

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ORIENTATION SEXUELLE ET SURPOIDS AU CANADA DE 2005 À 2017 :
RÉSULTATS PROVENANT D'UNE ENQUÊTE POPULATIONNELLE

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

LAURENCE BEAUVAIS-DUBOIS

NOVEMBRE 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier mon directeur. Merci Dominic de m'avoir donné ma chance. Merci pour votre confiance dans les moments où je doutais de moi-même. Merci pour votre bienveillance, votre compréhension, votre patience et vos réflexions. Je tiens également à remercier les membres de mon jury. Merci pour votre temps, votre énergie et vos rétroactions. Je tiens aussi à remercier mes frères et sœurs, mon neveu, ma nièce, ma belle-sœur, leurs conjoints respectifs, mes amies, mes collègues, mes professeurs, mes superviseuses de stage et d'internats, de même que l'ensemble des individus qui m'ont supportée de près ou de loin durant ce processus. Ensuite, je tiens à remercier du fond du cœur mes parents, Jocelyne et Daniel. Merci pour votre amour, votre soutien indéfectible, votre grande générosité et vos encouragements. Merci d'avoir cru en moi et en mes capacités. Merci pour l'éducation que vous m'avez donnée et les valeurs que vous m'avez transmises. C'est en grande partie grâce à vous si je termine aujourd'hui ce parcours doctoral. Finalement, je tiens à remercier Guillaume, mon amour d'enfance et mon conjoint des treize dernières années. Merci de m'avoir accompagnée durant l'ensemble de mon parcours universitaire que tu as vécu, sans avoir choisi. Merci pour ta présence, ton support, ta patience, ta compréhension, ta générosité et ton affection. Merci d'être qui tu es et merci de m'accepter telle que je suis. Merci de me permettre d'évoluer à tes côtés et merci de faire ressortir le meilleur en moi. Merci pour les aventures, les fous rires et les beaux moments qui ont rendu ce parcours plus doux. Et par-dessus tout, merci pour ton amour, qui a fait toute la différence. En terminant, je tiens à remercier ma petite Bella Chou. Chère Bella, tu m'as accompagnée durant mes longues heures de rédaction, mes nuits blanches, mes périodes de découragement et de procrastination. Merci d'avoir contribué à ce chapitre

de ma vie par ta présence, ta douceur et ton empathie. Tu as ensoleillé mes journées par ta joie de vivre et ta belle énergie. Je t'embrasse bien fort, où que tu sois aujourd'hui.

DÉDICACE

Je dédie cet essai doctoral à mes parents,
Jocelyne et Daniel, à ma petite Bella, ainsi
qu'à mon conjoint Guillaume. Je vous aime
plus que tout au monde. Je dédie également
cet essai à toutes les personnes qui se sont
battues simplement pour pouvoir exister,
aimer, et être aimées.

MISE EN CONTEXTE ET AVERTISSEMENT

Cet essai aborde, discute et analyse les enjeux de poids spécifiques aux personnes sexuellement minoritaires et des thèmes associés tels que les problèmes d'image de soi et les stéréotypes corporels associés. Ces éléments sont abordés dans le respect, mais leur présence pourrait faire émerger divers sentiments chez des individus concernés par ces enjeux. L'objectif qui sous-tend ce projet n'est pas de restigmatiser des individus, mais bien de mieux identifier les inégalités sociales et de santé affectant les minorités sexuelles, pour ultimement contribuer à améliorer les politiques sociales et de santé qui les visent.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	ix
RÉSUMÉ	
CHAPITRE I INTRODUCTION.....	1
1.1 Problématique	1
1.2 L'indice de masse corporelle	3
1.3 Le surpoids.....	4
1.4 Recension des écrits.....	5
1.4.1 Chez les femmes	5
1.4.2 Chez les hommes	7
1.5 Interprétations des inégalités	8
1.5.1 Le stress minoritaire.....	8
1.5.2 Normes associées à la sous-culture	9
1.6 Synthèse critique.....	10
1.6.1 Études réalisées à l'international.....	10
1.6.2 Études canadiennes	11
1.7 Cadre conceptuel	13
1.8 Questions de recherche	17
CHAPITRE II MÉTHODOLOGIE.....	18
2.1 Description de l'enquête	18
2.2 Échantillon à l'étude et participants	19
2.3 Critères d'exclusion	19

2.4	Mesures.....	20
2.4.1	Le surpoids.....	20
2.4.2	L'orientation sexuelle.....	20
2.4.3	Autres variables indépendantes et contrôles	21
2.5	Stratégie d'analyse.....	21
2.5.1	Préparation de l'ensemble de données.....	21
2.5.2	Analyses principales.....	22
CHAPITRE III RÉSULTATS		24
3.1	Analyses descriptives.....	24
3.2	Analyses prédictives	29
3.2.1	Concernant les femmes	30
3.2.2	Concernant les hommes	33
CHAPITRE IV DISCUSSION		35
4.1	Forces et limites.....	35
4.2	Synthèse des résultats	37
4.3	Interprétation du phénomène	38
4.3.1	La théorie du parcours de vie.....	38
4.3.2	L'hypothèse du stress minoritaire	40
4.3.3	L'hypothèse des sous-cultures identitaires	40
4.3.4	Androphilie, gynéphilie et objectification du corps.....	42
4.4	Implications pratiques.....	44
4.5	Conclusion de l'essai	45
ANNEXE A Rapports de cote et intervalles de confiance (95%) des modèles prédictifs du surpoids en fonction de l'orientation sexuelle chez les femmes (n = 182 800)		46
ANNEXE B Rapports de cote et intervalles de confiance (95%) des modèles prédictifs du surpoids en fonction de l'orientation sexuelle chez les hommes (n = 173 578)		49
RÉFÉRENCES.....		52

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
3.1 Évolution de l'indice de masse corporelle chez les femmes en fonction de l'âge et selon l'orientation sexuelle	28
3.2 Évolution de l'indice de masse corporelle chez les hommes en fonction de l'âge et selon l'orientation sexuelle	29

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
3.1 Caractéristiques sociodémographiques pondérées des femmes (n = 182 800), par orientation sexuelle	25
3.2 Caractéristiques sociodémographiques pondérées des hommes (n = 173 578), par orientation sexuelle	26
3.3 Rapports de cote et intervalles de confiance (95%) des modèles prédictifs du surpoids en fonction de l'orientation sexuelle chez les femmes (n = 182 800)	32
3.4 Rapports de cote et intervalles de confiance (95%) des modèles prédictifs du surpoids en fonction de l'orientation sexuelle chez les hommes (n = 173 578)	34

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ESCC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

IMC : Indice de masse corporelle

LGB : lesbiennes, gays et bisexuel.le.s

OMS : Organisation mondiale de la santé

RÉSUMÉ

La présente étude vise à déterminer (a) si les risques de surpoids au Canada varient en fonction de l'orientation sexuelle et si tel est le cas, (b) si le temps et l'âge ont un effet modérateur et (3) si les risques de surpoids s'expliquent par des différences sociodémographiques. Il s'agit d'une analyse secondaire des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités au Canada. Douze cycles d'enquête ont été fusionnés, dans le but de produire un portrait de la réalité canadienne de 2005 à 2017. Des analyses de régression logistique en quatre blocs successifs ont été conduites pour modéliser les risques de surpoids associés à l'orientation sexuelle, et ce, pour les femmes et les hommes séparément. Nos résultats montrent que les risques de surpoids varient en fonction de l'orientation sexuelle. Cela étant dit, cet effet est opposé pour les femmes et les hommes. Les femmes issues des minorités sexuelles présentent des risques de surpoids plus élevés, alors que les hommes présentent des risques moins élevés. Ces inégalités de risques de surpoids sont restées stables de 2005 à 2017, et elles n'évoluent pas avec l'âge. Ces résultats sont finalement interprétés à la lumière des liens qui existent entre le surpoids et l'objectification du corps dans notre société. Cette lecture alternative du phénomène nous amène à penser qu'un changement s'impose dans la façon dont la condition physique d'un individu et les risques de santé associés devraient être conceptualisés.

Mots clés : surpoids, orientation sexuelle, enquête populationnelle, Canada.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

1.1 Problématique

Au cours des quarante dernières années, le Canada a connu une augmentation marquée des cas d'excès de poids et d'obésité (Agence de la santé publique du Canada, 2017). Les plus récentes données recueillies par Statistique Canada (2019) révèlent qu'à l'heure actuelle, 64% des adultes canadiens âgés de 18 ans et plus seraient en surpoids. L'augmentation croissante du surpoids représente un problème de santé publique important, et ce, à plusieurs niveaux. Tout d'abord, un poids excessif constitue un facteur de risque pour plusieurs maladies chroniques (Organisation mondiale de la santé, 2002, 2020). Parmi ces affections se trouvent certains types de cancer, les maladies cardiaques et les maladies cérébrovasculaires, qui constituent respectivement les trois principales causes de décès au Canada (Statistique Canada, 2018). Le surpoids a également des répercussions sur la santé psychologique telles que la dépression, une plus grande insatisfaction par rapport à sa propre image corporelle, une faible estime de soi et un plus haut niveau de stress au travail (Agence de la santé publique du Canada, 2011; Luppino et al., 2010; Weinberger et al., 2016). Finalement, les personnes souffrant de surpoids ont davantage recours aux services de soins de santé et présentent de plus hauts taux d'absentéisme et d'invalidité, ce qui engendre des coûts financiers considérables pour la société canadienne (Agence de la santé publique du Canada, 2011 ; Blouin, 2014).

Parallèlement à ce qui précède, il semble que le surpoids ne toucherait pas également l'ensemble des populations. Notamment, de plus en plus d'études réalisées sur la scène internationale suggèrent que le surpoids varierait en fonction de l'orientation sexuelle. En effet, plusieurs études indiquent que les femmes lesbiennes et bisexuelles seraient plus susceptibles de se retrouver en situation d'excès de poids et d'obésité que les femmes hétérosexuelles (Boehmer et al., 2007; Conron et al., 2010 ; Deputy et Boehmer, 2014 ; Dilley et al., 2010 ; Eliason et al., 2015; Garland-Forshee, 2014; Ward et al., 2014). Du côté des hommes, des études indiquent que les gais et les bisexuels seraient moins en excès de poids et obèses comparativement aux hétérosexuels (Blosnich et al., 2014; Deputy et Boehmer, 2010, 2014; Carpenter, 2003; Semlyen et al., 2020).

Cela étant dit, force est de constater que les résultats varient considérablement d'une étude à l'autre. De plus, la majorité des études qui se sont intéressées au surpoids chez les minorités sexuelles présentent d'importantes limites méthodologiques (Institute of Medicine, 2011). À titre d'exemple, il n'existe qu'un nombre modeste de ces études qui reposent sur des échantillons représentatifs de la population, ce qui limite la généralisation des résultats. Et ce nombre est d'autant plus modeste au niveau canadien. Finalement, très peu d'études ont exploré les modérateurs potentiels de la relation entre l'orientation sexuelle et le surpoids. Or, les différences de résultats d'une étude à l'autre pourraient être expliquées par des différences, par exemple, de contextes (ex. politique, législatif, etc.) ou de caractéristiques sociodémographiques (ex. l'âge, le statut social, le revenu, etc.). Explorer certains de ces modérateurs pourrait permettre d'identifier des déterminants de la santé qui sont associés à de plus ou moins grandes inégalités de santé et ainsi mieux cibler les interventions de santé publique en conséquence.

En somme, il s'avère nécessaire à l'heure actuelle de mieux documenter la question du surpoids chez les minorités sexuelles (lesbiennes, gais et bisexuel.le.s) au Canada, afin

d'améliorer l'efficacité des politiques visant la prévention du surpoids et de réduire les inégalités qui pourraient exister, le cas échéant.

1.2 L'indice de masse corporelle

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure de la charge pondérale qui se calcule en divisant le poids par le carré de la taille (kg/m^2). Cette mesure est fréquemment utilisée pour évaluer les risques de santé associés au poids (ex. diabète, maladies cardiovasculaires, hypertension, etc.). La figure 1.1 ci-dessous présente la classification des risques de santé par catégories d'IMC qui est actuellement employée par Santé Canada (2016).

Classification	Catégorie de l'IMC (kg/m^2)	Risque de développer des problèmes de santé
Poids insuffisant	<18,5	Risque accru de développer des problèmes de santé
Poids normal	18,5 - 24,9	Moindre risque de développer des problèmes de santé
Excès de poids	25,0 - 29,9	Risque accru de développer des problèmes de santé
Obésité Classe I	30,0 - 34,9	Risque élevé de développer des problèmes de santé
Obésité Classe II	35,0 - 39,9	Risque très élevé de développer des problèmes de santé
Obésité Classe III	$\geq 40,0$	Risque extrêmement élevé de développer des problèmes de santé.

Figure 1.1 Classification du risque pour la santé en fonction de l'IMC

L'IMC est une mesure qui a ses limites. Tout d'abord, il fournit une indication approximative, car il ne correspond pas forcément au même degré d'adiposité d'un individu à l'autre (OMS, 2020). Aussi, son utilisation est contre-indiquée chez certaines populations telles que les personnes de moins de 18 ans et les femmes enceintes et qui allaitent. Finalement, il a tendance à sous-estimer ou, à l'inverse, à surestimer les risques de santé chez certaines populations telles que les adultes très

musclés ou naturellement très minces, les personnes âgées de 65 ans et plus, et certains groupes ethniques (Santé Canada, 2016).

Cela étant dit, l'IMC est la mesure la plus utilisée, internationalement, pour évaluer le surpoids et les risques de santé associés dans des enquêtes populationnelles (Santé Canada, 2016). Selon l'OMS (2020), il s'agit également de la mesure la plus utile, puisqu'elle peut être employée, peu importe le sexe ou l'âge d'un individu. Son utilisation a l'avantage d'être simple, facile et rapide. Il démontre d'ailleurs une très bonne corrélation avec le pourcentage de masse grasse (Abel et al., 2008), et il peut être employé à grande échelle. Il n'est donc pas étonnant que l'IMC soit encore à ce jour, utilisé dans les enquêtes populationnelles au Canada, ni qu'il soit toujours recommandé dans les plus récentes lignes directrices de pratique clinique sur l'obésité chez les adultes émises par l'Association médicale canadienne (Wharton et al., 2020).

1.3 Le surpoids

Selon l'OMS (2020), un adulte est considéré comme étant en surpoids lorsque son IMC est égal ou supérieur à 25, et il est considéré comme obèse lorsque son IMC est égal ou supérieur à 30 (voir figure 1.1). Tel que démontré dans une récente méta-analyse (Di Angelantonio et al., 2016), tant le surpoids ($IMC \geq 25$) que l'obésité ($IMC \geq 30$) seraient, entre autres, associés à de plus hauts taux de mortalité toutes causes confondues sur 5 ans que le poids dit normal. À cela s'ajoute aussi des risques accrus de diverses problématiques de santé (Wharton et al., 2020) et d'exclusion sociale (Puhl et Heuer, 2009). C'est pour ces raisons que la présente étude s'intéressera aux taux d'excès de poids (incluant l'obésité) et non seulement aux taux d'obésité.

