

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA GESTION DE LA VISIBILITÉ DE L'ORIENTATION SEXUELLE DES PERSONNES  
LGBQP DANS LES MILIEUX DE LA FAMILLE D'ORIGINE, DE LA SANTÉ ET DU  
TRAVAIL : UNE ANALYSE DE CLASSES LATENTES

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE RECHERCHE-INTERVENTION EN SEXOLOGIE

PAR

CLAUDELLE BRAZEAU

JUIN 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire 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

Ce mémoire n'aurait pu voir le jour sans le soutien de nombreuses personnes. Tout d'abord, je tiens à remercier mon directeur, Martin Blais, qui m'a appuyée du début à la fin avec une rigueur, patience et disponibilité hors du commun. J'en profite également pour remercier la Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM) dont il est le titulaire pour la bourse d'excellence octroyée à mi-parcours.

Ce projet de mémoire s'inscrit dans le cadre de l'Enquête *Savoirs sur l'inclusion et l'exclusion des personnes LGBTQ+* (SAVIE-LGBTQ) (2016-2023), projet de recherche partenarial financé par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et dirigé par Martin Blais, Isabelle Côté et Line Chamberland que je remercie chaleureusement.

Je tiens également à remercier mes collègues côtoyé·e·s quotidiennement dans la dernière année sur le laboratoire virtuel pour m'avoir écoutée lors de moments de découragement et divertie lorsque nécessaire. Je pense notamment à Marie-France, Lyanna, Roxanne, Sei, Matthieu et Mélanie.

Finalement, une mention spéciale à mon entourage proche, soit mes grands-parents, parents, ami·e·s et ma partenaire Sandrine pour leur soutien de multiples formes m'ayant permis de surmonter toutes embûches lors de mon parcours. Je vous aime!

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	i
LISTE DES TABLEAUX.....	ii
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES .....	iii
RÉSUMÉ.....	iv
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE .....	2
1.1 Les éléments positifs et négatifs associés au dévoilement d'une ONH dans les milieux de la famille d'origine, de la santé et du travail .....	2
1.2 Les patrons de dévoilement de l'ONH dans les milieux de la famille d'origine, de la santé et du travail.....	4
1.3 Au-delà d'une approche simplificatrice du dévoilement de l'ONH .....	5
1.4 Objectifs du présent mémoire .....	7
1.5 Pertinence sexologique, sociale et scientifique.....	7
CHAPITRE II ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	9
2.1 La gestion de la visibilité de l'ONH dans le milieu de la famille d'origine .....	9
2.1.1 Les patrons de dévoilement et les caractéristiques individuelles et propres aux milieux associées à l'ampleur du dévoilement dans la famille d'origine .....	9
2.1.2 Facteurs liés à la santé associés à l'ampleur du dévoilement de l'ONH dans le milieu de la famille d'origine.....	14
2.2 La gestion de la visibilité de l'ONH dans le milieu de la santé.....	15
2.2.1 Les patrons de dévoilement et les caractéristiques individuelles et propres aux milieux associées à l'ampleur du dévoilement dans le milieu de la santé .....	15
2.2.2 Facteurs liés à la santé associés à l'ampleur du dévoilement de l'ONH dans le milieu de la santé.....	19
2.3 La gestion de la visibilité de l'ONH dans le milieu de travail.....	20
2.3.1 Les patrons de dévoilement et les caractéristiques individuelles et propres aux milieux associées à l'ampleur du dévoilement dans le milieu de travail .....	20
2.3.2 Facteurs liés à la santé et associés à l'ampleur du dévoilement de l'ONH dans le milieu du travail ..	23
CHAPITRE III CADRE CONCEPTUEL.....	24
3.1 L'évolution de la vision du dévoilement de l'ONH.....	24
3.2 La gestion de la visibilité de l'ONH .....	25
CHAPITRE IV MÉTHODOLOGIE .....	29
4.1 Échantillon et procédure .....	29
4.2 Les instruments de mesure.....	30
4.2.1 Les indicateurs de classes .....	30

4.2.2 Les variables .....	30
4.3 Analyses statistiques .....	40
4.4 Considérations éthiques .....	40
CHAPITRE V RÉSULTATS.....	41
5.1 Caractéristiques des répondant·e·s, des milieux de vie et des facteurs liés à la santé associés à l'ampleur de la connaissance de l'ONH.....	41
5.2 Sélection du nombre optimal de classes.....	45
5.3 Description des classes latentes .....	47
5.4 Description de la composition sociodémographique des classes.....	51
5.5 Description des caractéristiques des milieux propres aux classes .....	56
5.6 Description des facteurs liés à la santé associés à l'ampleur de la connaissance de l'ONH à travers les classes.....	61
CHAPITRE VI DISCUSSION .....	64
6.1 Des niveaux de connaissance de l'ONH qui reflètent des stratégies de dévoilement et dissimulation .	64
6.2 Les patrons de connaissance de l'ONH : rôle des caractéristiques individuelles et des caractéristiques propres au milieu de la famille d'origine .....	66
6.3 Les patrons de dévoilement de l'ONH : les caractéristiques individuelles et propres au milieu de la santé à travers les classes .....	70
6.4 Les patrons de connaissance de l'ONH : les caractéristiques individuelles et propres au milieu du travail à travers les classes .....	74
6.5 Facteurs liés à la santé associés à l'ampleur de la connaissance de l'ONH.....	77
6.6 Forces et limites du mémoire .....	80
CONCLUSION.....	82
<i>Conclusion générale</i> .....	82
<i>Pistes de recherche et d'intervention</i> .....	82
ANNEXE A CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE.....	85
ANNEXE B RENOUVELLEMENT DU CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE .....	86
ANNEXE C CERTIFICAT D'ACCOMPLISSEMENT EPTC 2 : FER .....	87
ANNEXE D FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....	88
BIBLIOGRAPHIE .....	91

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 4.1. Les instruments de mesure .....	32
Tableau 5.1. Caractéristiques individuelles de l'échantillon (n = 1382).....	41
Tableau 5.2. Caractéristiques des milieux (famille, santé, travail) (n = 1382) .....	43
Tableau 5.3. Indicateurs de bien-être et de santé (n = 1382) .....	44
Tableau 5.4. Résultats des différents indices de classification .....	46
Tableau 5.5. Les sept indicateurs liés à la connaissance et au dévoilement de l'ONH à travers les classes latentes.....	48
Tableau 5.6. Distribution des variables sociodémographiques à travers les classes latentes .....	53
Tableau 5.7. Distribution des caractéristiques propres aux milieux de la famille d'origine, de la santé et du travail à travers les classes latentes .....	59
Tableau 5.8. Distribution des facteurs liés à la santé associés à l'ampleur de la connaissance de l'ONH à travers les classes latentes .....	63

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES**

ACL : Analyse de classes latentes

Gestion de la visibilité : Gestion de la visibilité (de l'orientation sexuelle non hétérosexuelle)

LGBQP : Personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, queer et pansexuelles

2SLGBTQIA+ : Personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queer, intersexes, asexuelles, en questionnement et plus

OS : Orientation sexuelle

ONH : Orientation sexuelle non hétérosexuelle

PANDC : Personnes autochtones, noires et de couleur

SAVIE-LGBTQ : Savoirs sur l'inclusion et l'exclusion des personnes LGBTQ

## RÉSUMÉ

Bien que le dévoilement de l'orientation sexuelle non hétérosexuelle (ONH) soit parfois perçu comme un événement libérateur, unique et bénéfique pour tous·tes, il peut également entraîner des conséquences négatives en exposant les personnes concernées aux microagressions, voire à la violence. Les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, queer et pansexuelles (LGBQP) sont conséquemment amenées à mettre en place une gestion de la visibilité de leur ONH pour minimiser ces possibles répercussions, et ce, sur une base quasi quotidienne dans plusieurs milieux de vie. Les caractéristiques qui influencent les décisions relatives à cette gestion restent mal connues. Ce mémoire adopte une approche centrée sur les personnes pour évaluer les caractéristiques propres aux individus et à trois milieux essentiels à leur bien-être (famille d'origine, santé et travail) dans lesquels ils évoluent et qui modulent l'ampleur de la connaissance de l'ONH (*totale, partielle, nulle*) de leur ONH. Un échantillon de 1382 personnes LGBQP résidant au Québec de 18 à 86 ans a permis d'identifier six classes présentant des patrons distincts de connaissance de l'ONH : « *connaissance quasi totale de l'ONH dans tous les milieux* (classe 1), « *connaissance élevée de l'ONH dans la famille et le milieu de la santé, mais partielle au travail* » (classe 2), « *connaissance partielle de l'ONH dans tous les milieux* » (classe 3), « *connaissance partielle à totale de l'ONH dans la famille, partielle dans le milieu de la santé et nulle à partielle au travail* » (classe 4), « *connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux* » (classe 5), « *connaissance totale de l'ONH au travail et partielle à totale dans la famille et le milieu de la santé* » (classe 6). Ces patrons sont façonnés par le positionnement social et les conditions de vie favorables ou défavorables des personnes LGBQP dans chacun des milieux. Ce mémoire pallie l'idée selon laquelle le dévoilement est un événement unique et libérateur. Il propose une vision plus nuancée et complexe, permettant aux milieux de vie d'adapter leurs pratiques afin de favoriser un climat plus inclusif aux personnes LGBQP.

Mots clés : Orientation sexuelle non hétérosexuelle, Gestion de la visibilité, Dévoilement, Dissimulation, Analyse de classes latentes, Famille, Santé, Travail



## INTRODUCTION

Ce mémoire traite de la gestion de la visibilité d'une l'orientation sexuelle non hétérosexuelle (ONH) chez les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, queer et pansexuelles (LGBQP) au sein de trois milieux essentiels à leur bien-être : le milieu de la santé, la famille d'origine et le milieu du travail. Il comporte 5 chapitres. Le premier cerne la problématique du dévoilement de l'ONH dans ces trois milieux, en abordant les éléments positifs et négatifs qui y sont associés. Ces travaux contestent la vision communément admise du dévoilement de l'ONH comme un événement unique et libérateur. Le deuxième chapitre présente l'état des connaissances sur les patrons de dévoilement de l'ONH. Il fait état des caractéristiques propres aux individus et à celles des milieux qui influencent ces patrons de dévoilement. Le troisième chapitre explicite le cadre conceptuel qui guide cette recherche : la gestion de la visibilité de l'ONH. Le quatrième chapitre décrit le dispositif méthodologique sur lequel s'appuie le présent mémoire : une enquête québécoise réalisée auprès d'un échantillon de volontaires dans le cadre du *projet de recherche partenariale Savoirs sur l'inclusion et l'exclusion des personnes LGBTQ (SAVIE-LGBTQ)* et une approche statistique par classes latentes. Le cinquième chapitre présente les résultats de l'analyse des données, qui a révélé six classes latentes représentant des patrons types de dévoilement. Ces classes sont ensuite comparées pour déterminer si les personnes qui les endossent se distinguent les unes des autres et si les milieux qu'elles fréquentent présentent des caractéristiques différentes susceptibles d'influencer favorablement ou défavorablement la gestion de la visibilité de leur ONH. Le dernier chapitre discute de ces résultats dans le contexte plus large des écrits scientifiques actuels sur la gestion de la visibilité de l'ONH. Une conclusion générale propose des pistes de recherches et d'interventions futures.

# CHAPITRE I

## PROBLÉMATIQUE

Dans ce chapitre, la problématique du présent mémoire est présentée, soit la gestion de la visibilité de l'ONH des personnes LGBQP dans les milieux de la famille d'origine, de la santé et du travail au Québec. En premier lieu, les éléments positifs et négatifs associés au dévoilement d'une ONH dans les trois milieux, les patrons de dévoilement dans ces trois milieux et la pertinence d'aller au-delà d'une approche simplificatrice du dévoilement de l'ONH sont présentés. En deuxième lieu, le présent mémoire et ses objectifs sont abordés. Finalement, la pertinence sexologique, sociale et scientifique du mémoire est explicitée.

### 1.1 Les éléments positifs et négatifs associés au dévoilement d'une ONH dans les milieux de la famille d'origine, de la santé et du travail

Le dévoilement d'une ONH [angl. *coming out*] pour les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, queer, pansexuelles (LGBQP<sup>1</sup>) est souvent décrit en des termes qui laissent croire qu'il s'agit d'un événement unique et libérateur. Certes, le dévoilement de l'ONH est fréquemment associé à des éléments positifs. Dans la famille d'origine, les personnes LGBQP qui l'ont dévoilée rapportent une plus grande intimité, proximité et satisfaction relationnelles avec les personnes au courant de leur ONH, le dévoilement étant un élément clé des relations dans lesquelles les individus font preuve de vulnérabilité émotionnelle (Finkenauer et al., 2004; Grafsky et al., 2018).

Dans le milieu de santé, cette information peut permettre aux professionnel·le·s de personnaliser les tests diagnostiques et les soins, engendrant une meilleure santé globale et une meilleure qualité de vie (Ruben et Fullerton, 2018). En effet, les femmes lesbiennes qui ont dévoilé leur ONH dans le milieu de la santé, par rapport à celles qui ne l'ont pas fait, ont tendance à adopter des comportements plus sains, comme ne pas fumer, rechercher et recevoir régulièrement des soins de santé primaires et préventifs, recevoir des soins de qualité, éprouver de la facilité à communiquer

---

<sup>1</sup> L'acronyme « LGBQP » reflète la composition de l'échantillon du présent mémoire. Toutefois, d'autres acronymes seront utilisés (par exemple, LG, LGB, LGBT, 2SLGBTQIA+) pour refléter la composition d'échantillons des autres études recensées. La lettre « T » réfère aux personnes transgenres.

avec les professionnel·le·s de la santé et être plus satisfaites des soins qu'elles ont reçus (DeHart, 2008 ; Neville et Henrickson, 2006).

Dans le milieu de travail, le dévoilement est associé à une diminution de l'anxiété et des symptômes dépressifs (Goldberg et Smith, 2013), ainsi qu'à des niveaux de confiance et de satisfaction plus élevés (Drydakis, 2011; Williamson et al., 2017). Il est également associé à des expériences positives au travail et à des interactions plus ouvertes avec les collègues (Drydakis, 2011), à une plus grande acceptation des personnes LGBQP au sein de l'organisation (Martinez et Hebl, 2010) ainsi qu'à une plus grande performance au travail (Drydakis, 2011). Madera (2010) explique que l'énergie cognitive consacrée à cacher ou à dissimuler son ONH peut nuire à la performance au travail, alors que le dévoilement peut la favoriser. D'autres études avancent que la crainte des conséquences négatives associées au dévoilement de l'ONH peut avoir des effets plus importants sur les employé·e·s LGB (par exemple, anxiété, dépression) que le dévoilement en tant que tel (Ragins, 2004, Woods, 1994), parfois décrit comme apportant un sentiment de libération et diminuant les conflits intrapersonnels (Martinez et Hebl, 2010).

Même si le dévoilement de l'ONH peut entraîner des répercussions positives, certaines personnes LGBQP prennent la décision de rester invisibles (c.-à-d., de ne pas dévoiler leur ONH ou de ne pas la rendre visible), de peur, entre autres, de s'exposer à des réactions négatives comme la stigmatisation, la discrimination, etc. (Lasser et al., 2010). En effet, selon la théorie du stigma (Goffman, 1963), la peur de vivre des conséquences négatives influence la décision de dévoiler ou non une identité stigmatisée. Puisque l'ONH est invisible (c.-à-d., ne relève pas d'une évidence, n'est pas visible pour autrui), les personnes LG ont le choix de la dévoiler ou de la dissimuler. D'un côté, les efforts pour dissimuler cette identité stigmatisée peuvent générer un stress important (Sedlovskaya et al., 2013) et la dissimulation peut mener à des conséquences négatives liées au vécu de facteurs de stress internes (par exemple, honte, dégoût de soi, dépression, anxiété, etc.; DiPlacido, 1998). De l'autre côté, dévoiler son ONH peut exposer les personnes à des conséquences négatives liées au vécu de facteurs de stress externes (discrimination, préjugés, etc.; DiPlacido, 1998). Les personnes LGBQP s'engagent ainsi dans un processus de gestion de la visibilité (dévoilement ou dissimulation) de leur ONH dans les différents milieux qu'elles fréquentent, qu'ils soient familiaux, médicaux, professionnels ou autres (Lasser et Tharinger, 2003).

## 1.2 Les patrons de dévoilement de l'ONH dans les milieux de la famille d'origine, de la santé et du travail

Dans la famille d'origine, l'enquête de la Fondation Jasmin-Roy-CROP (2017) a révélé que 75% des personnes LGBTQ+ dévoilaient leur ONH à leur famille immédiate, et ce, à toutes personnes qui la composent, c'est-à-dire aux parents et à la fratrie, et 10% ne la dévoilaient que partiellement (par exemple, seulement à une sœur et un parent). Ces proportions diminuaient dans la famille élargie (c.-à-d., oncles, tantes, grands-parents, cousin·e·s, etc.); 55% des répondant·e·s la dévoilaient en totalité, alors que 19% ne la dévoilaient que partiellement.

Dans le milieu de la santé, 63% dévoilaient leur ONH à un·e ou plusieurs professionnel·le·s de la santé selon la méta-analyse de Ruben et Fullerton (2018) qui regroupait 35 études. Sept études sur 35 ont permis d'établir que seul·e·s 14% des patient·e·s qui ont dévoilé leur ONH se sont fait questionner sur cette dernière par les professionnel·le·s de la santé (Ruben et Fullerton, 2018), alors que selon un échantillon national randomisé, seul·e·s 10 % des patient·e·s LGB ont déclaré qu'iels<sup>2</sup> refuseraient de répondre à une question sur leur ONH aux professionnel·le·s, les patient·e·s bisexuel·le·s étant plus susceptibles de refuser (Haider et al., 2018). Une seconde métasynthèse a permis de conclure que 61,5% des personnes LGBTQ avaient déjà effectué un dévoilement auprès d'un·e professionnel·le de la santé, ou du moins se sentaient à l'aise de le faire (Blais et al., 2018). Une recension systématique des écrits regroupant 31 études au Royaume-Uni a identifié que seule la moitié des personnes LG avait dévoilé leur ONH à leur médecin de famille, et que la proportion est encore plus faible chez les personnes bisexuelles (Brooks et al., 2018). Une autre recension systématique des écrits regroupant 30 études quantitatives a révélé que la prévalence du dévoilement de l'ONH aux professionnel·le·s de la santé par les personnes LGBTQ+ variait entre 17% et 75% (Balik et al., 2020).

