSG ayant participé à l'enquête BRAV étaient moins nombreux à présenter une santé mentale florissante que les jeunes de l'EQSJS (21,9 % [IC 95 % : 17,1-26,7]; Figure 8). L'examen des variations du soutien familial disponible au sein des sous-groupes de genres et de modalités de genre révèlent que parmi les JMSG, ce sont les jeunes personnes non-binaires transmasculines et les jeunes hommes trans qui étaient les moins nombreux à rapporter une santé mentale florissante (13,1 % [IC 95 % : 6,5-20,5]) et ce groupe se distinguait significativement du groupe de référence (les jeunes femmes cisgenres LGBTQ+), avec un RP de 0,55 (IC 95 % : 0,27-0,98).

Figure 8. Indicateurs du bien-être et de la santé chez les JMSG, à l'échelle provinciale.



Sources : Institut de la Statistique du Québec, EQSJS (2016-2017); Chaire DSPG, Enquête BRAV. Analyses statistiques : Chaire DSPG.



**Variations régionales.** Dans l'enquête populationnelle, les JMS occupaient une position significativement inférieure à celle des jeunes de la population générale sur le plan du bien-être et de la santé dans la plupart des régions (Figure 9), sauf dans le Bas-Saint-Laurent (RP agrégé : 0,88, [IC 95 % : 0,75-1,00]), la Montérégie (RP agrégé : 0,82, [IC 95 % : 0,65-1,01]) et le Nord-du-Québec (RP agrégé : 0,97, [IC 95 % : 0,61-1,32]), où les IC incluaient la valeur de référence et ne permettaient pas de conclure que les disparités observées étaient statistiquement significatives. Il faut noter que le positionnement des jeunes au regard de leur bien-être et de leur santé était particulièrement désavantageux sur la Côte-Nord (RP agrégé : 0,64 [IC 95 % : 0,55-0,72]). Néanmoins, le chevauchement des IC ne nous permet pas de conclure avec certitude que le positionnement des JMS était modéré par l'appartenance à une région spécifique. La taille de l'échantillon de l'enquête BRAV ne permettait pas d'explorer les variations régionales au sein des sous-groupes JMSG.



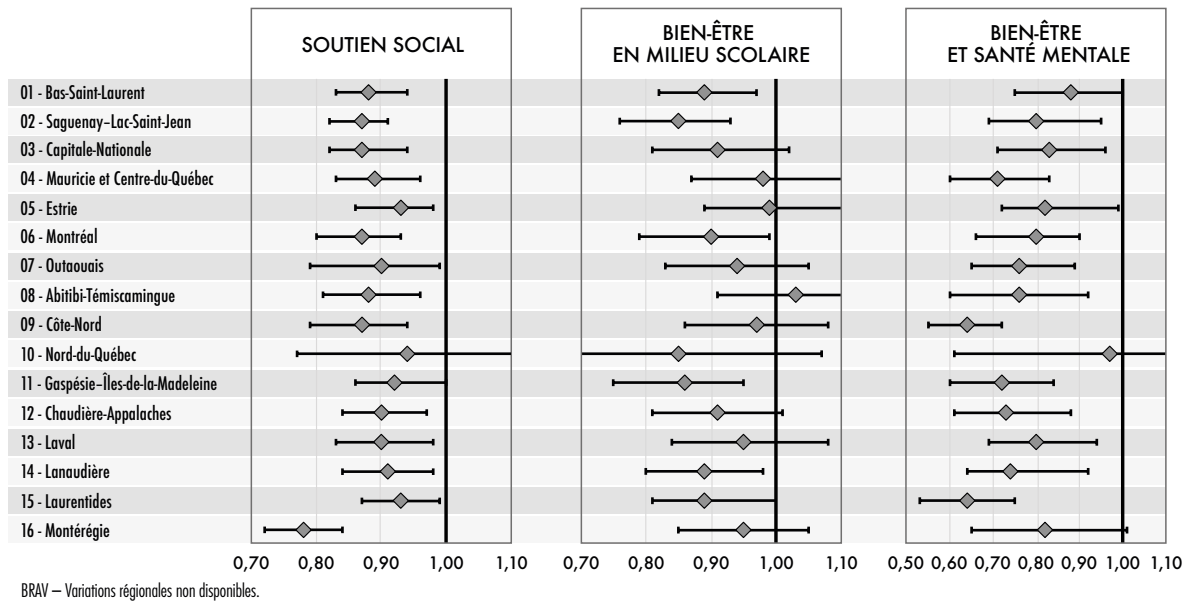
**Variations socioéconomiques.** Dans l'enquête populationnelle, les JMS se positionnaient défavorablement comparativement aux jeunes de la population générale sur le plan du bien-être et de la santé, et ce, dans tous les niveaux de défavorisation (Figure 10). Le chevauchement des IC ne nous permet pas de conclure avec certitude que le positionnement des JMS différait selon le niveau de défavorisation socioéconomique.

Bien que l'enquête communautaire n'ait pas pu révéler de différences significatives entre les JMSG à travers ces niveaux socioéconomiques en raison des IC étendus, on peut noter que la position moyenne des personnes non-binaires transmasculines et des jeunes hommes trans demeurait très inférieure au groupe de référence (jeunes femmes cisgenres LGBTQ+) dans les niveaux socioéconomiques moyen (RP agrégé : 0,36 [IC 95 % : 0,08-1,74]) et défavorisés (RP agrégé : 0,40 [IC 95 % : 0,11-1,45]), de même que celle des personnes non-binaires transféminines et des jeunes femmes trans dans les niveaux socioéconomiques défavorisés (RP agrégé : 0,46 [IC 95 % : 0,02-9,19]). Le chevauchement des IC correspondants ne soutient pas l'hypothèse que le positionnement des sous-groupes JMSG était modéré par le niveau socioéconomique.

**Variations selon le type de villes.** Dans l'enquête populationnelle, les JMS se positionnaient défavorablement comparativement aux jeunes de la population générale sur le plan du bien-être et de la santé, et ce, dans tous les types de villes (Figure 11). L'enquête communautaire a révélé des différences significatives entre les JMSG dans certains types de villes. Les personnes non-binaires transmasculines et les hommes trans occupaient une position significativement désavantageuse comparativement aux femmes cisgenres LGBTQ+ dans les RMR autres que Montréal (RP agrégé : 0,22, [IC 95 % : 0,07-0,45]) et dans les ZIM (RP agrégé : 0,23, [IC 95 % : 0,04-0,57]). Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes JMSG dans la RMR de Montréal et dans les agglomérations de recensement. Les chevauchements des IC correspondants ne permettent pas de conclure avec certitude que les positionnements des JMS et des sous-groupes JMSG différaient selon le type de villes. Notons néanmoins que même en l'absence de différence statistiquement significative entre les sous-groupes, le positionnement des personnes non-binaires et trans restait généralement le plus désavantageux.

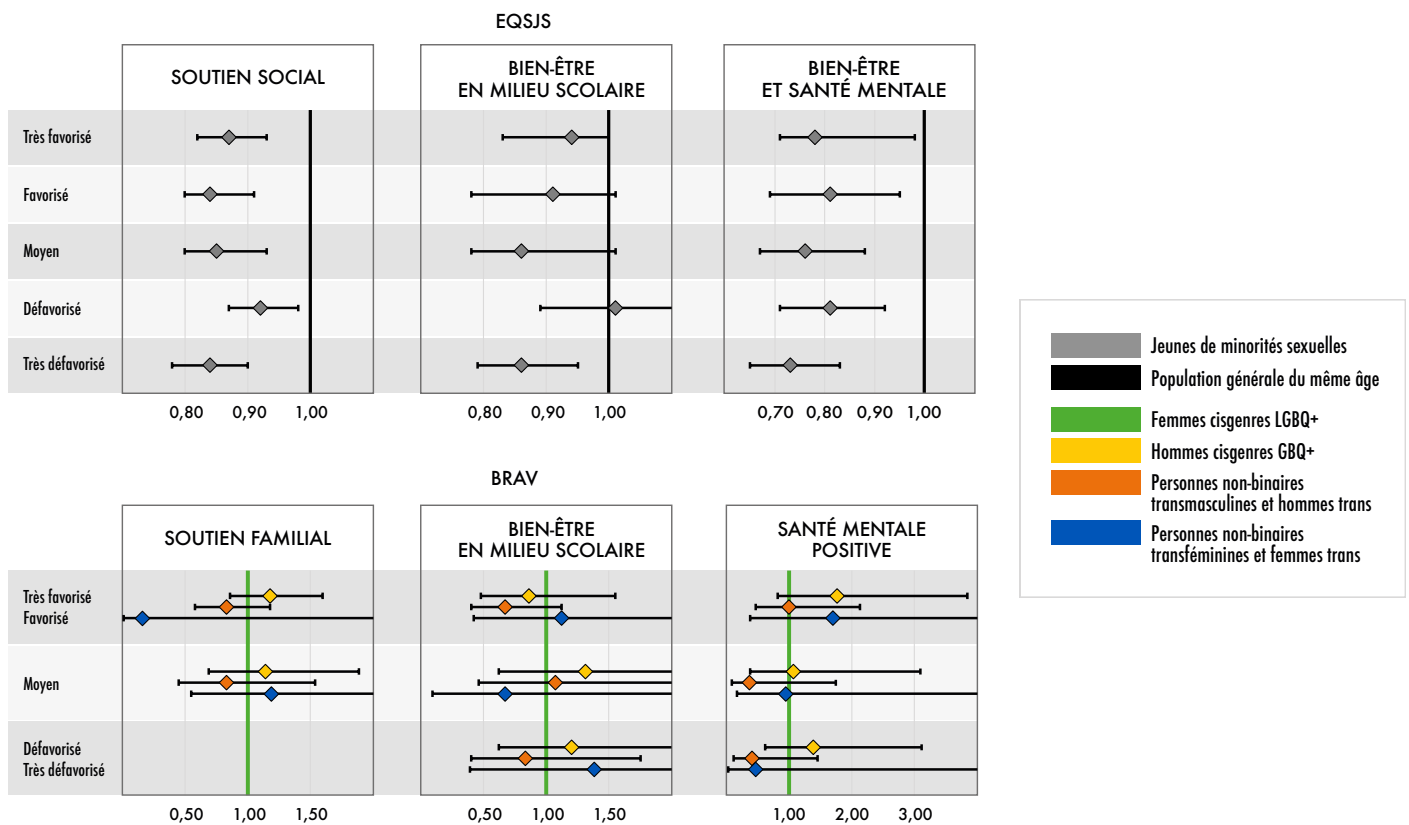
**Variations selon le niveau de vitalité des ressources communautaires LGBTQ+ régionales.** Peu importe la vitalité des ressources communautaires LGBTQ+ de la région dans laquelle elles résidaient, les JMS étaient moins nombreux·x·ses que ceux de la population générale à rapporter un niveau de bien-être favorable (Figure 12), sans que l'examen des sous-groupes JMSG dans l'enquête communautaire ne révèle de différence significative entre eux. Notons tout de même que les personnes non-binaires transmasculines et des jeunes hommes trans occupaient une position très défavorable comparativement au groupe de référence (jeunes femmes cisgenres LGBTQ+), et ce, tant dans les régions ayant une vitalité faible ou moyenne (RP agrégé : 0,61 [IC 95 % : 0,3-1,23]) qu'élevée (RP agrégé : 0,42 [IC 95 % : 0,14-1,29]). Les chevauchements des IC correspondants ne nous permettent pas de conclure avec certitude que les positionnements des JMS et des sous-groupes JMSG différaient selon le niveau de vitalité des ressources communautaires LGBTQ+ régionale.

Figure 9. RP agrégé de soutien social, de bien-être en milieu scolaire ainsi que de bien-être et de santé, par région sociosanitaire.



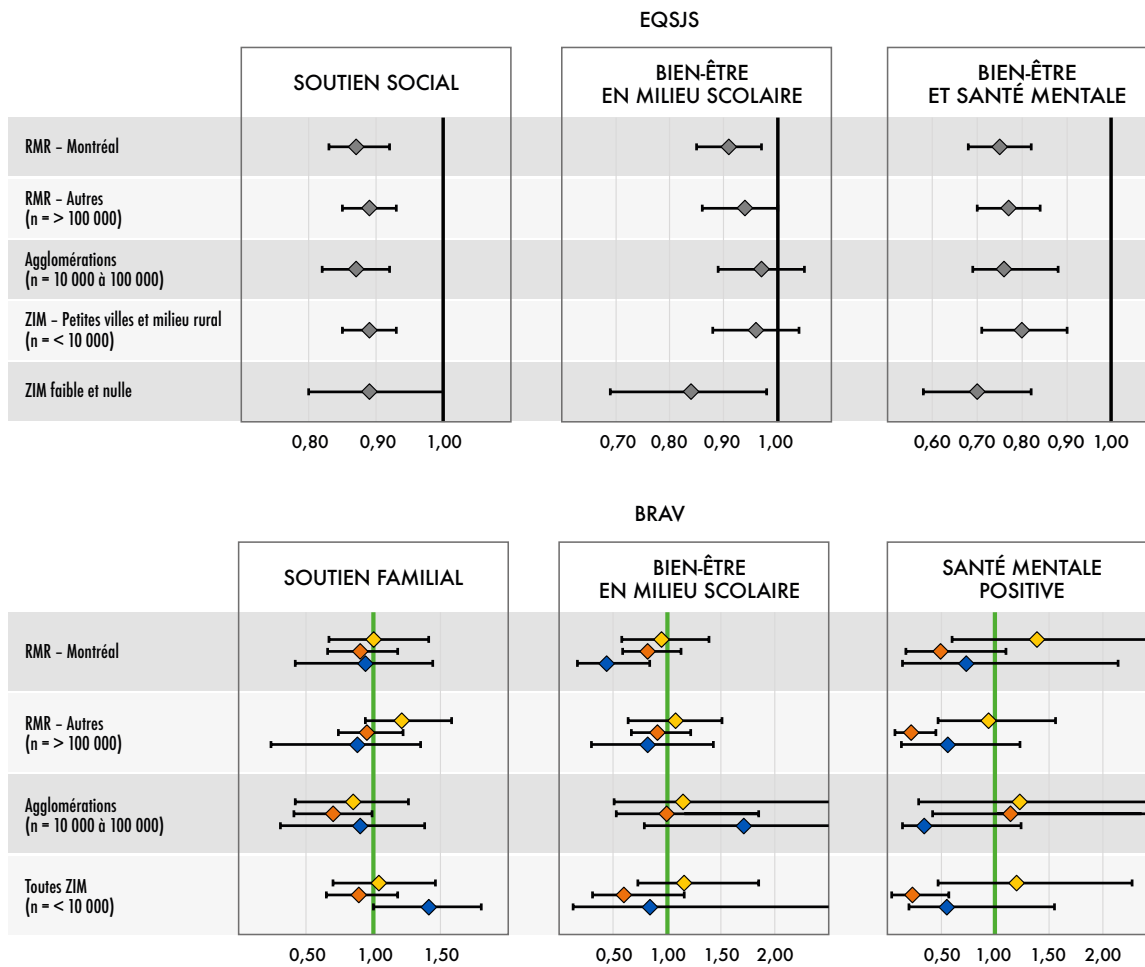
Sources : Institut de la Statistique du Québec, EQSJS (2016-2017). Analyses statistiques : Chaire DSPG.