1.4 Recension des écrits

1.4.1 Chez les femmes

Deux recensions de la littérature sur la question du poids chez les femmes sexuellement minoritaires ont été réalisées. Bowen et al. (2008) ont recensé un total de 19 études américaines publiées entre 1993 et juillet 2006. Des 19 études, cinq n'avaient pas de groupe de comparaison. Neuf ont trouvé que les femmes issues de minorités sexuelles présentaient un poids plus élevé comparativement aux femmes hétérosexuelles, puis cinq n'ont trouvé aucune différence dans les taux d'excès de poids et d'obésité. Eliason et al. (2015) ont quant à eux recensé 37 études publiées entre juillet 2006 et février 2014. De ce nombre, 17 reposent sur des échantillons non probabilistes et 20 études reposent sur des échantillons probabilistes. En ce qui a trait aux études reposant sur des échantillons non probabilistes, la totalité provenait des États-Unis. Parmi les dix études comprenant un groupe de comparaison, sept ont trouvé que les femmes issues de minorités sexuelles présentaient un indice de masse corporelle (IMC) plus élevé. Les auteurs précisent que ces différences, bien que statistiquement significatives, étaient modestes. En ce qui a trait aux études populationnelles, 18 provenaient des États-Unis, une de l'Australie et une de la Grande-Bretagne. Six d'entre elles n'ont trouvé aucune différence de poids par orientation sexuelle, alors que les deux tiers restants ont trouvé que les femmes issues de minorités sexuelles présentaient un IMC plus élevé ou étaient plus susceptibles d'être obèses.

En ce qui a trait aux études qui n'ont pas été incluses dans les deux articles susmentionnés, ou qui ont été produites après leurs parutions, sept indiquent que les femmes lesbiennes sont plus à risque d'avoir un excès de poids ou d'être obèses que les femmes hétérosexuelles (Chamberland et al., 2012; Gonzales et Henning-Smith, 2017; Laska et al., 2015; Newlin Lew et al., 2018b; Matthews et al., 2016; Mereish et Poteat,

2015; Wood et al., 2017) et deux ne rapportent pas de différence (Sanford et al., 2006; Steele et al., 2009). Chez les femmes bisexuelles, six études montrent qu'elles seraient davantage en excès de poids ou obèses que les femmes hétérosexuelles (Chamberland et al., 2012; Gonzales et Henning-Smith, 2017; Laska et al., 2015; Newlin Lew et al., 2018b; Matthews et al., 2016; Mereish et Poteat, 2015), alors que trois études indiquent une absence de différence (Sanford et al., 2006; Steele et al., 2009; Wood et al., 2017). Il est à noter que les études de Chamberland et al. (2012) et de Steele et al. (2009) reposent, respectivement, sur des échantillons représentatifs de la population du Québec et du Canada.

En somme, bien que les résultats varient d'une étude à l'autre, un constat général se dégage du côté des femmes. En effet, il semblerait que les femmes issues de minorités sexuelles présentent, généralement, un risque plus élevé d'être en surpoids. Bien que la variabilité des résultats ne puisse être attribuable à un seul facteur, nous avons été en mesure d'identifier deux explications possibles. Tout d'abord, la majorité des études ayant obtenu des résultats statistiquement non significatifs présentent des groupes sexuellement minoritaires de petites tailles, ce qui réduit considérablement la puissance statistique des analyses et donc la capacité à capturer des effets potentiellement significatifs. La seconde explication concerne l'opérationnalisation de l'orientation sexuelle. Dans plusieurs études ayant obtenu des résultats statistiquement significatifs, l'orientation sexuelle repose sur une mesure identitaire (auto-identification). Cette dernière fait référence à l'identité sociale d'un individu, c'est-à-dire la façon dont une personne s'auto-identifie comme hétérosexuelle, homosexuelle (lesbienne/gai), bisexuelle, ou autre (Cass, 1990). Or, dans plusieurs études qui ne rapportent pas de différence statistiquement significative entre les femmes sexuellement minoritaires et les femmes hétérosexuelles, on constate que la mesure de l'orientation sexuelle repose soit exclusivement ou partiellement sur l'attirance sexuelle (mesures basées sur l'attirance sexuelle, ou l'attirance sexuelle et le comportement, ou l'attirance sexuelle

et l'auto-identification). À noter que l'orientation sexuelle est principalement mesurée selon trois composantes, soit l'auto-identification, l'attraction sexuelle et les comportements (Beaulieu-Prévost et Fortin, 2015). Certains chercheurs ont également ajouté une quatrième dimension, soit l'attraction romantique (Fortin et al., 2009). Chacune de ces mesures possède ses avantages et ses limites. Généralement, les chercheurs font le choix d'une seule mesure, en fonction des besoins de leur étude (Beaulieu-Prévost et Fortin, 2015).

1.4.2 Chez les hommes

Du côté des hommes, plusieurs études, dont une enquête populationnelle canadienne (Brennan et al., 2010) et une enquête populationnelle québécoise (Chamberland et al., 2012), indiquent que les hommes gais seraient moins à risque de souffrir d'excès de poids ou d'obésité, comparativement aux hommes hétérosexuels (Blosnich et al., 2014 ; Conron, Mimiaga et Landers, 2010; Kaminski et al., 2015; Newlin Lew et al, 2018a). À l'inverse, l'étude réalisée par Gonzales et Henning-Smith (2017), ainsi que celle réalisée par Mereish et Poteat (2015) ne rapportent aucune différence. Finalement, les résultats obtenus par Austin et al. (2009) indiquent que les jeunes hommes gais présenteraient un IMC plus élevé lorsqu'ils sont âgés de 12 à 14 ans, tandis que de 21 à 23 ans, ils présenteraient un IMC moins élevé que leurs homologues hétérosexuels. Par contre, les auteurs s'expliquent difficilement ces résultats inattendus.

Du côté des hommes bisexuels, plusieurs études rapportent que ceux-ci ne seraient pas moins à risque d'excès de poids ou d'obésité comparativement aux hommes hétérosexuels (Blosnich et al., 2014; Chamberland et al., 2012; Conron, Mimiaga et Landers, 2010; Gonzales et Henning-Smith, 2017; Mereish et Poteat, 2015). L'étude réalisée par Laska et al. (2015) indique quant à elle que les hommes bisexuels seraient plus susceptibles d'être en sous-poids ou obèses (classe II ou III). Du côté canadien, les résultats obtenus par Brennan et al. (2010) montrent que cette population serait

moins à risque d'être en surpoids. Et les résultats obtenus par Austin et al. (2009) indiquent que les jeunes hommes bisexuels, tout comme les jeunes hommes gais, présenteraient un IMC plus élevé lorsqu'ils sont âgés de 12 à 14 ans, tandis que de 21 à 23 ans, l'inverse serait observé. Encore une fois, les auteurs s'expliquent mal cette différence.

En conclusion, un constat semble se dégager du côté des hommes. Les hommes gais semblent moins à risque de surpoids comparativement aux hommes hétérosexuels. Cela étant dit, ce constat ne semble pas clairement s'appliquer aux hommes bisexuels. À ce jour aucune explication n'a été identifiée. Il est à noter que contrairement aux femmes, nous n'avons pas été en mesure d'identifier de facteurs communs qui pourraient expliquer les différences de conclusions entre les études.

1.5 Interprétations des inégalités

1.5.1 Le stress minoritaire

La première hypothèse, et certainement la plus évoquée, pour expliquer les écarts de santé associés à l'orientation sexuelle est celle du stress minoritaire. Certains auteurs mentionnent que les personnes qui s'identifient comme lesbiennes, gais et bisexuel.le.s subissent des stressseurs et des stigmas uniques associés à leur statut minoritaire. Ils présenteraient des niveaux plus élevés de détresse psychologique, ce qui aurait un impact négatif sur leur santé physique (Blosnich et al., 2014; Conron et al., 2010, Mereish et Poteat; Meyer, 2003; Steele et al., 2009). Dans la même veine, Gonzales et Henning-Smith (2017) rapportent que la stigmatisation et la discrimination tant sociale qu'interpersonnelle dirigée envers les personnes LGBTQ peuvent générer des sentiments de rejet, de honte et une faible estime de soi, ce qui affecterait les comportements liés à la santé, de même que leur santé physique et mentale. Austin et al. (2009) mentionnent quant à eux que les individus sexuellement minoritaires, particulièrement

les adolescents, expérimenteraient des stresseurs uniques. Ils indiquent qu'ils subiraient plus d'intimidation et de violence que les jeunes hétérosexuels et que la dissimulation, de même que la divulgation, de leur orientation sexuelle, qui peut résulter en conflit ou en rejet (ex. de la part des parents), constitueraient des stresseurs propres au statut de minorité sexuelle. Le stress vécu engendrerait également des perturbations physiologiques telles que le dérèglement du cortisol diurne qui est associé à l'obésité. Ils ajoutent que pour faire face au stress, les individus auraient tendance à adopter des comportements associés à la prise de poids et au surpoids. Par exemple, de manger en l'absence de faim, de regarder la télévision et de consommer des aliments défavorables pour la santé. Cela étant dit, certains auteurs précisent que l'hypothèse du stress minoritaire s'appliquerait davantage aux femmes qu'aux hommes sexuellement minoritaires. Ils mentionnent notamment que les femmes de toutes orientations sexuelles seraient davantage portées à adopter des comportements tels que l'hyperphagie boulimique en réponse au stress (Austin et al., 2015; Mereish et Poteat, 2015; Owens et al., 2002).

1.5.2 Normes associées à la sous-culture

D'entrée de jeu, il importe de mentionner que la notion de sous-culture représente un groupe social à l'intérieur d'une culture qui se distingue de la culture dominante et qui partage une identité et un ensemble de valeurs, de codes sociaux, et de rituels (Gelder, 2007). Certains auteurs affirment que les sous-cultures lesbiennes permettraient d'amoindrir les impacts négatifs associés à la culture dominante, tels que l'emphasis sur l'apparence et la minceur (Owens et al., 2002). En effet, les sous-cultures lesbiennes entretiendraient des standards de beauté différents de ceux véhiculés par la culture dominante, notamment en ce qui a trait à l'image corporelle (Wood, 2017). Les femmes issues de minorités sexuelles auraient tendance à être plus satisfaites de leur corps, elles manifesteraient une plus grande acceptation à l'égard de l'obésité et elles percevraient plus facilement les femmes de différentes corpulences comme étant attirantes (Mereish

et Poteat, 2015; Wright, 2018). En étant plus confortables avec leur corps et en rejetant les idéaux de beauté et de féminité véhiculés dans la culture dominante tels que le culte de la minceur, elles auraient moins tendance que les femmes hétérosexuelles à adopter des comportements associés au contrôle du poids (Mereish et Poteat, 2015).

Du côté des hommes, la sous-culture est également évoquée comme hypothèse pour expliquer les inégalités. Newlin Lew et al. (2018a) mentionnent qu'il existerait chez les hommes gais une plus grande emphase sur la forme physique comparativement aux hommes hétérosexuels. Le surpoids serait stigmatisé, alors qu'un corps svelte et musclé serait valorisé, voire idéalisé. Mereish et Poteat (2015) rapportent eux aussi que les hommes sexuellement minoritaires auraient un grand désir de musculature et qu'ils adopteraient davantage des comportements de purge ou encore la prise de pilules amaigrissantes. Ils précisent qu'en raison de ces comportements, ils seraient moins à risque de surpoids.

1.6 Synthèse critique

1.6.1 Études réalisées à l'international

Tout d'abord, lorsqu'on analyse l'ensemble des études réalisées à l'international, force est de constater que les résultats varient considérablement d'une étude à l'autre. Cette hétérogénéité pourrait être attribuable aux différences méthodologiques entre les études. De plus, la majorité des études présentent des limites méthodologiques importantes. Par exemple, plusieurs études que nous avons recensées ne reposent pas sur des échantillons représentatifs de la population, ce qui limite la généralisation des résultats (Bowen et al., 2008; Eliason et Fogel, 2015; Kaminsky et al., 2005; Laska et al., 2015; Matthews et al., 2016; Wright, 2018). Qui plus est, à l'exception de l'étude réalisée par Wood et al. (2017), les données proviennent uniquement de devis transversaux. Ce type de devis ne permet pas d'isoler les effets de cohorte et d'âge. Le fait d'être en mesure

d'isoler les effets de cohorte potentiels permettrait de déterminer si les inégalités de surpoids associés à l'orientation sexuelle augmentent ou s'amenuisent à travers le temps, en fonction de l'exposition à certaines expériences communes (ex. changements dans le contexte social, politique, législatif, etc.). D'un autre côté, comprendre les effets de l'âge permettrait d'identifier les périodes critiques dans la vie qui pourraient être associées à des risques accrus de surpoids. Ultimement, cela permettrait d'orienter les interventions de santé publique. De leur côté, Bowen et al. (2008) soulignent que plusieurs études qu'ils ont recensées n'avaient pas de groupe contrôle afin de comparer les femmes sexuellement minoritaires aux femmes hétérosexuelles. Également, il existe un manque de cohérence dans la mesure de l'orientation sexuelle. En effet, l'opérationnalisation varie d'une étude à l'autre, passant des comportements (Valanis et al., 2000 cité dans Bowen et al., 2008; Boehmer et Bowen, 2009 cité dans Eliason et Fogel, 2015), à l'auto-identification (Gonzales et al., 2017; Newlin Lew et al., 2018a) ou encore, à une combinaison de ces deux composantes (Laska et al., 2015). Tel que mentionné précédemment, il nous a été possible de constater que les études qui reposent sur des mesures identitaires sont associées à plus de résultats statistiquement significatifs que les études qui reposent exclusivement ou partiellement sur des mesures basées sur l'attraction. Cela étant dit, ce phénomène semble s'appliquer uniquement aux femmes. Finalement, l'étude des différents groupes sexuellement minoritaires réduit considérablement la puissance statistique des analyses, ce qui contraint certains auteurs à combiner les différents groupes sexuellement minoritaires (Mereish et Poteat, 2015) ou encore, à combiner les individus en fonction de leur genre (Conron et al., 2010). Cela dit, ces combinaisons constituent une limite importante puisqu'elles occultent les disparités possibles liées à l'orientation sexuelle et au genre qui pourraient exister.

1.6.2 Études canadiennes

Il existe à notre connaissance, seulement trois études qui ont abordé le surpoids chez les minorités sexuelles au Canada, soit celles de Steele et al. (2009), de Brennan et al.

(2010) et de Chamberland et al. (2012). Ces études ont en commun une mesure identitaire de l'orientation sexuelle. De plus, elles présentent de grandes forces sur le plan méthodologique. La plus saillante et commune est certes l'utilisation des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), soit une enquête populationnelle transversale. En plus d'obtenir un échantillon représentatif de la population, la taille de ce dernier a permis l'analyse séparée et comparée des différents groupes sexuellement minoritaires. Les études de Steele et al. (2009) et de Brennan et al. (2010) ont porté sur les données de la première année où l'orientation sexuelle était incluse dans l'enquête (soit 2003), respectivement, pour les femmes et les hommes. L'étude de Chamberland et al. (2012) portait sur les quatre cycles suivants de l'ESCC (soit 2005, 2007, 2008 et 2009), pour les deux genres, mais se limitait au Québec. Tandis que Steele et al. (2009) n'ont trouvé aucune différence statistiquement significative et que Brennan et al. (2010) ont noté moins de risques de surpoids chez les hommes gais et bisexuels en comparaison aux hétérosexuels, Chamberland et al. (2012) ont trouvé plus de risques de surpoids chez les femmes lesbiennes et bisexuelles par rapport aux hétérosexuelles, et moins de risques chez les hommes gais par rapport aux bisexuels et hétérosexuels. Les résultats de Chamberland et al. (2012) ne corroborent donc pas totalement ceux des deux études précédentes.