Dans le milieu de travail, une enquête récente a révélé que 39% des participant·e·s avec un emploi avaient effectué un dévoilement de leur ONH à l'ensemble de la direction de leur milieu de travail (c.-à-d., dévoilement total), alors que 8% avaient fait un dévoilement de leur ONH à une partie de leur direction (c.-à-d., dévoilement partiel) (Fondation Jasmin Roy-CROP, 2017). Le dévoilement

---

<sup>2</sup> Le pronom « iel » est employé dans un souci d'inclusivité de tous les genres, et non pas seulement les personnes non binaires.

aux collègues était similaire (38% total et 14% partiel). Le contexte québécois est particulier, puisque les personnes LGBTQ+ jouissent maintenant de plusieurs protections sur le plan légal. En effet, grâce à l'article 10 de la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne*, il existe une interdiction de discrimination en matière d'emploi, notamment sur la base de l'OS, l'identité de genre et l'expression de genre (CDPDJ, 2021). Cet article décrit l'obligation des employeur·e·s de prendre les moyens raisonnables pour prévenir le harcèlement psychologique et d'intervenir pour y mettre fin lorsqu'une telle situation est portée à leur connaissance, mais elle n'assure pas, seule, un soutien social, ni même un climat acceptant à l'égard des personnes LGBTQ+ au travail (Côté et Perron, 2016).

### 1.3 Au-delà d'une approche simplificatrice du dévoilement de l'ONH

La prévalence du dévoilement de l'ONH auprès des différents groupes de chaque milieu (famille, santé, travail) élaborée précédemment permet d'avoir un aperçu des divers patrons de dévoilement des personnes LGBQP. On peut constater que le dévoilement de l'ONH varie: 1) au sein de chaque milieu (famille, santé, travail) en fonction de la proximité des personnes concernées ou de l'importance pour les répondant·e·s qu'elles soient au courant, et 2) entre les milieux, reflétant possiblement les normes qui circulent dans chaque milieu concernant la visibilité de l'ONH ou l'importance accordée à la visibilité de leur ONH chez les personnes LGBQP. Les approches en silo considérant le dévoilement de l'ONH dans divers milieux de manière séparée ne permettent pas de comprendre les patrons de dévoilement croisés, dans lesquels les individus LGBQP gèrent la visibilité de leur ONH dans plusieurs milieux (par exemple, dévoilement à quelques membres de la famille d'origine, dévoilement au médecin de famille seulement, dissimulation totale au travail) en fonction de plusieurs facteurs individuels et propres aux milieux.

Les approches de classifications comme l'analyse de profils latents (APL) ou de classes latentes (ACL) pallient cette limite. Une classe, ou un profil, rassemble un groupe de personnes qui présentent un patron de réponses similaires sur différents indicateurs (par exemple, de dévoilement de l'ONH). Caba et ses collègues (2022) ont d'ailleurs utilisé l'ACL pour identifier des patrons de réponses similaires sur le degré de dévoilement de l'ONH (total, partiel, nul) dans divers contextes de vie (famille d'origine, école, pairs) chez de jeunes filles LGBQP entre 13 et 17 ans (n = 8884) résidant aux États-Unis. Les auteur·ice·s décrivaient et comparaient les caractéristiques

individuelles (par exemple, âge, ONH) et les indicateurs de bien-être (par exemple, dépression, intimidation) des répondant·e·s au sein des patrons de dévoilement. Six classes distinctes de dévoilement de l'ONH ont été identifiées : 1) dévoilement dans tous les contextes sauf auprès des enseignant·e·s (n = 1033); 2) dévoilement aux frères et sœurs ainsi qu'aux pairs hétérosexuels (n = 1808); 3) dévoilement aux frères et sœurs et aux pairs LGBTQ (n = 1707); 4) dévoilement aux pairs LGBTQ (n = 1376), 5) dissimulation dans beaucoup de contextes (n = 1653) et 6) dissimulation dans presque tous les contextes (n = 1307). Les personnes qui se trouvaient dans des classes avec des niveaux de dévoilement plus faibles rapportaient, de manière générale, des taux plus élevés de dépression et étaient plus nombreuses à être racisées (Caba et al., 2022).

Cheung et Chan (2019) ont adopté une approche similaire pour examiner si les profils de gestion de visibilité de l'ONH étaient liés à différents indicateurs de bien-être en contexte professionnel, notamment à la satisfaction au travail, l'épuisement émotionnel et les symptômes dépressifs chez 225 employé·e·s à temps plein. Les deux auteurs ont repris les trois stratégies de gestion de la visibilité de l'ONH du travail de Woods (1994), soit l'évitement (c.-à-d., dissimuler son ONH pour que les autres assument l'hétérosexualité), l'intégration (c.-à-d., dévoilement de la vraie ONH à une ou plusieurs personnes) et la falsification (c.-à-d., inventer une vie hétérosexuelle ou mentir sur son ONH pour passer pour une personne hétérosexuelle) pour définir les profils latents. Quatre profils ont émergé de leur analyse : 1) passif (n = 31), dans lequel se retrouvent les personnes qui font une utilisation moindre de toutes les stratégies de gestion de la visibilité de l'ONH, 2) intégration dominante (n = 81), qui regroupe les personnes dévoilant plus fréquemment leur ONH, 3) dissimulé (n = 24), dans lequel les personnes utilisent les stratégies d'évitement et de falsification, mais très peu celle de l'intégration, et 4) équilibré (n = 92), caractérisé par des personnes faisant usage des trois stratégies (Cheung et Chan, 2019).

Ces variations dans l'ampleur du dévoilement de l'ONH montrent la pertinence de le conceptualiser comme une gestion de la visibilité, dépassant ainsi l'idée communément admise du dévoilement unique, libérateur et dichotomique (Dewaele et al., 2019). En effet, pour les personnes qui choisissent de dévoiler leur ONH, il s'agit d'un événement devant être répété dans chacun des milieux de vie où cette information peut être considérée importante (comme dans les milieux de la famille d'origine, de la santé ou du travail) ou à des personnes nouvelles dans ces milieux (par exemple, nouveau membre de la famille, nouveau médecin, nouveau collègue) (Lasser et Tharinger,

2003). Il s'agit aussi d'un événement requérant une vigilance constante (à qui dévoiler, comment le faire, à quel moment, dans quel contexte, etc.) en raison de risques possibles pour les personnes concernées tels que la stigmatisation, les préjudices, voire la violence (Lasser et al., 2010). Ainsi, les stratégies de gestion de la visibilité de l'ONH varieraient selon les contextes et les personnes, et la dissimulation reste fréquente.

#### 1.4 Objectifs du présent mémoire

Peu d'études à ce jour ont permis de cibler les caractéristiques qui influencent la gestion de la visibilité de l'ONH des personnes LGBTQP du Québec à travers différents milieux de leur vie (famille d'origine, santé et travail). Face à ce contexte, le présent mémoire vise à décrire les caractéristiques individuelles (c.-à-d., propres aux personnes LGBTQP) (par exemple, âge, ONH) et propres aux milieux (c.-à-d., famille d'origine, santé et travail) (par exemple, soutien social) qui sont associées à la connaissance de l'ONH par l'entourage. Plus précisément, ce mémoire vise à identifier des classes latentes qui regroupent des patrons similaires sur l'ampleur de la connaissance de l'ONH dans trois milieux importants dans la vie des personnes LGBTQP : la famille d'origine, la santé et le travail (objectif 1), décrire les caractéristiques individuelles des personnes regroupées au sein de ces différentes classes, ainsi que les caractéristiques des milieux dans lesquels elles évoluent (objectif 2), décrire les facteurs liés à la santé associés à l'ampleur de la connaissance de l'ONH au sein des différentes classes (objectif 3), et expliciter les stratégies de gestion de la visibilité de leur ONH mobilisées au sein des classes (objectif 4).

#### 1.5 Pertinence sexologique, sociale et scientifique

Sur le plan sexologique, ce mémoire pourra contribuer à améliorer la compréhension des mécanismes de stigmatisation basés sur la sexualité dans divers milieux et la manière dont ils ont un impact sur la vie des personnes LGBTQP. De cette façon, les intervenant·e·s, psychothérapeutes, chercheur·e·s ou autres professionnel·le·s pourront adapter leurs interventions ou leurs recherches afin d'être plus sensibles aux réalités de ces personnes. Sur le plan social, ce mémoire pourra contribuer à amorcer ou poursuivre une réflexion sur les défis quotidiens que rencontrent les personnes LGBTQP dans la gestion de la visibilité de leur ONH. Les résultats pourront également guider l'élaboration de politiques inclusives dans divers milieux de travail ou de la santé dans le but de créer un climat plus sensible aux réalités des personnes LGBTQP. Considérant que la théorie

de la gestion de la visibilité est encore peu utilisée à ce jour, la présente recherche pourra permettre de l'étendre à d'autres recherches scientifiques. Elle permettra également un éclaircissement sur les différentes caractéristiques ayant un impact sur la gestion de la visibilité de l'ONH des personnes LGBQP, tout comme leurs impacts sur le bien-être de ces personnes.



## **CHAPITRE II**

### **ÉTAT DES CONNAISSANCES**

Les écrits scientifiques permettent de saisir différents ampleurs au dévoilement de l'ONH dans chaque milieu de vie des personnes LGBQP, soit le dévoilement total (c.-à-d., à toutes les personnes dans un milieu), le dévoilement partiel (c.-à-d., à certaines personnes dans un milieu) et le dévoilement nul ou la dissimulation (c.-à-d., à aucune personne dans un milieu) (Fondation Jasmin-Roy, 2017). Les patrons de dévoilement au sein des milieux de la famille d'origine, de la santé et du travail peuvent ainsi être bien différents d'un milieu à l'autre, et ce, en raison de plusieurs facteurs individuels, soit des différences individuelles se rapportant principalement à des données sociodémographiques (par exemple, l'âge) et liées aux milieux, soit propres au contexte ou au milieu que les personnes fréquentent (Wax et al., 2018). Ainsi, dans chaque milieu de vie, des caractéristiques individuelles interagissent avec des caractéristiques du milieu et influencent les décisions des personnes LGBQP à dévoiler ou à dissimuler leur ONH, et ce, à différents niveaux (partiel, total). Les patrons de dévoilement propres à chaque milieu, ainsi que les différentes caractéristiques individuelles et propres aux milieux influençant les dites décisions seront décrites dans les prochaines sections.

#### 2.1 La gestion de la visibilité de l'ONH dans le milieu de la famille d'origine

La famille d'origine est un milieu pouvant avoir un grand impact sur le bien-être des personnes LGBQP. La présente section permettra de tracer un portrait des écrits sur 1) les patrons de dévoilement et les caractéristiques individuelles et propres aux milieux associées à l'ampleur du dévoilement dans la famille d'origine (parents, fratrie, famille élargie), et 2) les facteurs liés à la santé associés à l'ampleur du dévoilement de l'ONH dans le milieu de la famille d'origine.

##### 2.1.1 Les patrons de dévoilement et les caractéristiques individuelles et propres aux milieux associées à l'ampleur du dévoilement dans la famille d'origine

Plusieurs études ont révélé que les personnes avec une orientation sexuelle (OS) plurisexuelle (c.-à-d., attirance à l'égard de plus d'un genre, soit les personnes BPQ) étaient moins susceptibles de la dévoiler à leur famille d'origine que les personnes avec une OS monosexuelle (c.-à-d., attirance à l'égard d'un seul genre, soit les personnes LG) (D'Augelli et al., 2010; Pistella et al., 2016). Cette

différence peut s'expliquer par le fait que ces personnes vivent un plus grand stigma associé à leur ONH en raison des nombreux stéréotypes et préjugés qui persistent à leur égard (par exemple, passage transitoire vers une OS monosexuelle, promiscuité sexuelle, idée que la « bonne personne » changera leur ONH, etc.) (Brewster et Moradi, 2010; Scherrer et al., 2015 ; Schrimshaw et al., 2018). Ces préjugés peuvent donc influencer négativement les décisions des personnes BPQ de se rendre visibles dans plusieurs contextes (Feinstein et al., 2019). De plus, le fait d'être engagées dans une relation hétérosexuelle stable peut également les décourager de dévoiler leur OS plurisexuelle, la pression sociale à faire un dévoilement étant moins grande (D'Augelli et al., 2005; Eliason, 1997; Pistella et al., 2016). À la lumière de la littérature, l'ONH serait plus susceptible d'influencer un dévoilement (OS monosexuelle vs OS plurisexuelle) que l'identité et la modalité de genre (femme cisgenre ou homme cisgenre)<sup>3</sup> à la famille d'origine. En effet, plusieurs études n'ont pas trouvé de différence en termes de dévoilement de l'ONH à la famille d'origine selon que la personne s'identifiait comme une femme cisgenre ou comme un homme cisgenre LGB (D'Augelli et al., 2005; D'Augelli et al., 2010; Rothman et al., 2012).

Toutefois, les personnes non conformes dans leur genre (c.-à-d., qui ne sont pas cisgenres et qui s'identifient notamment comme trans ou non binaires) LGBQP rencontrent plusieurs obstacles dans leur famille d'origine, considérant qu'elles sont confrontées à un double dévoilement en raison de leur modalité de genre non cisgenre et leur ONH (Anderson, 2020). La racisation a également été associée au dévoilement de l'ONH dans la famille d'origine dans plusieurs études. En effet, les personnes autochtones, noires et de couleur (PANDC) rencontrent souvent la peur d'être rejetées ou discriminées par leur famille d'origine à la suite d'un dévoilement de leur ONH, craignant une absence de soutien lié au racisme vécu de façon quasi quotidienne et le sentiment d'être seules face à cet enjeu (Balsam et al., 2015). Les PANDC font ainsi face à des défis supplémentaires et spécifiques associés à la visibilité de leur ONH comparativement aux personnes blanches (Riley,

---

<sup>3</sup> **La modalité de genre** réfère au fait d'être cisgenre (quand le sexe assigné à la naissance correspond au genre auquel la personne s'identifie) ou transgenre (quand le sexe à la naissance ne correspond pas au genre auquel la personne s'identifie). [https://www.florenceashley.com/uploads/1/2/4/4/124439164/florence\\_ashley\\_trans\\_is\\_my\\_gender\\_modality.pdf](https://www.florenceashley.com/uploads/1/2/4/4/124439164/florence_ashley_trans_is_my_gender_modality.pdf). **L'identité de genre** est le genre auquel une personne s'identifie (homme, femme, non binaire, etc.). C'est un sentiment profond et intime. Pour cette raison, seule la personne peut affirmer son identité (auto-identification) et s'engager, s'il y a lieu, dans un parcours de transition qui lui convienne. [https://www.csn.qc.ca/wp-content/uploads/2017/09/2017-06-01\\_lgbt\\_publication\\_csn.pdf](https://www.csn.qc.ca/wp-content/uploads/2017/09/2017-06-01_lgbt_publication_csn.pdf)

2010) et préfèrent souvent dissimuler leur ONH afin de maintenir l'harmonie familiale plutôt que de dévoiler cette information (D'Augelli et Grossman, 2001; Parks et al., 2004).

Étant donné que l'éducation à la sexualité, au Québec comme dans presque toutes les provinces canadiennes, connaît des lacunes dans la transmission d'informations concernant les personnes LGBTQP et suit un modèle parfois plutôt hétérosexiste, les personnes non hétérosexuelles ont souvent peine à se faire valider dans leur identité (Action Canada, 2020), ce qui peut retarder le dévoilement de leur ONH à elles-mêmes, ainsi qu'à leur famille d'origine. De plus, les personnes LGBTQP avec un niveau de scolarité plus élevé (collégial ou universitaire) sont plus susceptibles d'avoir dévoilé leur ONH à leur famille d'origine que celles avec un niveau de scolarité plus faible (primaire ou secondaire) (Willoughby, 2006).

Dans une lignée développementale, l'âge est associé positivement au dévoilement de l'ONH à la famille d'origine, les personnes LGBTQP étant plus susceptibles de dévoiler leur ONH avec les années (Savin-Williams et Diamond, 2000). En effet, les personnes LGBTQP suivent des trajectoires de développement et d'intégration de l'auto-identification sexuelle particulières et il n'est pas rare que la période entre leur dévoilement de leur ONH à elles-mêmes et celui à leurs membres de leur famille d'origine soit de plusieurs années (Grafsky, 2018; Roe, 2017; Savin-Williams et Diamond, 2000). De manière générale, les personnes LGBTQP deviennent plus confortables et assument plus leur ONH avec les années et la certitude et le confort quant à son ONH sont intimement liés à son dévoilement à sa famille d'origine (Grafsky, 2018; Roe, 2017).

D'ailleurs, les personnes qui se sentent confortables avec leur ONH sont moins susceptibles de vivre de l'homophobie intériorisée que celles qui sont inconfortables et qui vivent plutôt des sentiments de honte, de peur et d'incertitude (Sanchez et Vilain, 2012). En effet, l'internalisation de messages socioculturels négatifs à l'égard des personnes LGBTQP et le dégoût de soi qui s'ensuit caractérisent l'homophobie (ou la lesbophobie, biphobie, panphobie, etc.) intériorisée (Herek et al., 2009) et mènent les personnes qui en vivent à dissimuler leur ONH dans plusieurs contextes, notamment auprès de tous les membres de leur famille d'origine (Brooks, 2016 ; D'Augelli et al., 2010; Sanchez et Vilain, 2012).

Le dévoilement d'une ONH aux parents a fait l'objet de travaux spécifiques, étant donné l'importance qu'ils ont pour leurs enfants. Une étude longitudinale d'une durée de deux ans, menée par d'Augelli et ses collègues (2010) a étudié les facteurs associés au dévoilement de l'ONH des jeunes personnes LGB à leurs parents. Trois profils de jeunes ont été identifiés : 1) les jeunes hors du placard, ayant dévoilé leur ONH, 2) les jeunes initialement dans le placard, qui n'avaient pas dévoilé leur ONH mais qui l'ont fait durant l'étude, et 3) les jeunes dans le placard, qui n'avaient dévoilé leur ONH ni avant l'étude, ni après.