Figure 10. RP agrégé de soutien social, de bien-être en milieu scolaire et de bien-être et de santé, par niveau socioéconomique.



Sources : Institut de la Statistique du Québec, EQSJS (2016-2017); Chaire DSPG, Enquête BRAV. Analyses statistiques : Chaire DSPG.

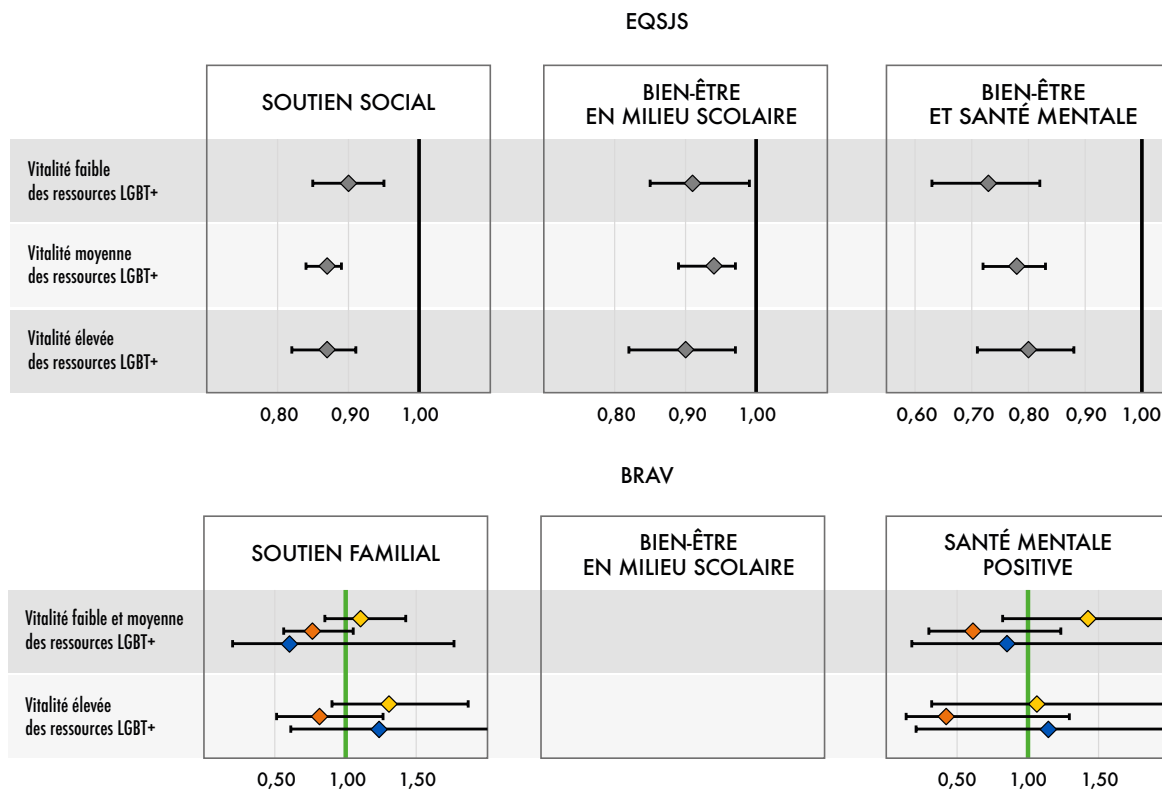
Figure 11. RP agrégé de soutien social, de bien-être en milieu scolaire et de bien-être et de santé, par type de villes.



Sources : Institut de la Statistique du Québec, EQSJS (2016-2017); Chaire DSPG, Enquête BRAV. Analyses statistiques : Chaire DSPG.

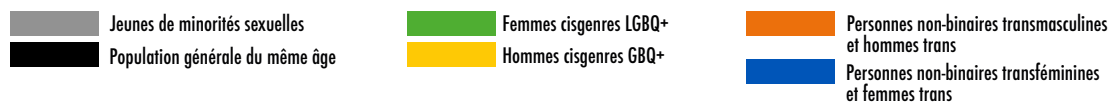


Figure 12. RP agrégé de bien-être et de santé, par quintile de vitalité des ressources communautaires LGBT+.



Note. L'absence de résultats pour les sous-groupes PMSG au regard de leur inclusion et de leur bien-être en milieu scolaire est la conséquence de problèmes d'estimation liés aux petits effectifs.

Sources : Institut de la Statistique du Québec, EQSJS (2016-2017) ; Chaire DSPG, Enquête BRAV. Analyses statistiques : Chaire DSPG.



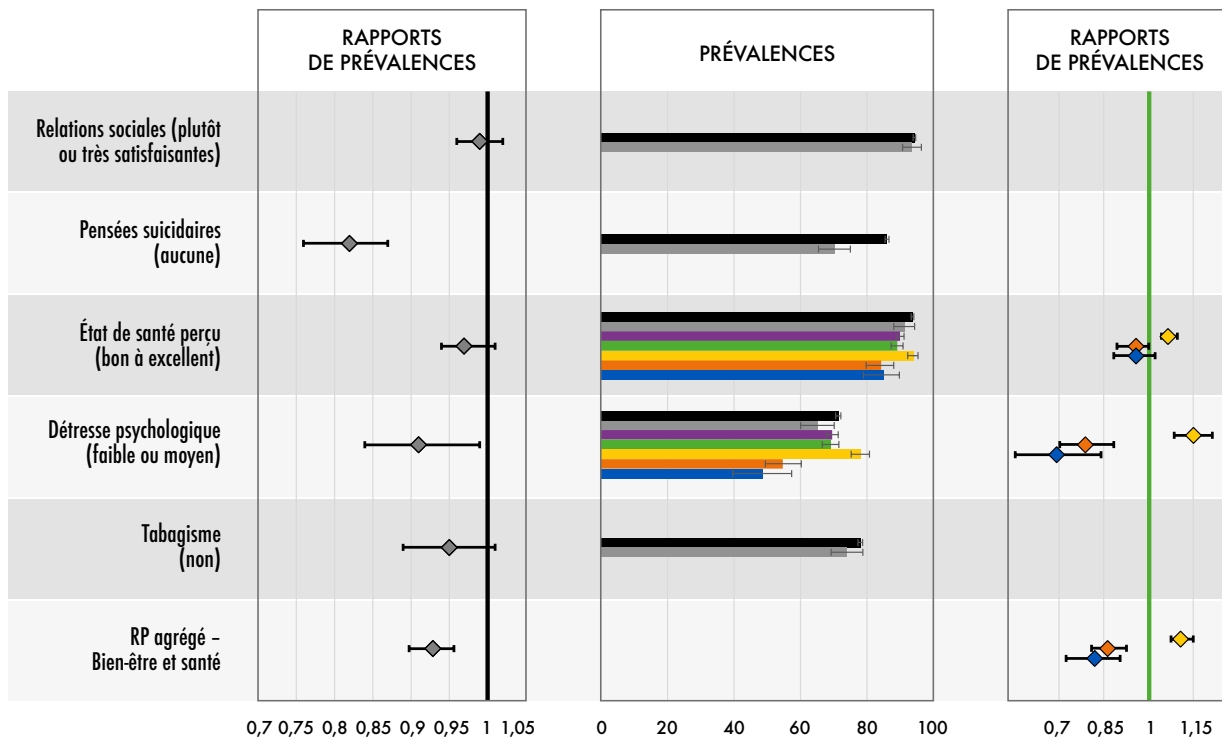
## Portrait du bien-être et de la santé chez les PMSG adultes au Québec

Le portrait du bien-être et de l'inclusion chez les personnes de minorités sexuelles et de genre (PMSG) est basé sur les données de deux enquêtes : 1) l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* de 2014-2015 (EQSP), dont les répondant·e·s âgé·e·s de 18 à 59 ans ont été sélectionné·e·s (n=24 129) et dans laquelle les PMS ont été cernées en fonction du sexe/genre de leurs partenaires sexuel·le·s des 12 derniers mois; et 2) l'enquête québécoise issue du projet de recherche *Savoirs sur l'inclusion et l'exclusion des personnes LGBTQ* (SAVIE-LGBTQ; Chamberland, Blais et Côté, 2016-2023), à laquelle 4 596 personnes de minorités sexuelles et de genre (PMSG) âgées de 18 à 59 ans et résidant au Québec ont participé.

**Données populationnelles.** Dans l'échantillon populationnel, les PMS adultes étaient moins nombreuses que la population générale à ne pas avoir d'idéations suicidaires (70,2 % [IC 95 % : 65,4-75,0]) c. 86 % [IC 95 % : 85,4-86,6]; RP = 0,82 [IC 95 % : 0,76-0,87]) et un niveau de détresse psychologique faible ou moyen (65,1 % [IC 95 % : 60-70,1] c. 71,3 % [IC 95 % : 70,6-72,1]); RP = 0,91 [IC 95 % : 0,84-0,99]; Figure 13). Toutefois, elles rapportaient dans des proportions similaires un état de santé bon à excellent, des relations sociales *plutôt* ou *très satisfaisantes* et l'absence de tabagisme. La position moyenne des PMS comparativement à la population générale, révélée par le rapport de prévalence agrégé, était significativement inférieure à celle de la population générale (RP = 0,93 [IC 95 % : 0,89-0,96]).

**Données communautaires.** Dans l'échantillon communautaire, plus des deux tiers des PMSG rapportaient une santé mentale florissante (69,6 % [IC 95 % : 67,9-71,4]), une proportion comparable à celle observée chez les PMS adultes au regard de l'absence d'idéations suicidaires et à celle de la population générale au regard d'une faible détresse psychologique. Neuf sur dix (90 % [IC 95 % : 88,9-91,2]) rapportaient une santé générale *bonne à excellente*, une proportion comparable aux PMS de l'enquête populationnelle (91,2 % [IC 95 % : 88-94,3]) et à la population générale (93,7 % [IC 95 % : 93,3-94,1]). L'examen des variations du rapport de prévalence agrégé de bien-être et de santé entre les sous-groupes de PMSG dans l'échantillon communautaire (Figure 13) montre que les hommes cisgenres GBQ+ se positionnaient le plus favorablement des quatre groupes de PMSG (RP agrégé = 1,09 [IC 95 % : 1,06-1,13]), alors que les personnes non-binaires transmasculines et hommes trans (RP agrégé = 0,86 [IC 95 % : 0,81-0,92]) et les personnes non-binaires transféminines et femmes trans apparaissaient comme les plus vulnérables (RP agrégé = 0,82 [IC 95 % : 0,73-0,90]).

Figure 13. Portrait du bien-être et de la santé chez les PMS adultes, à l'échelle provinciale.



Sources : Institut de la Statistique du Québec, EQSP (2014-2015); Chaire DSPG, Enquête SAVIE-LGBTQ+. Analyses statistiques : Chaire DSPG.



**Variations régionales.** Dans l'enquête populationnelle, le patron de contrastes montre le positionnement globalement désavantageux ou tout au mieux similaire des PMS adultes comparativement à la population générale dans les régions sociosanitaires (Figure 14), mais ces disparités ne se confirmaient statistiquement que dans les régions suivantes : Saguenay-Lac-Saint-Jean, Estrie, Montréal, Laurentides et Montérégie.

Les données de l'échantillon communautaire SAVIE-LGBTQ pour lesquelles suffisamment de répondant-e-s étaient disponibles à l'échelle régionale, suggèrent que les personnes non-binaires et trans<sup>37</sup> occupaient généralement une position désavantagée comparativement aux femmes cisgenres LGBTQ+ quelle que soit la région considérée, mais que cet écart se confirmait statistiquement dans les régions de Montréal (RP agrégé = 0,82 [IC 95 % : 0,76-0,89]) et des Laurentides (RP agrégé = 0,63 [IC 95 % : 0,26-0,92]). À l'inverse, les hommes cisgenres GBQ+ occupaient une position généralement similaire ou supérieure aux femmes cisgenres LGBTQ+ sur le plan de la santé et du bien-être, bien que cet écart ne soit statistiquement confirmé que dans la région

37 Pour permettre les comparaisons interrégionales malgré leur nombre restreint, les personnes trans et non-binaires ont été regroupées. Si cette décision masque les nuances possibles entre sous-groupes de genres, elles permettent de présenter des données un portrait moins nuancé.

de Montréal (RP agrégé = 1,09 [IC 95 % : 1,04-1,14]). Les chevauchements des IC correspondants ne nous permettent pas de conclure avec certitude que les positionnements des PMS et des sous-groupes PMSG différaient selon l'appartenance à une région spécifique.