Bien que l'étude de Chamberland et al. (2012) regroupait quatre cycles au lieu d'un, celle-ci ne portait que sur le Québec. La puissance statistique des études était donc relativement équivalente. Il est possible que les différences s'expliquent par des différences entre le Québec et le reste du Canada, ou par des changements sociaux entre 2003 et la période de 2005 à 2009. Par contre, Chamberland et al. (2012) ont aussi noté un effet de cycle sur la variable d'orientation sexuelle en 2003. En effet, il semblerait que, par rapport aux cycles subséquents, le cycle 2003 incluait presque deux fois plus de participants ayant refusé de mentionner leur orientation sexuelle que les autres années, l'effet étant probablement attribuable à la nouveauté de la question en 2003.

De plus, en 2003, le mariage entre personnes du même sexe était encore interdit. On peut donc penser que dans le contexte sociohistorique de l'époque, un certain nombre de personnes qui s'identifiaient comme LGB aient refusé de déclarer leur orientation sexuelle à une instance gouvernementale, pour des raisons de sécurité, ou encore, pour préserver leur vie privée.

En résumé, les données populationnelles canadiennes suggèrent la présence d'écarts dans les risques de surpoids en fonction de l'orientation sexuelle chez les hommes, tandis que le portrait semble moins clair chez les femmes. De plus, tant à l'international qu'au Canada, les recherches portant sur la relation entre l'orientation sexuelle et le surpoids ont encore peu exploré les facteurs potentiellement modérateurs. On ne sait donc pas, par exemple, à quel point ces écarts de santé restent stables au cours de la vie adulte ni à quel point ils ont évolué dans la population au cours des dernières années.

En somme, il s'avère important à l'heure actuelle de mieux documenter la question du surpoids chez les minorités sexuelles au Canada, à l'aide d'une source de données de qualité et qui soit représentative de la population canadienne. De plus, il s'avère pertinent d'examiner certaines variables potentiellement modératrices de la relation entre l'orientation sexuelle et le surpoids. Le but ultime étant d'identifier les déterminants de la santé qui exacerbent les inégalités de risque de surpoids pour mieux orienter les politiques visant à réduire le surpoids et celles visant à réduire les possibles inégalités sociales de santé associées à l'orientation sexuelle. C'est dans cette optique que s'inscrit la présente étude.

1.7 Cadre conceptuel

Comme vu précédemment, les études passées suggèrent que les risques de surpoids varient probablement en fonction de l'orientation sexuelle. Ces disparités en matière

d'état de santé sont considérées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant des inégalités de santé. L'OMS définit les inégalités de santé comme étant des «...différences en ce qui concerne l'état de santé ou la répartition des ressources entre différents groupes de population, qui découlent des conditions sociales dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. » (OMS, 2011, p.1). Dans un rapport détaillant les principales inégalités de santé au Canada, l'Agence de santé publique du Canada (2018) relève des inégalités importantes en fonction de l'orientation sexuelle dans la prévalence de l'obésité. Elle précise toutefois que ces différences sont apparues uniquement lorsque les données ont été stratifiées selon le sexe ou le genre.

Plusieurs cadres conceptuels sont utilisés dans l'étude d'inégalités de santé telles que le surpoids. Cela étant dit, la théorie du parcours de vie (ou *lifecourse theory*) est l'un des plus recommandés par l'OMS (Jacob et al., 2017). Selon Jones et al. (2019), les approches du parcours de vie sont considérées comme un atout important pour l'ensemble des chercheurs qui s'intéressent à la santé des populations minoritaires et aux inégalités de santé. Les auteurs précisent que ces approches sont largement utilisées par les chercheurs notamment dans les domaines de l'épidémiologie, de la psychologie et des sciences sociales. Aussi, selon l'Institute of Medicine (2011), la perspective du parcours de vie constitue un cadre conceptuel utile pour mieux comprendre les enjeux de santé chez les personnes LGB. Pour l'ensemble de ces raisons, le cadre conceptuel du parcours de vie guidera les analyses de la présente étude.

De façon générale, la théorie du parcours de vie permet de conceptualiser et d'expliquer les enjeux de santé d'une population à travers le temps afin, ultimement, de mettre sur pied des interventions qui permettront de diminuer les inégalités de santé et d'améliorer la santé des populations (Cheng et Solomon, 2013; Elder, Johnson, et Crosnoe, 2003). En effet, l'approche du parcours de vie «...analyse les phénomènes dans le temps, les

recadre selon les contextes et leur donne un sens. » (de Montigny Gauthier et de Montigny, 2014). Il s'agit donc d'une approche qui se centre sur le déroulement des vies individuelles, mais aussi sur les individus partageant un vécu commun (l'effet de cohorte). Au niveau individuel, certaines caractéristiques sociodémographiques pourraient avoir un impact sur le surpoids (ex. l'origine ethnoculturelle) et évoluer à travers le temps (ex. le niveau d'éducation, le revenu, le statut d'immigrant, la région de résidence) (Aronne et al., 2009; Williams et al., 2015). D'ailleurs, selon l'Institute of Medicine (2011), il importe de considérer et de contrôler l'effet de ces mêmes caractéristiques sociodémographiques puisqu'elles influencent à la fois l'état de santé et les trajectoires de santé des individus sexuellement minoritaires.

L'un des principaux postulats de la théorie du parcours de vie stipule que les trajectoires de développement s'échelonnent sur l'ensemble de la vie et sont influencées par les changements sociaux, biologiques et psychologiques.

Les unités de base des analyses sont les individus et le temps... D'un côté, les individus, puisqu'ils empruntent certaines trajectoires, selon les contraintes et possibilités qui s'offrent à eux... D'un autre côté, le temps, car le déroulement de la vie des individus s'inscrit dans des contextes qui évoluent et par le fait même influence leur développement biologique et psychologique. (de Montigny Gauthier et de Montigny, 2014, p.2)

Un autre élément fondamental du parcours de vie est l'âge. D'ailleurs, rappelons que les résultats obtenus par Austin et al. (2009) suggèrent que l'âge agirait à titre de modérateur de la relation entre l'orientation sexuelle et le surpoids, du moins chez les hommes. En effet, être gai ou bisexuel serait associé à un plus grand risque de surpoids chez les jeunes adolescents et à un moins grand risque chez les jeunes adultes. L'âge est associé à certaines transitions de vie et chaque âge ou stade de vie comporte des défis. Les transitions de vie sont définies comme des séquences entre certaines périodes de vie et entre différents statuts sociaux (Gaudet, 2013). Par exemple, l'entrée dans le

marché du travail, la parentalité et le mariage. Certaines transitions de vie vues dans une perspective normative pourraient avoir des implications différentes, additionnelles ou être retardées chez les personnes membres de minorités sexuelles. Par exemple, les personnes de minorités sexuelles seraient moins susceptibles de devenir parents que les individus hétérosexuels alors qu'ils en manifesteraient tout autant le désir (Institute of Medicine, 2011). Dans le même sens, certaines transitions de vie pourraient aussi ne pas leur être autant accessibles, possibles ou pertinentes. De façon plus large, les transitions de vie s'inscrivent dans ce qu'on appelle des contextes de vie. Les contextes sont les aspects macroscopiques de l'environnement qui constituent une société (social, économique, culturel, politique, structurel, etc.) (Émond, 2010; de Montigny Gauthier et de Montigny, 2014). Tout comme les caractéristiques individuelles et l'âge, les contextes de vie influencent les trajectoires de santé. Par exemple, l'adoption de certains projets de loi comme la législation du mariage entre personnes de même sexe au Canada en 2005, ou encore la mise sur pied de certains programmes sociaux de lutte contre l'homophobie dans plusieurs provinces canadiennes à partir de 2010. La contribution de ces transformations sociales aux inégalités de surpoids associés à l'OS reste encore à être investiguée.

En résumé, la théorie du parcours de vie met l'accent sur différents mécanismes par lesquels les trajectoires de santé bifurquent de façon disproportionnée vers le bas parmi les populations minoritaires, fournissant ainsi un aperçu des causes et des cibles d'intervention des inégalités de santé (Jones et al., 2019). Elle nous rappelle qu'il est important de tenir compte de l'évolution des individus à travers le temps et l'âge. Elle nous sensibilise également aux effets de cohorte. Et finalement, elle nous amène à vouloir tenir compte de l'impact des contextes de vie et des caractéristiques sociodémographiques qui changent et évoluent avec le temps.

1.8 Questions de recherche

À la lumière de l'ensemble des éléments qui précèdent, nous tenterons premièrement de déterminer s'il existe des inégalités dans les risques de surpoids associés à l'orientation sexuelle. En d'autres termes, est-ce que les risques de surpoids, chez les femmes et chez les hommes, varient en fonction de l'orientation sexuelle? (Question de recherche #1). Si la réponse à cette question est positive, nous tenterons alors de déterminer si ces inégalités de santé varient en fonction de deux dimensions temporelles, soit l'âge et l'année de mesure (c.-à-d., le cycle). Plus précisément, nous nous demanderons si ces inégalités ont évolué de 2005 à 2017 (Question de recherche #2) et si elles évoluent avec l'âge (Question de recherche #3). Finalement, nous tenterons de déterminer si ces inégalités de santé sont attribuables aux caractéristiques sociodémographiques des répondant.e.s (Question de recherche #4).

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE

La présente étude consiste en une analyse secondaire des données de l'ESCC. L'accès aux microdonnées de l'Enquête s'est fait à partir du Centre Interuniversitaire Québécois de Statistiques Sociales (CIISS) selon la procédure standard. Le consentement des participants a été obtenu par Statistique Canada au moment de la participation à l'Enquête.

2.1 Description de l'enquête

L'ESCC est une enquête populationnelle transversale récurrente qui vise à recueillir des informations sur l'état de santé, l'utilisation des soins de santé ainsi que les déterminants de la santé physique et mentale d'un échantillon représentatif de la population canadienne. L'ESCC cible la population âgée de 12 ans et plus vivant dans les 10 provinces et les trois territoires canadiens. Les personnes exclues de l'enquête sont celles qui sont institutionnalisées, celles qui résident dans les réserves autochtones ou autres peuplements autochtones des provinces, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les individus qui vivent dans certaines régions du Nunavut, dans la région du Nunavik et dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Au total, ces exclusions représentent moins de 3% de la population cible.

Lorsque l'ESCC a débuté en 2001, celle-ci avait lieu tous les deux ans. À partir de 2007, les répondants ont été interviewés chaque année. Pour chacun des trois premiers cycles de l'Enquête, soit 2001, 2003 et 2005, des échantillons d'environ 130 000 répondants étaient interviewés. À partir de 2007, ce nombre est passé à environ 65 000 répondants par cycle. L'Enquête est toujours en cours et elle compte un total de 17 cycles complétés.

Les répondants sont sélectionnés de manière aléatoire et leur participation est volontaire. Les données sont obtenues directement auprès des répondants au moyen d'entrevues téléphoniques ou en personne. Des informations plus détaillées concernant l'ESCC peuvent être trouvées sur le site de Statistique Canada (2020).

2.2 Échantillon à l'étude et participants

L'étude porte sur douze cycles successifs, soit les cycles 3.1 (2005), 4.1 (2007), 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017. Le cycle 1.1 n'a pas été inclus dans les analyses, puisqu'avant 2003, la question de l'orientation sexuelle n'était pas posée aux répondants. Le cycle 2.1 (2003) a aussi été exclu puisque, comme mentionné préalablement, des analyses préliminaires ont indiqué un nombre anormalement élevé de données manquantes à ce cycle pour la variable d'orientation sexuelle. L'échantillon à l'étude ne comprend que les répondants âgés de 18 à 59 ans, puisqu'avant 2015, la question de l'orientation sexuelle était posée uniquement aux répondants de cette tranche d'âge.

2.3 Critères d'exclusion

Étant donné que le système de classification du poids chez les adultes ne doit pas être utilisé chez les femmes enceintes et les femmes qui allaitent encore leur dernier enfant

(Santé Canada, 2016), ces participantes ont été exclues des analyses. Les répondants avec des données manquantes sur la variable dépendante (le surpoids) ou la variable indépendante principale (l'orientation sexuelle) ont également été exclus des analyses. La même décision d'exclure les données manquantes avait d'ailleurs été prise pour les deux précédentes études sur la santé et l'orientation sexuelle effectuées à partir de l'ESCC (Brennan et al., 2010; Steele et al., 2009). Finalement, à partir de 2015, les répondants du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut ont été exclus de l'enquête. Ces territoires ont donc aussi été exclus des analyses. L'échantillon total comprenait 413 052 répondants, soit 199 107 hommes et 213 945 femmes, dont 10 721 individus qui s'auto-identifient comme lesbienne, gai ou bisexuel(le).

2.4 Mesures

2.4.1 Le surpoids

L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé en fonction de la taille et du poids autorapportés (kg/m^2). Par la suite, les répondants ont été classés comme ayant un surpoids ou non, selon le critère partagé par Santé Canada (2016) et l'Organisation mondiale de la santé (2020), soit un $\text{IMC} \geq 25$.

2.4.2 L'orientation sexuelle

L'ESCC mesure l'orientation sexuelle des participants en leur demandant : «Vous considérez-vous (1) hétérosexuel.le ? ; (2) homosexuel.le, c'est-à-dire lesbienne ou gai ?; ou (3) bisexuel.le ? ». Il s'agit donc d'une mesure qui repose sur l'auto-identification. À noter que l'ESCC ne contient aucune autre mesure de l'orientation sexuelle.

2.4.3 Autres variables indépendantes et contrôles

D'autres variables associées aux caractéristiques sociodémographiques ont été utilisées comme variables contrôles pour les analyses. Il s'agit des variables suivantes : appartenance ethnoculturelle, identité autochtone, statut migratoire, statut étudiant, revenu personnel, revenu du ménage, niveau d'éducation, statut d'emploi; statut conjugal, présence d'un.e conjoint.e, statut parental, présence d'un enfant de 5 ans ou moins; province de résidence, région rurale ou urbaine. Dans le but d'alléger la lecture, l'opérationnalisation de ces variables ne sera pas détaillée ici. Pour plus d'informations, il est possible de consulter le site internet de Statistique Canada (2020).

2.5 Stratégie d'analyse

2.5.1 Préparation de l'ensemble de données

Les douze cycles d'enquête (3.1 à 2017) ont été fusionnés, dans le but de produire un portrait de la réalité canadienne de 2005 à 2017 et d'augmenter la puissance statistique des analyses. À noter que la méthode de combinaison de plusieurs cycles de l'ESCC a été approuvée par l'Institut de la statistique du Québec (Lapointe et Courtemanche, 2007) et Statistique Canada (Thomas et Wannell, 2009). Il s'agit d'une méthode qui est particulièrement utile pour capturer des phénomènes peu fréquents ou dans l'étude de sous-populations telles que les minorités sexuelles (Lapointe et Courtemanche, 2007).