Les jeunes hors du placard sont ceux qui craignaient le moins le rejet ou le harcèlement de leurs parents par rapport à leur ONH (perception de soutien élevé face à leur ONH) (D'Augelli et al., 2010). Les jeunes personnes initialement dans le placard ont rapporté une diminution de l'homophobie intériorisée avec le temps (D'Augelli et al., 2010), alors que les jeunes dans le placard rapportaient les scores les plus élevés des trois groupes en ce qui a trait à la peur du rejet parental quant à leur ONH (perception de soutien faible quant à leur ONH) et à l'homophobie intériorisée (D'Augelli et al., 2010). Ainsi, craindre le rejet parental et vivre de l'homophobie intériorisée influençaient négativement le dévoilement de son ONH (Brooks, 2016 ; D'Augelli et al., 2010; Moore, 2011). Le soutien parental quant à son ONH peut être anticipé ou perçu (crainte ou confiance en leur soutien à cet égard) ou vécu (à la suite d'un dévoilement de l'ONH). En effet, une étude menée par Rothman et ses collègues (2012) a révélé que dévoiler son ONH ouvrirait la porte à obtenir ce type de soutien et qu'environ deux tiers des personnes LGB reçoivent un soutien de leurs parents à la suite du dévoilement de leur ONH.

L'étude de Grafsky (2018), qui visait à comprendre les décisions des jeunes non hétérosexuel·le·s en ce qui a trait au dévoilement de leur ONH à leurs parents, a permis d'identifier un modèle de dévoilement de l'ONH aux parents. Quatre facteurs interdépendants ont été identifiés : 1) les trajectoires de développement et d'intégration de l'auto-identification sexuelle (par exemple, être certain·e de son ONH), 2) la dynamique familiale (par exemple, sentiment d'être soutenu·e par sa famille, sentiment de connexion avec elle), 3) les messages sur la diversité sexuelle véhiculés au sein de la famille (par exemple, les commentaires positifs ou négatifs sur l'homosexualité émis par les parents), ainsi que 4) les attentes quant aux réactions du dévoilement de l'ONH (par exemple, peur d'être rejeté·e ou mis·e dehors de la maison familiale). Grafsky (2018) utilise la métaphore

d'un baromètre de dévoilement, qui symbolise l'accumulation de la pression liée au dévoilement de l'ONH (engendrée par les quatre facteurs nommés ci-dessus). Cette pression est décrite comme un désir ou un besoin accru de dévoiler l'ONH. Selon ce modèle, lorsque les personnes ressentaient une pression élevée, elles dévoilaient leur ONH à leurs parents, alors que lorsque cette pression était faible, elles ne la dévoilaient pas (Grafsky, 2018).

Grafsky et ses collègues (2018) ont mené une autre étude, explorant cette fois les expériences associées au dévoilement de l'ONH à la fratrie et à la famille élargie chez 22 personnes LGBTQ entre 14 et 21 ans vivant aux États-Unis. Ces auteur·ice·s se sont appuyés sur les concepts de relations verticales et horizontales, leur applicabilité pour comprendre la communication familiale et les modèles relationnels ayant déjà été démontrée dans d'autres études (Buhrmester et Prager, 1995; Finkenauer et al., 2004). Ainsi, par rapport aux relations verticales, les relations horizontales sont considérées comme plus égalitaires ou moins hiérarchiques, menant à des relations de proximité relationnelle et de partage mutuel (par exemple, relation parent-parent, relation entre membres de la fratrie) (Finkenauer et al., 2004). À l'inverse, les relations verticales (par exemple, parent-enfant) sont davantage caractérisées par des limites, des règles implicites concernant l'obéissance, le respect et l'autorité, de même qu'un certain degré de dépendance unidirectionnelle (par exemple, enfants) et un certain degré de responsabilité et de pouvoir unidirectionnels (par exemple, parents) (Finkenauer et al., 2004). Avec la fratrie, les personnes LGBTQ+ dévoileraient leur ONH en raison d'une proximité relationnelle et de sentiments d'anxiété, d'obligation et de loyauté. La nature horizontale de ces relations s'accompagnerait également d'une moins grande peur du jugement et de conséquences négatives qu'avec les parents (par exemple, rejet, perte de soutien financier, proximité émotionnelle affectée) (Grafsky et al., 2018). Toutefois, les personnes LGBTQ dévoileraient leur ONH à des niveaux équivalents aux parents et à la fratrie, puisqu'elles voient le dévoilement de leur ONH à leurs parents comme nécessaire à leur santé mentale (Roe, 2017) et désirent mener une vie plus authentique, augmenter la proximité émotionnelle entre elleux (LaSala, 2010), avoir accès à du soutien de leur part ou se libérer des efforts quotidiens mis à leur cacher cette information (Roe, 2017).

Grafsky et ses collègues (2018) ont aussi introduit le concept de relations diagonales à partir de leur analyse. Ce type de relations traduirait un équilibre dans l'autorité et l'égalité (ni élevées, ni

faibles) avec une possibilité de proximité émotionnelle (par exemple, entre enfant et membres de la famille élargie, ou entre enfant et beau-parent). Bien que les personnes LGBQP ne se sentent généralement pas obligées de dévoiler leur ONH dans ce type de relations, notamment en raison notamment de la distance géographique entre elleux et d'une absence de proximité relationnelle, elles peuvent toutefois désirer le faire, ces membres pouvant servir de médiateurs, mentors ou alliés dans le processus de dévoilement de leur ONH (Grafsky et al., 2018). L'étude de Grafsky et al. (2018) permet de voir que la structure (par exemple, la hiérarchie, les limites) ainsi que la nature (par exemple, la proximité émotionnelle, la réciprocité, le mentorat) des relations familiales peuvent façonner le processus de dévoilement de l'ONH des jeunes LGBQ dans leur famille d'origine.

### 2.1.2 Facteurs liés à la santé associés à l'ampleur du dévoilement de l'ONH dans le milieu de la famille d'origine

Quelques études ont révélé que les personnes LGBQP qui avaient dévoilé leur OS rapportaient une plus grande intimité, proximité et satisfaction relationnelles avec les membres de leur famille d'origine au courant de leur ONH (Finkenauer et al., 2004; Grafsky et al., 2018). D'autres ont toutefois démontré que le dévoilement de l'ONH en tant que tel au sein de la famille d'origine n'était pas nécessairement associé à ces conséquences positives; les réactions parentales soutenantes ou non-soutenantes à la suite d'un dévoilement étaient plutôt susceptibles d'entraîner des répercussions sur le bien-être physique, relationnel et psychologique des personnes LGB (Rosario et al., 2009; Rothman et al., 2012; Willoughby et al., 2008).

L'étude populationnelle de Rothman et ses collègues (2012) menée aux États-Unis a évalué les associations entre le dévoilement de l'ONH aux parents, le soutien parental et les comportements et conditions de santé (physiques et psychologiques) autodéclarées des personnes LGB (Rothman et al., 2012). Lorsque ces dernières faisaient face à un faible soutien parental à l'égard de leur ONH (c.-à-d. quand les parents réagissaient de façon négative ou même abusive au dévoilement de leur ONH, par exemple à travers de la violence physique et verbale, du rejet ou l'expulsion de la maison), elles étaient confrontées à des conditions et des comportements de santé négatifs à l'âge adulte (par exemple, dépression, anxiété, consommation de substances) (Rothman et al., 2012; Savin-Williams, 1994).

Concernant la dissimulation de l'ONH à la famille d'origine, plusieurs études ont révélé qu'elle pouvait provoquer ou renforcer l'homophobie intériorisée vécue chez les personnes LGBTQ+, caractérisée par des sentiments de honte, de peur et d'incertitude (D'Augelli et al., 2010; Sanchez et Vilain, 2012). D'autres études ont plutôt révélé que la dissimulation de l'ONH, notamment chez les PANDC, permettait de maintenir une harmonie familiale et que cacher cette information pouvait être important et significatif pour elles (Balsam et al., 2015; D'Augelli et Grossman, 2001; Parks et al., 2004).

## 2.2 La gestion de la visibilité de l'ONH dans le milieu de la santé

Un autre domaine important pour le bien-être des personnes LGBTQP est le milieu de la santé. Dans la présente section, nous aborderons 1) les patrons de dévoilement et les caractéristiques individuelles et propres aux milieux associées à l'ampleur du dévoilement dans le milieu de la santé (professionnel·le·s de la santé, médecin de famille), et 2) les facteurs liés à la santé associés à l'ampleur du dévoilement de l'ONH dans le milieu de la santé.

### 2.2.1 Les patrons de dévoilement et les caractéristiques individuelles et propres aux milieux associées à l'ampleur du dévoilement dans le milieu de la santé

Une méta-analyse de 35 études réalisée par Ruben et Fullerton (2018) a révélé que les taux de dévoilement étaient plus élevés dans les études qui comportaient plus de personnes adultes, gaies masculines, blanches, en couple, avec un niveau de scolarité postsecondaire et vivant en milieu urbain (Austin, 2013; Bernstein et al., 2008; Durso et Meyer, 2013; Petroll et Mosack, 2011; Saint-Pierre, 2012). Au contraire, les taux de dévoilement étaient plus faibles dans les études qui comptaient plus de personnes adolescentes, bisexuelles, racisées, célibataires, avec un niveau de scolarité secondaire ou plus faible et vivant en milieu rural (Austin, 2013; Bernstein et al., 2008; Durso et Meyer, 2013; Petroll et Mosack, 2011; Saint-Pierre, 2012).

L'âge et le niveau de scolarité ont été associés au dévoilement de l'ONH aux professionnel·le·s de la santé pour diverses raisons. Les personnes adolescentes sont également celles qui n'ont pas complété d'études postsecondaires, ce qui diminue leurs chances d'avoir accès à de l'information pertinente concernant la santé sexuelle des personnes LGBTQP (par exemple, les disparités en

matière de soins de santé) et la pertinence à dévoiler leur ONH à des professionnel·le·s de la santé pour avoir accès à des soins adaptés à leurs besoins (Petroll et Mosack, 2011). Aussi, les personnes adolescentes sont plus susceptibles d'éprouver des craintes quant au dévoilement de leur ONH aux professionnel·le·s de la santé que les personnes adultes, notamment à leur médecin de famille, considérant que cette information pourrait être dévoilée à d'autres membres de leur famille qui les consultent également (Meckler et al., 2006). De plus, les personnes adultes sont susceptibles de fréquenter leur médecin de famille depuis plus longtemps que les personnes adolescentes, ce qui peut favoriser le développement d'une relation de confiance et le partage d'informations liées à son identité comme l'ONH (Saint-Pierre, 2012).

L'acceptation de son ONH et le confort avec celle-ci peuvent prendre plusieurs années pour certaines personnes. Il se peut ainsi que les personnes adultes aient pris conscience de leur ONH depuis plus longtemps que les personnes adolescentes et que, subséquemment, elles soient plus à l'aise de la dévoiler aux professionnel·le·s de la santé si le contexte s'y prête (Balik et al., 2020). Le confort avec son ONH est intimement lié à son dévoilement. D'ailleurs, les personnes qui vivent de l'homophobie intériorisée sont celles qui ressentent notamment de l'inconfort, de la honte et du dégoût quant à leur ONH et sont conséquemment moins susceptibles que les personnes qui n'en vivent pas de dévoiler leur ONH aux professionnel·le·s de la santé (Saint-Pierre, 2012).

Une autre caractéristique individuelle susceptible d'influencer un dévoilement aux professionnel·le·s de la santé est l'ONH de la personne. En effet, les personnes LG seraient plus susceptibles de dévoiler leur ONH aux professionnel·le·s de la santé que les personnes bisexuelles (Durso et Meyer, 2013) en raison de la normalisation dont elles bénéficient dans le milieu de la santé (Henaou, 2017). Le concept d'homonormalisation désigne le fait qu'il est possible d'aspirer à être considérée comme une personne citoyenne à part entière en tant que personne LG, tant que l'on correspond au modèle hétérosexuel dominant (c.-à-d., blanche, en couple monogame et avec des enfants, ou un désir en avoir) (Henaou, 2017). Cette normalisation de l'homosexualité peut ainsi diminuer l'anticipation négative concernant les effets du dévoilement de leur ONH sur leur relation ou leurs soins avec leur médecin de famille ou les autres professionnel·le·s de la santé que les personnes avec une OS plurisexuelle. En ce qui a trait à l'identité et à la modalité de genre, les femmes allant à l'encontre des normes de genre (c.-à-d., qui n'expriment pas leur genre de manière



traditionnellement féminine) seraient plus vulnérables au vécu d'expériences négatives avec les professionnel·le·s de la santé et dévoileraient conséquemment moins leur ONH (Austin, 2013). En effet, les femmes LBQ+ sont confrontées au défi du sexisme dans le milieu de la santé, en plus de l'hétérosexisme (Austin, 2013).

Les personnes avec une OS plurisexuelle dévoileraient ainsi généralement beaucoup moins leur ONH aux professionnel·le·s de la santé, qui plus est si elles ne sont pas engagées dans une relation intime ou sexuelle avec une personne du même genre (Durso et Meyer, 2013; Mor et al., 2015; Mosack et al., 2013; Polek et al., 2008). En effet, le statut conjugal des personnes LGBQP et le genre de leurs partenaires ont été associés au dévoilement de l'ONH dans plusieurs études, et ce, surtout pour les personnes avec une OS plurisexuelle, étant donné qu'elles peuvent être engagées dans une relation hétérosexuelle et conséquemment ne pas ressentir le besoin ou l'obligation de dévoiler leur ONH à leurs professionnel·le·s de la santé, ce qui est plus rarement le cas pour les personnes LG (Durso et Meyer, 2013).

Être une personne racisée influencerait aussi négativement le dévoilement de l'ONH auprès des professionnel·le de la santé (Bernstein et al., 2008). En effet, Bernstein et ses collègues (2008) ont rapporté que 61% de leur échantillon de personnes HARSAH et racisés n'avaient pas dévoilé leur ONH à un·e professionnel·le de la santé. Qui plus est, la totalité de celles qui avaient dévoilé leur ONH s'identifiait comme gaies, alors qu'aucune personne bisexuelle (19% de leur échantillon) ne l'avait dévoilée (Bernstein et al., 2008).

Finalement, la situation géographique a également été identifiée comme une caractéristique à considérer lorsqu'on pense aux facteurs susceptibles d'influencer le dévoilement d'une ONH aux professionnel·le·s de la santé (Austin, 2013; Petroll et Mosack, 2011). En effet, une étude menée auprès de 934 personnes lesbiennes (625 issues d'une région urbaine, 309 issues d'une région non urbaine) dans le sud des États-Unis a révélé que les personnes qui vivaient en région non urbaine étaient moins susceptibles d'avoir dévoilé leur ONH aux professionnel·le·s de la santé que celles qui habitaient en région urbaine (Austin, 2013). Dans certaines régions du monde, comme les États-Unis, un stigma plus grand lié aux ONH et davantage de discrimination seraient susceptibles d'émerger en contexte rural, notamment auprès des professionnel·le·s de la santé, pouvant

contribuer à expliquer la réticence des personnes LGBQP à leur dévoiler leur ONH (Barefoot et al., 2015; Carle-Desjardins et al., 2021).

Quelques caractéristiques propres au milieu de la santé (climat et type de professionnel·le·s) susceptibles d'influencer le dévoilement de l'ONH aux professionnel·le·s de la santé ont été identifiées dans les écrits scientifiques et seront explicitées dans les lignes qui suivent. Différentes études ont souligné les éléments pouvant nuire à la perception d'un climat acceptant à l'égard des personnes LGBT dans les services de santé et conséquemment nuire à un dévoilement de l'ONH auprès des professionnel·le·s de la santé. En effet, le milieu (par exemple, religieux) ou le cadre des services (par exemple, traitement en groupe) (Biddix et al., 2013; Boehmer et Case, 2004) et les signes visuels (par exemple, icônes religieuses) ont été recensés comme des obstacles au dévoilement de l'ONH (Koh et al., 2014). Au contraire, des éléments visuels inclusifs, tels que des dépliants, des affiches et des autocollants jugés favorables aux personnes LGBT, peuvent être des facilitateurs au dévoilement de l'ONH aux professionnel·le·s de la santé (Clover, 2006; Daley, 2012; Quinn et al., 2015).

Les personnes LGBQP sont plus susceptibles de dévoiler leur ONH à un·e professionnel·le qu'elles consultent depuis longtemps, comme les médecins de famille (Furlotte et al., 2016; Koh et al., 2014; Underhill et al., 2015). Parallèlement à la durée du lien établi, des études mentionnent qu'une facilité à communiquer avec son professionnel·le de la santé, un sentiment de confort, une satisfaction à l'égard des soins prodigués, une confiance à son égard, sont des facteurs importants associés positivement au dévoilement de l'ONH et sont plus susceptibles d'émerger dans une relation sur le long terme, comme celle avec un médecin de famille (Saint-Pierre, 2012). Au contraire, les personnes LGBQP dévoilent généralement moins leur ONH aux professionnel·le·s de la santé autres que leur médecin de famille (par exemple, podiatre, endocrinologue, dentiste, etc.) pour diverses raisons, dont le fait qu'elles considèrent que la connaissance de leur ONH par le·a professionnel·le n'est à la fois pas pertinente à la consultation médicale, et qu'elle relève de leur vie privée dans ces circonstances (Boehmer et Case, 2004; Saint-Pierre, 2012).

Au Québec, le médecin de famille occupe un rôle particulier auprès de ses patient·e·s par rapport aux autres professionnel·le·s de la santé. En effet, plusieurs médecins de famille explicitent ce rôle

dans l'étude de Côté et ses collègues (2019) en spécifiant notamment qu'être un médecin de famille, « c'est faire partie de la vie de quelqu'un » et « prendre le temps avec les gens et les écouter, [...] développer des liens privilégiés, comprendre la globalité [...] puis essayer de traiter l'ensemble ». Les médecins de famille sont également responsables de prendre en compte la santé sexuelle de leurs patient·e·s (Fish et Williamson, 2016; Law et al., 2015). L'ONH des patient·e·s est donc souvent une information pertinente pour les médecins de famille, leur permettant d'effectuer des recommandations de soins plus adaptés (par exemple, moyens de contraception, tests pour les ITSS, etc.) (Diamant et al., 2000; Mor et al., 2015; Petroll et Mosack, 2011).

### 2.2.2 Facteurs liés à la santé associés à l'ampleur du dévoilement de l'ONH dans le milieu de la santé

La recension systématique des écrits de Balik et ses collègues (2020) a répertorié des expériences de discrimination vécues par les personnes LGBTQ+ à la suite d'un dévoilement dans le milieu de la santé. Neuf (9) études de la recension, parmi 16 études incluses, rapportaient des taux de discrimination se situant entre 2 et 41,8% et se rapportant notamment au refus de soins ou de médicaments nécessaires en raison de l'ONH ou l'identité de genre et à des attitudes discriminatoires des professionnel·e·s de la santé (Bradford et al., 2013; Fay et al., 2011; Johnson et al., 2005; Kass et al., 1992; Kattari et al., 2015; Li et al., 2015; Reisner et al., 2015; Shires et Jaffee, 2015).