**Variations socioéconomiques.** Dans l'enquête populationnelle, les PMS se positionnaient défavorablement comparativement aux adultes de la population générale sur le plan du bien-être et de la santé (Figure 15), et ce, dans tous les niveaux de défavorisation, sauf le quintile *favorisé* où l'IC incluait la valeur de référence (RP agrégé = 0,97 [IC 95 % : 0,90-1,03]).

L'enquête communautaire ne permet pas d'observer un gradient socioéconomique à travers ces niveaux chez les PMSG, mais elle montre un patron de contrastes récurrent. D'une part, les hommes GBQ+ occupent la position la plus favorable par rapport au groupe de référence (femmes cisgenres LGBQ+) dans trois des cinq niveaux socioéconomiques. D'autre part, les personnes trans et non-binaires occupent des positions qui y sont systématiquement inférieures, même si cet écart se confirme statistiquement uniquement, pour les personnes non-binaires transféminines et femmes trans, dans les niveaux socioéconomique *très favorisé* (RP agrégé = 0,67 [IC 95 % : 0,43-0,87]) et *très défavorisé* (RP agrégé = 0,63 [IC 95 % : 0,38-0,83]) et, pour les personnes non-binaires transmasculines et hommes trans, dans les niveaux socioéconomiques *moyen* (RP agrégé = 0,79 [IC 95 % : 0,64-0,92]) et *très défavorisé* (RP agrégé = 0,77 [IC 95 % : 0,65-0,90]). Les chevauchements des IC correspondants ne nous permettent pas de conclure avec certitude que les positionnements des PMS et des sous-groupes PMSG étaient modérés par le niveau socioéconomique.

**Variations selon le type de villes.** Dans l'enquête populationnelle, les PMS se positionnaient défavorablement comparativement aux adultes de la population générale sur le plan du bien-être et de la santé (Figure 16), et ce, dans tous les types de villes, sauf dans les agglomérations de recensement où l'IC incluait la valeur de référence (RP agrégé = 0,94 [IC 95 % : 0,86-1,00]). Le chevauchement des IC ne nous permet pas de conclure avec certitude que le positionnement des PMS différait selon le type de villes.

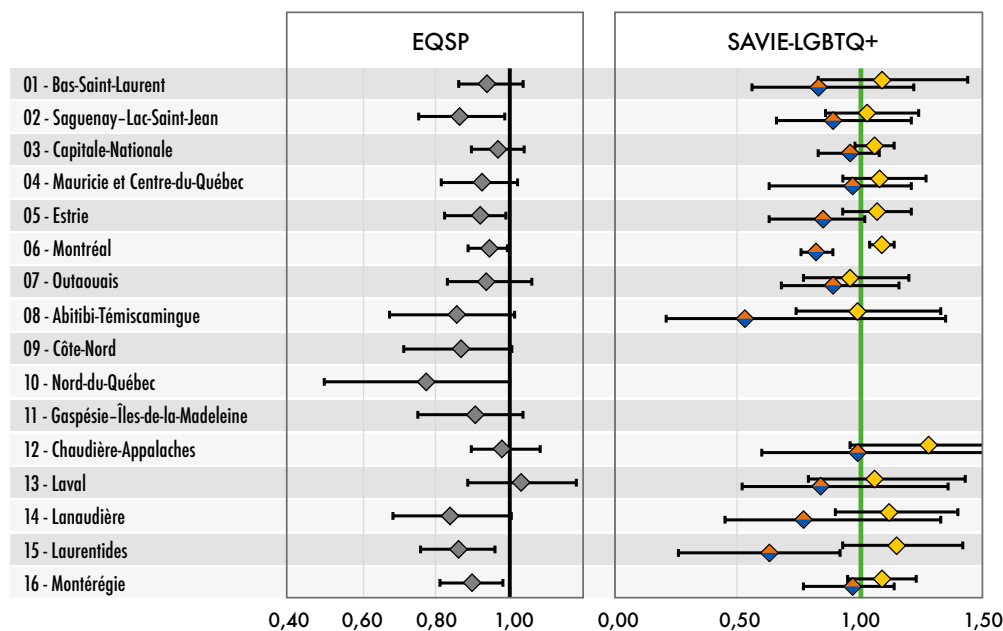
La comparaison des sous-groupes PMSG dans l'échantillon communautaire révèle que dans la RMR de Montréal, les hommes cisgenres GBQ+ occupaient une position favorable comparativement aux femmes cisgenres LGBQ+ (RP agrégé = 1,12 [IC 95 % : 1,07-1,16]). Au contraire, les personnes non-binaires transmasculines et hommes trans ainsi que les personnes non-binaires transféminines et femmes trans y occupaient, en comparaison, une position désavantageuse (respectivement, RP agrégé = 0,87 [IC 95 % : 0,79-0,94] et RP agrégé = 0,75 [IC 95 % : 0,62-0,86]). Dans les agglomérations de recensement, les personnes non-binaires transmasculines et hommes trans occupaient une position significativement inférieure à celle des femmes cisgenres LGBQ+ (RP agrégé = 0,63 [IC 95 % : 0,38-0,82]). Aucune différence entre les sous-groupes PMSG n'était observable dans les ZIM. Néanmoins, il faut relever le patron de contrastes suggérant avec constance une position défavorable des personnes trans et non-binaires du point de vue du bien-être et de la santé même s'il n'est pas toujours possible de confirmer statistiquement ces contrastes. Les chevauchements des IC correspondants ne soutiennent pas l'hypothèse que les positionnements des sous-groupes PMSG différaient selon le type de villes.

**Variations selon le niveau de vitalité des ressources communautaires LGBT+ régionales.** Dans l'enquête populationnelle, les PMS adultes se comparaient désavantageusement à la population générale dans les régions où la vitalité des ressources était modérée et élevée, mais l'IC incluait

la valeur de référence dans les régions où elle était le plus faible (Figure 17). Le chevauchement des IC ne soutient pas l'hypothèse que le positionnement des PMS différait selon le niveau de vitalité des ressources communautaires.

L'échantillon communautaire n'a pas permis de détecter de différence entre les groupes PMSG dans les régions faiblement vitalisées, mais révèle que les hommes cisgenres GBQ+ occupent une position significativement plus favorable que les femmes cisgenres LGBTQ+ dans les régions où les ressources communautaires présentaient une vitalité *moyenne* (RP = 1,09 [IC 95 % : 1,04-1,14]) et *élevée* (RP = 1,09 [IC 95 % : 1,04-1,13]). Au contraire, les personnes non-binaires transmasculines et hommes trans occupaient une position significativement inférieure à celle des femmes cisgenres LGBTQ+ tant dans les régions où les ressources communautaires présentaient une vitalité *moyenne* (RP = 0,85 [IC 95 % : 0,75-0,93]) qu'*élevée* (RP = 0,88 [IC 95 % : 0,8-0,95]). Les personnes non-binaires transféminines et les femmes trans présentaient des RP agrégés faibles quel que soit le niveau de vitalité des ressources communautaires, mais cet écart ne se confirmait statistiquement que dans les régions de vitalité *élevée* (RP = 0,81 [IC 95 % : 0,71-0,92]). Les chevauchements des IC correspondants ne soutiennent pas l'hypothèse que les positionnements des sous-groupes PMSG différaient selon le niveau de vitalité des ressources communautaires.

Figure 14. RP agrégé du bien-être et de la santé chez les PMS adultes, par région sociosanitaire.

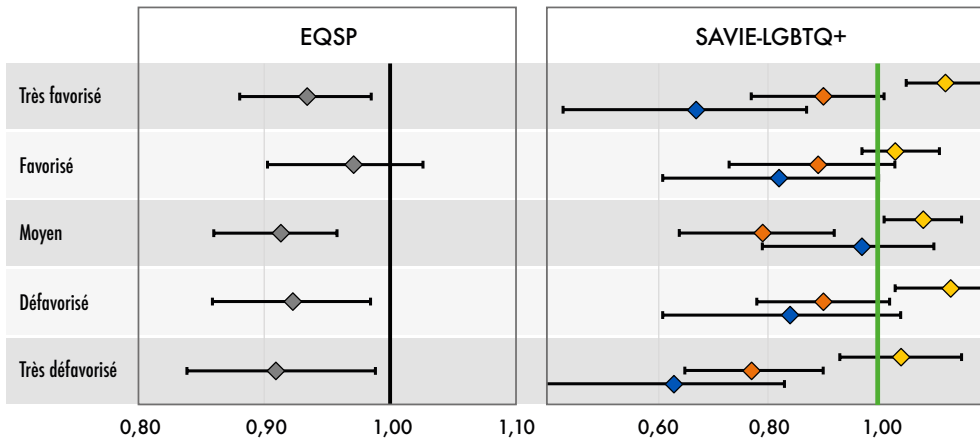


Sources : Institut de la Statistique du Québec, EQSP (2014-2015) ; Chaire DSPG, Enquête SAVIE-LGBTQ+. Analyses statistiques : Chaire DSPG.



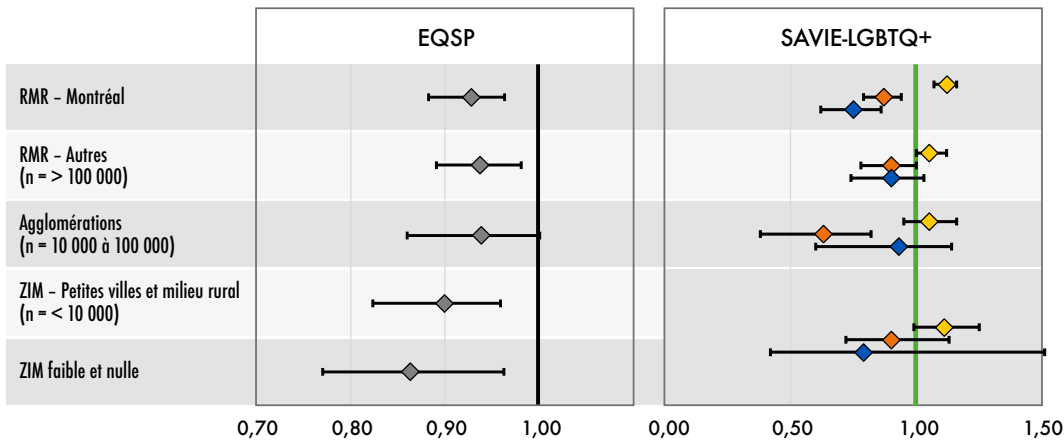


Figure 15. RP agrégé du bien-être et de la santé chez les PMS adultes, par niveau socioéconomique.



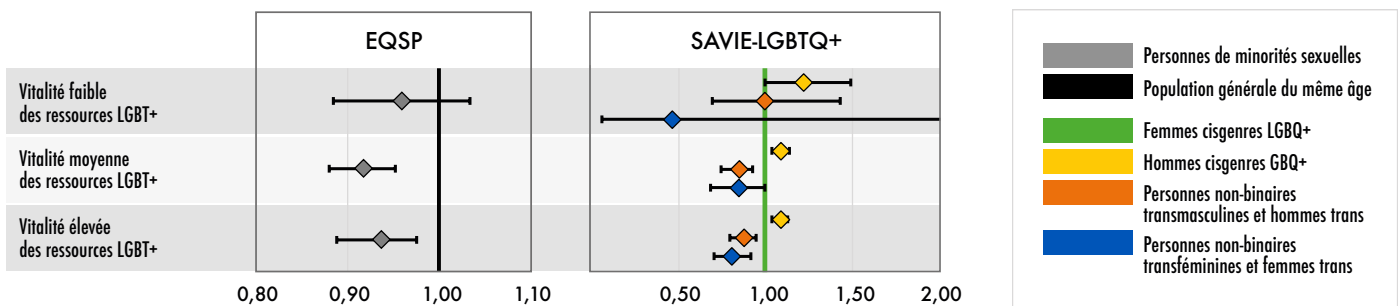
Sources : Institut de la Statistique du Québec, EQSP (2014-2015); Chaire DSPG, Enquête SAVIE-LGBTQ+. Analyses statistiques : Chaire DSPG.

Figure 16. RP agrégé du bien-être et de la santé chez les PMS adultes, par type de villes.



Sources : Institut de la Statistique du Québec, EQSP (2014-2015); Chaire DSPG, Enquête SAVIE-LGBTQ+. Analyses statistiques : Chaire DSPG.

Figure 17. RP agrégé du bien-être et de la santé chez les PMS adultes, par quintile de vitalité des ressources communautaires LGBT+.



Sources : Institut de la Statistique du Québec, EQSP (2014-2015); Chaire DSPG, Enquête SAVIE-LGBTQ+. Analyses statistiques : Chaire DSPG.

## Portrait du bien-être et de la santé des PMS âgées au Québec

Les données sur les PMSG âgées (60 ans et plus) sont tirées de deux enquêtes : 1) l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* de 2014-2015 (EQSP), dont les répondant·e·s âgé·e·s de 60 ans et plus ont été sélectionné·e·s ( $n=7\,574$ ) et dans laquelle les PMS ont été cernées en fonction du sexe/genre de leurs partenaires sexuel·le·s des 12 derniers mois; et 2) l'enquête québécoise issue du projet de recherche *Savoirs sur l'inclusion et l'exclusion des personnes LGBTQ* (SAVIE-LGBTQ; Chamberland, Blais et Côté, 2016-2023), à laquelle 384 personnes de minorités sexuelles et de genre (PMSG) âgées de 60 ans et plus et résidant au Québec ont participé.