Toutes les analyses ont été pondérées en fonction des poids populationnels fournis par Statistique Canada pour corriger les biais de sélection et assurer la représentativité populationnelle des résultats. Une procédure par poids bootstrap a également été utilisée pour estimer la variance populationnelle. Pour tenir compte des cycles d'enquête multiples, la pondération a été ajustée selon la méthode validée et utilisée

par Statistique Canada. Toutes les analyses ont été réalisées sur Stata 15, avec un alpha de 0,05.

2.5.2 Analyses principales

Des analyses descriptives différenciées selon le genre et l'orientation sexuelle ont premièrement été effectuées dans le but d'offrir un portrait global de la population à l'étude, et des graphiques différenciés selon le genre ont été élaborés afin d'illustrer l'évolution de l'indice de masse corporelle en fonction de l'âge et selon l'orientation sexuelle.

Les analyses principales ont été réalisées en deux phases et séparément pour les femmes et les hommes. Lors d'une première phase, des analyses bivariées ont été effectuées afin d'identifier les variables associées aux contextes de vie, statistiquement associées au surpoids. Seules les variables contrôles statistiquement significatives ont été utilisées dans la deuxième phase. L'ensemble des variables contrôles mentionnées dans la section 2.4.3 ont été testées.

Lors d'une deuxième phase, des analyses de régression logistique en quatre blocs successifs (c.-à-d., *nested regressions*) ont été conduites pour modéliser les risques de surpoids associés à l'orientation sexuelle, pour les femmes et pour les hommes. Le premier bloc n'incluait que l'orientation sexuelle, dans le but d'évaluer les risques non ajustés de surpoids en fonction de l'orientation sexuelle. Le deuxième bloc incluait le cycle d'enquête et l'interaction entre le cycle et l'orientation sexuelle pour évaluer l'évolution des risques de surpoids entre 2005 et 2017, séparément pour chaque catégorie d'orientation sexuelle. Le troisième bloc incluait l'âge et l'interaction entre l'âge et l'orientation sexuelle pour évaluer l'évolution des risques de surpoids de 18 ans à 59 ans, séparément pour chaque catégorie d'orientation sexuelle. Une modélisation quadratique de l'âge a aussi été utilisée pour capturer des effets potentiellement non

linéaires. Finalement, le quatrième bloc incluait les variables contrôles qui étaient statistiquement associées à la variable dépendante lors de la première étape de l'analyse. Cela permettait d'estimer les risques de surpoids associés à chaque catégorie d'orientation sexuelle au-delà de ce qui peut être attribué aux différences de contextes de vie entre les groupes.

Pour assurer un modèle final parcimonieux, les variables d'interaction et les variables contrôles qui n'étaient pas statistiquement significatives au moment de leur introduction dans un des blocs étaient retirées, une à la fois, jusqu'à ce que seules celles qui contribuaient statistiquement au modèle soient gardées. En revanche, les variables qui perdaient leur signification statistique lors d'une étape subséquente à leur introduction étaient conservées pour s'assurer que chaque bloc reste niché dans le précédent. Étant donné leur importance théorique, l'orientation sexuelle, le cycle d'enquête et l'âge n'étaient jamais éliminés des analyses. Par contre, le terme quadratique de l'âge et les interactions entre ces variables étaient éliminés si elles ne contribuaient pas statistiquement au modèle.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

3.1 Analyses descriptives

Les analyses descriptives ont été effectuées sur l'échantillon final, soit l'ensemble des femmes ($n = 182\,800$) et des hommes ($n = 173\,578$) qui n'avaient aucune donnée manquante sur les variables incluses dans chacun des deux modèles finaux.

Chez les femmes, 1,2% s'identifient comme homosexuelles et 1,7% s'identifient comme bisexuelles. Chez les hommes, 1,8% s'identifient comme homosexuels et 0,7% s'identifient comme bisexuels. La proportion d'individus avec un surpoids est de 42,3% chez les femmes et de 60,2% chez les hommes. Étant donné que les données incluent douze cycles d'enquête, ces proportions doivent être interprétées comme des estimations représentant la situation globale des Canadiennes et Canadiens entre 18 ans et 59 ans de 2005 à 2017. Le tableau 1 présente plus en détail les caractéristiques sociodémographiques pondérées de l'échantillon, en fonction du genre et de l'orientation sexuelle.

Tableau 3.1 Caractéristiques sociodémographiques pondérées des femmes ($n = 182\ 800$), par orientation sexuelle

	Hétérosexuelles	Bisexuelles	Lesbiennes
Total (%)	97,0 97,2 97,3	1,6 1,7 1,8	1,1 1,2 1,2
Surpoids (%)	41,9 42,3 42,7	37,3 40,4 43,6	46,4 49,9 53,4
Âge moyen	39,8 39,8 39,9	30,0 30,7 31,3	38,2 39,0 39,8
Origine ethnoculturelle (%)			
• Blanc	79,5 79,9 80,3	74,8 77,5 80,3	83,4 85,9 88,4
• Noir	2,1 2,3 2,5	0,7 1,5 2,2	0,0 0,5 1,1
• Autochtone	3,5 3,6 3,7	7,3 9,0 10,7	3,6 5,2 6,8
• Autre	13,8 14,2 14,5	9,7 12,0 14,3	6,3 8,4 10,5
Immigrant (%)	19,0 19,4 19,7	9,3 11,5 13,7	9,2 11,5 13,8
Travailleur (%)	84,5 84,8 85,0	80,7 82,8 84,9	87,7 89,5 91,4
Étudiant (%)	13,9 14,1 14,4	25,4 28,6 31,7	10,6 13,0 15,3
Niveau de scolarité (%)			
• Pas de diplôme d'études secondaires	7,1 7,3 7,5	10,4 12,3 14,1	4,0 5,7 7,5
• Diplôme d'études secondaires	23,8 24,1 24,5	30,3 33,4 36,6	19,4 22,3 25,2
• Diplôme d'études professionnelles	8,6 8,8 9,0	6,0 7,9 9,7	6,9 8,8 10,8
• Diplôme d'études collégiales	27,1 27,5 27,8	17,2 19,7 22,1	20,7 23,6 26,5
• Diplôme d'études universitaires	31,9 32,3 32,7	23,8 26,8 29,8	36,0 39,5 43,0
En couple (%)	62,4 62,8 63,2	30,0 33,0 35,9	41,4 45,0 48,7
Présence d'un.e conjoint.e (%)	61,0 61,4 61,8	27,7 30,5 33,2	39,4 43,0 46,7
Parent (%)	46,6 47,0 47,3	19,7 22,3 25,0	12,6 15,4 18,2
Région urbaine (%)	82,0 82,4 82,7	89,8 91,1 92,5	85,9 87,7 89,6
Secteur géographique (%)			
• Est	7,3 7,4 7,5	5,6 6,7 7,8	6,1 7,5 8,8
• Québec	24,4 24,6 24,8	19,9 22,7 25,6	26,7 30,2 33,6
• Ontario	37,9 38,1 38,4	32,4 35,5 38,5	31,7 35,1 38,5
• Prairies	16,9 17,1 17,3	14,7 16,9 19,1	13,2 15,5 17,8
• Colombie-Britannique	12,5 12,7 12,9	15,9 18,2 20,5	9,6 11,8 13,9

Note : Les intervalles de confiance de 95% sont présentés comme des indices autour de chaque moyenne ou proportion, tel que suggéré par Louis et Zeger (2009).

Tableau 3.2 Caractéristiques sociodémographiques pondérées des hommes ($n = 173\,578$), par orientation sexuelle.

	Hétérosexuels	Bisexuels	Gais
Total (%)	97,3 97,5 97,6	0,7 0,7 0,8	1,7 1,8 1,9
Surpoids (%)	60,1 60,5 60,9	46,0 50,3 54,6	40,5 43,3 46,2
Âge moyen	39,1 39,2 39,2	36,1 37,1 38,1	38,1 38,9 39,7
Origine ethnoculturelle (%)			
• Blanc	79,1 79,4 80,0	73,9 77,9 82,0	82,2 84,3 86,3
• Noir	2,3 2,4 2,6	0,4 2,0 3,5	0,4 1,2 1,9
• Autochtone	3,5 3,6 3,7	3,5 5,1 6,7	2,9 3,9 4,8
• Autre	14,2 14,6 14,9	11,1 15,1 19,0	8,9 10,7 12,5
Immigrant (%)	19,2 19,6 20,0	12,9 17,2 21,4	12,3 14,4 16,5
Travailleur (%)	92,5 92,7 92,9	81,1 83,9 86,7	86,4 88,4 90,5
Étudiant (%)	10,9 11,2 11,4	11,0 14,3 17,5	12,9 15,4 18,0
Niveau de scolarité (%)			
• Pas de diplôme d'études secondaires	9,4 9,6 9,9	6,9 9,0 11,1	2,8 3,7 4,6
• Diplôme d'études secondaires	24,9 25,3 25,6	32,6 37,0 41,4	17,2 19,3 21,5
• Diplôme d'études professionnelles	15,9 16,2 16,5	7,7 9,9 12,0	7,3 8,8 10,2
• Diplôme d'études collégiales	20,4 20,7 21,0	17,0 20,2 23,4	23,3 26,3 29,4
• Diplôme d'études universitaires	27,8 28,1 28,5	20,0 24,0 27,9	39,0 41,9 44,8
En couple (%)	63,7 64,1 64,4	28,6 32,7 36,7	32,9 36,0 39,1
Présence d'un.e conjoint.e (%)	61,9 62,3 62,6	26,6 30,9 35,2	29,9 33,0 36,1
Parent (%)	42,2 42,7 43,1	12,2 16,9 21,1	1,9 3,3 4,6
Région urbaine (%)	81,9 82,3 82,6	85,2 87,5 89,8	91,8 92,9 94,0
Secteur géographique (%)			
• Est	6,8 6,9 7,0	4,3 5,9 7,4	4,6 5,6 6,5
• Québec	24,0 24,2 24,4	21,7 25,3 28,9	31,3 34,3 37,4
• Ontario	37,4 37,6 37,8	35,4 40,0 44,6	33,5 36,8 40,1
• Prairies	18,4 18,6 18,7	11,6 14,5 17,3	8,6 10,1 11,5
• Colombie-Britannique	12,6 12,7 12,9	11,5 14,3 17,1	11,4 13,3 15,1

Note : Les intervalles de confiance de 95% sont présentés comme des indices autour de chaque moyenne ou proportion, tel que suggéré par Louis et Zeger (2009).

D'un point de vue global, on constate que, tant chez les hommes que chez les femmes, certaines caractéristiques sociodémographiques diffèrent entre les orientations sexuelles. Par exemple, les personnes hétérosexuelles sont plus fréquemment en couple, parents, et elles vivent davantage avec leur conjoint.e. Les femmes bisexuelles sont en moyenne plus jeunes et sont plus fréquemment étudiantes. Globalement, l'ensemble de ces différences démontrent l'importance de tenir compte et de contrôler les variables associées aux contextes de vie dans les analyses prédictives.

Avant d'effectuer les analyses prédictives, la relation entre l'IMC et l'âge a aussi été illustrée pour chaque orientation sexuelle, chez les femmes (voir figure 3.1) et les hommes (voir figure 3.2). Ces figures présentent les valeurs d'IMC prédites, sans ajustement, ce qui permet de visualiser les écarts de poids associés à l'orientation sexuelle observés dans la population et d'anticiper les résultats des analyses prédictives.

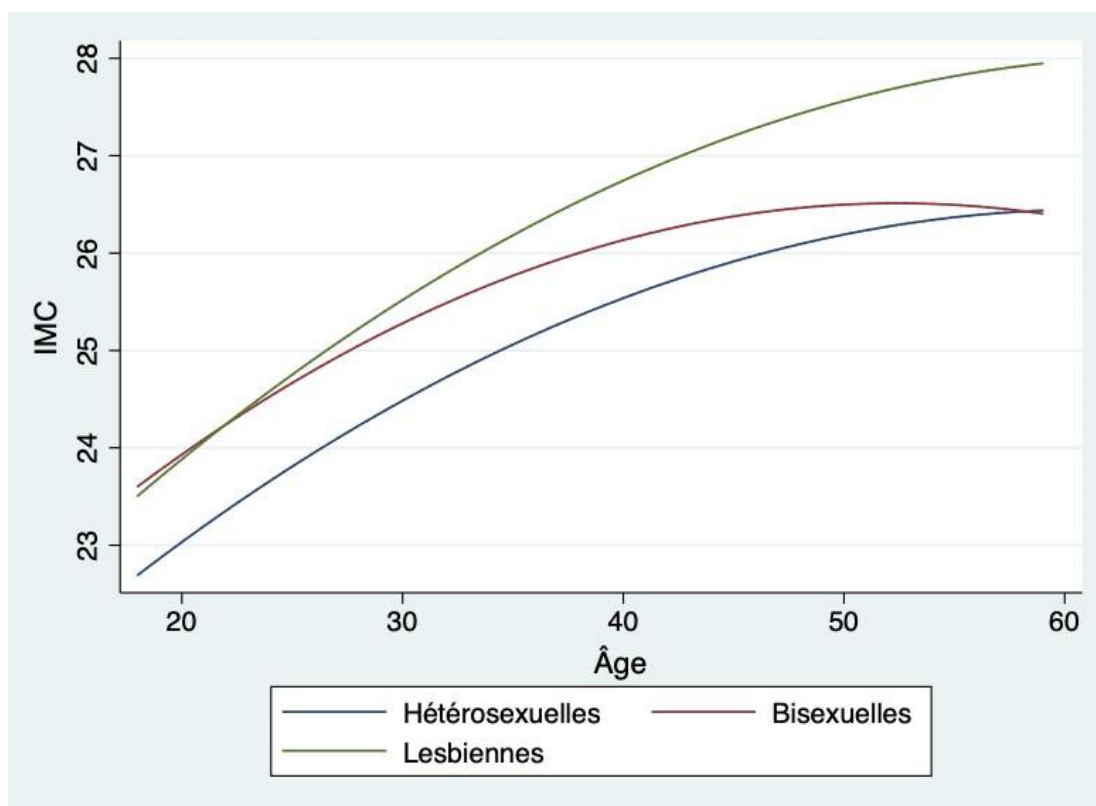


Figure 3.1 Évolution de l'indice de masse corporelle chez les femmes en fonction de l'âge et selon l'orientation sexuelle.