La méta-analyse menée par Ruben et Fullerton (2018) a aussi étudié le dévoilement de l'ONH aux professionnel·e·s de la santé et ses facteurs associés. Parmi les 35 études incluses dans cette méta-analyse, neuf (9) ont rapporté au moins une association positive significative entre le dévoilement de l'ONH et un résultat de santé direct (meilleure santé mentale, meilleure santé générale autorapportée) ou indirect (plus grande satisfaction quant aux soins, plus grande réceptivité aux soins ou tests, recherche de soins plus régulière) et certaines études ont rapporté plus d'une association positive (Dardick et Grady, 1980; Diamant et al., 2000; Durso et Meyer, 2013; Meckler et al., 2006; Mor et al., 2015; Mosack et al., 2013; Petroll et Mosack, 2011; Polek et al., 2008; Steele et al., 2006). Toutes ces études ont rapporté une forme d'amélioration de leur santé ou un résultat positif lié à leur santé, résultant du dévoilement de l'ONH effectué (Ruben et Fullerton, 2018). Parmi ces neuf études, une seule était longitudinale (Durso et Meyer, 2013). Cette étude

longitudinale, menée auprès de 396 personnes LGB âgées entre 18 et 59 ans, évaluait également les effets négatifs à la dissimulation de l'ONH aux professionnel·le·s de la santé sur la santé physique avec un suivi d'un an (Durso et Meyer, 2013). Aucun effet significatif n'a été relevé. Une hypothèse mentionnée par les auteurs est que l'exclusion des personnes âgées de 60 ans et plus peut diminuer les probabilités que les personnes participantes aient des problèmes de santé (Durso et Meyer, 2013).

Une autre étude (Petroll et Mosack, 2011) a toutefois suggéré que la dissimulation de l'ONH pouvait empêcher un·e patient·e de bénéficier de services spécialisés, comme des conseils adaptés sur des tests spécifiques ou sur des ressources sociales inclusives pour les personnes LGBQP et entraîner une moins bonne santé générale. Or, Ruben et Fullerton (2018) ajoutent que le dévoilement de l'ONH aux professionnel·le·s de la santé n'est pas toujours ce qu'il y a de mieux pour la personne en question, incluant sa sécurité ou sa santé et qu'il y a de nombreux facteurs individuels (par exemple, racisation) et environnementaux (par exemple, relation avec le·a professionnel·le) qui entrent en jeu lors de la décision de dévoiler ou de dissimuler son ONH à ces professionnel·le·s.

### 2.3 La gestion de la visibilité de l'ONH dans le milieu de travail

Le milieu de travail est un troisième milieu très important pour le bien-être des personnes LGBQP. La présente section permettra de recenser 1) les patrons de dévoilement et les caractéristiques individuelles et propres aux milieux associées à l'ampleur du dévoilement dans le milieu de travail (collègues et supérieur·e·s), ainsi que 2) les facteurs liés à la santé associés à l'ampleur du dévoilement de l'ONH dans le milieu de travail.

#### 2.3.1 Les patrons de dévoilement et les caractéristiques individuelles et propres aux milieux associées à l'ampleur du dévoilement dans le milieu de travail

Les milieux de travail dans lesquels œuvrent les personnes LGBQP peuvent être bien distincts : certaines personnes peuvent être en contact étroit avec leurs supérieur·e·s, alors que d'autres non, et il en est de même pour les autres collègues de travail. Or, les collègues représentent souvent des relations particulièrement importantes dans le milieu de travail, en raison du temps considérable consacré à l'interaction entre pairs, du soutien social réciproque et du sentiment d'appartenance

que ces relations peuvent apporter (Dormann et Zapf, 1999; Griffith et Hebl, 2002). Les personnes LGBQP sembleraient ainsi développer une proximité émotionnelle avec certain·e·s d'entre eux, cette proximité pouvant favoriser le dévoilement de leur ONH (Dormann et Zapf, 1999; Griffith et Hebl, 2002).

Pour ce qui est des supérieur·e·s, les personnes LGBQP veulent parfois leur partager leur ONH pour bénéficier des avantages sociaux si elles sont mariées avec leur partenaire ou si elles sont conjointes de fait (par exemple, prestations de retraite, assurances) (Bell et al., 2011). D'ailleurs, depuis 1996, l'article 137 de la *Charte des droits et libertés de la personne*, qui permettait la discrimination fondée sur l'OS dans divers régimes d'assurance et d'avantages sociaux, a été abrogé (Chamberland, 2018). L'abrogation de cet article a également fourni un argument supplémentaire en faveur de la négociation de clauses éliminant toute discrimination contre les couples de même sexe dans les conventions collectives (Chamberland, 2018). À ce moment, les personnes LG syndiquées militaient pour cette reconnaissance des couples de même sexe dans les conventions collectives et s'impliquaient dans la formation de comité LG dans les structures syndicales (Chamberland, 2018). Les personnes LGBQP syndiquées de nos jours sont ainsi susceptibles d'être soutenues par leur syndicat, notamment par le biais d'un comité LGBTQ+ existant ou d'avoir accès à des recours en cas de discrimination basée sur leur ONH dans leur milieu de travail, rendant le dévoilement de leur ONH moins redoutable que si elles n'avaient aucune protection à cet égard.

Quelques caractéristiques liées aux personnes sont susceptibles d'exercer une influence sur le dévoilement de l'ONH. En effet, un sondage mené auprès de travailleur·euse·s LGBQ au Québec a révélé que les femmes cisgenres plurisexuelles étaient plus susceptibles de rapporter des taux de dévoilement nul, et moins susceptibles de rapporter des taux de dévoilement total, comparativement aux hommes cisgenres gais (Morand et al., 2023). Ce résultat traduit une possible hiérarchie parmi les personnes LGBQ+, notamment basée sur l'identité et la modalité de genre (homme cisgenre ou femme cisgenre) et l'ONH (monosexuelle ou plurisexuelle). Chamberland (2009) a notamment illustré l'entrecroisement entre l'identité de genre et l'ONH, plus précisément l'OS lesbienne, en stipulant que l'homosexualité est appréhendée comme une inversion du genre (être lesbienne, c'est présenter son genre de manière masculine, et vice versa), et en illustrant la

projection d'images traditionnelles des femmes (mère ou putain) faite sur les identités lesbiennes. Le statut étudiant est une autre caractéristique liée à l'individu susceptible d'influencer le dévoilement de l'ONH au travail. En effet, les personnes étudiantes ont souvent un emploi précaire et temporaire, les décourageant de se confier sur leur ONH à toutes personnes dans leur milieu de travail (King et al., 2017).

Les conclusions relatives à une méta-analyse menée par Wax et ses collègues (2018) regroupant 24 études publiées entre 1996 et 2016 suggèrent toutefois que les caractéristiques du milieu de travail (climat perçu, soutien social perçu, discrimination perçue) dans lequel les personnes LGBTQ+ œuvrent auraient un plus grand impact que d'autres caractéristiques qui relèvent plus de l'individu (comme la satisfaction au travail) sur les décisions relatives au dévoilement ou à la dissimulation de leur ONH. Il s'agit, à leur connaissance, de la première étude produisant de tels résultats. L'importance prédominante des caractéristiques liées au milieu de travail dans la décision de dévoiler son ONH serait expliquée par le fait que toutes personnes, notamment celles LGB, œuvrent dans ce milieu de façon quasi quotidienne et que conséquemment, leurs relations et comportements sont façonnés par ce milieu (Wax et al., 2018).

Selon la méta-analyse de Wax et ses collègues (2018), le climat organisationnel était la caractéristique la plus fortement associée au dévoilement. Il peut être défini, de prime abord, par les perceptions partagées des normes, politiques et pratiques de l'organisation (Joyce et Slocum, 1984). Or, quand il réfère à la diversité (qu'elle soit sexuelle, de genre, raciale ou autre), il est défini par le degré auquel une organisation priorise l'inclusion (Stewart et al., 2011). Ainsi, lorsque le climat envoie le message que les personnes employées ne subiront pas un traitement différentiel en raison de leur ONH, comme être renvoyées, discriminées ou ridiculisées, ces dernières auraient tendance à dévoiler davantage leur ONH (King et al., 2017; Wax et al., 2018).

Le soutien social serait la deuxième caractéristique la plus fortement associée au dévoilement dans le milieu de travail, en particulier celui des collègues (Wax et al., 2018). Lorsque le milieu de travail est soutenant, les individus LGBTQ+ dévoileraient davantage leur ONH (Kahn, 1990). Au contraire, la discrimination perçue (ou le faible soutien social perçu), la troisième caractéristique la plus fortement liée au dévoilement de l'ONH dans la méta-analyse de Wax et ses collègues

(2018), telle que la perte d'opportunités d'emploi ou le renvoi, les découragerait de dévoiler leur ONH.

L'ancienneté dans une organisation a également été corrélée positivement au dévoilement de l'ONH, les personnes employées les plus anciennes ayant dévoilé davantage que celles nouvellement employées (King et al., 2017). Lorsque les personnes LGB intègrent un nouvel emploi, elles tendent à rechercher une certaine acceptation sociale de la part de leurs collègues, les menant à gérer de manière différenciée leur visibilité en tant que personne non hétérosexuelle selon, entre autres, le degré de réceptivité et d'acceptation perçue des collègues (Bauer et al., 2007).

### 2.3.2 Facteurs liés à la santé et associés à l'ampleur du dévoilement de l'ONH dans le milieu du travail

Dans le milieu de travail, le dévoilement a été associé à la santé mentale des personnes LGBTQ+, notamment à une diminution de l'anxiété et des symptômes dépressifs (Goldberg et Smith, 2013) ainsi qu'à une plus grande satisfaction dans le milieu (Drydakis, 2011; Williamson et al., 2017). En revanche, lorsque le contexte de travail est perçu comme étant non-soutenant ou non-inclusif, les individus sont plus susceptibles de dissimuler leur ONH et de vivre des conséquences négatives, telles qu'une satisfaction moindre en emploi et des niveaux d'anxiété plus élevés (Huffman et al., 2008; Stewart et al., 2011). Les études de Huffman et ses collègues (2008) et de Stewart et ses collègues (2011) montrent que les conséquences associées au dévoilement de l'ONH au travail résulteraient plutôt des caractéristiques du milieu que du dévoilement en tant que tel. D'autres études ont révélé que la crainte des conséquences négatives associées au dévoilement de l'ONH peut avoir des effets plus importants sur les employé·e·s LGBTQP (par exemple, anxiété, dépression) que le dévoilement en tant que tel (Ragins, 2004, Woods, 1994).

## **CHAPITRE III**

### **CADRE CONCEPTUEL**

Dans ce chapitre, nous présentons le cadre conceptuel qui guide notre recherche. Deux éléments en particulier sont présentés : 1) l'évolution de la vision du dévoilement de l'ONH à travers les années; et 2) le modèle de la gestion de la visibilité de l'ONH.

#### 3.1 L'évolution de la vision du dévoilement de l'ONH

L'étendue des caractéristiques individuelles et propres aux milieux précédemment identifiée met en lumière la complexité de la gestion de la visibilité d'une ONH (dévoilement ou dissimulation, à différentes ampleurs, dans divers milieux). Plusieurs modèles théoriques ont été développés depuis les années 1970 pour comprendre le développement de l'auto-identification sexuelle (de pair avec le dévoilement de l'ONH pour certains modèles) chez les personnes non hétérosexuelles. Les modèles par stades, développés dans les années 70, en font partie et suggèrent que la formation et l'intégration de l'identité (homo)sexuelle s'effectuent en fonction de stades présumés suivre une séquence similaire pour tout le monde (Cass, 1979, 1984 ; Coleman, 1982 ; Troiden, 1989). Le dévoilement était alors conceptualisé comme le stade ultime à atteindre pour un développement identitaire complet et harmonieux (Cass, 1979).

L'approche des jalons développementaux (Floyd et Stein, 2002; Maguen et al., 2002) forme une autre catégorie de modèles, dans laquelle ces dits jalons (par exemple, le dévoilement de l'ONH) sont rapportés comme fréquemment vécus ou importants, mais ne suivent pas une séquence similaire pour tout le monde comme les modèles par stades. Ces modèles ont permis, entre autres, d'opérationnaliser le concept du dévoilement de l'ONH dans plusieurs études. Ainsi, certaines l'ont étudié comme étant un événement ponctuel, soit en s'intéressant à l'âge du premier dévoilement ou aux années depuis le premier dévoilement (D'Augelli et Grossman, 2001; Pollitt et al., 2017). D'autres études l'ont considéré comme étant dichotomique, en mettant l'accent sur l'unique fait de l'avoir dissimulé ou dévoilé, sans égard aux divers milieux dans lesquels il aurait pu s'effectuer (De Biolley et al., 2007). D'autres recherches l'ont évalué sous d'autres angles, dont selon le nombre de personnes « au courant » de l'ONH dans leur vie (Griffith et Hebl, 2002).



Bien que ces modèles aient été influents en ce qui a trait au développement de l'auto-identification sexuelle, ils ont fait l'objet de plusieurs critiques, notamment dans la manière de considérer ces dites étapes ou ces dits jalons (dont le dévoilement de l'ONH). En effet, le dévoilement de l'ONH est souvent perçu comme le résultat universel du développement de l'auto-identification sexuelle des personnes non hétérosexuelles. Or, plutôt que d'être un événement unique (c.-à-d., à faire une seule fois) et libérateur résultant d'un processus d'exploration de soi, le dévoilement de l'ONH est désormais conceptualisé comme un processus multidimensionnel et dynamique qui implique une gestion constante de sa visibilité dans plusieurs milieux et à plusieurs nouvelles personnes dans ceux-ci (Lasser et Tharinger, 2003; Mallory et al., 2021, Martos et al., 2015). Les modèles par stades ou par jalons sont ainsi peu sensibles aux différents milieux dans lesquels les personnes LGBTQP peuvent effectuer un dévoilement (par exemple, famille, santé, travail), aux caractéristiques de ces milieux et aux caractéristiques des personnes LGBTQP (par exemple, ONH, âge, racisation, etc.) pouvant avoir un impact sur les stratégies de gestion de visibilité de l'ONH.

Plusieurs modèles ont été développés pour pallier ces critiques, dont celui de la gestion de la visibilité de l'ONH qui ne considère pas le dévoilement de l'ONH comme une étape à atteindre pour être heureux ni comme un jalon important. En effet, il adopte plutôt une perspective multidimensionnelle qui permet de transcender l'idée selon laquelle le dévoilement de l'ONH est un événement unique, dichotomique et libérateur (Dewaele et al., 2013; Dewaele et al., 2019).

### 3.2 La gestion de la visibilité de l'ONH

Le concept de la gestion de la visibilité a été introduit par Lasser et Tharinger (2003) et est inspiré du modèle de la négociation de l'identité [angl. *Negotiated Identity Model*] (Waldner-Haugrund et Magruder, 1996) et de la théorie du déterminisme réciproque [angl. *Reciprocal determinism*] (Bandura, 1986). Le modèle de la négociation de l'identité (Waldner-Haugrund et Magruder, 1996) postule que l'expression de l'auto-identification (par exemple, « gai » ou « lesbienne ») chez les jeunes personnes LG est influencée par la perception de différentes ressources et différents obstacles socioculturels dans leurs environnements de vie, comme la religiosité des parents, l'importance accordée à l'école, l'importance associée aux ami·e·s hétérosexuel·le·s (Waldner-Haugrund et Magruder, 1996). Selon ce modèle, l'identité est toutefois négociée de manière interne chez l'individu (Waldner-Haugrund et Magruder, 1996), alors que pour la gestion de la visibilité,

l'identité est négociée de manière externe, puisqu'elle est le produit négocié des interactions entre l'individu et son milieu (Lasser et al., 2003).

La deuxième théorie dont la gestion de la visibilité est inspirée est celle du déterminisme réciproque, qui suggère que l'individu, son milieu et son comportement sont constamment en interaction (Bandura, 1986). Elle permet ainsi de conceptualiser la gestion de la visibilité (le comportement) comme un processus dynamique résultant des interactions entre l'individu et son milieu (Lasser et Tharinger, 2003). Cette interaction est essentielle à la compréhension de la gestion de la visibilité de l'ONH et permet d'illustrer les différentes positions que les personnes LGB peuvent occuper sur le continuum de la gestion de la visibilité, allant du plus restrictif (c.-à-d. les personnes qui dissimulent leur ONH ou la dévoilent à très peu de gens) au moins restrictif (c.-à-d. les personnes qui dévoilent leur ONH à la plupart des gens).

Cela étant dit, une personne LGB œuvrant dans un milieu très peu acceptant à l'égard des personnes LGB aura tendance à intérioriser des messages négatifs à l'égard d'elle-même et privilégier la dissimulation de cet aspect identitaire dans ce milieu, tandis qu'une personne LGB œuvrant dans un milieu très acceptant à l'égard des personnes LGB aura plutôt tendance à intérioriser des messages positifs à propos d'elle-même et à être plus confortable à dévoiler son ONH (Lasser et Tharinger, 2003).

Lasser et Tharinger (2003) ont identifié peu de caractéristiques individuelles et propres aux milieux susceptibles d'exercer une influence sur la gestion de la visibilité de l'ONH (dévoilement partiel, total, ou dissimulation) dans un milieu donné. Parmi les caractéristiques propres aux milieux, l'acceptation du milieu à l'égard des personnes LGB, l'ouverture et le soutien du milieu à cet égard sont trois variables qui ont été identifiées comme étant susceptibles d'influencer un dévoilement de l'ONH, alors que l'acceptation de soi (plus précisément, de son ONH) ainsi que l'homophobie intériorisée ont été recensées comme caractéristiques individuelles susceptibles d'influencer un dévoilement de l'ONH (Lasser et Tharinger, 2003; Lasser et al., 2010).

Lasser et ses collègues (2010) ont également identifié, quelques années plus tard, trois groupes de stratégies de gestion de la visibilité pouvant être mobilisées par les personnes LGB : 1) les comportements qui *favorisent* un dévoilement de l'ONH (par exemple, fournir des efforts pour que

les autres soient au courant de son ONH), 2) les comportements qui *inhibent* un dévoilement de l'ONH (par exemple, peur d'être rejeté·e par une ou plusieurs personnes), 3) les particularités du milieu (famille, travail, etc.) (par exemple, ne pas voir la pertinence de dévoiler son ONH dans certains milieux).