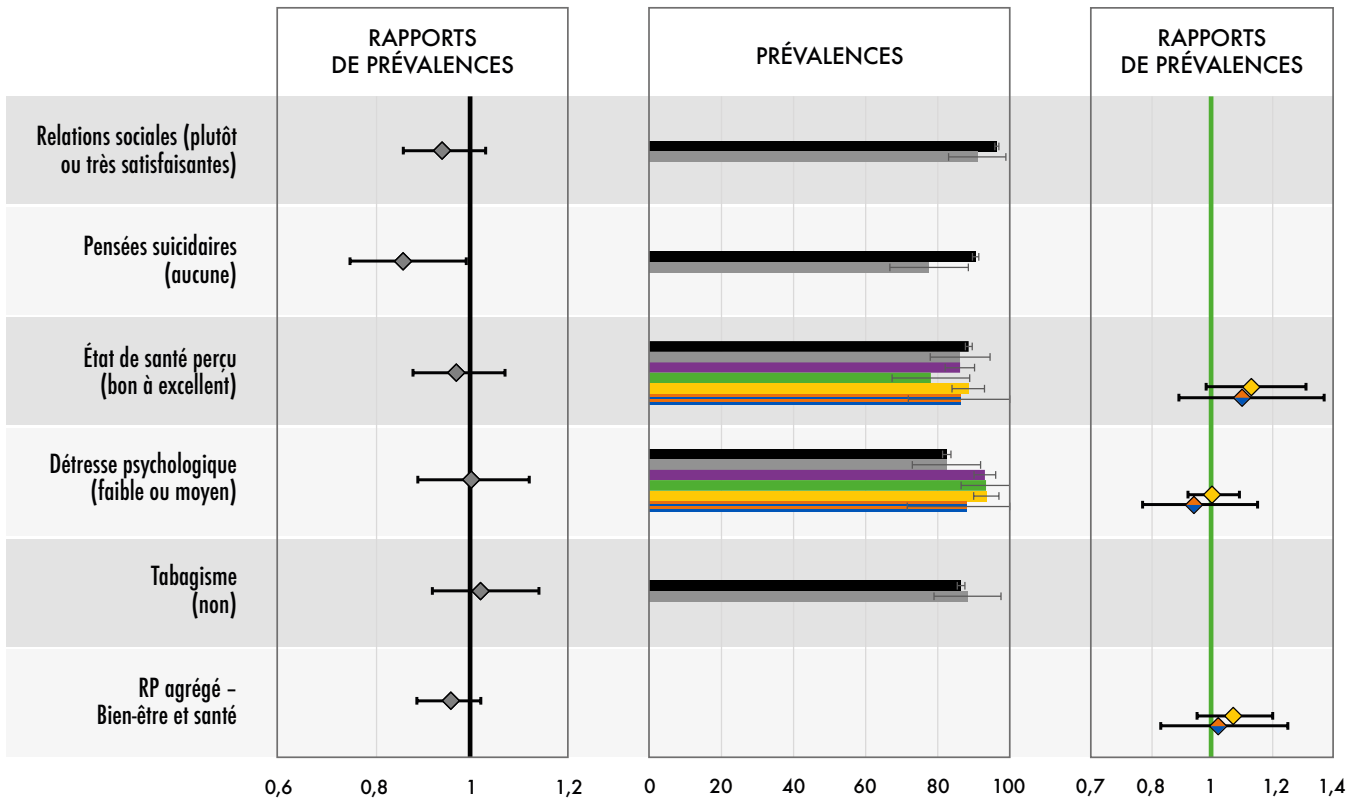
**Données populationnelles.** Dans l'échantillon populationnel, les PMS âgées ne se distinguaient pas significativement de celles de la population générale au regard de la détresse psychologique, de l'état de santé, des relations sociales et du tabagisme (Figure 18). Toutefois, les PMS âgées se positionnaient défavorablement au regard des idéations suicidaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, puisqu'elles étaient significativement moins nombreuses à ne pas en avoir eues (77,7 % [IC 95 % : 66,8-88,5] c. 90,5 % [IC 95 % : 89,7-91,4]; RP = 0,86 [IC 95 % : 0,75-0,99]). Sur l'ensemble de ces indicateurs considérés conjointement, les PMS âgées ne se distinguaient pas de celles de la population générale (RP agrégé = 0,96 [IC 95 % : 0,89-1,02]).

**Données communautaires.** Dans l'échantillon communautaire, des pourcentages élevés de PMSG âgées ont rapporté un état de santé *bon à excellent* (86,2 % [IC 95 % : 82,1-90,2]) et une bonne santé mentale (93,1 % [IC 95 % : 90,1-96,1]), des proportions qui sont comparables à celles observées dans l'enquête populationnelle sur des indicateurs de santé similaires (Figure 18). Les sous-groupes PMSG ne se distinguaient significativement sur aucun de ces deux indicateurs, pas plus que sur les rapports de prévalence agrégés.

**Variations régionales.** Dans l'échantillon populationnel, les PMS âgées se distinguaient pas significativement de la population générale dans la majorité des régions sociosanitaires. Toutefois, on observait un accroissement des disparités sur la Côte-Nord, où les PMS âgées se positionnaient de manière désavantageuse comparativement à la population régionale du même groupe d'âge (RP agrégé = 0,67 [IC 95 % : 0,60-0,77]), et son reversement dans le Bas-Saint-Laurent (RP agrégé = 1,10 [IC 95 % : 1,01-1,19]), où elles s'y comparaient avantageusement (Figure 19). Comme ces IC ne se chevauchaient pas, on peut conclure qu'il y avait donc un effet de modération de la région sociosanitaire sur le bien-être et la santé des PMS âgées. Les données communautaires n'étaient pas suffisantes pour comparer les sous-groupes de PMSG en fonction des régions sociosanitaires.

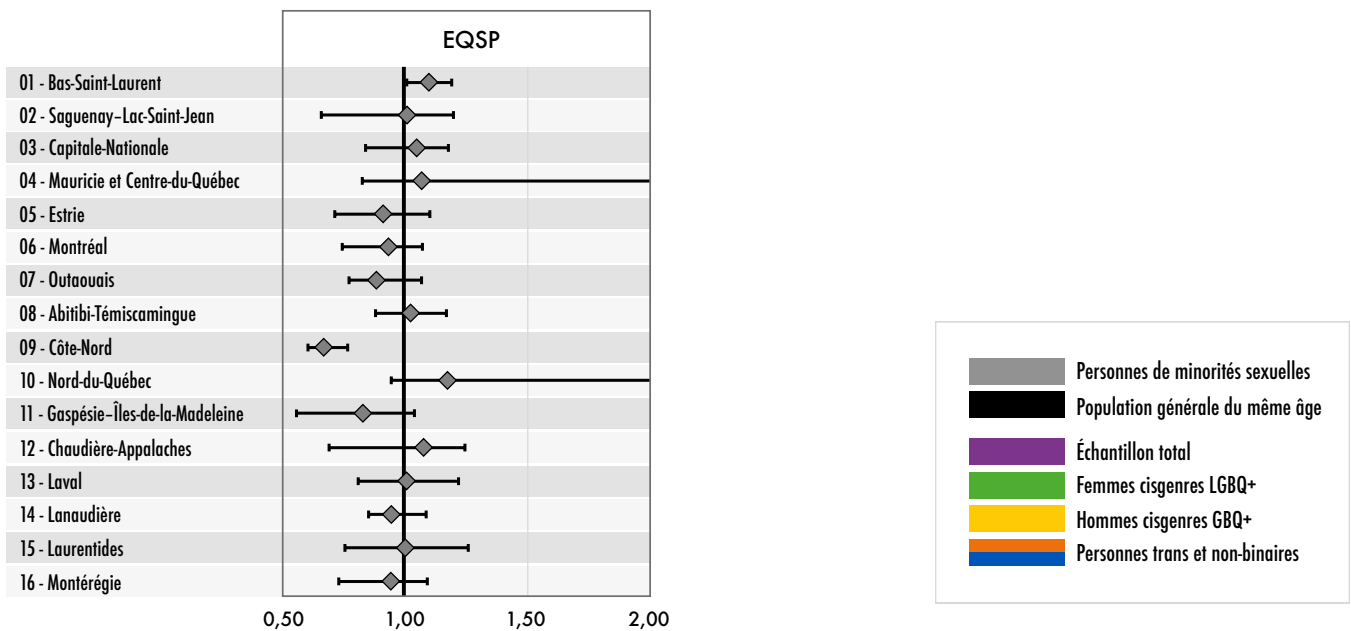
**Autres sources de variations socioterritoriales.** Ni les données populationnelles ni les données communautaires n'ont permis de conclure que des différences significatives existaient entre les PMS âgées et celles de la population générale ou entre les sous-groupes PMSG âgées au regard du **niveau socioéconomique** (Figure 20), du **type de villes** (Figure 21) ou de la **vitalité des ressources communautaires LGBT+** (Figure 22).

Figure 18. Indicateurs du bien-être et de la santé des PMS âgées, à l'échelle provinciale.



Sources : Institut de la Statistique du Québec, EQSP (2014-2015); Chaire DSPG, Enquête SAVIE-LGBTQ+. Analyses statistiques : Chaire DSPG.

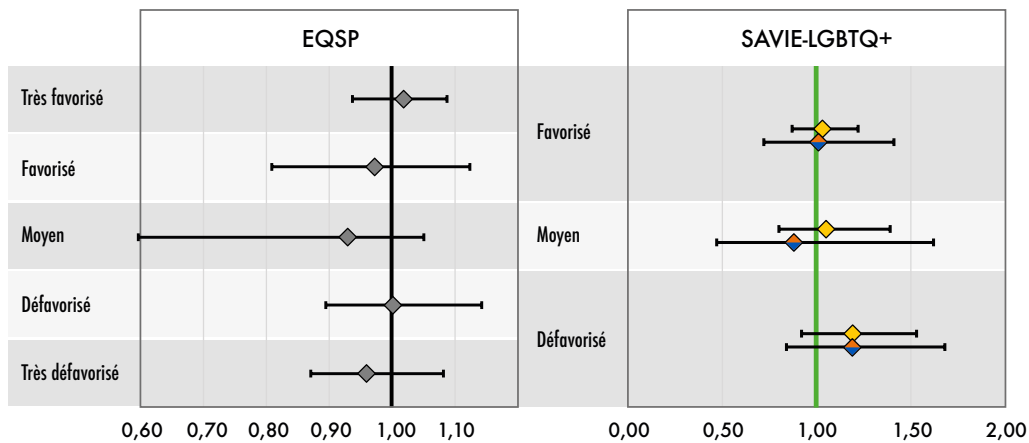
Figure 19. RP agrégé du bien-être et de la santé des PMS âgées, par région sociosanitaire.



SAVIE – Variations régionales non disponibles.

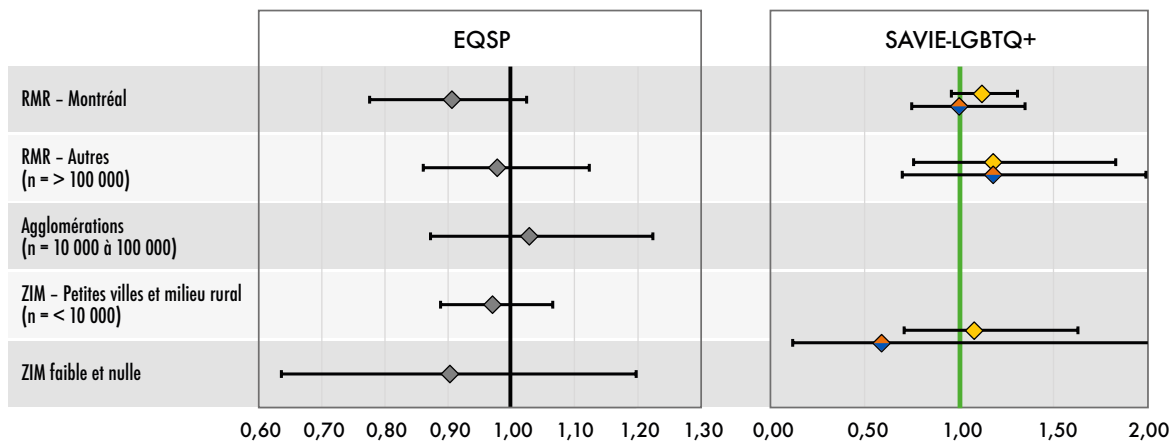
Sources : Institut de la Statistique du Québec, EQSP (2014-2015). Analyses statistiques : Chaire DSPG.

Figure 20. RP agrégé du bien-être et de la santé des PMS âgées, par niveau socioéconomique.



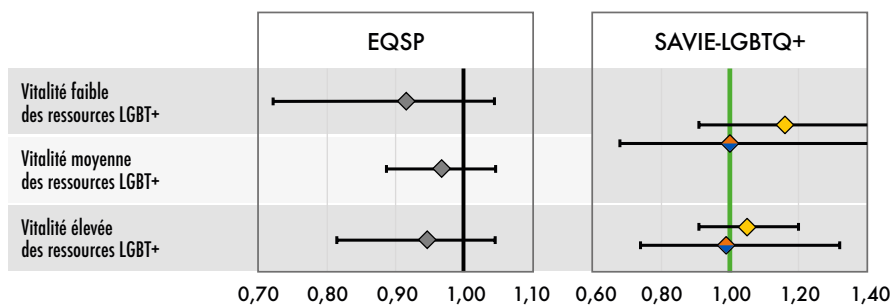
Sources : Institut de la Statistique du Québec, EQSP (2014-2015); Chaire DSPG, Enquête SAVIE-LGBTQ+. Analyses statistiques : Chaire DSPG.

Figure 21. RP agrégé du bien-être et de la santé des PMS âgées, par type de villes.



Sources : Institut de la Statistique du Québec, EQSP (2014-2015); Chaire DSPG, Enquête SAVIE-LGBTQ+. Analyses statistiques : Chaire DSPG.