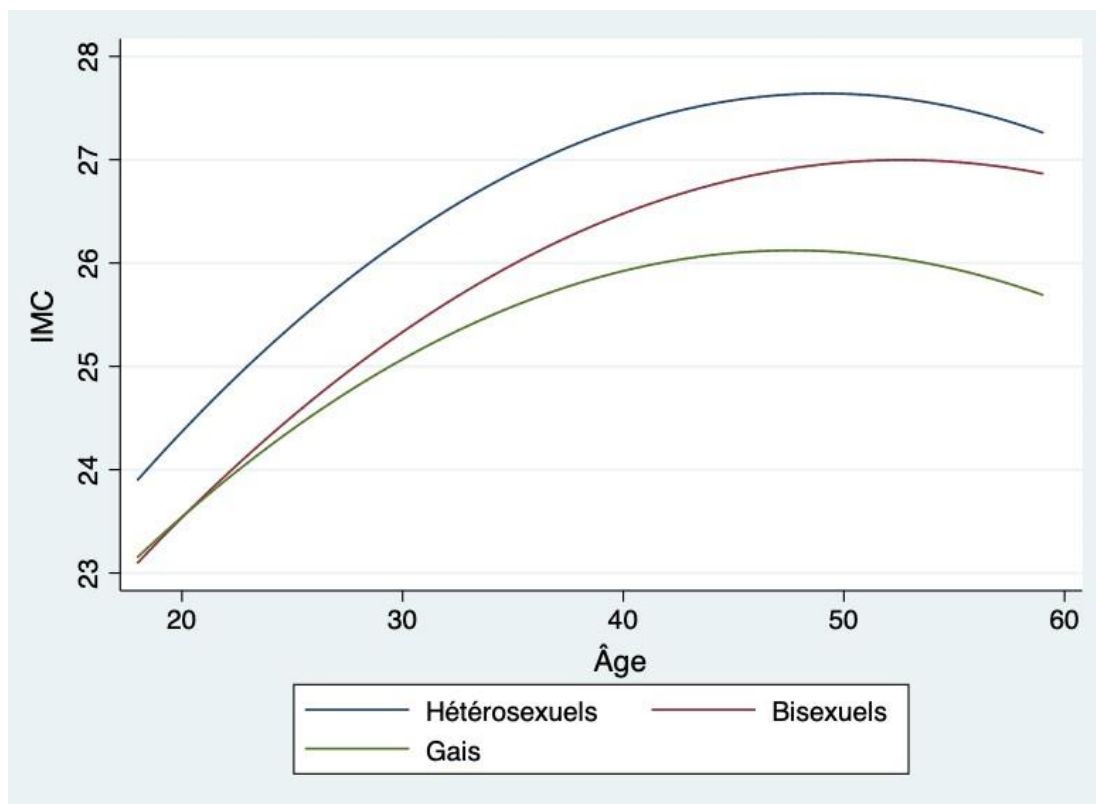


Figure 3.2 Évolution de l'indice de masse corporelle chez les hommes en fonction de l'âge et selon l'orientation sexuelle.

3.2 Analyses prédictives

La proportion de données manquantes pour les analyses prédictives est de 14,6% pour les femmes et de 12,8% pour les hommes. Tant pour les femmes que les hommes, le cycle (au bloc 2), puis l'âge et le terme quadratique de l'âge (au bloc 3) contribuent statistiquement au modèle. Par contre, aucun des termes d'interaction ne contribue statistiquement. Au bloc 4, les variables contrôles suivantes sont restées dans le modèle final, tant pour les femmes que les hommes: appartenance

ethnoculturelle, identité autochtone, statut migratoire, niveau d'éducation, revenu du ménage, statut conjugal, région rurale ou urbaine, province de résidence. Pour les femmes, le modèle final inclut aussi : statut étudiant, présence d'un.e conjoint.e, et statut parental. Pour les hommes, le modèle final inclut aussi statut d'emploi et revenu personnel.

Les tableaux 3.3 (pour les femmes) et 3.4 (pour les hommes) présentent les résultats des analyses prédictives du surpoids. Dans le but d'alléger la lecture, les rapports de cote des variables contrôles introduites au bloc 4 ne sont pas présentés. Les lecteurs intéressés par ces informations peuvent consulter les tableaux détaillés à l'annexe A.

3.2.1 Concernant les femmes

Le modèle final démontre un risque de surpoids plus élevé pour les femmes lesbiennes (50% plus de risque) et bisexuelles (21% plus de risque) que pour les femmes hétérosexuelles après avoir contrôlé pour les différences de caractéristiques sociodémographiques entre les groupes d'orientation sexuelle. Les risques de surpoids ont augmenté de 2005 à 2017 (de 9% par année), mais de façon équivalente pour les trois orientations sexuelles. À noter que la variable cycle d'enquête a été centrée en 2017, puis divisé par 12, soit le nombre d'années d'enquête. Le rapport de cote doit donc être lu de façon inversée, car la valeur de la variable va de 0 (2017) à -12 (2005). Ces risques augmentent aussi avec l'âge, avec une augmentation plus rapide vers 18 ans et qui s'amenuise par la suite. Tout comme pour le cycle, l'âge affecte les risques de surpoids de façon équivalente pour les trois orientations sexuelles.

Une analyse plus approfondie des résultats démontre que, lorsque les groupes d'orientation sexuelle sont comparés sans ajustement (au modèle 1), seule la différence entre les femmes lesbiennes et hétérosexuelles apparaît statistiquement

significative. De plus, les effets associés à l'orientation sexuelle sont plus élevés après l'introduction des variables contrôles, ce qui suggère la présence d'effets de suppression. Par exemple, l'effet associé à la bisexualité contribue statistiquement à partir de l'introduction de l'âge (au modèle 3), ce qui suggère que l'âge moyen plus jeune des bisexuelles contribue à camoufler leur plus grand risque de surpoids en comparaison aux hétérosexuelles lorsque les effets ne sont pas ajustés (soit au modèle 1). L'effet de suppression associé à l'identité lesbienne est plus difficile à attribuer à une variable contrôle spécifique, car il émerge principalement à l'introduction du dernier bloc (soit au modèle 4).

Tableau 3.3 Rapports de cote et intervalles de confiance (95%)^a des modèles prédictifs du surpoids en fonction de l'orientation sexuelle chez les femmes (n = 182 800)

	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
Orientation sexuelle auto-identifiée				
• Hétérosexuelle	réf	réf	réf	réf
• Bisexuelle	<i>0,820,93_{1,05}</i>	<i>0,800,91_{0,97}</i>	1,111,26 _{1,44}	1,051,21 _{1,39}
• Lesbienne	1,181,36 _{1,57}	1,171,35 _{1,56}	1,211,40 _{1,62}	1,291,50 _{1,74}
Cycle d'enquête ^b	-	0,920,93 _{0,94}	0,920,93 _{0,94}	0,900,91 _{0,93}
Âge ^c	-	-	1,681,77 _{1,87}	1,581,69 _{1,81}
Âge (quadratique) ^c	-	-	0,930,94 _{0,96}	0,930,95 _{0,96}
Constante	0,720,73 _{0,74}	0,770,78 _{0,80}	0,300,31 _{0,33}	0,590,64 _{0,72}
Caractéristiques du modèle				
Signification statistique du modèle final	$F_{(2,498)} = 9,50$ ($p < 0,0001$)	$F_{(3,497)} = 43,46$ ($p < 0,0001$)	$F_{(5,495)} = 540,92$ ($p < 0,0001$)	$F_{(23,477)} = 240,34$ ($p < 0,0001$)
Signification statistique des blocs de variables ajoutés	$F_{(2,499)} = 9,50$ ($p < 0,0001$)	$F_{(1,499)} = 117,00$ ($p < 0,0001$)	$F_{(2,499)} = 1271,31$ ($p < 0,0001$)	$F_{(18,499)} = 127,50$ ($p < 0,0001$)

Notes : Les rapports de cote non significatifs sont présentés *en italique*. réf = catégorie de référence. (a) Les intervalles de confiance sont présentés en indices, tels que suggérés par Louis et Zeger (2009). (b) Afin de faciliter l'interprétation, le cycle d'enquête a été centré en 2017 puis divisé par 12, soit par le nombre d'années d'enquête. Le rapport de cote correspond donc à la différence entre 2017 et 2005. (c) L'âge a été centré à 18 ans et divisé par 10 afin de faciliter l'interprétation. Le rapport de cote est donc pour une différence de 10 ans.

3.2.2 Concernant les hommes

Le modèle final démontre un risque de surpoids moins élevé pour les hommes gais (44% moins de risque) et bisexuels (17% moins de risque) que pour les hétérosexuels après avoir contrôlé pour les différences sociodémographiques entre les groupes d'orientation sexuelle. Les risques de surpoids ont augmenté de 2005 à 2017 (de 5% par année), mais de façon équivalente pour les trois orientations sexuelles. Les risques augmentent avec l'âge, avec une augmentation plus rapide vers 18 ans et qui s'amenuise par la suite. Tout comme pour le cycle, l'âge affecte les risques de surpoids de façon équivalente pour les trois orientations sexuelles.

Une analyse plus approfondie des résultats démontre que, lorsque les groupes d'orientation sexuelle sont comparés sans ajustement (au modèle 1), les différences entre les hommes sexuellement minoritaires et hétérosexuels sont d'autant plus importantes. La différence est particulièrement saillante pour les hommes bisexuels. En effet, après l'introduction des variables contrôles (modèle 4), on s'aperçoit que l'effet associé à l'orientation sexuelle est réduit de moitié (passant de 34% à 17%). Pour les hommes gais, la réduction de l'effet est plus subtile et l'écart demeure considérable. Ainsi, même en considérant l'impact des caractéristiques sociodémographiques (voir Annexe B pour plus de détails), des différences significatives demeurent du côté des hommes. Ceci dit, les différences de caractéristiques sociodémographiques semblent expliquer une partie de l'écart entre les hommes hétérosexuels et bisexuels.

Tableau 3.4 Rapports de cote et intervalles de confiance (95%)^a des modèles prédictifs du surpoids en fonction de l'orientation sexuelle chez les hommes (n = 173 578)

	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
Orientation sexuelle auto-identifiée				
• Hétérosexuel	réf	réf	réf	réf
• Bisexuel	0,550,66 _{0,78}	0,550,65 _{0,78}	0,600,72 _{0,95}	0,690,83 _{0,99}
• Gai	0,440,50 _{0,56}	0,440,50 _{0,56}	0,430,48 _{0,55}	0,500,56 _{0,63}
Cycle d'enquête ^b	-	0,940,95 _{0,96}	0,930,94 _{0,95}	0,940,95 _{0,96}
Âge ^c	-	-	2,742,90 _{3,06}	2,252,41 _{2,58}
Âge (quadratique) ^c	-	-	0,830,85 _{0,86}	0,860,87 _{0,88}
Constante	1,511,53 _{1,56}	1,571,61 _{1,65}	0,440,47 _{0,49}	0,310,35 _{0,40}
<u>Caractéristiques du modèle</u>				
Signification statistique du modèle final	$F_{(2,498)} = 80,96$ ($p < 0,0001$)	$F_{(3,497)} = 70,16$ ($p < 0,0001$)	$F_{(5,495)} = 649,50$ ($p < 0,0001$)	$F_{(22,478)} = 199,75$ ($p < 0,0001$)
Signification statistique des blocs de variables ajoutés	$F_{(2,499)} = 80,96$ ($p < 0,0001$)	$F_{(1,499)} = 51,69$ ($p < 0,0001$)	$F_{(2,499)} = 1517,60$ ($p < 0,0001$)	$F_{(17,499)} = 90,94$ ($p < 0,0001$)

Notes : Les rapports de cote non significatifs sont présentés *en italique*. réf = catégorie de référence. (a) Les intervalles de confiance sont présentés en indices, tels que suggérés par Louis et Zeger (2009). (b) Afin de faciliter l'interprétation, le cycle d'enquête a été centré en 2017 puis divisé par 12, soit par le nombre d'années d'enquête. Le rapport de cote correspond donc à la différence entre 2017 et 2005. (c) L'âge a été centré à 18 ans et divisé par 10 afin de faciliter l'interprétation. Le rapport de cote est donc pour une différence de 10 ans.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

4.1 Forces et limites

Avec plus de 350 000 répondants, cette étude constitue la plus grande enquête populationnelle examinant les risques de surpoids en lien avec l'orientation sexuelle chez les adultes, tant au Canada qu'à l'international. Nos résultats peuvent donc être considérés comme étant représentatifs de la population canadienne âgée de 18 à 59 ans. La combinaison des douze cycles d'enquête nous a aussi permis d'évaluer l'évolution des risques de surpoids à travers le temps, en plus d'augmenter drastiquement la puissance statistique, et donc la précision des estimations. Ce faisant, il nous a été possible d'évaluer si les écarts de surpoids entre les divers groupes d'orientation sexuelle varient en fonction de l'époque et de l'âge. Par contre, l'enquête n'est pas longitudinale, ce qui limite en partie la capacité à distinguer les effets d'époque et d'âge.

Quant aux principales limites, elles concernent la façon dont le genre, l'orientation sexuelle et le surpoids ont été mesurés dans l'ESCC. La mesure du genre était binaire, ce qui limite la représentation des individus qui s'identifient hors des deux catégories de genre principales. La mesure de l'orientation sexuelle, quant à elle, reposait uniquement sur une mesure d'auto-identification, ce qui ne permettait pas de capturer les autres aspects de ce construit (ex. l'attraction romantique, l'attraction sexuelle et les

comportements sexuels). Ce type d'approche est courant dans les enquêtes nationales (Beaulieu-Prévost et Fortin, 2015), mais des critiques de plus en plus nombreuses encouragent l'utilisation de mesures multiples de l'orientation sexuelle (Bauer et Jairam, 2008; Beaulieu-Prévost et Fortin, 2015; Dharma et Bauer, 2017; Korchmaros et al., 2013) entre autres, car les mesures identitaires sous-estiment les proportions de minorités sexuelles (Gates, 2011; Paschen-Wolff et al., 2019) et car les écarts de santé auraient tendance à varier en fonction du type de mesure (Bauer et Jairam, 2008). Afin de capturer pleinement les risques de surpoids associés à l'orientation sexuelle, il aurait donc été pertinent de mesurer également les comportements sexuels et l'attraction tant romantique que sexuelle. Finalement, le surpoids était évalué en fonction de l'IMC, qui est dérivé du poids et de la taille autodéclarés. L'IMC est considérée par l'Organisation mondiale de la santé comme étant la mesure la plus utile et la plus utilisée pour mesurer le surpoids (OMS, 2020). Au Canada, l'IMC est recommandé pour estimer les risques de santé associés au poids corporel (Santé Canada, 2016). En revanche, cette approche fait face à certaines critiques. Tout d'abord dans l'ESCC, le calcul de l'IMC est basé sur des mesures autorapportées, ce qui implique que la variable est sensible à des biais d'estimation. En effet, certains répondants auraient tendance à sous-estimer leur poids et à surestimer leur taille, ce qui amènerait une sous-estimation de l'IMC (Gorber et al., 2007). Cela dit, rien ne suggère que les biais d'estimation seraient différents entre les groupes d'orientation sexuelle. De plus, la corrélation entre l'IMC directement mesuré et celui autorapporté serait assez élevée ($r > 0,85$: Quick et al., 2013). Une autre critique est que l'IMC ne permet pas de faire la différence entre la masse grasse versus les masses musculaire et osseuse (Rothman, 2008). Certaines mesures telles que l'impédance bioélectrique et la densitométrie permettent d'évaluer la composition corporelle. Cela étant dit, il s'agit de mesures directes qui nécessitent l'utilisation de matériel coûteux et de personnel qualifié. Il serait donc peu réaliste de les utiliser dans le cadre d'enquêtes nationales. De plus, ces mesures possèdent également leurs limites. Dans le cas de l'impédance par exemple, l'exactitude des résultats est influencée par le niveau d'hydratation de l'individu (Morales, 2018). Outre l'IMC, il existe d'autres

mesures anthropométriques qui pourraient réalistement être utilisées dans le cadre d'enquêtes nationales pour mesurer le surpoids, telles que le tour de taille, le ratio tour de taille/hanche et le ratio tour de taille/grandeur. Cela dit, comme d'autres, l'étude réalisée par Gelber et al. (2008) conclut que l'ensemble de ces mesures d'adiposité s'équivalent. Les auteurs ajoutent qu'en raison de sa facilité d'utilisation et du fait qu'il s'agit actuellement du standard international de classification du surpoids et de l'obésité, l'IMC demeure la mesure d'adiposité la plus pratique.