Le concept de la gestion de la visibilité a été mis en relation avec plusieurs théories et variables. Une des théories est celle du stress minoritaire (Meyer, 2003), qui stipule que les personnes LGBTQ+ doivent composer avec des stressors supplémentaires par rapport aux personnes cisgenres ou hétérosexuelles, notamment liés à leur identité, comme des manifestations de transphobie et d'homophobie. L'étude de Dewaele et ses collègues (2013) a mis en relation la théorie de la gestion de la visibilité et celle du stress minoritaire et a permis de développer un modèle qui décrit les relations entre les caractéristiques du milieu (favorable ou défavorable aux jeunes personnes LGB), la gestion de la discrimination et de la visibilité de l'ONH, ainsi que le vécu de stressors liés au statut minoritaire. Dewaele et ses collègues (2013) ont avancé que l'expérience de stressors chez les personnes LGB dépend de la visibilité de leur ONH et est donc inévitablement liée au dévoilement (ou à la dissimulation) de celle-ci (Dewaele et al., 2013). La gestion de la visibilité de l'ONH a été conceptualisée comme une stratégie d'adaptation (consciente ou inconsciente) face aux stressors internes (par exemple, honte ou dégoût de soi) et externes (par exemple, vécu de discrimination ou préjugés) liés au statut de minorité (Dewaele et al., 2013; D'Haese et al., 2016). Cette gestion de la visibilité de l'ONH détermine les expériences des personnes LGB et peut avoir un impact profond sur le stress, la santé, l'estime de soi, les relations interpersonnelles et la qualité de vie (Lasser et al., 2010).

Lasser et ses collègues (2010) ont élaboré différentes stratégies de gestion de la visibilité (comportements favorisant un dévoilement, comportements inhibant un dévoilement, particularités du milieu) et les ont mises en relation avec les caractéristiques de l'emploi, la perception d'un climat acceptant à l'égard des personnes LG dans celui-ci et les expériences homonégatives vécues (par exemple, harcèlement, violence physique ou verbale, etc.; Dewaele et al., 2019). La perception d'un climat acceptant à l'égard des personnes LG était associée significativement aux trois stratégies de gestion de la visibilité de l'ONH, tandis que les caractéristiques de l'emploi (rang hiérarchique, fonction occupée) n'étaient pas associées significativement aux trois stratégies de

gestion de la visibilité de l'ONH. En revanche, il s'agissait d'un milieu de travail très spécifique (c.-à-d., administration flamande), qui n'était pas nécessairement représentatif des autres milieux de travail. En bref, la gestion de la visibilité de l'ONH peut être conceptualisée comme une stratégie d'adaptation pour faire face aux stressors internes (honte, dégoût de soi, dépression et anxiété) et externes (discrimination, préjugés) liés au statut minoritaire, tout en évitant l'abnégation, soit l'oubli volontaire de soi au bénéfice d'autrui (Dewaele et al., 2019). Les différentes stratégies de gestion de la visibilité de l'ONH mobilisées (dévoilement partiel, total, nul) résulteraient d'une interaction entre des caractéristiques individuelles (par exemple, niveau d'homophobie intériorisée) et des caractéristiques des milieux (par exemple, climat d'acceptation à l'égard des personnes LGBTQ+, soutien social).

À l'aide du cadre théorique de la gestion de la visibilité de l'ONH, le présent mémoire vise à répondre à la question suivante : quelles sont les caractéristiques individuelles et propres aux milieux qui modulent la gestion de la visibilité de l'ONH chez les personnes LGBQP ? Pour répondre cette question, nous allons identifier des classes latentes qui regroupent des patrons similaires sur l'ampleur de la connaissance de l'ONH dans trois milieux importants dans la vie des personnes LGBQP : la famille d'origine, la santé et le travail (objectif 1), décrire les caractéristiques individuelles des personnes regroupées au sein de ces différentes classes, ainsi que les caractéristiques des milieux dans lesquels elles évoluent (objectif 2), décrire les facteurs liés à la santé associés à l'ampleur de la connaissance de l'ONH au sein des différentes classes (objectif 3), et expliciter les stratégies de gestion de la visibilité de leur ONH mobilisées au sein des classes (objectif 4).

## CHAPITRE IV

### MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre décrit : 1) l'échantillon et la procédure de recrutement des répondant·e·s; 2) les variables à l'étude et leur mesure, dont les indicateurs de classes et les variables sur lesquels les classes sont contrastées; 3) les analyses statistiques réalisées; et 4) les considérations éthiques.

#### 4.1 Échantillon et procédure

Un total de 4981 personnes LGBTQ+ âgées entre 18 et 86 ans résidant au Québec et sachant lire le français ou l'anglais ont été recrutées entre septembre 2019 et août 2020 dans le cadre du projet de recherche partenariale *Savoirs sur l'inclusion et l'exclusion des personnes LGBTQ+* (SAVIE-LGBTQ) (2016-2025). Pour faire la promotion de l'enquête auprès de cette population, trois principales méthodes ont été utilisées : 1) le recrutement mû par les répondant·e·s, chaque participant·e étant invité·e à faire la promotion de l'étude dans son réseau social, 2) la diffusion d'invitations à participer dans le réseau de partenaires du projet SAVIE-LGBTQ+ (organismes communautaires spécifiquement LGBTQ+ ou offrant des services à ces personnes, associations, institutions et syndicats, via leurs comptes sur les médias sociaux et leur liste de membres et de partenaires), et 3) des publicités ciblées sur les réseaux sociaux (Facebook, Twitter, Instagram). Les messages étaient constitués d'une brève description de l'étude et de ses objectifs, ainsi qu'un lien vers l'enquête en ligne. La collecte de données en ligne a été réalisée sur la plateforme LimeSurvey, installée sur un serveur de l'unité de recherche intersectorielle en informatique cognitive et milieu de formation (LICEF), partenaire institutionnel du projet SAVIE-LGBTQ+. Chaque section complétée du questionnaire augmentait les probabilités de gagner un des 100 chèques-cadeaux tirés d'une valeur de 50\$ chacune.

L'échantillon analytique sur lequel s'appuie le présent mémoire est composé de 1382 personnes ayant participé à l'Enquête SAVIE-LGBTQ. Pour être incluses, les personnes devaient avoir une ONH et avoir fourni des informations à la fois sur le niveau de connaissance de leur ONH dans les milieux de la famille d'origine, de la santé (elles devaient donc avoir un médecin de famille) et du travail (elles devaient donc occuper un emploi).

## 4.2 Les instruments de mesure

### 4.2.1 Les indicateurs de classes

Pour le présent mémoire, sept (7) indicateurs de la connaissance et du dévoilement de l'ONH des personnes LGBQP dans trois milieux de leur vie (milieux de la famille d'origine, de la santé et du travail) ont été retenus. Le questionnaire SAVIE-LGBTQ a voulu mesurer la connaissance de l'ONH pour les groupes de la famille d'origine et des milieux de travail pour prendre en considération le fait que l'ONH des personnes est souvent connue par autrui dans ces milieux sans que la personne LGBQP ne leur ait directement communiqué. Toutefois, pour les groupes du milieu de la santé, le dévoilement de l'ONH a été mesuré, considérant que les professionnel·le·s de la santé sont généralement mis·es au courant de cette manière. Le milieu de la famille d'origine comportait trois (3) indicateurs, et les milieux de la santé et du travail en avaient deux (2) chacun. Ils sont explicités dans le tableau 4.1.

### 4.2.2 Les variables

Les classes ont été comparées sur 19 variables regroupées en trois catégories distinctes : 1) les variables individuelles, 2) les variables propres aux milieux, et 3) les facteurs liés à la santé associés à l'ampleur de la connaissance de l'ONH. Elles sont décrites dans le tableau 4.1, qui contient 4 colonnes : la première fait référence au nom de la variable ; la deuxième reproduit la question telle qu'elle apparaissait dans le questionnaire ; la troisième présente l'échelle de réponse telle que présentée dans le questionnaire ; et la quatrième présente la manière dont les réponses ont été codées aux fins des analyses présentées dans le présent mémoire, appuyé par une étude scientifique.

*Variables individuelles (9).* Les variables individuelles retenues pour le présent mémoire sont les suivantes : la génération, l'ONH, l'identité et la modalité de genre, le statut conjugal, le statut étudiant, le niveau de scolarité, la racisation (être une personne PANDC), la situation de handicap légal et l'homophobie intériorisée (élevée).

*Variables propres aux milieux (6).* La variable retenue liée au milieu de la famille est le soutien perçu à l'égard de l'ONH de la part des parents. Pour le milieu de la santé, la variable du climat très acceptant à l'égard des personnes LGBTQ+ dans les services de santé a été retenue. Finalement, pour le milieu de travail, quatre variables ont été sélectionnées : le soutien social élevé

au travail, le climat très acceptant à l'égard des personnes LGBTQ+, la syndicalisation et l'ancienneté dans l'organisation.

*Variables sur les facteurs liés à la santé associés à l'ampleur de la connaissance de l'ONH (4).*

Les variables pouvant constituer des facteurs associés à l'ampleur de la connaissance de l'ONH chez une personne LGBQP sont les suivantes : la santé générale autoévaluée (de *très bien à excellente* vs de *médiocre à bien*), santé mentale autoévaluée (de *très bien à excellente* vs de *médiocre à bien*), santé mentale positive (*florissante* vs *modérée ou languissante*) et la solitude (de *modérée à sévère* vs *faible*).

**Tableau 4.1. Les instruments de mesure**

Dimension	Consignes et énoncés	Type de variables et choix de réponse	Recodage des variables et source
<b>Indicateurs de classes</b>			
Connaissance de l'ONH dans la famille d'origine	<p>Selon vous, combien des personnes suivantes sont au courant de votre orientation sexuelle (c'est-à-dire, elles savent que vous êtes gai·e, lesbienne, bisexuel·le, queer, pansexuel·le, asexuel·le, etc.) ?</p> <p>1. Vos parents 2. Les membres de votre famille élargie (ex., oncles, tantes, grands-parents, cousin·e·s) 3. Vos sœurs, demi-sœurs, frères, demi-frères ou autres membres de votre fratrie</p>	<p>Variable catégorielle ordinale</p> <p>[0] = Aucune [1] = La minorité [2] = Environ la moitié [3] = La majorité [4] = Toutes</p>	<p>Variable catégorielle ordinale</p> <p><i>Parents et fratrie :</i></p> <p>[0] = Nul [1] = Partiel [2] = Total</p> <p><i>Famille élargie :</i></p> <p>[0] = Moins de la moitié [1] = Plus de la moitié [2] = Total</p> <p>Source : Meidlinger et Hope (2014)</p>
Connaissance de l'ONH dans le milieu de la santé	<p>Médecin de famille</p> <p>Est-ce que votre médecin de famille est au courant de votre orientation sexuelle ?</p>	<p>Variable catégorielle ordinale</p> <p>[3] = Oui, je lui ai dit [2] = Oui, probablement [1] = Non, probablement pas [0] = Non</p>	<p>Variable dichotomique</p> <p>[0] = Non [1] = Oui</p> <p>Source : Trans PULSE (2009)</p>



Professionnel·le·s de la santé	À quelle fréquence dévoilez-vous votre orientation sexuelle aux professionnel·le·s de la santé ?	Variable catégorielle ordinale [0] = Jamais [1] = Rarement [2] = Parfois [3] = Souvent ou toujours	Variable catégorielle ordinale [0] = Jamais [1] = Rarement [2] = Parfois [3] = Souvent ou toujours  Source : Glessner et al. (2012)
Connaissance de l'ONH dans le milieu de travail	Selon vous, combien des personnes suivantes sont au courant de votre orientation sexuelle (c'est-à-dire, elles savent que vous êtes gai, lesbienne, bisexuel·le, queer, pansexuel·le, asexuel·le, etc.) ?  1. Vos collègues de travail 2. Vos supérieur·e·s immédiat·e·s	Variable catégorielle ordinale [0] = Aucune [1] = La minorité [2] = La moitié [3] = La majorité [4] = Toutes	Variable catégorielle ordinale [0] = Nul [1] = Partiel [2] = Total  Source : Meidlinger et Hope (2014)

### Caractéristiques individuelles

Génération	Quel est votre âge ?	Variable ordinale [17] = Moins de 18 ans (sorti du questionnaire) [18] = 18 ans ... [94] = 94 ans [95] = 95 ans ou plus	Variable catégorielle ordinale [0] = 1936 à 1940 // Parents des <i>baby-boomers</i> [1] = 1946 à 1965 // <i>Baby-boomers</i> [2] 1966 à 1971 // Génération X - <i>Baby busters</i>
------------	----------------------	--	---

			[3] = 1972 à 1992 // Génération Y – <i>Enfants des baby-boomers</i> [4] = 1993 à 2004 // Génération Z
			Source : Statistique Canada (2011)
Orientation non hétérosexuelle	Quel terme décrit le mieux votre orientation sexuelle actuelle ?	Variable nominale [1] = Gai ou lesbienne [0] = Hétérosexuel·le [2] = Hétéroflexible [3] = Homoflexible [4] = Bisexuel·le [5] = Queer [6] = Pansexuel·le [7] = Asexuel·le [8] = En questionnement	Variable nominale <i>Orientation non hétérosexuelle</i> [1] = Gai ou lesbienne [2] = Bisexuel·le [3] = Queer [4] = Pansexuel·le [6] = Autre  Source : Weinrich (2014)
Modalité et identité de genre	Quel est le genre (ou le sexe) que vous ressentez être le vôtre (votre identité de genre) ?	Variable nominale [1] = Masculin/homme [2] = Féminin/femme [3] = Identité de genre autochtone ou d'une autre culture (ex., bispirituel·le, deux-esprits) [4] = Non binaire, fluide dans le genre ou autre (ex., genderqueer)	Variable nominale [1] = Hommes GBQ+ cisgenres [2] Femmes LGBTQ+ cisgenres [3] = Hommes trans [4] = Femmes trans [5] = Personnes non binaires

Source : Bauer et al.  
(2017)

Statut conjugal

Quel est votre statut relationnel actuel ?

Variable nominale

Variable nominale

[1] = Célibataire et sans rendez-vous  
 [2] = Célibataire et fréquentant quelqu'un  
 [3] = Dans une relation monogame  
 [4] = Dans une relation ouverte (non monogame)  
 [5] = Dans une relation polyamoureuse (plusieurs personnes)

[0] = Célibataire  
 [1] = Au moins une fréquentation, en cohabitation  
 [2] = Au moins une fréquentation, sans cohabitation

Source : Trans PULSE  
(2012)

Statut étudiant

Veillez décrire vos occupations au cours des 12 derniers mois.

Variable nominale

Variable dichotomique

13 catégories; par exemple :  
 [1] = Étudiant·e à plein temps  
 [2] = Étudiant·e à temps partiel  
 [3] = Employé·e à temps plein (30 heures ou plus/semaine)

[0] = Non étudiant·e  
 [1] = Étudiant·e

Source : Hartzell et al.  
(2009)

Niveau de scolarité

Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous ayez atteint ?

Variable nominale

Variable ordinale

9 catégories; par exemple :  
 [1] = Diplôme d'études secondaires ou certificat d'équivalence d'études secondaires

[1] = Primaire-secondaire  
 [2] = Professionnel-collégial  
 [3] = Universitaire

Racialisation (PANDC)	Êtes-vous...	[2] = Certificat ou diplôme de métier Variable nominale  23 catégories; par exemple : [1] = Autochtone (p. ex., Premières nations, Métis, Inuk, Inuit) [2] = Francophone du Québec [3] = Anglophone du Québec Variable dichotomique	Source : Waite et Denier (2016) Variable dichotomique  [0] = Blanc·he·s [1] = PANDC/BIPOC  Source : Statistique Canada (2021) Variable dichotomique
Situation de handicap légal	Vous identifiez-vous comme une personne handicapée ?  <i>Note : Une personne handicapée est une personne qui a une déficience physique, mentale, sensorielle, psychiatrique ou d'apprentissage, durable ou récurrente et qui :</i> 1) se considère comme désavantagée dans l'emploi en raison de ce handicap, ou 2) croit qu'un·e employeur·e potentiel·le est susceptible de la considérer comme désavantagée dans l'emploi en raison de ce handicap.	[0] = Non [1] = Oui	[0] = Non [1] = Oui  Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (2017) Variable dichotomique
Homophobie intériorisée	1. Il m'arrive d'en vouloir à mon orientation sexuelle. 2. Même si je pouvais changer mon orientation sexuelle, je ne le ferais pas. 3. J'ai honte de mon orientation sexuelle. 4. Quand je pense à mon orientation sexuelle, je me sens déprimé·e	Variable catégorielle ordinale  [1] = Pas du tout d'accord [2] = Pas d'accord [3] = Ni en désaccord ni en accord [4] = D'accord [5] = Tout à fait d'accord	Variable dichotomique  [0] = Non [1] = Oui  Source : Mayfield (2001)

### Caractéristiques des milieux de vie

Soutien des parents (à l'égard de l'ONH) élevé	5 énoncés; par exemple : - Mes parents ont invité ou inviteraient mes amis ouvertement LGBTQ+ à participer aux activités familiales. - Je pense que mes parents sont ou seraient mal à l'aise avec mon orientation sexuelle.	Variable catégorielle ordinale  [1] = Pas du tout d'accord [2] = Pas d'accord [3] = D'accord [4] = Tout à fait d'accord	Variable dichotomique  [1] = Oui [0] = Non  Source : Clouse (2007)
Climat très acceptant à l'égard des personnes LGBTQ+ dans les services de santé	Comment décririez-vous le climat général pour les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles ou non hétérosexuelles dans les services de santé que vous fréquentez?	Variable ordinale  [3] = Très acceptant [2] = Plutôt acceptant [1] = Pas très acceptant [0] = Pas du tout acceptant	Variable dichotomique  [0] = Non [1] = Oui  Source : University of North Florida-Commission on Diversity, Committee on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Equity (2011)
Soutien social général élevé au travail	Mon organisation/entreprise/administration...  8 énoncés; par exemple : - Prends en compte mes opinions. - S'intéresse vraiment à mon bien-être. - Est prête à m'aider en cas de problème.	Variable catégorielle ordinale  [1] = Pas du tout d'accord [2] = Pas d'accord [3] = Ni en désaccord ni en accord [4] = D'accord [5] = Tout à fait d'accord	Variable dichotomique  [1] = Oui [0] = Non  Source : Eisenberger et al. (1997)