Figure 22. RP agrégé du bien-être et de la santé des PMS âgées, par quintile de vitalité des ressources communautaires LGBTQ+.



Sources : Institut de la Statistique du Québec, EQSP (2014-2015); Chaire DSPG, Enquête SAVIE-LGBTQ+. Analyses statistiques : Chaire DSPG.



## Discussion

Cette étude visait à documenter les disparités entre les PMS et la population générale au Québec sur les dimensions suivantes : *le bien-être et la santé* (pour tous les groupes d'âge), *le soutien social disponible pour les jeunes et l'inclusion et le bien-être des jeunes en milieu scolaire*. L'hypothèse générale qui a guidé l'analyse de ces données était qu'**en l'absence de processus d'exclusion les visant, les PMSG devraient être proportionnellement aussi nombreuses que celles issues de la population générale à être dans une situation favorable, et ce, de manière uniforme sur le territoire.**

Pour tester cette hypothèse, nous nous sommes appuyés sur cinq sources de données. Trois enquêtes populationnelles ont permis de documenter certaines disparités pour la population générale sans distinction d'âge (à partir des données de l'ESCC), pour les jeunes du secondaire de 12 à 18 ans (à partir des données de l'EQSJS), pour les adultes de 18 à 59 ans et pour les personnes âgées (à partir des données de l'EQSP). Les limites de ces échantillons pour étudier les disparités au sein des PMSG nous ont amenés à nous tourner vers deux sources de données colligées dans les communautés LGBTQ+ québécoises : les projets BRAV et SAVIE-LGBTQ. Sans permettre des comparaisons systématiques, ces analyses complémentaires ont permis de broser un portrait encore inexistant au Québec. Toutes les estimations ont été ajustées en tenant compte de variables de contrôle pour augmenter leur précision et pour minimiser, entre autres, les effets de composition des échantillons.

Sur la base des résultats observés, notre hypothèse générale doit être rejetée :

- d'une part, **les PMS n'étaient pas proportionnellement aussi nombreuses que celles issues de la population générale à être dans une situation favorable** sur plusieurs indicateurs de bien-être et de santé ;
- d'autre part, **certaines disparités entre les PMS et la population générale et au sein des sous-groupes de PMSG n'étaient pas constantes à travers les dimensions socioterritoriales considérées**, c'est-à-dire qu'elles étaient réduites ou accentuées par certaines caractéristiques socioterritoriales.

### Faits saillants au regard des indicateurs d'inclusion, de bien-être et de santé dans les enquêtes populationnelles

- Les disparités observées entre la population générale et les PMS, à la défaveur de ces dernières, présentent une grande constance, quel que soit l'angle sous lequel on les analyse.
- L'examen spécifique des indicateurs de bien-être et de santé dans les enquêtes populationnelles a montré le positionnement défavorable, comparativement à la population générale, des PMS et des JMS sur les facteurs suivants :
  - l'état de santé générale autoévalué (adultes [EQSP], jeunes [EQSJS]) ;

- le tabagisme (tous groupes d'âge confondus [ESCC]) ;
  - la santé mentale autoévaluée (tous groupes d'âge confondus [ESCC]) ;
  - la santé mentale positive (jeunes [EQSJS]) ;
  - la détresse psychologique (adultes [EQSP], jeunes [EQSJS]) ;
  - les idéations suicidaires (tous groupes d'âge confondus [ESCC], adultes [EQSP] et aîné·e·s [EQSP]) ;
  - le stress vécu dans la vie (tous groupes d'âge confondus [ESCC]) ;
  - le soutien social familial, amical et communautaire (jeunes [EQSJS]).
- Du point de vue de l'inclusion et du bien-être en milieu scolaire, les JMS [EQSJS] étaient moins nombreu·x·ses que les jeunes de la population générale à déclarer un niveau d'engagement scolaire élevé, un sentiment d'appartenance à l'école élevé et l'absence de victimisation à l'école, sur le chemin de l'école et sur Internet durant l'année scolaire. Ces résultats suggèrent que les JMS n'ont pas accès à des ressources équivalentes que les autres en milieu scolaire ou que ces ressources ne sont pas adaptées de manière à leur permettre d'atteindre des résultats comparables sur ces indicateurs. Toutefois, les JMS ne se distinguaient pas de la population générale sur le plan du soutien social reçu à l'école et du risque faible de décrochage.
  - Il faut noter qu'outre leur désavantage au regard des idéations suicidaires, peu de disparités ont été observées entre les PMS aînées et la population générale du même groupe d'âge. Rappelons que l'absence de disparités signifie que les PMS aînées rapportaient des niveaux de bien-être et de santé similaires à ceux de la population générale. Autrement dit, au regard des indicateurs considérés et exception faite des idéations suicidaires, elles semblaient avoir accès à des ressources similaires et en tiraient des résultats similaires. Ce constat fait écho aux travaux qui suggèrent que bien qu'elles ne forment pas un groupe homogène, la plupart des PMSG aînées vieillissent bien, qu'elles rapportent une satisfaction élevée à l'égard de leur vie et un sentiment d'appartenance à leur communauté et qu'elles ont accès à des relations et du soutien social au moins modéré<sup>38</sup>.

Ces résultats, obtenus sur les données populationnelles les plus récentes et les plus robustes disponibles pour le Québec au moment de préparer ce rapport, confirment un portrait général plutôt défavorable pour les jeunes et les adultes de minorités sexuelles. Ce portrait est conforme aux

38 Fredriksen-Goldsen, K. I. (2014). Despite disparities, most LGBT elders are aging well. *Aging today: the bimonthly newspaper of the American Society on Aging*, 35(3).

données publiées antérieurement et se révèle persistant dans le temps<sup>39</sup>. Les résultats confirment qu'il existe encore des obstacles spécifiques aux PMS et aux JMS en matière d'accessibilité aux ressources, d'utilisation des ressources et d'obtention de résultats spécifiques qui expliqueraient ce positionnement défavorable comparativement à la population générale.

### Faits saillants au regard des disparités au sein des sous-groupes de PMSG

- L'analyse des PMSG en sous-groupes n'offrait pas toujours un nombre de personnes suffisant pour conclure à des différences significatives sur le plan statistique, mais elle a permis de constater la récurrence du patron de contrastes suivant :
  - les hommes cisgenres GBQ+ occupaient généralement un positionnement similaire ou plus avantageux comparativement aux femmes cisgenres LGBTQ+ ;
  - en contrepartie, les femmes cisgenres LGBTQ+ occupaient généralement une position comparable ou inférieure aux hommes cisgenres GBQ+ ;
  - les personnes non-binaires et trans étaient, sur un grand nombre d'indicateurs, désavantagées comparativement aux personnes LGBTQ+ cisgenres.

Ces contrastes révèlent une hiérarchie des groupes en fonction de l'orientation sexuelle, du genre et de la modalité de genre où la population générale (présumée majoritairement cisgenre et hétérosexuelle en l'absence d'autres informations) occupe une position avantageuse du point de vue de l'accès à des ressources et de l'obtention de résultats. Dans les enquêtes populationnelles, nous n'avons pas exploré les différences de genres étant donné leur bicatégorisation homme-femme (excluant ainsi les personnes non-binaires) et l'absence de données sur la modalité de genre (ne permettant ainsi pas de cerner les personnes trans). Néanmoins, l'exploration des différences de genre dans les enquêtes communautaires montre que parmi les PMSG, les hommes cisgenres GBQ+ étaient souvent les plus avantagés et que les femmes cisgenres LGBTQ+ étaient à plusieurs égards désavantagées comparativement à eux. Ces différences entre les hommes et les femmes

39 Blais, M., Bergeron, F. A., Duford, J., Boislard, M. A., & Hébert, M. (2015). Health outcomes of sexual-minority youth in Canada: An overview. *Adolescencia & saude*, 12 (3), 53 ; Boucher, K., Blais, M., Hébert, M., Gervais, J., Banville-Côté, C., Bédard, I., & Dragieva, N. (2013). La victimisation homophobe et liée à la non-conformité de genre et l'adaptation scolaire et psychosociale chez les 14-22 ans : Résultats d'une enquête québécoise. *Recherches & éducatives*, (8), 83-98 ; Burczycka, M. (2020). Les expériences de discrimination fondée sur le genre, l'identité de genre ou l'orientation sexuelle vécues par les étudiants des établissements d'enseignement postsecondaire dans les provinces canadiennes, 2019. *Bulletin Juristat — En bref* (no 85-005-X au catalogue), Ottawa : Statistique Canada ; Cénat, J. M., Blais, M., Hébert, M., Lavoie, F., & Guerrier, M. (2015). Correlates of bullying in Quebec high school students: The vulnerability of sexual-minority youth. *Journal of Affective Disorders*, 183, 315-321 ; Chamberland, L., Beaulieu-Prévost, D., Julien, D., N'Bouké, A., et de Pierrepont, C. (2011). *Portrait sociodémographique et de santé des populations LGB au Québec — Analyse secondaire des données de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes*. Rapport de recherche, Université du Québec à Montréal, 107 pages ; Galantino, G., Blais, M., Hébert, M., & Lavoie, F. (2017). *Un portrait de l'environnement social et de l'adaptation psychosociale des jeunes québécois.e.s trans ou en questionnement de leur identité de genre*. Rapport de recherche du projet Parcours amoureux des jeunes LGBT du Québec. Montréal, Université du Québec à Montréal.

cisgenres de minorités sexuelles ont aussi été documentées ailleurs<sup>40</sup>. Dans leur recension systématique des études publiées entre 1998 et 2016 sur la santé et l'accès aux soins des PMSG en milieux ruraux, Rosenkrantz et al. (2017) remarquent que l'engagement des hommes de minorités sexuelles avec le système aurait augmenté plus rapidement que celui des hommes hétérosexuels selon les études plus récentes, alors que les disparités décrites chez les femmes de minorités sexuelles dans l'accès aux soins persisteraient.

De tous les groupes de PMSG, les personnes non-binaires et trans étaient les plus désavantagées au regard de certains des indicateurs analysés, ce qui fait écho aux résultats d'autres travaux<sup>41</sup>. En raison du petit nombre de personnes non-binaire et trans, nous n'avons pas été en mesure de les subdiviser par groupe d'orientation sexuelle. Néanmoins, considérée globalement, cette hiérarchie semble confirmer que des processus d'exclusion spécifiques à l'OSIEG (notamment, l'hétérosexisme, le sexisme et le cissexisme) tiennent les PMSG à l'écart de l'accès à des ressources et de la possibilité d'obtenir de résultats satisfaisants sur le plan du bien-être et de la santé.

### Faits saillants au regard des variations géographiques

- Dans toutes les régions sociosanitaires, on pouvait déceler au moins certaines disparités significatives, que ce soit entre les PMS et la population générale régionale ou encore entre des sous-groupes PMSG.
  - Ces disparités étaient les plus évidentes dans les données portant sur les jeunes. Dans 15 des 16 régions sociosanitaires, les JMS se distinguaient significativement de la population générale régionale de la même tranche d'âge sur l'un ou l'autre des trois groupes de variable (soutien social, inclusion et bien-être en milieu scolaire, ainsi que bien-être et santé mentale). La seule région où ces disparités n'ont pu être confirmées statistiquement était le Nord-du-Québec, suggérant soit que les JMS se situaient à égalité des autres sur le plan de l'accès à des opportunités ou de l'obtention de résultats, soit que la taille des effectifs était trop faible dans cette région pour détecter des différences sur le plan statistique, une hypothèse appuyée par l'étendue des IC.

40 Baptiste-Roberts, K., Oranuba, E., Werts, N., & Edwards, L. V. (2017). Addressing health care disparities among sexual minorities. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 44(1), 71-80; Dumas, J., Chamberland, L., Kamgain, O. (2016). Adéquation des services sociaux et de santé avec les besoins des minorités sexuelles : Résultats et recommandations de la recherche-action participative menée au CSSS Jeanne-Mance. Rapport de recherche. Montréal : Chaire de recherche sur l'homophobie, Université du Québec à Montréal; Rosenkrantz, D. E., Black, W. W., Abreu, R. L., Aleshire, M. E., & Fallin-Bennett, K. (2017). Health and health care of rural sexual and gender minorities: A systematic review. *Stigma and Health*, 2(3), 229-243; Strutz, K. L., Herring, A. H., & Halpern, C. T. (2015). Health disparities among young adult sexual minorities in the US. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(1), 76-88.

41 Dumas, J., Chamberland, L., Kamgain, O. (2016). Adéquation des services sociaux et de santé avec les besoins des minorités sexuelles : Résultats et recommandations de la recherche-action participative menée au CSSS Jeanne-Mance. Rapport de recherche. Montréal : Chaire de recherche sur l'homophobie, Université du Québec à Montréal; Giblon, R., & Bauer, G. R. (2017). Health care availability, quality, and unmet need: a comparison of transgender and cisgender residents of Ontario, Canada. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-10; Su, D., Irwin, J. A., Fisher, C., Ramos, A., Kelley, M., Mendoza, D. A. R., & Coleman, J. D. (2016). Mental Health Disparities Within the LGBT Population: A Comparison Between Transgender and Nontransgender Individuals. *Transgender Health*, 1(1), 12-20.