Une dernière limite concerne la population représentée par l'ESCC. L'échantillon excluait les personnes de moins de 18 ans et de plus de 60 ans (la question de l'orientation sexuelle ne leur était pas posée sauf à partir du cycle de 2015), et ceux qui résidaient dans l'un des trois territoires canadiens (Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut). L'ESCC exclut aussi les personnes institutionnalisées, celles qui résident dans les réserves ou autres peuplements autochtones des provinces, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les individus qui vivent dans la région du Nunavik et dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Les femmes enceintes ou qui allaitent encore leur dernier enfant étaient aussi exclues étant donné que l'IMC n'est pas une mesure adéquate dans leur cas.

4.2 Synthèse des résultats

Les résultats de la présente étude indiquent que les risques de surpoids varient en fonction de l'orientation sexuelle (question 1), et que cet effet est opposé pour les femmes et les hommes. Du côté des femmes, les lesbiennes et les bisexuelles présentent un plus grand risque d'être en surpoids comparativement aux hétérosexuelles. Et chez les hommes, les gais et les bisexuels sont moins susceptibles d'être en surpoids comparativement à leurs homologues hétérosexuels. L'ensemble de ces inégalités ne varie pas en fonction du cycle (question 2), ni de l'âge (question 3). Cela étant dit, entre 2005 et 2017, le risque d'être en surpoids a augmenté pour l'ensemble de la population

canadienne, et ce, indépendamment de l'orientation sexuelle et du genre. En ce qui a trait à l'âge, les risques d'être en surpoids augmentent au fur et à mesure que l'on vieillit. Et finalement, seule une partie des inégalités entre orientations sexuelles dans le risque de surpoids pouvait être attribuée aux différences sociodémographiques entre les groupes (question 4). En effet, l'introduction des variables contrôles dans les modèles ne fait pas disparaître ces inégalités.

Nos conclusions correspondent globalement à celles de Brennan et al. (2010) concernant les hommes, mais pas à celles de Steele et al. (2009) concernant les femmes (qui n'avaient trouvé aucun écart). Cette différence peut être attribuée à la fois à la plus grande puissance statistique dans la présente étude et au fait que les deux études précédentes étaient basées exclusivement sur l'analyse d'un seul cycle d'enquête de l'ESCC (le cycle 2.1). Et tel que mentionné précédemment, ce cycle a été éliminé de la présente étude à cause d'un nombre anormalement élevé de données manquantes pour la variable d'orientation sexuelle (voir Chamberland et al., 2012). Cela suggère donc une plus grande fiabilité des résultats actuels par rapport aux précédents. Nos résultats sont, par ailleurs, similaires à ceux obtenus par plusieurs études populationnelles américaines (ex., Boehmer et al., 2007; Everett et Molborn, 2013; Ward et al., 2014).

4.3 Interprétation du phénomène

4.3.1 La théorie du parcours de vie

Dès le départ, la théorie du parcours de vie a servi de cadre théorique pour guider les analyses et l'interprétation des résultats de l'étude. Ce cadre a d'ailleurs permis de s'assurer que la modélisation des inégalités dans les risques de surpoids tiendrait compte de trois facteurs importants, soit l'année de mesure (c.-à-d., le cycle), l'âge de la personne et les caractéristiques sociodémographiques pouvant varier au cours d'une vie et en fonction de l'orientation sexuelle.

En fin de compte, l'ampleur des inégalités dans les risques de surpoids est restée la même au Canada de 2005 à 2017, et elle reste stable au cours de la vie adulte, du moins de 18 ans à 59 ans. Par contre, les risques de surpoids ont globalement augmenté de 2005 à 2017, et ils augmentent de 18 ans à 59 ans, de façon équivalente pour toutes les orientations sexuelles, tant chez les femmes que chez les hommes.

Cela étant dit, il s'est avéré crucial de tenir compte de l'âge, particulièrement chez les femmes bisexuelles. En effet, le plus grand risque de surpoids des femmes bisexuelles par rapport aux femmes hétérosexuelles n'a émergé qu'à partir du moment où l'âge a été contrôlé dans le modèle.

La prise en considération des caractéristiques sociodémographiques s'est également avérée importante. Du côté des femmes, nous nous sommes aperçus que lorsque les variables associées aux caractéristiques sociodémographiques étaient incluses dans le modèle, l'écart se creusait entre les femmes qui s'identifient comme lesbiennes versus celles qui s'identifient comme hétérosexuelles. À l'inverse, du côté des hommes, l'introduction des variables contrôles associées aux caractéristiques sociodémographiques réduisait de moitié l'effet associé à l'orientation sexuelle chez les hommes bisexuels, et d'un peu moins chez les hommes gais. Aucune analyse post-hoc n'a été faite pour identifier les variables contrôles spécifiques associées à ces effets. Il s'avère donc impossible d'identifier la contribution spécifique de chacune de ces variables. Par contre, les variables contrôles ayant un effet sont présentées dans les annexes A (pour les femmes) et B (pour les hommes).

En somme, l'inclusion de l'ensemble des variables contrôles associées aux caractéristiques sociodémographiques des répondant.e.s nous a permis de mieux comprendre la relation entre l'orientation sexuelle et le surpoids, et ainsi d'avoir un portrait plus juste des inégalités de surpoids associés à l'orientation sexuelle au Canada.

Par contre, même après avoir tenu compte de toutes ces variables associées aux parcours de vie des répondant(e)s, des inégalités substantielles dans les risques de surpoids demeurent entre les orientations sexuelles. On peut donc conclure que ces inégalités ne s'expliquent que très partiellement par des différences dans les trajectoires de vie et les caractéristiques sociodémographiques des canadien.ne.s de différentes orientations sexuelles. L'explication principale de ces inégalités est donc ailleurs. Les prochains paragraphes abordent de possibles interprétations alternatives.

4.3.2 L'hypothèse du stress minoritaire

L'hypothèse du stress minoritaire est fréquemment utilisée pour expliquer des inégalités de santé associées à l'orientation sexuelle. Par contre, nos résultats n'appuient pas clairement l'idée que les inégalités dans les taux de surpoids entre orientations sexuelles soient causées par le stress associé au statut minoritaire des minorités sexuelles. En effet, on s'attendrait probablement dans ce cas à de plus hauts taux de surpoids chez les minorités sexuelles, tant pour les femmes que pour les hommes puisque tel qu'il a été mentionné précédemment, les individus auraient tendance à adopter des comportements associés à la prise de poids et au surpoids pour faire face au stress. Or, dans le cas présent, seules les femmes sexuellement minoritaires présentent un plus haut risque d'être en surpoids comparativement à leurs homologues hétérosexuels.

4.3.3 L'hypothèse des sous-cultures identitaires

À première vue, nos résultats pourraient être interprétés comme une validation des stéréotypes véhiculés dans la culture populaire, à savoir que les femmes lesbiennes sont plus souvent grosses et que les hommes gais sont plus souvent axés sur leur apparence physique (Feldman et Meyer, 2007). Et en effet, ces résultats pourraient en partie être expliqués par des différences de sous-culture entre les diverses communautés sexuelles.

Concernant les lesbiennes, des études suggèrent qu'elles seraient, en effet, moins préoccupées par le poids que les hétérosexuelles, notamment parce qu'elles rejetteraient la pression à la minceur pour les femmes, qui est monnaie courante dans la culture dominante hétéronormative (Bowen et al., 2008). Dans la même veine, elles manifesteraient une plus grande acceptation de leur corps (Polimeni et al., 2009; Morrison et al., 2004) et seraient plus tolérantes au surpoids tant pour elles que pour les autres.

Concernant les hommes gais, des études ont souligné leur plus haut taux d'insatisfaction face à leur image corporelle comparativement aux hétérosexuels (Morrison et al., 2004; Tiggemann et al., 2007). Diverses explications ont d'ailleurs déjà été proposées pour expliquer cette plus grande importance du corps chez les hommes gais par rapport aux hétérosexuels. Dépendamment des auteurs, ce souci du corps découlerait potentiellement (a) de la plus grande objectification du corps masculin dans la pornographie gaie généraliste (Duggan et McCreary, 2004), (b) du fait que les hommes gais auraient plus souvent été la cible d'insultes visant leur manque perçu de virilité et qu'ils compenseraient en désirant un corps plus musclé et «masculin» (Pope et al., 2000), ou (c) de l'association historiquement faite entre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et la communauté gaie et du désir conséquent de s'éloigner de l'apparence d'un corps affecté par le VIH (ex., les symptômes de lipodystrophie) pour ne pas être ostracisé (Drummond, 2005).

Ces différentes hypothèses suggèrent donc que ces inégalités dans les taux de surpoids seraient dues à des spécificités des sous-cultures identitaires associées aux communautés lesbiennes et gaies. Par contre, ces hypothèses peuvent prêter flanc à la critique. Premièrement, elles suggèrent des processus distincts pour expliquer les différences entre orientations sexuelles chez les femmes et les hommes. Deuxièmement, la directionnalité des effets n'est pas toujours évidente (ex., la plus grande acceptation de leur corps par les femmes lesbiennes pourrait autant être cause que conséquence du

plus haut taux de surpoids). Finalement, ces hypothèses passent généralement sous silence la question bisexuelle.

4.3.4 Androphilie, gynéphilie et objectification du corps

Une relecture plus intégrée des résultats pour les femmes et les hommes permet de faire émerger une autre explication, plus parcimonieuse, du phénomène. Globalement, les résultats suggèrent que les taux de surpoids sont plus élevés chez les femmes lesbiennes et les hommes hétérosexuels, moins élevés chez les femmes hétérosexuelles et les hommes gais, et intermédiaires pour les personnes bisexuelles. Ce découpage semble regrouper des catégories identitaires plutôt opposées, tant au niveau de l'orientation sexuelle que du genre, mais cela est potentiellement dû à la façon particulière dont l'orientation sexuelle a traditionnellement été définie. En effet, en décrivant l'orientation sexuelle en fonction de l'objet du désir (femmes, hommes ou les deux) et non en fonction de l'équivalence ou non entre son genre et celui de l'objet du désir (genre opposé, même genre ou les deux), on réalise que les individus androphiles (c.-à-d., attirés par les hommes) ont, en moyenne, des taux de surpoids moins élevés que les individus gynéphiles (c.-à-d., attirés par les femmes), et que ces taux sont intermédiaires pour les individus ambiphiles (c.-à-d., attirés par les femmes et les hommes). Cela suggère donc que les risques de surpoids dépendraient du genre des personnes auxquelles nous cherchons à plaire.

Cette hypothèse a l'avantage d'être plus parcimonieuse que les autres (une seule explication pouvant s'appliquer à la fois aux deux genres) et de mieux expliquer la position intermédiaire des bisexuels. De plus, elle permet de donner un sens commun à des résultats de recherche en apparence distincts.

Mais comment comprendre ce phénomène? Les études sur les critères de sélection de partenaires démontrent généralement que les hommes accorderaient davantage d'importance à l'apparence physique, alors que les femmes seraient davantage

intéressées par d'autres caractéristiques telles que l'intelligence, les habiletés de communication et l'occupation professionnelle (Alterovitz et Mendelsohn, 2009; Hatfield et Sprecher, 1986; McWilliams et Barrett, 2014; Newlin Lew, 2018a). Ces résultats concordent aussi avec la plus grande objectification sexuelle du corps des femmes par rapport à celui des hommes qui a été observée dans les sociétés occidentales contemporaines (Buote et al., 2011). L'objectification pouvant être définie comme étant l'expérience d'être traité par d'autres comme un corps ou des parties de corps (et non comme une personne) et d'être valorisé par autrui principalement pour son usage (ou sa consommation) (Fredrickson et Roberts, 1997).

Des études suggèrent d'ailleurs que ces attentes sociales seraient en effet intériorisées en fonction du genre auquel on veut plaire. Par exemple, la fréquence d'insatisfaction face à son corps et de troubles alimentaires serait plus élevée chez les femmes hétérosexuelles (Conner et al., 2004; Morrison et al., 2004) et les hommes gais (Feldman et Meyer, 2007; Kaminski et al., 2005; Yelland et Tiggemann, 2003) que chez les hommes hétérosexuels, et moins élevée chez les femmes lesbiennes que chez les femmes hétérosexuelles (Conner et al., 2004; French et al., 1996; Share et Mintz, 2002).

Globalement, ces résultats de recherche suggèrent donc que la plus grande objectification sexuelle vécue par les femmes hétérosexuelles et les hommes gais (en comparaison aux lesbiennes et aux hommes hétérosexuels) les amèneraient à contrôler davantage leur poids dans le but de se conformer aux attentes sociales perçues des hommes, cibles de leur désir. Cette hypothèse avait d'ailleurs déjà été évoquée par Siever (1994) pour expliquer les niveaux d'insatisfaction corporelle des femmes et hommes de différentes orientations sexuelles.

4.4 Implications pratiques

À la base, la présente étude corrobore l'idée que les problèmes de surpoids sont plus fréquents chez les femmes lesbiennes et les hommes hétérosexuels et, dans une moindre mesure, chez les femmes bisexuelles, ce qui souligne la pertinence de viser plus particulièrement ces communautés sexuelles lors de campagnes de santé publique ciblant le surpoids.

Cette étude met aussi en lumière les liens qui existent entre le surpoids et l'objectification du corps dans notre société. En effet, la dernière hypothèse présentée suggère que les plus faibles taux de surpoids chez les femmes hétérosexuelles et les hommes gais arriveraient probablement au prix d'une plus grande pression ressentie à contrôler son poids, d'une plus grande insatisfaction corporelle et d'autres conséquences néfastes associées à l'objectification perçue de son corps. Cette relation inverse entre une plus grande objectification sociale de notre corps et nos risques de surpoids n'est que suggérée par les résultats de la présente étude, et la question mériterait d'être approfondie par de nouvelles études. Mais cette lecture alternative nous permet d'entrevoir les écarts dans les taux de surpoids entre les différentes orientations sexuelles comme étant potentiellement le résultat, du moins en partie, de la plus grande pression sociale à contrôler son poids vécu par les individus androphiles, en comparaison aux individus gynéphiles. Cette relecture permet de réaliser, par exemple, que les plus bas taux de surpoids chez les femmes hétérosexuelles et les hommes gais pourraient être liés aux effets délétères parfois associés aux tentatives de contrôler son poids (ex., insatisfaction face à son corps, troubles alimentaires...) au lieu d'être des résultats de santé exclusivement positifs. Cette piste reste à être validée par de futures recherches.