Climat très acceptant à l'égard des personnes LGBTQ+ au travail	Comment décririez-vous le climat général envers les personnes LGBTQ+ dans votre milieu de travail?	Variable catégorielle ordinale [3] = Très acceptable [2] = Plutôt acceptable [1] = Pas très acceptable [0] = Pas du tout acceptable [99] = Non applicable (par exemple, vous ne travaillez pas avec d'autres personnes)	Variable dichotomique [0] = Non [1] = Oui  Source : University of Noth Florida- Commission on Diversity, Committee on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Equity (2011)
Syndicalisation	Êtes-vous ou avez-vous...  7 énoncés; par exemple : - Syndiqué·e, couvert·e par une convention collective ou par un contrat de travail négocié par un syndicat ? - Accès à un régime d'assurance salaire en cas de maladie ?	Variable dichotomique [0] = Non [1] = Oui	Variable dichotomique [0] = Non [1] = Oui  Source : Statistique Canada (2005)
Ancienneté dans l'organisation	Depuis combien de temps exercez-vous votre activité professionnelle principale?	Variable catégorielle ordinale [0] = Moins de 6 mois [1] = 6 mois à 1 an [2] = 1 à 2 ans [3] = 3 à 5 ans [4] = 6 à 10 ans [5] = De 11 à 20 ans [6] = plus de 20 ans	Variable catégorielle ordinale [0] = Moins de 1 an [1] = 1-5 ans [2] = 6-10 ans [3] = 11 ans ou plus  Source : Vézina et al. (2011)

### Facteurs liés à la santé associés à l'ampleur de la connaissance de l'ONH

Santé autoévaluée (générale) très bonne ou excellente	En général, diriez-vous que votre santé est...	Variable catégorielle ordinale [1] = Mauvaise [2] = Passable [3] = Bonne [4] = Très bonne [5] = Excellente	Variable dichotomique [0] = Non [1] = Oui  Source : Statistique Canada (2021)
Santé autoévaluée (mentale) très bonne ou excellente	En général, diriez-vous que votre santé mentale est...	Variable catégorielle ordinale [1] = Mauvaise [2] = Passable [3] = Bonne [4] = Très bonne [5] = Excellente	Variable dichotomique [0] = Non [1] = Oui  Source : Statistique Canada (2022)
Santé mentale positive (florissante)	Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti·e... 3 énoncés; par exemple : - Satisfait·e à l'égard de votre vie?  Au cours du dernier mois, À quelle fréquence avez-vous senti·e ... 10 énoncés; par exemple : - Que vous avez quelque chose d'important à apporter à la société?	Variable catégorielle ordinale [0] = Jamais [1] = Une ou deux fois [2] = Environ une fois/semaine [3] = Environ 2 ou 3 fois/semaine [4] = Presque tous les jours [5] = Tous les jours	Variable dichotomique [0] = Non (languissante/modérée) [1] = Oui (florissante)  Source : Gilmour (2019)
Solitude (modérée à sévère)	À quelle fréquence vous arrive-t-il... 4 énoncés; par exemple : - D'avoir l'impression d'être tenu·e à l'écart ? - De trouver difficile de rencontrer un·e partenaire romantique ?	Variable catégorielle ordinale [0] = À peu près jamais [1] = Parfois [2] = Souvent	Variable dichotomique [0] = Non [1] = Oui  Source : Lasgaard et al. (2016)

### 4.3 Analyses statistiques

Une approche centrée sur les personnes plutôt que sur les variables, soit l'analyse de classes latentes (ACL), a été retenue pour le présent mémoire. L'ACL permet d'identifier des sous-groupes homogènes (classes latentes) au sein d'une population hétérogène (l'échantillon total) (Gana et al., 2022). On appelle les sous-groupes « classes latentes », car l'appartenance aux classes n'est pas directement observable; elle est inférée à partir d'indicateurs observés (Gana et al., 2022). Ainsi, cette analyse a été privilégiée afin d'offrir une analyse approfondie des différentes classes de dévoilement ou de dissimulation des répondant·e·s et d'un ensemble de variables (tant individuelles que celles propres aux milieux) qui prédisent l'appartenance à ces différentes classes, le tout réalisé sur le logiciel Latent GOLD® 6.0 (Vermunt et Magidson, 2021).

Dans un premier temps, sept (7) indicateurs de connaissance et de dévoilement de l'ONH ont été analysés pour identifier des patrons homogènes de réponse, chaque patron représentant une classe. Pour identifier le nombre optimal de classes, différents indices d'ajustement ont été examinés : le critère d'information bayésien (*Bayesian Information Criterion* ou BIC), le critère d'information d'Akaike (*Akaike Information Criterion* ou AIC), l'entropie ( $R^2$ ) et les tests comparant le bootstrap du rapport des vraisemblances (BLRT) et Vuong–Lo–Mendell–Rubin (VLMR) (Nylund et al., 2007). Dans un deuxième temps, ces classes ont été comparées à l'aide de tests de Wald pour déterminer la présence de différences significatives potentielles entre les valeurs prises par les variables à l'étude entre les classes. Les données manquantes ont été traitées par la méthode de calcul du maximum de vraisemblance à information complète (angl. *full information maximum likelihood*) implantée par défaut dans Latent GOLD 6.0.

### 4.4 Considérations éthiques

Le projet de recherche SAVIE-LGBTQ a obtenu une approbation éthique du Comité institutionnel d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Montréal. Le certificat d'approbation éthique se trouve à l'annexe A du présent mémoire et son renouvellement, à l'annexe B. Le cours d'*Éthique de la recherche avec des êtres humains : Formation en éthique de la recherche* (EPTC 2 : FER) a également été complété (annexe C). Les personnes répondantes de l'Enquête SAVIE-LGBTQ ont également lu et accepté un formulaire de consentement électronique qui se trouve à l'annexe D.



## CHAPITRE V

### RÉSULTATS

Dans ce chapitre, sont présentées : 1) les caractéristiques des personnes répondantes, des milieux de vie dans lesquels elles évoluent et leurs facteurs liés à la santé associés à l'ampleur de la connaissance de l'ONH; 2) la sélection du nombre optimal de classes latentes pour l'analyse; 3) la description des classes latentes; 4) la description de la composition sociodémographique de chaque classe; 5) la description des caractéristiques des milieux de vie propres à chacune des classes; ainsi que 6) la description des facteurs liés à la santé à travers les classes.

#### 5.1 Caractéristiques des répondant·e·s, des milieux de vie et des facteurs liés à la santé associés à l'ampleur de la connaissance de l'ONH

Les caractéristiques individuelles des personnes répondantes sont présentées dans le tableau 5.1. La majorité habitait la région de Montréal (55,6%), était issue de la génération Y (54,0%) et s'identifiait comme gaie ou lesbienne (65,2%). La grande majorité de l'échantillon s'identifiait comme hommes GBQ+ cisgenres (41,9%) et femmes LGBTQ+ cisgenres (44,0%). La moitié de l'échantillon était en cohabitation avec un·e partenaire (50,1%), alors que plus de la moitié avait complété un diplôme d'études universitaires (60,4%). Un peu moins du tiers était étudiante (29,5%). De plus faibles proportions de répondant·e·s étaient des PANDC (12,4%), en situation de handicap légal (9,2%) ou vivaient de l'homophobie intériorisée (14,9%). La grande majorité était née au Canada (89,4%).

**Tableau 5.1. Caractéristiques individuelles de l'échantillon (n = 1382)**

Caractéristiques individuelles (ou sociodémographiques)	n	%
<b>Région habitée</b>		
Montréal	769	55,6
Régions métropolitaines autres (> 100 000) que Montréal	347	25,1
Agglomérations (entre 10 000 et 100 000)	112	8,1
Petites villes et milieu rural (< 10 000)	142	10,3
<i>Manquant</i>	13	
<b>Génération</b>		
1936-1940   parents des <i>baby-boomers</i> (82 à 86 ans)	1	0,1
1946-1965   <i>baby-boomers</i> (57 à 76 ans)	129	9,3

1971-1980   génération X ( <i>baby-busters</i> ) (42 à 51 ans)	80	5,8
1981-1990   génération Y (enfants des <i>baby-boomers</i> ) 32 à 41 ans)	747	54,0
1993-2004   génération Z (18 à 29 ans)	426	30,8
	<i>Manquant</i>	0
<b>Orientation non hétérosexuelle</b>		
Gai ou lesbienne	902	65,2
Bisexual·le	226	16,3
Queer	91	6,6
Pansexuel·le	143	10,3
Autre	5	0,4
	<i>Manquant</i>	16
<b>Identité et modalité de genre</b>		
Hommes GBQ cisgenres	579	41,9
Femmes LGBTQ cisgenres	608	44,0
Hommes trans	24	1,7
Femmes trans	31	2,2
Personnes non binaires	140	10,1
	<i>Manquant</i>	0
<b>Statut conjugal</b>		
Célibataire	494	35,7
En cohabitation avec partenaire	693	50,1
Pas de cohabitation avec partenaire	196	14,2
	<i>Manquant</i>	0
<b>Niveau de scolarité</b>		
Primaire/secondaire	137	9,9
Professionnel/collégial	408	29,5
Universitaire	835	60,4
	<i>Manquant</i>	3
<b>Statut étudiant</b>		
Non	975	70,5
Oui	408	29,5
	<i>Manquant</i>	0
<b>Racialisation</b>		
Blanc·he·s	1,212	87,6
PANDC	171	12,4
	<i>Manquant</i>	0
<b>Situation de handicap (légal)</b>		
Non	1,254	90,7
Oui	127	9,2
	<i>Manquant</i>	2
<b>Homophobie intériorisée</b>		
Non	1160	83,9
Oui	206	14,9
	<i>Manquant</i>	17

<b>Statut d'immigration</b>		
Né·e au Canada	1,236	89,4
Immigrant·e	146	10,6
	<i>Manquant</i>	1

Notes : Le total dépasse parfois 100% en raison de l'arrondissement à une décimale.

Les caractéristiques propres aux milieux de la famille d'origine, de la santé et du travail dans lesquels évoluent les personnes répondantes sont présentées dans le tableau 5.2. Pour la famille d'origine, la moitié de l'échantillon rapportait recevoir un soutien *élevé* à l'égard de leur ONH de la part de leurs parents (51,0%). Concernant le milieu de la santé, plus de la moitié rapportait considérer le climat des services de santé qu'elle fréquentait comme très acceptant à l'égard des personnes LGBTQ+ (60,5%). Pour le milieu de travail, plus de la moitié recevait un soutien social *moyen* (57,3%) et rapportait œuvrer dans un climat très acceptant à l'égard personnes LGBTQ+ (63,2%). Un peu moins de la moitié rapportait être syndiquée (40,9%). Un peu plus du tiers œuvrait dans leur milieu de travail depuis 1 à 5 ans (36,7%).

**Tableau 5.2. Caractéristiques des milieux (famille, santé, travail) (n = 1382)**

Caractéristiques des milieux (famille, santé, travail)	n	%
<b>Soutien des parents (à l'égard de l'ONH) élevé</b>		
Non	672	48,6
Oui	705	51,0
	<i>Manquant</i>	5
<b>Climat très acceptant aux personnes LGBTQ+ dans les services de santé</b>		
Non	438	31,7
Oui	836	60,5
	<i>Manquant</i>	108
<b>Soutien social au travail (général)</b>		
Bas	207	15,0
Moyen	792	57,3
Élevé	242	17,5
	<i>Manquant</i>	141
<b>Climat très acceptant aux personnes LGBTQ+ au travail</b>		
Non	419	30,3
Oui	874	63,2
	<i>Manquant</i>	89
<b>Syndicalisation</b>		
Non	739	53,4
Oui	566	40,9
	<i>Manquant</i>	78

**Ancienneté dans l'organisation**

Moins de 1 an	269	19,5
1 à 5 ans	507	36,7
6 à 10 ans	213	15,4
11 ans et plus	393	28,4
	<i>Manquant</i>	0

Notes : Le total dépasse parfois 100% en raison de l'arrondissement à une décimale.

Les facteurs liés à la santé associés à l'ampleur de la connaissance de l'ONH sont présentés dans le tableau 5.3. La majorité rapportait une santé générale autoévaluée de *très bien à excellente* (59,2%). La proportion de personnes qui rapportaient une santé mentale autoévaluée de *très bien à excellente* était toutefois inférieure (39,0%), tout comme celle sur la santé mentale florissante (43,2%). Une faible proportion rapportait vivre de la solitude modérée à sévère (18,0%).

**Tableau 5.3. Indicateurs de bien-être et de santé (n = 1382)**

Indicateurs de bien-être et de santé	n	%
<b>Santé autoévaluée (générale)</b>		
Médiocre à bien	503	36,4
Très bien à excellente	818	59,2
	<i>Manquant</i>	62
<b>Santé autoévaluée (mentale)</b>		
Médiocre à bien	783	56,6
Très bien à excellente	539	39,0
	<i>Manquant</i>	61
<b>Santé mentale positive</b>		
Languissante/modérée	773	55,9
Florissante	597	43,2
	<i>Manquant</i>	13
<b>Solitude</b>		
Faible	1,126	81,4
Modérée à sévère	249	18,0
	<i>Manquant</i>	8

Notes : Le total dépasse parfois 100% en raison de l'arrondissement à une décimale.

## 5.2 Sélection du nombre optimal de classes

Nous avons testé des modèles contenant 1 à 9 classes. Le tableau 5.4 présente les indices d'ajustement pour chacun des modèles testés : le critère d'information bayésien (*Bayesian Information Criterion* ou BIC), le critère d'information d'Akaike (*Akaike Information Criterion* ou AIC), les tests, comparant les solutions nichées ( $k-1$ ), *bootstrap* du rapport des vraisemblances (BLRT) et Vuong–Lo–Mendell–Rubin (VLMR), ainsi que l'entropie ( $R^2$ ) (Nylund et al., 2007). Ces indices ont indiqué que les modèles à cinq et six classes étaient les mieux ajustés aux données, avec des valeurs BIC ET AIC plus faibles. Le test VLMR privilégiait la solution à six classes comparativement à celle à cinq classes et elle présentait des classes interprétables sur le plan conceptuel, contribuant à notre choix de la sélectionner.

**Tableau 5.4. Résultats des différents indices de classification**

Nombre de classes	LL	N de paramètres	BIC(LL)	AIC(LL)	Valeur <i>p</i> BLRT	Valeur <i>p</i> VLMR	Entropie R <sup>2</sup>
1	-7474,8467	18	15079,8696	14985,6934	nsp	nsp	1,0000
2	-6779,8419	26	13747,7160	13611,6837	0,00	0,00	0,8010
3	-6581,0754	34	13408,0392	13230,1509	0,00	0,00	0,7790
4	-6523,2164	42	13350,1772	13130,4327	0,00	0,00	0,7592
5	-6469,5163	50	13300,6332	13039,0327	0,234	0,00	0,7706
<b>6</b>	<b>-6443,1137</b>	<b>58</b>	<b>13305,6841</b>	<b>13002,2275</b>	<b>0,282</b>	<b>0,00</b>	<b>0,7584</b>
7	-6431,9950	66	13341,3028	12995,9901	0,292	0,4124	0,7496
8	-6426,3352	74	13387,8392	13000,6704	0,464	0,0034	0,7287
9	-6418,0948	82	13429,2144	13000,1895	0,516	0,0182	0,7246

*Notes* : nsp = ne s'applique pas. Le caractère gras indique le modèle sélectionné pour les analyses.

### 5.3 Description des classes latentes

Le tableau 5.5 présente la distribution des sept indicateurs liés à la connaissance de l'ONH auprès des différents groupes des milieux dans les six classes latentes. Parmi les six classes, deux présentaient des patrons opposés de connaissance de l'ONH. L'une, qualifiée de « *connaissance quasi totale de l'ONH dans tous les milieux* » (1), regroupait les répondant·e·s (36,0%) qui étaient plus susceptibles d'avoir une ONH connue auprès de tous les groupes de chacun des trois milieux à l'étude. À l'opposé, on trouvait une classe (8,4% répondant·e·s) dans laquelle dominait le « *connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux* » (5).

Quatre autres classes présentaient des combinaisons plus nuancées, que ce soit en regard des milieux dans lesquels les niveaux de connaissance de l'ONH étaient plus élevés, ou du type de groupes au sein de chaque milieu qui connaissait l'ONH des répondant·e·s. Ainsi, une autre classe qualifiée de « *connaissance élevée de l'ONH dans la famille et le milieu de la santé, mais partielle au travail* » (2) regroupait des répondant·e·s (29,3%) dont l'ONH était connue de presque toute leur famille d'origine ainsi que de leur médecin de famille, mais de manière plus restreinte seulement aux autres professionnel·le·s de la santé et dans le milieu du travail, les supérieur·e·s étant tout de même plus susceptibles d'être au courant de l'ONH que les collègues.

La classe « *connaissance partielle de l'ONH dans tous les milieux* » (3) regroupait des répondant·e·s (11,1%) qui étaient peu susceptibles d'indiquer des degrés de connaissance *totale* ou *nulle* de l'ONH, mais très susceptibles d'indiquer des taux de connaissance partielle de l'ONH (entre 27,0% et 93,3%) auprès de tous les groupes de tous les milieux. Dans la famille, la fratrie était le groupe le plus susceptible d'être au courant de l'ONH (58,4% de connaissance *totale*, 27% de connaissance *partielle*). Dans cette classe, 39% des personnes rapportaient que leurs parents étaient totalement au courant de leur ONH, alors que 42% partiellement (par exemple, un·e seul·e parent). Parmi les professionnel·le·s de la santé, les médecins de famille étaient les plus susceptibles d'être au courant (65,6% de dévoilement *total*). Au travail, les supérieur·e·s constituaient le groupe le plus susceptible d'être au courant de l'ONH (21,5% de connaissance *totale*). Les taux de connaissance *partielle* aux supérieur·e·s étaient de 62% et de 93% aux collègues.

La classe « *connaissance partielle à totale de l'ONH dans la famille, partielle dans le milieu de la santé et nulle à partielle au travail* » (4) est caractérisée par des répondant·e·s (10,2%) dont l'ONH était connue de façon presque *totale* chez les parents (à 74,7%) et à la fratrie (à 68,7%), mais que *partiellement* chez la famille élargie (48,9% avaient indiqué une connaissance de l'ONH chez plus de la moitié et 41,0% chez moins de la moitié). Parmi les professionnel·le·s de la santé, les médecins de famille étaient les plus susceptibles d'être au courant (60,6% de dévoilement *total*). Les professionnel·le·s de la santé n'étaient informé·e·s de l'ONH des personnes participantes que rarement (37,5%). Au travail, la connaissance de l'ONH était *nulle* auprès des supérieur·e·s (à 100%) et *partielle* ou *nulle* auprès des collègues (51,5% *partielle*, 48,5% *nulle*).