- Chez les adultes (EQSP) et dans les données de l'ESCC colligées auprès d'une majorité d'adultes, des disparités significatives ont été détectées dans les rapports de prévalences agrégés des indicateurs de bien-être et de santé dans les régions sociosanitaires suivantes : le Saguenay–Lac-Saint-Jean, l'Estrie, Montréal, les Laurentides et la Montérégie. Toutefois, parce que les IC se chevauchaient entre les régions dans les deux enquêtes, il n'était pas possible de conclure que les régions se distinguaient significativement les unes des autres.
  - Les différences observées au sein des régions sociosanitaires entre les sous-groupes PMSG adultes montraient que les hommes cisgenres GBQ+ occupaient une position avantagée comparativement aux femmes cisgenres LGBQ+ en Estrie, à Montréal et dans les Laurentides.
  - Quand les hommes cisgenres GBQ+ occupaient une position favorisée par rapport aux femmes cisgenres LGBQ+, cela implique nécessairement que dernières occupaient une position désavantagée comparativement à eux, montrant que leur positionnement n'est pas non plus optimal.
  - Les personnes non-binaires et trans occupaient, quant à elles, une position désavantageuse dans toutes les régions comparativement aux personnes LGBQ+ cisgenres, bien que les seules disparités détectables sur le plan statistique aient été observées en Estrie, à Montréal, dans les Laurentides et en Montérégie.
  - La région sociosanitaire avait un effet modérateur sur le bien-être et la santé des PMS aînées et sur l'accès à du soutien social chez les JMS. Les disparités entre les PMS aînées et la population générale du même groupe d'âge étaient particulièrement accentuées sur la Côte-Nord, alors que dans le Bas-Saint-Laurent, elles se distinguaient favorablement comparativement à la population générale. Les disparités en termes de soutien social entre les JMS et la population générale du même groupe d'âge étaient particulièrement accentuées en Montérégie.
- Dans tous les types de villes, les PMS de tous âges (ESCC), les PMS adultes (18-59 ans; EQSP), mais pas les PMS aînées (60 ans et plus ; EQSP) spécifiquement, se distinguaient significativement de la population générale du même groupe d'âge sur les RP agrégés des indicateurs de bien-être et de santé.
    - Dans tous les types de villes, les JMS se distinguaient significativement de la population générale du même groupe d'âge sur au moins deux des trois groupes d'indicateurs analysés. Sur le plan de l'inclusion et du bien-être en milieu scolaire spécifiquement, les JMS se positionnaient de manière significativement inférieure aux jeunes de la population générale dans la RMR de Montréal ainsi que dans les ZIM faibles et nulles, suggérant que les JMS du secondaire n'avaient pas accès à des conditions leur permettant d'atteindre un niveau de bien-être et d'inclusion en milieu scolaire similaire aux jeunes de la population générale vivant dans les mêmes zones. Dans le contexte de la RMR de Montréal, au-delà du fait qu'elle rassemble le plus de ressources LGBT+ au Québec et qu'elle est perçue, à tort, comme le milieu a priori

le plus ouvert à la diversité sexuelle et à la pluralité des genres, il faut concevoir que la RMR elle-même est composée de multiples micro-territoires où se répartissent des écoles très hétérogènes dans les ressources et le soutien qu'elles sont en mesure d'offrir à leurs élèves. Pour les ZIM faibles et nulles, il est possible d'invoquer des facteurs qui seraient plus prévalents dans les milieux ruraux. Par exemple, les JMS peuvent être confronté-e-s à un plus petit bassin d'amitiés potentielles conjugué au sentiment de ne pas être en sécurité de dévoiler leur orientation sexuelle ou leur modalité de genre, avec pour conséquence la difficulté à établir un réseau de soutien. Ainsi, ces jeunes doivent choisir entre les risques associés au dévoilement, des relations inauthentiques ou l'isolement et l'absence de soutien social.

- Le type de villes jouait un rôle modérateur parmi les PMSG, puisque les disparités observées étaient accentuées dans la RMR de Montréal, en particulier à la défaveur des personnes non-binaires et trans.
- Dans la RMR de Montréal et dans les ZIM fortes-moyennes ainsi que faibles-nulles, le groupe des PMSG le plus avantagez chez les adultes comparativement aux autres était les hommes cisgenres GBQ+.
- Les personnes non-binaires et trans apparaissaient significativement désavantagées d'une manière ou d'une autre comparativement à la fois aux personnes cisgenres (hommes et femmes) LGBTQ+ dans tous les types de villes :
  - Dans la RMR de Montréal, c'était autant le cas des personnes non-binaires transféminines et des femmes trans que des personnes non-binaires transmasculines et des hommes trans dans l'enquête communautaire auprès des adultes. Les jeunes personnes non-binaires transféminines et les jeunes femmes trans y occupaient une position significativement désavantagée au regard de leur inclusion et de leur bien-être en milieu scolaire.
  - Dans les RMR autres que Montréal, les personnes non-binaires transféminines et les femmes trans se comparaient désavantageusement aux femmes cisgenres LGBTQ+. Chez les jeunes, les personnes non-binaires transmasculines et les hommes trans se comparaient désavantageusement aux femmes cisgenres LGBTQ+ au regard de leur bien-être et de leur santé spécifiquement.
  - Dans les AR, les personnes non-binaires transmasculines et hommes trans adultes se comparaient désavantageusement aux femmes cisgenres LGBTQ+, tant chez les adultes sur le plan du bien-être et de la santé que chez les jeunes sur le plan de l'inclusion et du bien-être en milieu scolaire.
  - Dans les ZIM, autant fortes-moyennes que faibles-nulles, les femmes cisgenres LGBTQ+ ainsi que les personnes non-binaires transmasculines et les hommes trans étaient désavantagées par rapport aux hommes cisgenres GBQ+ adultes sur le plan de la santé mentale et physique.

Il est impossible de réduire à une explication unique et simple les disparités observées au sein de certaines régions. Les facteurs sociosanitaires et géographiques pouvant expliquer ces disparités sont multiples et les explications socioterritoriales fournies par les autres variables analysées ne sont que partiellement validées. Ainsi, les disparités observées peuvent refléter l'insuffisance ou l'absence de services spécialisés ou de lieux de socialisation pour les PMSG dans les différentes régions concernées, alors qu'elles sont susceptibles d'influencer leur bien-être et leur santé. Elles peuvent aussi refléter différents enjeux pouvant compromettre leur accessibilité. Sur le plan géographique, la distance à parcourir pour atteindre les services spécialisés peut être trop grande, particulièrement pour les PMSG vivant dans des communautés éloignées. Les services eux-mêmes peuvent être limités dans leur capacité à couvrir les vastes territoires que représentent les régions sociosanitaires. D'autres facteurs socioterritoriaux (par ex. cohésion sociale, organisation du milieu communautaire, densité de la population) pourraient aussi expliquer une partie de ces variations régionales. Il y a toutefois encore trop peu d'études scientifiques sur les disparités régionales de santé et de bien-être des PMSG et de données disponibles au Québec pour identifier plus précisément l'origine de ces variations régionales.

Sur le plan de la qualité des services, certaines PMSG peuvent en limiter leur usage en raison de préoccupations relatives à la confidentialité ou de peur de vivre de la discrimination, et ce, malgré leurs besoins de services. Il est aussi possible que ces disparités soient en partie liées à l'efficacité des services disponibles pour répondre aux besoins spécifiques des PMSG. Par exemple, dans la RMR de Montréal, où les services sont plus concentrés, les listes d'attente pour certains services spécialisés dépassent une année. Aussi, le degré de sensibilité ou d'expertise des professionnel·le·s sur les questions de DSPG peut également être un facteur explicatif. En effet, certaines PMSG se font refuser des services généraux de certain·e·s professionnel·le·s non spécialisé·e·s sous motif d'un manque d'expertise, alors que d'autres font l'expérience d'autres formes de discrimination ou de micro-agressions liées à ce manque de sensibilité<sup>42</sup>. Considérant que nos résultats suggèrent une vulnérabilité particulière dans certaines régions, ces hypothèses méritent d'y être spécifiquement approfondies. Plus généralement, une meilleure compréhension des liens entre les caractéristiques des milieux locaux et la santé et le bien-être des PMSG pourrait contribuer à identifier de nouvelles cibles d'interventions pour favoriser l'équité territoriale.

### Faits saillants au regard des variations socioéconomiques

- Dans tous les niveaux socioéconomiques, on pouvait déceler certaines disparités significatives, que ce soit entre les PMS et la population générale ou encore entre des sous-groupes PMSG. Toutefois, le chevauchement des IC ne suggérait pas que le niveau socioéconomique accentuait ou réduisait ces disparités.
- Dans les données de l'ESCC colligées auprès d'une majorité d'adultes, les PMS qui résidaient dans les quartiers les plus défavorisés du Québec se distinguaient significativement de la population générale, suggérant qu'ils vivaient dans des conditions socioéconomiques qui ne leur permettaient pas d'atteindre un niveau de bien-être et

42 Sur ces éléments, voir notamment Chamberland, L., Kamgain, O. et Dumas, J. (2017) Les femmes moins bien servies que les hommes? Évaluation des services sociaux et de santé offerts aux minorités sexuelles, *Service social*, 63(2), 99-113; Vandebussche, E., & Chamberland, L. (2020). Personnes trans et non binaires, *Fiche synthèse du projet SAVIE-LGBTQ+, volet expérientiel*, numéro 12.

de santé similaire à la population générale vivant dans les mêmes conditions. Dans les données de l'EQSP sur les adultes, de telles disparités étaient observées dans la majorité des niveaux de défavorisation, sauf pour le niveau favorisé. Bien que les IC se chevauchent de telle sorte qu'on ne puisse conclure à un effet modérateur du statut socioéconomique, l'hypothèse voulant que le niveau socioéconomique le plus favorisé pourrait contribuer à réduire l'écart entre les PMS et la population générale alors que le niveau le plus défavorisé pourrait le creuser mérite d'être explorée dans les travaux futurs et pour des indicateurs spécifiques plutôt qu'agrégés. Confirmé, ce type de résultats pourrait montrer le rôle de la lutte contre la pauvreté dans la réduction de certaines disparités de bien-être et de santé affectant les PMS.

- Chez les jeunes du secondaire, les JMS se positionnaient désavantageusement relativement à la population générale des jeunes en matière de soutien social, du bien-être et de la santé dans tous les niveaux socioéconomiques.
- Les PMS âgées ne se distinguaient de la population générale du même groupe d'âge dans aucun niveau socioéconomique et aucune différence entre les groupes PSMG âgées n'a été observée.

Nos analyses n'ont pas permis d'observer un gradient socioéconomique dans l'ampleur du désavantage des JMSG et des PMSG. L'absence d'un tel gradient suggère que le statut socioéconomique n'aurait pas un effet structurant dans l'ensemble de la population. Néanmoins, nos résultats suggèrent que les JMS issus des milieux les plus défavorisés présentaient aussi une situation moins favorable que les JMS des autres milieux socioéconomiques en matière d'inclusion et de bien-être en milieu scolaire. Autrement dit, dans les milieux les plus défavorisés, les JMSG n'auraient pas accès à des ressources comparables ou n'obtiendraient pas des résultats similaires aux JMS des autres milieux socioéconomiques en termes d'inclusion et de bien-être en milieu scolaire. Cette dernière disparité ne s'observait pas dans les autres niveaux de défavorisation, ce qui pourrait suggérer qu'elle est spécifique aux milieux défavorisés.

### Faits saillants au regard des variations selon la vitalité des ressources communautaires LGBT+ disponibles

- Les disparités observées entre les JMS et la population générale du même groupe d'âge étaient constantes dans tous les niveaux de vitalité, suggérant que peu importe leur niveau de vitalité dans une région, ces disparités étaient observées chez les jeunes.
- Aucune disparité au sein des niveaux de vitalité ne s'est révélée significative chez les PMS adultes (EQSP) ou majoritairement adultes (ESCC) dans les enquêtes populationnelles.
- Les contrastes parmi les PMSG ne se sont révélés significatifs que dans l'enquête communautaire SAVIE-LGBTQ+ dans les régions aux niveaux de vitalité moyenne ou élevée, où les hommes cisgenres GBQ+ occupaient une position favorable comparative aux femmes cisgenres LGBQ+ et les personnes non-binaires et trans, une position défavorable. Les données de l'enquête communautaire BRAV auprès des JMS n'ont pas permis de détecter statistiquement de tels contrastes.

- Les PMSG âgées ne présentaient aucune disparité avec les groupes de comparaison quel que soit le niveau de vitalité.
- Le niveau de vitalité des ressources communautaires LGBT+ disponibles ne semblait pas accentuer ou réduire les disparités entre les PMS et la population générale ou au sein des groupes de PMSG.

Plusieurs raisons peuvent expliquer que les disparités de santé entre PMS et population générale ou entre PMSG soient relativement constantes peu importe le niveau de vitalité des ressources communautaires LGBT+ dans les régions. D'une part, la présence de telles ressources, même très vitalisées, ne signifie pas qu'elles offrent des services spécifiques et adaptés à tous les sous-groupes PMSG. Or, leurs besoins spécifiques varient de manière importante et les ressources rencontrent des limites du point de vue de leurs capacités financières et organisationnelles à desservir une grande diversité de groupes<sup>43</sup>.

D'autre part, il faut souligner que l'indice de vitalité des ressources communautaires LGBT+ comporte des limites. Il a été produit à l'échelle des régions. Or, les régions les plus vitalisées coïncidant avec celles où les PMSG étaient les plus nombreuses à avoir participé aux enquêtes communautaires, il est probable que les données communautaires n'aient pas offert la puissance statistique nécessaire pour repérer les possibles disparités dans les régions de plus faible vitalité. C'est d'ailleurs ce que suggèrent les IC particulièrement large observés dans les croisements avec le niveau de vitalité *faible* des ressources. Cette limite peut expliquer de manière plausible des résultats qui apparaissent contre-intuitifs à première vue, comme l'absence de différence entre les sous-groupes PMSG dans les régions de faible vitalité, mais des différences significatives dans les régions de vitalité moyenne et élevée. De fait, le patron de contrastes est souvent similaire dans les trois niveaux de vitalité — moins avantageux pour les femmes cisgenres LGBTQ+ et pour les personnes non-binaires et trans que pour les hommes cisgenres GBQ+ —, mais il ne se confirme statistiquement que dans les niveaux pour lesquels le nombre de répondant·e·s fournit une puissance statistique suffisante.