Dans le même esprit, il nous apparaît essentiel de favoriser les interventions et les campagnes de prévention visant à promouvoir un bien-être général passant par de

saines habitudes de vie, plutôt que par l'atteinte d'un poids santé. En effet, une des implications pratiques est la suggestion que l'IMC ne devrait pas être utilisé comme le principal indicateur de santé corporelle, et l'atteinte d'un poids « dit » santé ne devrait peut-être pas être systématiquement l'objectif principal à suivre. En effet, une évaluation clinique de la santé corporelle gagnerait probablement à tenir compte des différents aspects de la santé corporelle (ex., habitudes de vie, historique des tentatives de contrôle du poids, capacités cardiorespiratoires, présence et historique de troubles alimentaires, satisfaction corporelle...) au lieu d'être principalement basée sur l'atteinte ou non d'un poids santé. De plus, en mettant l'accent sur les saines habitudes de vie au lieu de l'atteinte d'un poids santé, on évitera d'encourager le recours à des méthodes problématiques de contrôle du poids (p.ex., restrictions alimentaires excessives, utilisation de laxatifs ou de médication coupe-faim...) et de mettre l'emphasis sur l'apparence du corps, et donc sur son objectification.

4.5 Conclusion de l'essai

Avec son échantillon représentatif de plus de 350 000 individus, la présente étude corrobore et précise les liens entre surpoids et orientation sexuelle en se basant sur les résultats les plus solides disponibles jusqu'à présent, tant au Canada qu'à l'international. De plus, elle contribue à la réflexion théorique en suggérant que l'objectification des corps dans nos sociétés contemporaines contribuerait probablement aux inégalités de risque de surpoids entre les différentes orientations sexuelles. Finalement, l'idée que les plus faibles taux de surpoids chez les femmes hétérosexuelles et les hommes gais viendraient probablement au prix d'une plus grande insatisfaction corporelle et de plus hauts risques de troubles alimentaires rappelle que la relation entre le surpoids et la santé reste complexe.

ANNEXE A

RAPPORTS DE COTE ET INTERVALLES DE CONFIANCE (95%)^A DES MODÈLES PRÉDICTIFS DU SURPOIDS EN FONCTION DE L'ORIENTATION SEXUELLE CHEZ LES FEMMES (N = 182 800)

	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
Orientation sexuelle auto-identifiée				
• Hétérosexuelle	réf	réf	réf	réf
• Bisexuelle	0,820,931,05	0,800,910,97	1,111,261,44	1,051,211,39
• Lesbienne	1,181,361,57	1,171,351,56	1,211,401,62	1,291,501,74
Cycle d'enquête ^b	-	0,920,930,94	0,920,930,94	0,900,910,93
Âge ^c	-	-	1,681,771,87	1,581,691,81
Âge (quadratique) ^c	-	-	0,930,940,96	0,930,950,96

Secteur géographique

	réf	réf	réf	réf
• Ontario	-	-	-	0,770,810,85
• Québec	-	-	-	1,281,351,42
• Est	-	-	-	1,011,061,11
• Prairies	-	-	-	0,700,740,78
• Colombie-Britannique	-	-	-	0,890,930,96

Région urbaine

Origine ethnoculturelle

	réf	réf	réf	réf
• Blanc	-	-	-	1,621,882,17
• Noir	-	-	-	0,770,830,90
• Autre(s)	-	-	-	1,271,371,48

Autochtone

Immigrant

Revenu du ménage (1-12)

Vivre en couple

Être en couple

Être parent

Être étudiant

Niveau de scolarité

• Moins qu'un diplôme d'études secondaires	-	-	-	1,111,191,27
--	---	---	---	--------------

• Diplôme d'études secondaires	réf	réf	réf	réf
• Diplôme commercial ou d'une école de métiers	-	-	-	<i>0,920,971,03</i>
• Diplôme d'un collège ou cégep	-	-	-	0,910,950,99
• Diplôme d'études universitaires	-	-	-	0,610,640,68
Constante	0,720,730,74	0,770,780,80	0,300,310,33	0,590,640,72
<u>Caractéristiques du modèle</u>				
Signification statistique du modèle final	$F_{(2,498)} = 9,50$ ($p < 0,0001$)	$F_{(3,497)} = 43,46$ ($p < 0,0001$)	$F_{(5,495)} = 540,92$ ($p < 0,0001$)	$F_{(23,477)} = 240,34$ ($p < 0,0001$)
Signification statistique des blocs de variables ajoutés	$F_{(2,499)} = 9,50$ ($p < 0,0001$)	$F_{(1,499)} = 117,00$ ($p < 0,0001$)	$F_{(2,499)} = 1271,31$ ($p < 0,0001$)	$F_{(18,499)} = 127,50$ ($p < 0,0001$)

Notes : Les rapports de cote non significatifs sont présentés *en italique*. réf = catégorie de référence. (a) Les intervalles de confiance sont présentés en indices, tels que suggérés par Louis et Zeger (2009). (b) L'âge a été centré à 18 ans et divisé par 10 afin de faciliter l'interprétation. Le rapport de cote est donc pour une différence de 10 ans. (c) Afin de faciliter l'interprétation, le cycle d'enquête a été centré en 2017 puis divisé par 12, soit par le nombre de cycles d'enquête. Le rapport de cote correspond donc à la différence entre 2005 et 2017.

ANNEXE B

RAPPORTS DE COTE ET INTERVALLES DE CONFIANCE (95%) A DES MODÈLES PRÉDICTIFS DU SURPOIDS EN FONCTION DE L'ORIENTATION SEXUELLE CHEZ LES HOMMES (N = 173 578)

	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
Orientation sexuelle auto-identifiée				
• Hétérosexuel	réf	réf	réf	réf
• Bisexuel	0,550,66 _{0,78}	0,550,65 _{0,78}	0,600,72 _{0,95}	0,690,83 _{0,99}
• Gai	0,440,50 _{0,56}	0,440,50 _{0,56}	0,430,48 _{0,55}	0,500,56 _{0,63}
Cycle d'enquête ^b	-	0,940,95 _{0,96}	0,930,94 _{0,95}	0,940,95 _{0,96}
Âge ^c	-	-	2,742,90 _{3,06}	2,252,41 _{2,58}
Âge (quadratique) ^c	-	-	0,830,85 _{0,86}	0,860,87 _{0,88}
Secteur géographique				

• Ontario	réf	réf	réf	réf
• Québec	-	-	-	0,830,87 _{0,91}
• Est	-	-	-	1,241,31 _{1,38}
• Prairies	-	-	-	1,041,09 _{1,15}
• Colombie-Britannique	-	-	-	0,750,80 _{0,85}
Région urbaine	-	-	-	0,900,93 _{0,97}
Origine ethnoculturelle				
• Blanc	réf	réf	réf	réf
• Noir	-	-	-	1,011,18 _{1,37}
• Autre(s)	-	-	-	0,720,78 _{0,84}
Autochtone	-	-	-	1,171,27 _{1,38}
Immigrant	-	-	-	0,780,83 _{0,89}
Revenu du ménage (1-12)	-	-	-	1,031,04 _{1,05}
Revenu personnel (1-12)	-	-	-	1,031,04 _{1,05}
Être en couple	-	-	-	1,221,27 _{1,32}
Travailleur	-	-	-	0,820,88 _{0,94}
Niveau de scolarité				
• Moins qu'un diplôme d'études secondaires	-	-	-	0,900,96 _{1,02}
• Diplôme d'études secondaires	réf	réf	réf	réf

• Diplôme commercial ou d'une école de métiers	-	-	-	<i>0,991,04</i> _{1,10}
• Diplôme d'un collège ou cégep	-	-	-	<i>0,870,92</i> _{0,97}
• Diplôme d'études universitaires	-	-	-	<i>0,660,70</i> _{0,74}
Constante	<i>1,511,53</i> _{1,56}	<i>1,571,61</i> _{1,65}	<i>0,440,47</i> _{0,49}	<i>0,310,35</i> _{0,40}
<u>Caractéristiques du modèle</u>				
Signification statistique du modèle final	$F_{(2,498)} = 80,96$ ($p < 0,0001$)	$F_{(3,497)} = 70,16$ ($p < 0,0001$)	$F_{(5,495)} = 649,50$ ($p < 0,0001$)	$F_{(22,478)} = 199,75$ ($p < 0,0001$)
Signification statistique des blocs de variables ajoutés	$F_{(2,499)} = 80,96$ ($p < 0,0001$)	$F_{(1,499)} = 51,69$ ($p < 0,0001$)	$F_{(2,499)} = 1517,60$ ($p < 0,0001$)	$F_{(17,499)} = 90,94$ ($p < 0,0001$)

Notes : Les rapports de cote non significatifs sont présentés *en italique*. réf = catégorie de référence. (a) Les intervalles de confiance sont présentés en indices, tels que suggérés par Louis et Zeger (2009). (b) L'âge a été centré à 18 ans et divisé par 10 afin de faciliter l'interprétation. Le rapport de cote est donc pour une différence de 10 ans. (c) Afin de faciliter l'interprétation, le cycle d'enquête a été centré en 2017 puis divisé par 12, soit par le nombre de cycles d'enquête. Le rapport de cote est donc inversé. C'est-à-dire qu'il représente les risques pour chaque année d'enquête avant 2017.

RÉFÉRENCES

- Romero-Corral, A., Somers, V. K., Sierra-Johnson, J., Thomas, R. J., Collazo-Clavell, M. L., Korinek, J., Allison, T. G., Batsis, J. A., Sert-Kuniyoshi, F. H., et Lopez-Jimenez, F. (2008). Accuracy of body mass index in diagnosing obesity in the adult general population. *International Journal of Obesity*, 32(6), 959–66. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.11>
- Agence de la santé publique du Canada (2011). *Obésité au Canada: rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'institut canadien d'information sur la santé* (publication n° HP5-107/2011F-PDF). <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-fra.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. (2017). *Lutter contre l'obésité au Canada : taux d'obésité et d'excès de poids chez les adultes canadiens*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/taux-obesite-exces-poids-adultes-canadiens.html>
- Allen, M. (2015, 9 juin). *Les crimes haineux déclarés par la police au Canada, 2013* (publication n° 85-002-X). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/2015001/article/14191-fra.pdf?st=0k4ovL2P>
- Alterovitz, S. S., et Mendelsohn, G. A. (2009). Partner preferences across the life span: online dating by older adults. *Psychology and Aging*, 24(2), 513–517. <https://doi.org/10.1037/a0015897>
- Aronne, L. J., Nelinson, D. S., et Lillo, J. L. (2009). Obesity as a disease state: a new paradigm for diagnosis and treatment. *Clinical Cornerstone*, 9(4), 9–25. [https://doi.org/10.1016/S1098-3597\(09\)80002-1](https://doi.org/10.1016/S1098-3597(09)80002-1)
- Austin, S. B., Ziyadeh, N. J., Corliss, H. L., Haines, J., Rockett, H. R., Wypij, D., et Field, A. E. (2009). Sexual orientation disparities in weight status in

- adolescence: findings from a prospective study. *Obesity*, 17(9), 1776–1782.
<https://doi.org/10.1038/oby.2009.72>
- Bauer, G. R., et Jairam, J. A. (2008). Are lesbians really women who have sex with women (WSW)? Methodological concerns in measuring sexual orientation in health research. *Women & Health*, 48(4), 383-408.
<https://doi.org/10.1080/03630240802575120>
- Beauchamp, D.L. (2008, février). *L'orientation sexuelle et la victimisation, 2004* (publication n° 85F0033M). Statistique Canada.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85f0033m/85f0033m2008016-fra.pdf?st=DR6SgTJQ>
- Beaulieu-Prévost, D., et Fortin, M. (2015). The measurement of sexual orientation: Historical background and current practices. *Sexologies*, 24(1), e15-e19.
<https://doi.org/10.1016/j.sexol.2014.05.006>
- Blouin, C. (2014). *L'impact économique de l'obésité et de l'embonpoint*. Institut national de santé publique du Québec.
https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1786_Topo_9.pdf
- Blosnich, J. R., Farmer, G. W., Lee, J. G., Silenzio, V. M., et Bowen, D. J. (2014). Health inequalities among sexual minority adults: Evidence from ten US states, 2010. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(4), 337-349.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.11.010>
- Boehmer, U., Bowen, D. J., et Bauer, G. R. (2007). Overweight and obesity in sexual-minority women: Evidence from population-based data. *American Journal of Public Health*, 97(6), 1134-1140.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.088419>
- Boehmer, U., et Bowen, D. J. (2009). Examining factors linked to overweight and obesity in women of different sexual orientations. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 48(4), 357-361.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.02.003>
- Bowen, D. J., Balsam, K. F., et Ender, S. R. (2008). A review of obesity issues in sexual minority women. *Obesity*, 16(2), 221-228.
<https://doi.org/10.1038/oby.2007.34>
- Brennan, D. J., Ross, L. E., Dobinson, C., Veldhuizen, S., et Steele, L. S. (2010). Men's sexual orientation and health in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 101(3), 255-258. <https://doi.org/10.1007/BF03404385>

- Buote, V. M., Wilson, A. E., Strahan, E. J., Gazzola, S. B., et Papps, F. (2011). Setting the bar: Divergent sociocultural norms for women's and men's ideal appearance in real-world contexts. *Body Image*, 8(4), 322–334.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.06.002>
- Carpenter, C. (2003). Sexual orientation and body weight: Evidence from multiple surveys. *Gender Issues*, 21(3), 60–74.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s12147-003-0006-z>
- Cass, V. C. (1990). The implications of homosexual identity formation for the Kinsey model and scale of sexual preference. Dans D. P. McWhirter, S. A. Sanders, et J. M. Reinish (Dir.), *Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 239–266). Oxford University Press.
- Chamberland, L., Beaulieu-Prévost, D., Julien, D., N' Bouke, A., et De Pierrepont, C. (2012). *Portrait sociodémographique et de santé des populations LGB au Québec - Analyse secondaire des données de l' Enquête de santé dans les collectivités canadiennes*. Université du Québec à Montréal.
https://chairehomophobie.uqam.ca/wp-content/uploads/2013/03/upload_files_Rapport_Portrait_sociodemo_Chamberland_et_al._Resume_juillet_2012.pdf
- Cheng, T. L., et Solomon, B. S. (2014). Translating life course theory to clinical practice to address health disparities. *Maternal and Child Health Journal*, 18(2), 389–395. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1279-9>
- Conner, M., Johnson, C., et Grogan, S. (2004). Gender, sexuality, body image and eating behaviours. *Journal of Health Psychology*, 9(4), 505–515.
<https://doi.org/10.1177/1359105304044034>
- Conron, K. J., Mimiaga, M. J., et Landers, S. J. (2010). A population-based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health. *American Journal of Public Health*, 100(10), 1953–1960.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.174169>
- De Montigny Gauthier, P. et De Montigny, F. (2014). *Théorie du parcours de vie* (Cahier de recherche n°6). Centre d'études et de recherche en intervention familiale de l'Université du Québec en Outaouais.
https://cerif.uqo.ca/sites/cerif.uqo.ca/files/cahier6_theorie_du_parcours_de_vie_web.pdf