Finalement, la classe « *connaissance totale de l'ONH au travail et partielle à totale dans la famille et le milieu de la santé* » (6) était constituée de répondant·e·s (4,9%) dont l'ONH était connue de façon *partielle à totale* au sein des groupes de la famille, la fratrie étant le groupe le plus susceptible d'être au courant de l'ONH (75,1% de connaissance *totale*), suivi des parents (42,4% de connaissance *totale*). Auprès des groupes du milieu de la santé, les médecins de famille étaient le groupe le plus susceptible d'être au courant de l'ONH (77,3% de dévoilement *total*). Au travail, les répondant·e·s dont l'ONH était connue au sein de tous les groupes du milieu étaient nombreux·ses (taux entre 91,1% et 96,8%).



**Tableau 5.5. Les sept indicateurs liés à la connaissance et au dévoilement de l'ONH à travers les classes latentes**

	Total	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Statistique le Wald (df), valeur <i>p</i>
<b>Taille des classes (%)</b>		36,0	29,3	11,1	10,2	8,4	4,9	
<b>Famille d'origine</b>								
Connaissance de l'ONH : parents		a, b, c, d, e	a, f, g, h, i	b, f, j, k	c, g, j, l, m	d, h, k, l, n	e, i, m, n	109,6287(5), <0,001
<i>Nul</i>	9,2	0,0	0,0	19,2	2,9	71,3	15,4	
<i>Partiel</i>	11,5	0,9	0,0	42,2	22,5	24,8	42,2	
<i>Total</i>	79,3	99,1	100	38,6	74,7	3,8	42,4	
Connaissance de l'ONH : fratrie		a,b,c	d,e,f	a,d,g	b,e	c,f,h	g,h	224,0998(5), <0,001
<i>Nul</i>	6,7	0,0	0,0	14,7	8,3	47,2	5,7	
<i>Partiel</i>	9,8	1,3	1,1	27,0	23,1	32,7	19,2	
<i>Total</i>	83,4	98,7	98,9	58,4	68,7	20,1	75,1	
Connaissance de l'ONH : famille élargie		a, b, c	e, f, g	a, e, h	b, f	c, g, i	h, i	30,7276(5), <0,001
<i>Moins de la moitié</i>	25,3	1,0	6,2	61,0	48,9	99,7	58,9	
<i>Plus de la moitié</i>	27,4	18,6	37,7	33,5	41,0	0,3	35,4	
<i>Total</i>	47,3	80,4	56,1	5,5	10,1	0,0	5,7	
<b>Milieu de la santé</b>								
Dévoilement de l'ONH : médecin de famille	77,9	96,3 <sup>a</sup>	85,7 <sup>b</sup>	65,6 <sup>c</sup>	60,6 <sup>d</sup>	8,8 <sup>a,b, c, d, e</sup>	77,3 <sup>e</sup>	16,4436(5), <0,05
Dévoilement de l'ONH : professionnels de la santé		a,b,c,d,e	a,f,g,h	b,f,i	c,g,j	d,h,i,j,k	e,k	94,5916(5), <0,001

<i>Jamais</i>	10,9	0,5	4,2	15,5	17,4	65,5	9,0	
<i>Rarement</i>	20,8	6,5	21,5	37,5	38,7	30,4	30,7	
<i>Parfois</i>	25,2	23,2	31,7	27,4	26,2	3,7	31	
<i>Souvent ou toujours</i>	43,1	69,9	42,6	19,7	17,7	0,5	29,3	
<b>Travail</b>								
Connaissance de l'ONH : collègues		a, b, c, d	a, e, f, g	b, h, i, j	c, e, h, k	d, f, i, l	g, j, k, l	180,5553(5), <0,001
<i>Nul</i>	9,6	0,0	0,1	0,2	48,5	54,9	0,0	
<i>Partiel</i>	46,3	5,5	84,5	93,3	51,5	45,1	3,2	
<i>Total</i>	44,1	94,5	15,4	6,5	0,0	0,0	96,8	
Connaissance de l'ONH : supérieurs		a, b, c, d	a, e, f, g	b, h, i, j	c, e, h, k	d, f, i, k, l	g, j, l	175,4934(5), <0,001
<i>Nul</i>	22,7	0,0	8,9	17,0	100	99,4	0,1	
<i>Partiel</i>	25,4	3,1	56,5	61,6	0,0	0,6	8,8	
<i>Total</i>	52,0	96,9	34,7	21,5	0,0	0,0	91,1	

Notes : la classe 1 est nommée *connaissance quasi totale de l'ONH dans tous les milieux*; la classe 2 *connaissance élevée de l'ONH dans la famille et le milieu de la santé, mais partielle au travail*; la classe 3 *connaissance partielle de l'ONH dans tous les milieux*; la classe 4 *connaissance partielle à totale de l'ONH dans la famille, partielle dans le milieu de la santé et nulle à partielle au travail*; la classe 5 *connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux*; et la classe 6 *connaissance totale de l'ONH au travail et partielle à totale dans la famille et le milieu de la santé*. Les classes partageant un même exposant sur une même ligne sont statistiquement différentes les unes des autres à  $p < 0,05$ . Les tons de gris les plus foncés traduisent une connaissance de l'ONH plus élevée. Le total dépasse parfois 100% en raison de l'arrondissement à une décimale.

#### 5.4 Description de la composition sociodémographique des classes

Le tableau 5.6 rapporte la distribution des caractéristiques sociodémographiques des six classes. Les résultats du test de Wald ont montré une distribution significativement différente entre les classes en fonction de la génération, l'ONH, l'identité et la modalité de genre, le statut conjugal, le statut étudiant, le niveau de scolarité, la racisation, l'homophobie intériorisée ( $p < 0,001$ ) ainsi que la situation de handicap légal ( $p < 0,05$ ). Il n'existait pas de différences statistiquement significatives entre les classes en fonction de la région de résidence et du statut d'immigration ( $p > 0,05$ ).

La classe 1 « *connaissance quasi totale de l'ONH dans tous les milieux* » regroupait une grande majorité de personnes issues de la génération Y (62,3%), monosexuelles (86,4%), d'hommes GBQ+ cisgenres (56,9%), en cohabitation avec un·e partenaire (65,7%), avec un niveau de scolarité supérieur à un diplôme d'études collégiales ou techniques (93,7%). Elle regroupait une faible proportion de PANDC (9,4%), de personnes étudiantes (15,5%), en situation de handicap légal (7,5%) ou vivant de l'homophobie intériorisée (4,1%). Cette classe a été utilisée comme classe de référence pour les comparaisons interclasses. La classe 2 « *connaissance élevée de l'ONH dans la famille et le milieu de la santé, mais partielle au travail* » était composée d'un pourcentage élevé de personnes issues de la génération Y (62,1%), monosexuelles (76,5%), d'hommes GBQ+ cisgenres (46,0%), cohabitant avec un·e partenaire (59,0%) et avec un niveau de scolarité supérieur à un diplôme d'études collégiales ou techniques (92,8%). Elle avait toutefois une plus grande proportion de personnes étudiantes que la classe 1 (26,5%). Comme la classe 1, elle regroupait peu de PANDC (8,6%) et peu de personnes en situation de handicap légal (7%) et qui vivait de l'homophobie intériorisée (11,0%).

La classe 3 « *connaissance partielle de l'ONH dans tous les milieux* » était, contrairement à la classe 1, composée d'un pourcentage non négligeable de personnes issues de la génération Z (46,1%), plurisexuelles (64,5%), de femmes LGBQ+ cisgenres (57,8%), de personnes non binaires (17,6%), célibataires (53,5%), qui n'avaient pas un niveau de scolarité universitaire (51,8%) et qui étaient étudiantes (37,6%). Tout comme la classe 1, elle était composée d'un faible pourcentage de PANDC (14,2%) et de personnes en situation de handicap (10,6%). Elle regroupait toutefois beaucoup plus de personnes qui vivaient de l'homophobie intériorisée (37,7%). La classe 4

« *connaissance partielle à totale de l'ONH dans la famille, partielle dans le milieu de la santé et nulle à partielle au travail* » était composée, contrairement à la classe 1, d'un pourcentage plus élevé de personnes issues de la génération Z (57,2%), plurisexuelles (56,6%), de femmes LGBTQ+ cisgenres (51,3%), de personnes non binaires (13,2%), célibataires (63,9%), avec un niveau de scolarité primaire (20,6%) et étudiantes (55,1%). Comme la classe 1, elle regroupait peu de PANDC (14,2%). Les personnes de cette classe étaient, contrairement à la classe 1, plus nombreuses à être en situation de handicap légal (16,0%) et à vivre de l'homophobie intériorisée (24,9%).

La classe 5 « *connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux* » se distinguait de la classe 1 sur toutes ses caractéristiques sociodémographiques. Elle comportait une majorité de personnes issues de la génération Z (59,7%) et elle était celle qui avait la plus grande proportion de personnes plurisexuelles (91,5%) et de femmes LGBTQ+ cisgenres (64,1%). Elle regroupait plusieurs personnes non binaires (20,9%) et une majorité de personnes célibataires (53,8%). Comparativement à la classe 1, elle comportait plus de personnes avec un niveau de scolarité primaire (21,3%) et de personnes étudiantes (59,4%). Elle regroupait également plus de personnes en situation de handicap légal (13,7%) ainsi que de PANDC (24,9%) que la classe 1. La classe 6 « *connaissance totale de l'ONH au travail et partielle à totale dans la famille et le milieu de la santé* », contrairement à la classe 1, regroupait un plus grand nombre de personnes issues de la génération Z (34,3%), tout en regroupant plusieurs personnes de la génération Y (49,1%). Elle comportait également plusieurs personnes plurisexuelles (39,7%) et célibataires (52,6%). Cette classe était plus divisée au niveau de l'identité et la modalité de genre : elle regroupait 41,6% d'hommes LGBTQ+ cisgenres, 26,7% de femmes LGBTQ+ cisgenres et 19,8% de personnes non binaires. Comme la classe 1, elle regroupait un grand nombre de personnes avec un niveau de scolarité universitaire (75,2%) et peu de personnes étudiantes (28,1%). Contrairement à la classe 1, elle regroupait beaucoup de PANDC (29,4%). Comme la classe 1, la classe 6 comportait peu de personnes en situation de handicap (8,8%), mais moins de personnes y rapportaient de l'homophobie intériorisée (12,3%).

**Tableau 5.5. Distribution des variables sociodémographiques à travers les classes latentes**

	Total	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Statistique de Wald (df), valeur <i>p</i>
<b>Taille des classes (%)</b>		36,0	29,3	11,1	10,2	8,4	4,9	
<b>Génération (%)</b>		abcde	afg	bf	cgh	dhi	ei	3028,3778 (20), <0,001
1936-1940 (parents des <i>baby-boomers</i> ) (82 à 86 ans)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
1946-1965 ( <i>baby-boomers</i> ) (57 à 76 ans)	9,3	13,0	5,7	15,2	5,2	2,6	11,0	
1971-1980 (génération X, <i>baby busters</i> ) (42 à 51 ans)	5,8	9,8	5,8	1,0	0,0	2,8	5,6	
1981-1990 (génération Y, enfants des <i>baby-boomers</i> ) (32 à 41 ans)	54,0	62,3	62,1	37,7	36,7	34,9	49,1	
1993-2004 (génération Z) (18 à 29 ans)	30,8	14,9	26,5	46,1	57,2	59,7	34,3	
<b>Orientation non hétérosexuelle (%)</b>		abcde	afgh	bfij	cgk	dhikl	ejl	201,1521 (10), <0,001
Gai ou lesbienne	65,6	86,4	76,5	35,5	43,4	8,6	60,3	
Bisexual·le	16,8	5,1	10,2	31,1	28,9	53,7	21,0	
Queer	6,7	4,6	5,9	9,6	9,7	10,3	7,7	
Pansexuel·le	10,6	3,7	7,3	23,8	16,4	26,5	11,0	
Autre	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	

<b>Identité et modalité de genre (%)</b>		a,b,c,d	e,f,g,h	a,e,i	b,f	c,g,j	d,h,i,j	120,5177 (20), <0,001
Hommes GBQ+ cisgenres	41,9	56,9	46,0	19,5	27,3	11,0	41,6	
Femmes LGBTQ+ cisgenres	44,0	36,3	42,9	57,8	51,3	64,1	26,7	
Hommes trans	1,7	0,1	2,6	1,2	3,1	3,4	4,1	
Femmes trans	2,2	1,0	1,7	3,8	5,1	0,7	7,7	
Personnes non binaires	10,1	5,7	6,9	17,6	13,2	20,9	19,8	
<b>Statut conjugal (%)</b>		abcd	efgh	ae	bf	cg	dh	133,3942 (10), <0,001
Célibataire	35,7	22,0	28,1	53,5	63,9	53,8	52,6	
En cohabitation avec partenaire	50,1	65,7	59,0	27,1	19,4	29,8	33,0	
Pas de cohabitation avec partenaire	14,2	12,3	13,0	19,5	16,7	16,3	14,4	
<b>Niveau de scolarité (%)</b>		abc	def	adg	beh	cfi	ghi	53,9664 (10), <0,001
Primaire/secondaire	10,0	6,3	7,2	13,4	20,6	21,3	4,5	
Professionnel/collégial	29,5	30,6	25,2	38,4	28,9	34,2	20,3	
Universitaire	60,5	63,1	67,6	48,2	50,6	44,5	75,2	
<b>Statut étudiant (%)</b>	29,5	15,5 <sup>abcde</sup>	26,5 <sup>afgh</sup>	37,6 <sup>bfij</sup>	55,1 <sup>cgik</sup>	59,4 <sup>dhjl</sup>	28,1 <sup>ekl</sup>	118,4162 (5), <0,001
<b>Racialisation (PANDC) (%)</b>	12,3	9,5 <sup>ab</sup>	8,6 <sup>cd</sup>	14,2 <sup>e</sup>	12,2 <sup>fg</sup>	24,9 <sup>acf</sup>	29,4 <sup>bdeg</sup>	31,8349 (5), <0,001

<b>Situation de handicap légal (%)</b>	9,1	7,5 <sup>a</sup>	7,0 <sup>bc</sup>	10,6	16,0 <sup>ab</sup>	13,7 <sup>c</sup>	8,8	12,3442 (5), 0,03
<b>Homophobie intériorisée (élevée) (%)</b>	15,1	4,1 <sup>abcde</sup>	11,1 <sup>afgh</sup>	37,7 <sup>bfi</sup>	24,6 <sup>cg</sup>	36,5 <sup>dhj</sup>	12,3 <sup>eij</sup>	104,1381 (5), <0,001

*Notes : la classe 1 est nommée connaissance quasi totale de l'ONH dans tous les milieux; la classe 2 connaissance élevée de l'ONH dans la famille et le milieu de la santé, mais partielle au travail; la classe 3 connaissance partielle de l'ONH dans tous les milieux; la classe 4 connaissance partielle à totale de l'ONH dans la famille, partielle dans le milieu de la santé et nulle à partielle au travail; la classe 5 connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux; et la classe 6 connaissance totale de l'ONH au travail et partielle à totale dans la famille et le milieu de la santé. Les classes partageant un même exposant sur une même ligne sont statistiquement différentes les unes des autres à  $p < 0,05$ . Les tons de gris les plus foncés traduisent une connaissance de l'ONH plus élevée. Le total dépasse parfois 100% en raison de l'arrondissement à une décimale.*

## 5.5 Description des caractéristiques des milieux propres aux classes

Le tableau 5.7 rapporte la distribution des caractéristiques propres aux milieux à travers les six classes. Les résultats du test de Wald ont montré une distribution significativement différente entre les classes en fonction du soutien social des parents quant à l'ONH, du climat d'acceptation à l'égard des personnes LGBTQ+ dans les services de santé, du soutien social général perçu dans le milieu de travail, du climat d'acceptation à l'égard des personnes LGBTQ+ dans le milieu de travail, de la syndicalisation et de l'ancienneté dans l'organisation ( $p < 0,05$ ).

Les personnes de la classe 1 « *connaissance quasi totale de l'ONH dans tous les milieux* » rapportaient, dans leur famille d'origine, un accès à un soutien *élevé* de leurs parents à l'égard de leur ONH (69,6%). En ce qui a trait au milieu de la santé, cette classe était celle qui regroupait le plus de personnes trouvant le climat dans les services de santé qu'elles fréquentaient *très acceptant* à l'égard des personnes LGBTQ+ (82,2%). En ce qui concerne le milieu de travail, la classe 1 regroupait aussi des proportions élevées de personnes qui recevaient un soutien *moyen à élevé* dans leur milieu de travail (93,9%) et qui œuvraient dans un climat de travail *très acceptant* envers les personnes LGBTQ+ (87,9%). Moins de la moitié était syndiquée (38,1%) et plus de la moitié occupait leur emploi depuis plus de 6 ans (56,0%).

La classe 2 « *connaissance élevée de l'ONH dans la famille et le milieu de la santé, mais partielle au travail* », comme pour la classe 1, regroupait une proportion élevée de personnes qui recevaient un soutien *élevé* de leurs parents à l'égard de leur ONH (62,8%). Pour le milieu de la santé, bien que le pourcentage soit significativement plus faible que pour la classe 1, cette classe regroupait une majorité de personnes qui trouvaient le climat des services de santé qu'elles fréquentaient *très acceptant* envers les personnes LGBTQ+ (64,3%). En ce qui concerne le milieu de travail, tout comme la classe 1, cette classe regroupait plusieurs personnes qui avaient un soutien *moyen à élevé* dans leur milieu (84,0%) et qui œuvraient dans un climat *très acceptant* aux personnes LGBTQ+ (67,7%). Cette classe regroupait également une majorité de personnes syndiquées (58,3%). Près de la moitié cumulait une ancienneté de plus de 6 ans (48,6%) dans leur milieu de travail.