## Limites

Il importe de placer cette étude dans le contexte de certaines limites méthodologiques. Premièrement, devant le grand nombre d'indicateurs pertinents à prendre en compte et le nombre de variables socioterritoriales d'intérêt, nous avons choisi d'agréger les indicateurs sur un certain nombre de dimensions (en l'occurrence, bien-être et santé, soutien social, inclusion et bien-être en milieu scolaire). Si cette approche a l'avantage de produire un portrait global plus parcimonieux, elle a le défaut de masquer ou aplatir des effets qui pourraient ne concerner qu'un petit nombre d'indicateurs au profit d'une tendance générale. Cet effet, dit *compensatoire*, est une limite de cette approche<sup>44</sup>.

43 Blais, M., St-Pierre, M., Baiocco, M., Philibert, M. et Chamberland, L. (2022). *Portrait régional de la vitalité des ressources LGBT+ au Québec*. Montréal : Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres et Conseil québécois LGBT.

44 Pour une discussion de l'effet compensatoire dans la construction d'indices, voir Sironen, S., Seppälä, J., & Leskinen, P. (2015). Towards more non-compensatory sustainable society index. *Environment, Development and Sustainability*, 17(3), 587-621.

Deuxièmement, en dépit du caractère représentatif des enquêtes populationnelles mobilisées, elles restent limitées dans leur capacité à produire un portrait détaillé des sous-groupes de PMSG. En effet, leur plan d'échantillonnage n'est pas établi pour assurer la représentativité des PMSG, et leur nombre y reste généralement trop faible pour produire des résultats précis ou pour analyser des sous-groupes particuliers. Malgré les défis que cela représente, il est nécessaire d'assurer une meilleure représentativité des PMSG à l'échelle provinciale, mais aussi à des échelles plus fines (en l'occurrence, les régions sociosanitaires).

Troisièmement, de petits effectifs influencent aussi, directement et à la hausse, l'étendue des IC à partir desquels on juge des disparités entre les groupes étudiés. Plus les IC sont étendus, moins grande est la crédibilité que l'on peut accorder aux différences entre les groupes. Ce problème affecte en particulier les analyses qui reposent sur une subdivision des groupes à l'échelle de la région sociosanitaire de résidence, mais aussi du niveau de défavorisation socioéconomique, du type de villes de résidence et de la vitalité des ressources communautaires desservant les populations LGBT+. Aussi l'absence de différences entre les PMS et la population générale dans de tels contextes peut refléter un biais statistique dans notre capacité à capter adéquatement les différences qui pourraient exister. Cette limite liée à la taille des effectifs explique aussi que nous n'avons pas réalisé d'analyses différenciées selon les sexes/genres ou encore selon les sous-groupes d'orientation sexuelle (homosexuel vs bisexuel). Cette subdivision supplémentaire des échantillons n'aurait possiblement pas produit de résultats crédibles. Il nous a parfois fallu regrouper les personnes non-binaires et trans en une seule catégorie en raison des restrictions liées au petit nombre d'observations dans certains croisements. Malgré ces fusions, il n'a pas toujours été possible de distinguer si l'absence de différence était réelle ou plutôt l'effet d'une puissance statistique insuffisante qui rend impossible l'observation d'une différence réelle. Bien que nous ayons implanté des méthodes de correction des biais dans l'estimation des IC (rééchantillonnage avec remise, méthode de Firth avec pénalisation de la vraisemblance), la manière la plus robuste de résoudre ce type de biais est d'assurer en amont le recrutement d'un plus grand nombre de PMSG dans chacune des catégories socioterritoriales d'intérêt (par ex., dans chacune des régions sociosanitaires) en les suréchantillonnant.

Quatrièmement, bien que certaines approches statistiques recommandent l'ajustement du seuil de significativité pour contrôler la détection erronée de différences significatives consécutive à la multiplication des comparaisons statistiques, nous n'avons pas procédé à un tel ajustement. Les opinions varient sur cette pratique<sup>45</sup>. En élevant le fardeau de la preuve et en réduisant la puissance statistique, cette approche limite la probabilité de détecter des différences qui n'existent pas, mais elle limite aussi notre capacité à détecter les différences présentes. Dans le contexte de la présente étude exploratoire réalisée sur des effectifs dont la taille en compromet déjà la puissance statistique, ce sont d'importants inconvénients. Pour les études exploratoires, il est recommandé de ne pas corriger le seuil de significativité pour les tests multiples pour ne pas faillir à détecter

45 Matsunaga, M. (2007). Familywise error in multiple comparisons: Disentangling a knot through a critique of O'Keefe's arguments against alpha adjustment. *Communication Methods and Measures*, 1(4), 243-265; O'Keefe, D. J. (2003). Colloquy: Should familywise alpha be adjusted? Against familywise alpha adjustment. *Human Communication Research*, 29(3), 431-447; Tukey, J. W. (1991). The philosophy of multiple comparisons. *Statistical Science*, 6, 100-116.

les différences réellement existantes<sup>46</sup>. Néanmoins, l'adoption d'une approche conservatrice dans l'évaluation des différences entre les groupes, basée sur le chevauchement des IC<sup>47</sup>, a sans doute contribué à minimiser la détection de différences.

Cinquièmement, une autre limite importante émerge du fait que chaque enquête adopte une approche de mesure différente et restrictive de l'orientation sexuelle des répondant-e-s. L'attrance sexuelle (EQSJS), l'autodésignation (ESCC) et le sexe/genre des partenaires sexuels (EQSP) cernent des groupes de personnes différents. Il serait donc important d'intégrer systématiquement trois mesures de l'orientation sexuelle : son autodésignation, les attractions sexuelles et, chez les personnes actives sexuellement, le sexe/genre des partenaires sexuel-le-s (à vie ou sur une période donnée, selon l'objet de l'enquête). Le fait que chacune des enquêtes repose sur une approche de mesure différente diminue notre capacité à comparer directement les résultats d'une enquête à l'autre. L'introduction d'une approche de mesure constante et systématique de l'orientation sexuelle à travers les enquêtes populationnelles pour assurer leur comparabilité est donc essentielle.

Sixièmement, aucune des enquêtes populationnelles disponibles au Québec à ce jour ne permet de distinguer le sexe assigné à la naissance de l'identité de genre, empêchant ainsi toute comparaison sur la base de la modalité de genre (cisgenre vs trans) qui permettrait de cerner le positionnement des personnes trans par rapport à la population générale québécoise. L'intégration d'une mesure de l'identité de genre distincte du sexe assigné à la naissance dans les enquêtes populationnelles pour pouvoir cerner la modalité de genre des répondant-e-s est essentielle.

Septièmement, rappelons que malgré leur caractère nécessaire, les indicateurs généraux ne permettent pas nécessairement de produire un portrait des enjeux spécifiques aux PMSG. En effet, la population générale n'est que peu ou pas affectée par la discrimination spécifiquement fondée sur l'OSIEG et les enquêtes populationnelles ne comportent pas de mesures qui y sont spécifiques (par ex., les difficultés à intégrer harmonieusement son OSIEG qui pourraient en résulter). L'absence de disparités entre les PMSG et la population générale sur certains facteurs généraux ne signifie donc pas que les PMSG ne souffrent pas de formes d'exclusion ou de difficultés résultant de stressseurs sociaux ciblant spécifiquement leur OSIEG.

Huitièmement, les analyses sur les sous-groupes de PMSG rappellent qu'elles ne forment pas un groupe homogène. D'autres sources de variations importantes sont aussi susceptibles de vulnérabiliser certains sous-groupes au sein des communautés LGBTQ+, en particulier des formes d'oppression comme le racisme, le colonialisme ou le capacitisme. D'autres travaux sont nécessaires, notamment qualitatifs, pour explorer la contribution de ces formes d'oppression aux expériences des personnes LGBTQ+, puisque les données quantitatives se révèlent souvent insuffisantes ou inexistantes pour ce faire. De même, des travaux supplémentaires sont nécessaires pour comprendre certains résultats, notamment des variations géographiques, et identifier les phénomènes locaux qui pourraient contribuer à l'inclusion et au bien-être des PMSG.

46 Armstrong, R. A. (2014). When to use the Bonferroni correction. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 34(5), 502-508; Tyler, K. M., Normand, S. L. T., & Horton, N. J. (2011). The use and abuse of multiple outcomes in randomized controlled depression trials. *Contemporary clinical trials*, 32(2), 299-304.

47 Schenker, N., & Gentleman, J. F. (2001). On judging the significance of differences by examining the overlap between confidence intervals. *The American Statistician*, 55(3), 182-186.

## Conclusion

En dépit des limites identifiées dans les sources de données et leur comparabilité, certains constats sont clairs : les PMS sont désavantagées sur la grande majorité des indicateurs analysés. Ces disparités sont apparues de manière relativement systématique à travers les dimensions socio-territoriales analysées (régions sociosanitaires, niveau socioéconomique, type de villes, vitalité de ressources communautaires LGBTQ+). Comme discuté dans les limites précédentes, le manque de puissance statistique conséquent au petit nombre de personnes dans les sous-groupes PMSG constitue l'explication la plus vraisemblable de notre incapacité à confirmer certaines différences sur le plan statistique. Malgré cela, force est de constater les disparités entre les PMS et la population générale ainsi qu'au sein des groupes PMSG suivent un patron très constant et qui met en lumière, comme le constatait déjà Feugé et al. (2017), l'institutionnalisation du privilège masculin et cisgenre<sup>48</sup>. La position avantageuse des hommes cisgenres GBQ+ comparativement aux femmes cisgenres LGBTQ+ et aux personnes non-binaires et trans peut résulter d'un réseau de services communautaires et de santé plus développés et mieux adaptés pour les hommes cisgenres GBQ+, une conséquence de la structuration d'un réseau plus étendu à travers les régions de services de prévention et d'intervention en santé gaie, notamment, dans la foulée de l'épidémie du VIH et des infections transmissibles sexuellement. Sans prétendre que ce réseau de services est suffisant à répondre aux besoins des hommes cisgenres GBQ+ (les comparaisons entre les PMS et la population générale suggèrent que ce n'est pas le cas), le patron de contrastes observé de manière récurrente suggère qu'il reste probablement mieux développé que pour les autres sous-groupes de PMSG. La position désavantageuse des femmes lesbiennes, bisexuelles, queers ou trans comme celle des personnes non-binaires et des hommes trans reflète ainsi en partie une insuffisance, voire une absence, de ressources de santé et de services sociaux spécifiques, qu'elles soient communautaires ou institutionnelles<sup>49</sup>.

S'attaquer à réduire les disparités entre PMSG et population générale exige minimalement de rendre les services sociaux et de santé non seulement plus inclusifs en matière de DSPG, mais aussi plus adaptés et spécialisés aux défis de santé et de bien-être spécifiques que rencontrent les PMSG. Les disparités dans l'inclusion et le bien-être des JMSG en milieu scolaire sont importantes. Les institutions scolaires doivent être interpellées et porter une attention particulière à la réduction des disparités systématiques observées. La suicidalité accrue des PMS âgées souligne leur grande vulnérabilité sur le plan de la santé mentale. Malgré un état de bien-être et de santé équivalent à celui de la population générale du même groupe d'âge sur plusieurs autres indicateurs, la suicidalité peut ici refléter une solitude (l'absence de réseau de soutien immédiat, de conjoint·e, d'enfants ou de famille) ou une difficulté à trouver des raisons de vivre des PMSG âgées. Des interventions spécifiques visant la suicidalité et ses déterminants sont nécessaires auprès des âgées LGBTQ+.

48 Feugé, É. A., Chamberland, L., Kamgain, O. et Dumas, J. (2017) Les femmes moins bien servies que les hommes? Évaluation des services sociaux et de santé offerts aux minorités sexuelles, *Service social*, 63(2), 99-113.

49 Blais, M., St-Pierre, M., Baiocco, M., Philibert, M. et Chamberland, L. (2022). *Portrait régional de la vitalité des ressources LGBTQ+ au Québec*. Montréal : Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres et Conseil québécois LGBTQ; Feugé, É. A., Chamberland, L., Kamgain, O. et Dumas, J. (2017) Les femmes moins bien servies que les hommes? Évaluation des services sociaux et de santé offerts aux minorités sexuelles, *Service social*, 63(2), 99-113.



S'attaquer à réduire les disparités au sein des groupes PMSG exige que l'on renforce les capacités des organismes et services existants (en termes de ressources et d'expertises spécifiques, notamment) à intervenir de façon ciblée auprès des clientèles minorisées en raison de leur OSIEG, notamment pour les sous-groupes pour qui les disparités sont les plus criantes, qui incluent les femmes de minorités sexuelles et les personnes de minorités de genre.