- Deputy, N. P., et Boehmer, U. (2010). Determinants of body weight among men of different sexual orientation. *Preventive Medicine*, 51(2), 129-131. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.05.010>
- Deputy, N. P., et Boehmer, U. (2014). Weight status and sexual orientation: Differences by age and within racial and ethnic subgroups. *American Journal of Public Health*, 104(1), 103-109. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301391>
- Dharma, C., et Bauer, G. R. (2017). Understanding sexual orientation and health in canada: Who are we capturing and who are we missing using the statistics canada sexual orientation question? *Canadian Journal of Public Health* 108(1), 26. <https://doi.org/10.17269/cjph.108.5848>
- Di Angelantonio, E., Bhupathiraju, S. N., Wormser, D., Gao, P., Kaptoge, S., De Gonzalez, A. B., Berrington, de G. A., Cairns, B. J., Huxley, R., Jackson, C. L., Joshy, G., Lewington, S., Manson, J. E., Murphy, N., Patel, A. V., Samet, J. M., Woodward, M., Zheng, W., Zhou, M., ... Hu, F. B. (2016). Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *The Lancet*, 388(10046), 776-786. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30175-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30175-1)
- Dilley, J. A., Simmons, K. W., Boysun, M. J., Pizacani, B. A., et Stark, M. J. (2010). Demonstrating the importance and feasibility of including sexual orientation in public health surveys: Health disparities in the Pacific Northwest. *American journal of public health*, 100(3), 460-467. <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2007.130336>
- Drummond, M. J. (2005). Men's bodies: Listening to the voices of young gay men. *Men and Masculinities*, 7(3), 270-290. <https://doi.org/10.1177/1097184X04271357>
- Duggan, S. J., et McCreary, D. R. (2004). Body image, eating disorders, and the drive for muscularity in gay and heterosexual men: The influence of media images. *Journal of Homosexuality*, 47(3-4), 45-58. https://doi.org/10.1300/J082v47n03_03
- Elder, G. H., Johnson, M. K., et Crosnoe, R. (2003). The emergence and development of life course theory. Dans Mortimer, J.T. et Shanahan, M.J. (dir.), *Handbook of the life course* (p. 3-19). Springer, Boston, MA.
- Eliason, M. J., et Fogel, S. C. (2015). An ecological framework for sexual minority women's health: Factors associated with greater body mass. *Journal of Homosexuality*, 62(7), 845-882. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.1003007>

- Eliason, M. J., Ingraham, N., Fogel, S. C., McElroy, J. A., Lorvick, J., Mauery, D. R., et Haynes, S. (2015). A systematic review of the literature on weight in sexual minority women. *Women's Health Issues*, 25(2), 162-175. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2014.12.001>
- Émond, A., Gosselin, J. C., et Dunningan, L. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. Résultat d'une réflexion commune*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/responsabilite-populationnelle/cadre_conceptuel.pdf
- Everett, B., et Mollborn, S. (2013). Differences in hypertension by sexual orientation among US young adults. *Journal of Community Health*, 38(3), 588-596. <https://doi.org/10.1007/s10900-013-9655-3>
- Feldman, M. B., et Meyer, I. H. (2007). Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 218-226. <https://doi.org/10.1002/eat.20378>
- Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M., et Meyer, I. H. (2019). The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 1-22. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00120-6>
- Fortin, M., Julien, D., Côté, S., et Bégin, J. (2009). Bisexualité et santé. Une comparaison entre hommes et femmes. Dans Chamberland, L., Frank, B. W. et Ristock, J. (dir.), *Diversité sexuelle et constructions de genre* (pp. 299-332). Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Fredrickson, B. L., et Roberts, T.-A. (1997). Objectification theory : toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>
- French, S. A., Story, M., Remafedi, G., Resnick, M. D., et Blum, R. W. (1996). Sexual orientation and prevalence of body dissatisfaction and eating disordered behaviors: A population-based study of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 19(2), 119-126. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199603\)19:2<119::AID-EAT2>3.3.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199603)19:2<119::AID-EAT2>3.3.CO;2-B)
- Garland-Forshee, R. Y., Fiala, S. C., Ngo, D. L., et Moseley, K. (2014). Sexual orientation and sex differences in adult chronic conditions, health risk factors,

- and protective health practices, Oregon, 2005–2008. *Preventing Chronic Disease*, 11(E136), 1-11. <http://dx.doi.org/10.5888/pcd11.140126>
- Gates, G. J. (2011). *How many people are lesbian, gay, bisexual and transgender?*. The Williams Institute. <https://escholarship.org/content/qt09h684x2/qt09h684x2.pdf>
- Gelber, R. P., Gaziano, J. M., Orav, E. J., Manson, J. E., Buring, J. E., et Kurth, T. (2008). Measures of obesity and cardiovascular risk among men and women. *Journal of the American College of Cardiology*, 52(8), 605-615. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2008.03.066>
- Gelder, K. (2007). *Subcultures: Cultural histories and social practice*. Routledge.
- Gonzales, G., et Henning-Smith, C. (2017). Health disparities by sexual orientation: Results and implications from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Journal of Community Health*, 42(6), 1163-1172. <https://doi.org/10.1007/s10900-017-0366-z>
- Gorber, S. C., Tremblay, M., Moher, D., et Gorber, B. (2007). A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: A systematic review. *Obesity Reviews*, 8(4), 307-326. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00347.x>
- Gouvernement du Canada. (2018). *Droits des personnes LGBTI*. <https://www.canada.ca/fr/patrimoine-canadien/services/droits-personnes-lgbti.html>
- Gouvernement du Canada. (2020). *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>
- Hatfield, E., et Sprecher, S. (1986). *Mirror, mirror: The importance of looks in everyday life*. Suny Press.
- Institut canadien d'informations sur la santé. (2006). *Améliorer la santé des Canadiens : promouvoir le poids santé*. https://secure.cihi.ca/free_products/healthyweights06_f.pdf
- Institute of Medicine (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/13128>.

- Jacob, C., Baird, J., Barker, M., Cooper, C., et Hanson, M. (2017). *The importance of a life course approach to health: Chronic disease risk from preconception through adolescence and adulthood*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/life-course/publications/life-course-approach-to-health.pdf>
- Johns, M. M., Lowry, R., Demissie, Z., et Robin, L. (2017). Harassment and mental distress among adolescent female students by sexual identity and BMI or perceived weight status. *Obesity*, 25(8), 1421-1427. <https://doi.org/10.1002/oby.21850>
- Jones, N. L., Gilman, S. E., Cheng, T. L., Drury, S. S., Hill, C. V., et Geronimus, A. T. (2019). Life course approaches to the causes of health disparities. *American Journal of Public Health*, 109(S1), S48-S55. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304738>
- Kaminski, P. L., Chapman, B. P., Haynes, S. D., et Own, L. (2005). Body image, eating behaviors, and attitudes toward exercise among gay and straight men. *Eating Behaviors*, 6(3), 179-187. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2004.11.003>
- Korchmaros, J. D., Powell, C., et Stevens, S. (2013). Chasing sexual orientation: a comparison of commonly used single-indicator measures of sexual orientation. *Journal of Homosexuality*, 60(4), 596-614. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.760324>
- Laska, M. N., VanKim, N. A., Erickson, D. J., Lust, K., Eisenberg, M. E., et Rosser, B. S. (2015). Disparities in weight and weight behaviors by sexual orientation in college students. *American Journal of Public Health*, 105(1), 111-121. doi: 10.2105/AJPH.2014.302094
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., et Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220-229. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.2
- Matthews, A. K., Li, C. C., McConnell, E., Aranda, F., et Smith, C. (2016). Rates and predictors of obesity among African American sexual minority women. *LGBT Health*, 3(4), 275-282. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0026>
- McWilliams, S., et Barrett, A. E. (2014). Online dating in middle and later life: Gendered expectations and experiences. *Journal of Family Issues*, 35(3), 411-436. <https://doi.org/10.1177/0192513X12468437>

- Mereish, E. H. (2014). The weight of discrimination: The relationship between heterosexual discrimination and obesity among lesbian women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 356-360. <https://doi.org/10.1037/sgd0000056>
- Mereish, E. H., et Poteat, V. P. (2015). Let's get physical: Sexual orientation disparities in physical activity, sports involvement, and obesity among a population-based sample of adolescents. *American Journal of Public Health*, 105(9), 1842-1848. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302682>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H. (2013). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(S), 3-26. <https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.S.3>
- Morales, S. (2018). *Comparaison de trois méthodes d'évaluation de la morphologie du bras affecté par le lymphoedème chez les femmes atteintes du cancer du sein* [mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/11764/1/M15702.pdf>
- Morrison, M. A., Morrison, T. G., et Sager, C. L. (2004). Does body satisfaction differ between gay men and lesbian women and heterosexual men and women?: A meta-analytic review. *Body Image*, 1(2), 127-138. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.01.002>
- Newlin Lew. K., Dorsen, C., et Long, T. (2018). Prevalence of obesity, prediabetes, and diabetes in sexual minority men: results from the 2014 behavioral risk factor surveillance system. *The Diabetes Educator*, 44(1), 83-93. <https://doi.org/10.1177/0145721717749943>
- Newlin Lew. K., Dorsen, C., Melkus, G. D., et Maclean, M. (2018). Prevalence of obesity, prediabetes, and diabetes in sexual minority women of diverse races/ethnicities: Findings from the 2014-2015 brfss surveys. *The Diabetes Educator*, 44(4), 348-360. <https://doi.org/10.1177/0145721718776599>
- Organisation mondiale de la santé. Division of Health Promotion, Education, and Communication. (1998). Glossaire de la promotion de la santé. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67245>

- Organisation mondiale de la santé. (2002). *Rapport sur la santé dans le monde : 2002 : réduire les risques et promouvoir une vie saine*.
<https://www.who.int/whr/2002/fr/>
- Organisation mondiale de la santé. (2011). *10 faits sur les inégalités en matière de santé*. https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/facts/fr/
- Organisation mondiale de la santé. (2020, août). *Obésité et surpoids*.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Owens, L. K., Hughes, T. L., et Owens-Nicholson, D. (2002). The effects of sexual orientation on body image and attitudes about eating and weight. *Journal of Lesbian Studies*, 7(1), 15-33.
https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J155v07n01_02
- Paschen-Wolff, M. M., Kelvin, E., Wells, B. E., Campbell, A. N. C., Grosskopf, N. A., et Grov, C. (2019). Changing trends in substance use and sexual risk disparities among sexual minority women as a function of sexual identity, behavior, and attraction: Findings from the national survey of family growth, 2002-2015. *Archives of Sexual Behavior : The Official Publication of the International Academy of Sex Research*, 48(4), 1137–1158.
<https://doi.org/10.1007/s10508-018-1333-1>
- Polimeni, A. M., Austin, S. B., et Kavanagh, A. M. (2009). Sexual orientation and weight, body image, and weight control practices among young Australian women. *Journal of Women's Health*, 18(3), 355-362.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0765>
- Pope, H., Pope, H. G., Phillips, K. A., et Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. Free Press.
- Puhl, R. M., et Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, 17(5), 941–64. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Quick, V., Wall, M., Larson, N., Haines, J., et Neumark-Sztainer, D. (2013). Personal, behavioral and socio-environmental predictors of overweight incidence in young adults: 10-yr longitudinal findings. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 37.
- Rothman, K. J. (2008). BMI-related errors in the measurement of obesity. *International Journal of Obesity*, 32(3), S56-S59.
<https://doi.org/10.1038/ijo.2008.87>

- Sandfort, T. G. M., Bakker, F., Schellevis, F.G., et Vanwesenbeeck, I. (2006). Sexual orientation and mental and physical health status: Findings from a dutch population survey. *American Journal of Public Health*, 96(6), 1119–1125. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.058891>
- Santé Canada. (2016). *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes - Guide de référence rapide à l'intention des professionnels* (publication n° H49-179/2003-1F). <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/poids-sante/lignes-directrices-classification-poids-chez-adultes/guide-reference-rapide-intention-professionnels.html>
- Semlyen, J., Curtis, T. J., et Varney, J. (2020). Sexual orientation identity in relation to unhealthy body mass index: Individual participant data meta-analysis of 93 429 individuals from 12 UK health surveys. *Journal of Public Health*, 42(1), 98-106. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy224>
- Share, T., et Mintz, L. (2002). Differences between lesbians and heterosexual women in disordered eating and related attitudes. *Journal of Homosexuality*, 42(4), 89–106. https://doi.org/10.1300/J082v42n04_06
- Siever, M. D. (1994). Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 252-260. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.2.252>
- Sous-culture. (s.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sous-culture/73798>
- Statistique Canada. (2018). *Tableau 13-10-0394-01 : Les principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge*. <https://doi.org/10.25318/1310039401-fra>
- Statistique Canada. (2019) *Tableau 13-10-0096-20 : Indice de masse corporelle, embonpoint ou obèse, autodéclaré corrigé, adulte, selon le groupe d'âge (18 ans et plus), 2019*. <https://doi.org/10.25318/1310009601-fra>
- Statistique Canada. (2020). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC)*. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226
- Steele, L. S., Ross, L. E., Dobinson, C., Veldhuizen, S., et Tinmouth, J. M. (2009). Women's sexual orientation and health: Results from a Canadian population-

- based survey. *Women & Health*, 49(5), 353-367.
<https://doi.org/10.1080/03630240903238685>
- Thomas, S., et Wannell, B. (2009). *Combiner les cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (publication n° 82-003-XPF). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2009001/article/10795-fra.pdf?st=6wmj6kpe>
- Tiggemann, M., Martins, Y., et Kirkbride, A. (2007). Oh to be lean and muscular: body image ideals in gay and heterosexual men. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(1), 15. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.8.1.15>
- VanKim, N. A., Eisenberg, M. E., Erickson, D. J., Lust, K., et Laska, M. N. (2020). College Climate and Sexual Orientation Differences in Weight Status. *Prevention Science*, 21(3), 422-433. <https://doi.org/10.1007/s11121-019-01061-x>
- Ward, B. W., Dahlhamer, J. M., Galinsky, A. M., et Joestl, S. S. (2014). *Sexual orientation and health among US adults: National Health Interview Survey, 2013*. <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr077.pdf>
- Wharton, S., Poddar, M., Sherifali, D., Naji, L., Tytus, R., Lau, D. C. W., Nerenberg, K., Boyling, E., Henderson, R., McInnes, A., Walji, S., Wicklum, S., Vallis, M., Piccinini Vallis, H., Sharma, A. M., Toth, E., Campbell Scherer, D., Kemp, A., Bell, R., ... Walker, L. (2020). L'obésité chez l'adulte: ligne directrice de pratique clinique. *Cmaj*, 192(49), 1775. <https://doi.org/10.1503/CMAJ.191707-F>
- Weinberger, N. A., Kersting, A., Riedel-Heller, S. G., et Luck-Sikorski, C. (2016). Body dissatisfaction in individuals with obesity compared to normal-weight individuals: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Facts*, 9(6), 424-441. <https://doi.org/10.1159/000454837>
- Williams, E. P., Mesidor, M., Winters, K., Dubbert, P. M., et Wyatt, S. B. (2015). Overweight and obesity: prevalence, consequences, and causes of a growing public health problem. *Current Obesity Reports*, 4(3), 363-70. <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0169-4>
- Wood, S. M., Schott, W., Marshal, M. P., et Akers, A. Y. (2017). Disparities in body mass index trajectories from adolescence to early adulthood for sexual minority women. *Journal of Adolescent Health*, 61(6), 722-728. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.06.008>

- Wright, A. L. (2018). Relationship between obesity, childhood sexual abuse, and attitudes toward obesity in sexual-minority women. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 22(3), 226–242.
<https://doi.org/10.1080/19359705.2018.1429975>
- Yelland, C., et Tiggemann, M. (2003). Muscularity and the gay ideal: Body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men. *Eating Behaviors*, 4(2), 107–116. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(03\)00014-X](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(03)00014-X)