## Références

- Ashley, F. (À paraître). 'Trans' is my gender modality: A modest terminological proposal. In L. Erikson-Schroth (Dir.), *Trans Bodies, Trans Selves*, 2e ed. New York : Oxford University Press.
- Austin, P. C. (2010). Absolute risk reductions, relative risks, relative risk reductions, and numbers needed to treat can be obtained from a logistic regression model. *Journal of clinical epidemiology*, 63(1), 2-6.
- Babbie, E. R. (2014). *The practice of social research, 14th Edition*. Boston : Cengage learning.
- Badgett, M. Y. L. & Sell, R. (2018). *A Set of Proposed Indicators for the LGBTI Inclusion Index*. New York : UNDP.
- Baptiste-Roberts, K., Oranuba, E., Werts, N., & Edwards, L. V. (2017). Addressing health care disparities among sexual minorities. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 44(1), 71-80
- Barnett, A., Zhang, C. J., Johnston, J. M., & Cerin, E. (2018). Relationships between the neighborhood environment and depression in older adults: a systematic review and meta-analysis. *International psychogeriatrics*, 30(8), 1153-1176.
- Barros, A. J., & Hirakata, V. N. (2003). Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies : an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC medical research methodology*, 3(1), 21.
- Blais, M., Bergeron, F. A., Duford, J., Boislard, M. A., & Hébert, M. (2015). Health outcomes of sexual-minority youth in Canada: An overview. *Adolescencia & saude*, 12(3), 53.
- Blais, M., St-Pierre, M., Baiocco, M., Philibert, M. et Chamberland, L. (2022). *Portrait régional de la vitalité des ressources LGBT+ au Québec*. Montréal : Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres et Conseil québécois LGBT.
- Boucher, K., Blais, M., Hébert, M., Gervais, J., Banville-Côté, C., Bédard, I., & Dragieva, N. (2013). La victimisation homophobe et liée à la non-conformité de genre et l'adaptation scolaire et psychosociale chez les 14-22 ans : Résultats d'une enquête québécoise. *Recherches & éducations*, (8), 83-98.
- Burczycka, M. (2020). Les expériences de discrimination fondée sur le genre, l'identité de genre ou l'orientation sexuelle vécues par les étudiants des établissements d'enseignement postsecondaire dans les provinces canadiennes, 2019. *Bulletin Juristat — En bref* (no 85-005-X au catalogue), Ottawa : Statistique Canada.
- Casella, G., & Berger, R. L. (2021). *Statistical inference*. Cengage Learning.
- Cech, E. A., & Pham, M. V. (2017). Queer in STEM organizations: Workplace disadvantages for LGBT employees in STEM related federal agencies. *Social Sciences*, 6(1), 12-34.
- Cénat, J. M., Blais, M., Hébert, M., Lavoie, F., & Guerrier, M. (2015). Correlates of bullying in Quebec high school students: The vulnerability of sexual-minority youth. *Journal of affective disorders*, 183, 315-321.
- Chamberland, L., Beaulieu-Prévost, D., Julien, D., N'Bouké, A., et de Pierrepont, C. (2011). *Portrait socio-démographique et de santé des populations LGB au Québec — Analyse secondaire des données de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes*. Rapport de recherche, Université du Québec à Montréal, 107 pages.
- Chernick, M. R. (2011). *Bootstrap methods: A guide for practitioners and researchers* (Vol. 619). John Wiley & Sons.
- Davies, J. M., Sleeman, K. E., Leniz, J., Wilson, R., Higginson, I. J., Verne, J., ... & Murtagh, F. E. (2019). Socioeconomic position and use of healthcare in the last year of life: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 16(4), e1002782
- Devika, S., Jeyaseelan, L., & Sebastian, G. (2016). Analysis of sparse data in logistic regression in medical research: A newer approach. *Journal of Postgraduate Medicine*, 62(1), 26-31.
- Dumas, J., Chamberland, L. et Kamgain, O. (2016). *Adéquation des services sociaux et de santé avec les besoins des minorités sexuelles : Résultats et recommandations de la recherche-action participative menée au CSSS Jeanne-Mance*. Rapport de recherche. Montréal : Chaire de recherche sur l'homophobie, Université du Québec à Montréal.
- Feugé, É. A. Chamberland, L., Kamgain, O. et Dumas, J. (2017) Les femmes moins bien servies que les hommes? Évaluation des services sociaux et de santé offerts aux minorités sexuelles, *Service social*, 63(2), 99-113.

- Firth, D. (1993). Bias reduction of maximum likelihood estimates. *Biometrika*, 80(1), 27-38.
- Fredriksen-Goldsen, K.I. (2014). Despite disparities, most LGBT elders are aging well. *Aging today: the bimonthly newspaper of the American Society on Aging*, 35(3).
- Friedman, M. S., Marshal, M. P., Guadamuz, T. E., Wei, C., Wong, C. F., Saewyc, E. M., & Stall, R. (2011). A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American journal of public health*, 101(8), 1481-1494.
- Frome, E. L. (1983). The analysis of rates using Poisson regression models. *Biometrics*, 39(3), 665-674.
- Galantino, G., Blais, M., Hébert, M., & Lavoie, F. (2017). *Un portrait de l'environnement social et de l'adaptation psychosociale des jeunes québécois.e.s trans ou en questionnement de leur identité de genre*. Rapport de recherche du projet Parcours amoureux des jeunes LGBT du Québec. Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Giblon, R., & Bauer, G. R. (2017). Health care availability, quality, and unmet need: a comparison of transgender and cisgender residents of Ontario, Canada. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-10.
- Greenland, S., Schwartzbaum, J. A., & Finkle, W. D. (2000). Problems due to small samples and sparse data in conditional logistic regression analysis. *American Journal of Epidemiology*, 151(5), 531-539.
- Hottes, T. S., Bogaert, L., Rhodes, A. E., Brennan, D. J., & Gesink, D. (2016). Lifetime prevalence of suicide attempts among sexual minority adults by study sampling strategies: A systematic review and meta-analysis. *American journal of public health*, 106(5), e1-e12.
- Jaffray, B. (2020). Les expériences de victimisation avec violence et de comportements sexuels non désirés vécues par les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et d'une autre minorité sexuelle, et les personnes transgenres au Canada, 2018. *Bulletin Juristat — En bref* (no 85-002-X au catalogue), Ottawa : Statistique Canada.
- Lee, J. G., Wimark, T., Ortiz, K. S., & Sewell, K. B. (2018). Health-related regional and neighborhood correlates of sexual minority concentration : A systematic review. *PloS one*, 13(6), e0198751.
- Leloup, X., Rose, D., & Maaranen, R. (2018). *La nouvelle géographie sociale de Montréal: évolution de la distribution socio-spatiale du revenu entre 1980 et 2015 dans la région métropolitaine de Montréal*. INRS-Centre Urbanisation Culture Société
- Matsunaga, M. (2007). Familywise error in multiple comparisons: Disentangling a knot through a critique of O'Keefe's arguments against alpha adjustment. *Communication Methods and Measures*, 1(4), 243-265.
- McCullagh, P. (2018). *Generalized linear models*. New York: Routledge.
- Min, Y., & Agresti, A. (2002). Modeling nonnegative data with clumping at zero : A survey. *Journal of the Iranian Statistical Society*, 1(1-2), 7-33.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017). *Glossaire. Définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux* (décembre 2017). Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- O'Keefe, D. J. (2003). Colloquy: Should familywise alpha be adjusted? Against familywise alpha adjustment. *Human Communication Research*, 29(3), 431-447;
- Tukey, J. W. (1991). The philosophy of multiple comparisons. *Statistical Science*, 6, 100-116.
- Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P., Philibert, M. D., Raymond, G., & Simpson, A. (2012). Un indice régional de défavorisation matérielle et sociale pour la santé publique au Québec et au Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 103(2), S17-S22.
- Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P., Simpson, A., & Philibert, M. D. (2014). Valider un indice de défavorisation en santé publique : un exercice complexe, illustre par l'indice québécois. *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 34(1), 14-25.
- Plante, N., Courtemanche, R et Berthelot, M (2018). Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Résultats de la deuxième édition. Méthodologie de l'enquête et caractéristiques de la population visée, Québec, Institut de la statistique du Québec, Tome 1, 54 p.
- Plöderl, M., & Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International review of psychiatry*, 27(5), 367-385.
- Rose, D., Twigge-Molecey, A., Charette, A., & Maltais, A. (2013). *Une métropole à trois vitesses? Bilan sur les écarts de revenu dans le Grand Montréal, 1970-2005*. Cities Centre, Université de Toronto.
- Rosenkrantz, D. E., Black, W. W., Abreu, R. L., Aleshire, M. E., & Fallin-Bennett, K. (2017). Health and health care of rural sexual and gender minorities: A systematic review. *Stigma and Health*, 2(3), 229-243.

- Sauer, B., Brookhart, M.A., Roy, J. A., et al. (2013). Covariate Selection. In Velentgas, P., Dreyer, N. A., Nourjah, P., et al. (Eds), *Developing a Protocol for Observational Comparative Effectiveness Research: A User's Guide* (chapitre 7). Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality.
- Schenker, N., & Gentleman, J. F. (2001). On judging the significance of differences by examining the overlap between confidence intervals. *The American Statistician*, 55(3), 182-186.
- StataCorp (2019). *Stata Statistical Software : Release 16*. College Station, TX : StataCorp LLC.
- Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., Avendaño, M., Muennig, P., Guida, F., ... & Tumino, R. (2017). Socio-economic status and the 25x 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *The Lancet*, 389(10075), 1229-1237.
- Strutz, K. L., Herring, A. H., & Halpern, C. T. (2015). Health disparities among young adult sexual minorities in the US. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(1), 76-88.
- Su, D., Irwin, J. A., Fisher, C., Ramos, A., Kelley, M., Mendoza, D. A. R., & Coleman, J. D. (2016). Mental Health Disparities Within the LGBT Population: A Comparison Between Transgender and Nontransgender Individuals. *Transgender Health*, 1(1), 12-20.
- Szumilas, M. (2010). Explaining odds ratios. *Journal of the Canadian academy of child and adolescent psychiatry*, 19(3), 227-229.
- Tamhane, A. R., Westfall, A. O., Burkholder, G. A., & Cutter, G. R. (2016). Prevalence odds ratio versus prevalence ratio : Choice comes with consequences: Prevalence odds ratio versus prevalence ratio. *Statistics in Medicine*, 35(30), 5730-5735.
- Weinberg, D., Stevens, G. W., Duinhof, E. L., & Finkenauer, C. (2019). Adolescent socioeconomic status and mental health inequalities in the Netherlands, 2001–2017. *International journal of environmental research and public health*, 16(19), 3605.
- Zou, G. (2004). A Modified Poisson Regression Approach to Prospective Studies with Binary Data. *American Journal of Epidemiology*, 159(7), 702-706.

## Annexe A — Régions de recensement et agglomérations de recensement au Québec

| Région métropolitaine de recensement — Montréal   | Autres régions métropolitaines de recensement (Région sociosanitaire)  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Montréal</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ottawa — Gatineau (partie du Québec) (Outaouais)</li> <li>• Québec (Capitale Nationale)</li> <li>• Saguenay (Saguenay — Lac-Saint-Jean)</li> <li>• Sherbrooke (Estrie)</li> <li>• Trois-Rivières (Mauricie — Centre-du-Québec)</li> </ul>   |
| Agglomérations de recensement (AR)  |  |
| <p>1. Bas-Saint-Laurent</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Matane</li> <li>• Rimouski</li> <li>• Rivière-du-Loup</li> </ul> <hr/> <p>2. Saguenay–Lac-Saint-Jean</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alma</li> <li>• Dolbeau-Mistassini</li> </ul> <hr/> <p>4. Mauricie-et-Centre-du-Québec</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Drummondville</li> <li>• Shawinigan</li> <li>• Victoriaville</li> </ul> <hr/> <p>8. Abitibi-Témiscamingue</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rouyn-Noranda</li> <li>• Val-d'Or</li> </ul> <hr/> <p>9. Côte-Nord</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baie-Comeau</li> <li>• Sept-Îles</li> </ul> | <p>11. Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Campbellton (partie du Québec)</li> </ul> <hr/> <p>12. Chaudière-Appalaches</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sainte-Marie</li> <li>• Saint-Georges</li> <li>• Thetford Mines</li> </ul> <hr/> <p>14. Lanaudière</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Joliette</li> </ul> <hr/> <p>15. Laurentides</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hawkesbury (partie du Québec)</li> <li>• Lachute</li> </ul> <hr/> <p>16. Montérégie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cowansville</li> <li>• Granby</li> <li>• Saint-Hyacinthe</li> <li>• Salaberry-de-Valleyfield</li> <li>• Sorel-Tracy</li> </ul> |

## Annexe B — Indice de vitalité des ressources communautaires LGBT+, classification régionale

| Régions sociosanitaires            | Valeur de l'indice de vitalité | Quintile | Regroupement en trois catégories |
|------------------------------------|--------------------------------|----------|----------------------------------|
| 01 — Bas-Saint-Laurent             | -0,54                          | 2        | Modérée (Q2-Q4)                  |
| 02 — Saguenay–Lac-Saint-Jean       | 1,87                           | 4        | Modérée (Q2-Q4)                  |
| 03 — Capitale-Nationale            | 2,70                           | 5        | Élevée (Q5)                      |
| 04 — Mauricie et Centre-du-Québec  | 0,67 et 1,00                   | 3        | Modérée (Q2-Q4)                  |
| 05 — Estrie                        | 0,91                           | 3        | Modérée (Q2-Q4)                  |
| 06 — Montréal                      | 4,12                           | 5        | Élevée (Q5)                      |
| 07 — Outaouais                     | 0,57                           | 3        | Modérée (Q2-Q4)                  |
| 08 — Abitibi-Témiscamingue         | 1,04                           | 4        | Modérée (Q2-Q4)                  |
| 09 — Côte-Nord                     | -2,23                          | 1        | Faible (Q1)                      |
| 10 — Nord-du-Québec                | -4,39                          | 1        | Faible (Q1)                      |
| 11 — Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine | -1,01                          | 1        | Faible (Q1)                      |
| 12 — Chaudière-Appalaches          | -1,94                          | 1        | Faible (Q1)                      |
| 13 — Laval                         | -0,48                          | 2        | Modérée (Q2-Q4)                  |
| 14 — Lanaudière                    | 1,89                           | 5        | Élevée (Q5)                      |
| 15 — Laurentides                   | -0,10                          | 2        | Modérée (Q2-Q4)                  |
| 16 — Montérégie                    | 1,12                           | 4        | Modérée (Q2-Q4)                  |
| 17 — Nunavik                       | *                              | 1        | Faible (Q1)                      |
| 18 — Terres-Cries-de-la-Baie-James | *                              | 1        | Faible (Q1)                      |

\* Valeurs non disponibles ; régions assignées au quintile le plus faible.



**UQAM** | **Chaire de recherche  
sur la diversité sexuelle  
et la pluralité des genres**  
FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES  
Université du Québec à Montréal