La classe 3 « *connaissance partielle de l'ONH dans tous les milieux* » regroupait, en ce qui concerne la famille d'origine, peu de personnes qui percevaient un soutien *élevé* quant à leur ONH



de la part de leurs parents (16,8%) contrairement à la classe 1. Concernant le milieu de la santé, cette classe regroupait une minorité de personnes qui considéraient que le climat des services de santé qu'elles fréquentaient était *très acceptant* à l'égard des personnes LGBTQ+ (46,2%), et ce, contrairement à la classe 1. Pour le milieu de travail, contrairement à la classe 1, cette classe regroupait une grande proportion de personnes qui rapportaient un soutien *faible* au travail (32,3%). Moins de la moitié considérait le climat dans leur milieu comme *très acceptant* à l'égard des personnes LGBTQ+ (41,7%). Moins de la moitié était syndiquée (43,7%) et la grande majorité occupait leur emploi depuis moins de 5 ans (67,0%).

Les répondant·e·s de la classe 4 « *connaissance partielle à totale de l'ONH dans la famille, partielle dans le milieu de la santé et nulle à partielle au travail* » percevait dans une proportion importante un soutien *élevé* à l'égard de leur ONH de la part de leurs parents (42,9%). Cette classe regroupait des personnes qui considéraient, pour plus de la moitié, que le climat des services de santé qu'elles fréquentaient était *très acceptant* à l'égard des personnes LGBTQ+ (52,6%). Pour le milieu de travail, contrairement à la classe 1, la classe 4 était composée d'une proportion non négligeable de personnes qui considéraient recevoir un soutien *faible* au travail (30,0%) et elle regroupait très peu de personnes qui considéraient leur milieu comme *très acceptant* à l'égard des personnes LGBTQ+ (34,4%). Cette classe regroupait peu de personnes syndiquées (27,1%) et en grande majorité, avec peu d'ancienneté (moins de 5 ans, 80,1%).

La classe 5 « *connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux* » était caractérisée, contrairement à la classe 1, par une très faible proportion de personnes qui considéraient avoir un soutien *élevé* quant à leur ONH de leurs parents (10,9%). Dans le milieu de la santé, contrairement à la classe 1, cette classe était regroupait une faible proportion de personnes qui considéraient que le climat des services de santé qu'elles fréquentaient était *très acceptant* à l'égard des personnes LGBTQ+ (34,9%). En ce qui a trait au milieu de travail, cette classe, contrairement à la classe 1, regroupait plusieurs personnes qui recevaient un soutien social *faible* au travail (34,4%) et moins de la moitié des personnes qui considéraient leur climat de travail comme *très acceptant* à l'égard des personnes LGBTQ+ (40,9%). Tout comme la classe 1, elle regroupait moins de la moitié des personnes qui étaient syndiquées (47,5%). Or, la grande majorité occupait leur emploi depuis moins de 5 ans (77,6%), contrairement à la classe 1.

La classe 6 « *connaissance totale de l'ONH au travail et partielle à totale dans la famille et le milieu de la santé* », dans la famille d'origine, regroupait, contrairement à la classe 1, une faible proportion de personnes qui percevaient un soutien *élevé* à l'égard de leur ONH de la part de leurs parents (10,0%). En ce qui a trait au milieu de la santé, la moitié des personnes de cette classe considérait que le climat des services de santé qu'elles fréquentaient était *très acceptant* aux personnes LGBTQ+ (51,0%), se distinguant significativement de la classe 1. Dans le milieu de travail, cette classe ne se distinguait pas de la classe 1, sauf sur la syndicalisation. Presque la totalité de l'échantillon recevait un soutien *moyen ou élevé* au travail (97,1%) et considérait œuvrer dans un climat *très acceptant* aux personnes LGBTQ+ (85,5%). Cette classe comportait significativement moins de personnes syndiquées que la classe 1 (20,0%).

**Tableau 5.6. Distribution des caractéristiques propres aux milieux de la famille d'origine, de la santé et du travail à travers les classes latentes**

	Total	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Statistique de Wald (df), valeur <i>p</i>
<b>Taille des classes (%)</b>		36,0	29,3	11,1	10,2	8,4	4,9	
<b>Soutien des parents (à l'égard de l'ONH) élevé (%)</b>	51,1	69,6 <sup>abcd</sup>	62,8 <sup>efgh</sup>	16,8 <sup>aei</sup>	42,9 <sup>bfijk</sup>	10,9 <sup>cgi</sup>	10,0 <sup>dhk</sup>	145,2790 (5), <0,001
<b>Climat très acceptant aux personnes LGBTQ+ dans milieu de la santé (%)</b>	64,4	82,2 <sup>abcde</sup>	64,3 <sup>afg</sup>	46,2 <sup>bf</sup>	52,6 <sup>ch</sup>	34,9 <sup>dgh</sup>	51,0 <sup>e</sup>	97,7007 (5), <0,001
<b>Soutien social au travail (général) (%)</b>		abcd	aefg	beh	cfi	dgj	hij	111,9596 (10), <0,001
Soutien bas	16,6	6,1	16,0	32,4	30,0	34,4	2,9	
Soutien moyen	63,8	61,1	70,7	62,1	57,2	53,6	77,3	
Soutien élevé	19,6	32,8	13,4	5,5	12,8	12,0	19,8	
<b>Climat très acceptant aux personnes LGBTQ+ au travail (%)</b>	67,3	87,9 <sup>abcd</sup>	67,7 <sup>aefgh</sup>	41,7 <sup>befi</sup>	34,4 <sup>cj</sup>	40,9 <sup>dgk</sup>	85,5 <sup>hijk</sup>	172,4602 (5), <0,001
<b>Syndicalisation (%)</b>	43,4	38,1 <sup>abc</sup>	58,3 <sup>adef</sup>	43,7 <sup>dgh</sup>	27,1 <sup>begi</sup>	47,5 <sup>ij</sup>	20,0 <sup>cfhj</sup>	43,8617 (5), <0,001

<b>Ancienneté dans l'organisation (%)</b>		abc	de	af	bdfg	ce	g	103,4408 (15), <0,001
Moins de 1 an	19,5	11,9	15,3	23,2	44,7	30,5	19,8	
1 à 5 ans	36,7	32,0	36,1	43,8	35,4	47,1	43,0	
6 à 10 ans	15,4	17,7	17,0	13,2	10,5	9,2	14,9	
11 ans et plus	28,4	38,3	31,6	19,8	9,4	13,3	22,4	

*Notes : la classe 1 est nommée connaissance quasi totale de l'ONH dans tous les milieux; la classe 2 connaissance élevée de l'ONH dans la famille et le milieu de la santé, mais partielle au travail; la classe 3 connaissance partielle de l'ONH dans tous les milieux; la classe 4 connaissance partielle à totale de l'ONH dans la famille, partielle dans le milieu de la santé et nulle à partielle au travail; la classe 5 connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux; et la classe 6 connaissance totale de l'ONH au travail et partielle à totale dans la famille et le milieu de la santé. Les classes partageant un même exposant sur une même ligne sont statistiquement différentes les unes des autres à  $p < 0,05$ . Les tons de gris les plus foncés traduisent une connaissance de l'ONH plus élevée. Le total dépasse parfois 100% en raison de l'arrondissement à une décimale.*

## 5.6 Description des facteurs liés à la santé associés à l'ampleur de la connaissance de l'ONH à travers les classes

Le tableau 5.8 rapporte les différences relatives aux facteurs liés à la santé associés à l'ampleur de la connaissance de l'ONH à travers les classes. Les résultats du test de Wald ont montré que les classes se distinguaient les unes des autres sur les quatre facteurs analysés. La classe 1 « *connaissance quasi totale de l'ONH dans tous les milieux* » regroupait le plus de personnes qui évaluaient favorablement leur santé générale (68,9%) et mentale (53,4%) et qui rapportaient une santé mentale florissante (57,3%). Dans le même ordre d'idée, elle regroupait peu de personnes qui présentaient des niveaux de solitude modérée à sévère (10,3%). La classe 2 « *connaissance élevée de l'ONH dans la famille et le milieu de la santé, mais partielle au travail* » regroupait, comme la classe 1, des personnes qui évaluaient favorablement leur santé générale (67,2%). Elle regroupait toutefois une plus faible proportion de personnes qui évaluaient favorablement leur santé mentale (42,7%) et qui avaient une santé mentale florissante (43,4%). Comme la classe 1, peu de personnes ressentaient une solitude modérée à sévère (13,7%).

La classe 3 « *connaissance partielle de l'ONH dans tous les milieux* » regroupait une faible proportion de personnes qui évaluaient favorablement leur santé générale (43,9%) ainsi que leur santé mentale (21,7%). Elle était également susceptible de regrouper peu de personnes avec une santé mentale florissante (31,1%), mais plusieurs avec une solitude modérée à sévère (27,1%). La classe 4 « *connaissance partielle à totale de l'ONH dans la famille, partielle dans le milieu de la santé et nulle à partielle au travail* » regroupait moins de personnes que dans la classe 1 qui évaluaient favorablement leur santé générale (50,0%) et leur santé mentale (26,8%), qui avaient une santé mentale positive florissante (27,1%) et plus de personnes qui ressentaient de la solitude modérée à sévère (31,2%).

La classe 5 « *connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux* » regroupait une moins grande proportion que la classe 1 de personnes qui évaluaient favorablement leur santé générale (52,7%) et leur santé mentale (25,8%) et qui avaient une santé mentale positive florissante (27,3%). Elle regroupait toutefois plus de personnes qui ressentaient une solitude modérée à sévère (34,5%). La classe 6 « *connaissance totale de l'ONH au travail et partielle à totale dans la famille et le milieu de la santé* », tout comme la classe 1, regroupait plusieurs personnes qui évaluaient

favorablement leur santé générale (62,8%). Toutefois, contrairement à la classe 1, elle regroupait moins de personnes qui évaluaient favorablement leur santé mentale (36,3%), qui avaient une santé mentale positive florissante (34,8%) et plus de personnes qui ressentait de la solitude modérée à sévère (25,6%).

**Tableau 5.7. Distribution des facteurs liés à la santé associés à l'ampleur de la connaissance de l'ONH à travers les classes latentes**

	Total	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Statistique de Wald (df), valeur <i>p</i>
<b>Taille des classes (%)</b>		36,0	29,3	11,1	10,2	8,4	4,9	
<b>Santé générale autoévaluée (très bien à excellente) (%)</b>	62,0	68,9 <sup>abc</sup>	67,2 <sup>def</sup>	43,9 <sup>adg</sup>	50,0 <sup>be</sup>	52,7 <sup>cf</sup>	62,8 <sup>g</sup>	35,8617 (5), <0,001
<b>Santé mentale autoévaluée (très bien à excellente) (%)</b>	40,9	53,4 <sup>abcde</sup>	42,7 <sup>afgh</sup>	21,7 <sup>bf</sup>	26,8 <sup>cg</sup>	25,8 <sup>dh</sup>	36,3 <sup>e</sup>	59,9179 (5), <0,001
<b>Santé mentale positive (florissante) (%)</b>	43,6	57,3 <sup>abcde</sup>	43,4 <sup>afgh</sup>	31,1 <sup>bf</sup>	27,1 <sup>cg</sup>	27,3 <sup>dh</sup>	34,8 <sup>e</sup>	64,1503 (5), <0,001
<b>Solitude (modérée à sévère) (%)</b>	18,1	10,3 <sup>abcd</sup>	13,7 <sup>efgh</sup>	27,1 <sup>ae</sup>	31,2 <sup>bf</sup>	34,5 <sup>cg</sup>	25,6 <sup>dh</sup>	59,4123 (5), <0,001

*Notes* : la classe 1 est nommée *connaissance quasi totale de l'ONH dans tous les milieux*; la classe 2 *connaissance élevée de l'ONH dans la famille et le milieu de la santé, mais partielle au travail*; la classe 3 *connaissance partielle de l'ONH dans tous les milieux*; la classe 4 *connaissance partielle à totale de l'ONH dans la famille, partielle dans le milieu de la santé et nulle à partielle au travail*; la classe 5 *connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux*; et la classe 6 *connaissance totale de l'ONH au travail et partielle à totale dans la famille et le milieu de la santé*. Les classes partageant le même exposant sur une même ligne sont statistiquement différentes les unes des autres à  $p < 0,05$ . Le total dépasse parfois 100% en raison de l'arrondissement à une décimale.

## CHAPITRE VI

### DISCUSSION

Ce mémoire visait à 1) identifier des patrons de connaissance de l'ONH dans trois milieux de vie importants : la famille d'origine, le milieu de la santé et le milieu de travail; 2) décrire les caractéristiques individuelles des personnes regroupées au sein de ces patrons, ainsi que les caractéristiques des milieux dans lesquels elles évoluent; 3) décrire les facteurs liés à la santé associés à ces patrons; et 4) expliciter les stratégies de gestion de la visibilité de leur ONH mobilisées au sein de ces patrons.

L'analyse de classes latentes a permis d'identifier six patrons distincts dans les niveaux de connaissance de l'ONH des répondant·e·s par autrui. L'hétérogénéité dans ces patrons a été constatée sur deux plans : sur le plan intramilieu, la connaissance de l'ONH des répondant·e·s présentant des variations en fonction de la proximité ou de la familiarité des groupes au sein de chacun des milieux, ainsi que sur le plan intermilieu, l'ONH des répondant·e·s étant connue à des niveaux différents entre les milieux analysés. Ces constats seront explicités et discutés dans les pages qui suivent. Le présent chapitre aborde, plus précisément, les points suivants : 1) les différents niveaux de connaissance de l'ONH qui peuvent refléter diverses stratégies de dévoilement ou de dissimulation, 2) le rôle des caractéristiques individuelles et propres au milieu de la famille d'origine, de la santé et du travail dans les divers patrons de connaissance de l'ONH, 3) les facteurs liés à la santé associés à l'ampleur de la connaissance de l'ONH, ainsi que 4) les forces et limites du présent mémoire.

#### 6.1 Des niveaux de connaissance de l'ONH qui reflètent des stratégies de dévoilement et dissimulation

Un constat qui a émergé de l'analyse de classes latentes est la disparité en termes de stratégies de dévoilement ou de dissimulation de l'ONH mobilisées par les personnes LGBQP entre chacune des classes. Ces stratégies peuvent être analysées sous l'angle des quatre profils (passif, intégré, dissimulé et équilibré) de personnes mobilisant diverses stratégies de dévoilement ou de dissimulation de l'ONH élaborés par Cheung et Chan (2019) et inspirés de la catégorisation de Woods (1994). Toutefois, le profil « passif » réfère aux personnes qui font une utilisation moindre



de toutes les stratégies de gestion de la visibilité et nos résultats ne nous permettent pas de mettre en relation ce profil spécifique avec nos classes émergentes.

Trois classes reflètent des niveaux différents (quasi total, quasi nul, partiel) de dévoilement dans tous les milieux à l'étude. Certaines personnes (classe 1 [*connaissance quasi totale de l'ONH dans tous les milieux*]; 36,0%) décrivent des patrons de dévoilement ressemblant ainsi au profil « intégré » élaboré par Cheung et Chan (2019) et inspiré de Woods (1994). Si l'enquête SAVIE-LGBTQ documentait l'ampleur de la connaissance de l'ONH des répondant·e·s et non le dévoilement proprement dit et qu'elle n'a pas documenté les motivations des personnes à ce faire, il est intéressant de noter que dans l'étude de Cheung et Chan (2019), les personnes du profil « intégré » dévoilaient largement leur ONH dans tous les milieux de différentes manières, notamment en laissant intentionnellement des indices pouvant être associés à leur ONH, en dévoilant explicitement leur ONH ou en performant certaines actions ou certains gestes associés aux personnes LGBQP.

Au contraire, la classe 5 [*connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux*] (8,4%) regroupait des personnes qui rapportaient des niveaux de connaissance de l'ONH similaire à ceux du profil « dissimulé » évoqué par Cheung et Chan (2019). Dans leur étude, ce profil était associé à des stratégies d'évitement et de falsification, soit une tendance à dissimuler son ONH et à permettre à autrui d'assumer une OS hétérosexuelle, en évitant de répondre à des questions personnelles ou en évitant les contextes qui favorisent les conversations personnelles, ou en falsifiant intentionnellement certaines informations personnelles (par exemple, en modifiant le genre de son ou sa partenaire lors de discussions avec autrui) (Cheung et Chan, 2019). La classe 3 [*connaissance partielle de l'ONH dans tous les milieux*]; 11,1%) présentait une ampleur de la connaissance de l'ONH similaire au profil « équilibré » élaboré par Cheung et Chan (2019). Pour Cheung et Chan (2019), ce profil ferait usage de plusieurs stratégies de gestion de la visibilité (par exemple, intégré et dissimulé) selon les différents contextes et serait donc composé de personnes qui dévoilent leur ONH lorsque le contexte s'y prête (Cheung et Chan, 2019).

Les trois autres classes évoquaient des stratégies de dévoilement et de dissimulation plus sélectives. Par exemple, les répondant·e·s de la classe 2 [*connaissance totale de l'ONH au travail et partielle à totale dans la famille et le milieu de la santé*] (29,3%) semblaient utiliser des stratégies issues du

profil « intégré » auprès des groupes de la famille d'origine et de leur médecin de famille (connaissance totale de l'ONH élevée), mais des stratégies issues du profil « équilibré » dans leur milieu de travail et auprès des professionnel·le·s de la santé (connaissance partielle de l'ONH élevée).

Les personnes qui composaient la classe 4 [*connaissance partielle à totale de l'ONH dans la famille, partielle dans le milieu de la santé et nulle à partielle au travail*] (10,2%) présentaient des patrons d'ampleur de la connaissance de l'ONH variés, pouvant rejoindre divers profils élaborés par Cheung et Chang (2019). Dans la famille d'origine et le milieu de la santé, les personnes de la classe 4 avaient des patrons de connaissance de l'ONH similaires aux personnes issues du profil « intégré » dans l'étude de Cheung et Chang (2019) (auprès des parents et de la fratrie considérant les taux élevés de connaissance *totale* de l'ONH) ainsi que des stratégies issues du profil « équilibré » (auprès de la famille élargie et des médecins de famille et autres professionnel·le·s de la santé considérant les taux élevés de dévoilement *total* de l'ONH). Dans le milieu de travail, l'ONH était connue à un niveau très faible, ce qui suggère un patron de connaissance de l'ONH similaire au profil « dissimulé » de l'étude de Cheung et Chang (2019). Finalement, les personnes issues de la classe 6 [*connaissance totale de l'ONH au travail et partielle à totale dans la famille et le milieu de la santé*] (4,9%) avaient des patrons de connaissance de l'ONH qui ressemblaient aux personnes issues des profils « équilibré » et « intégré » dans la famille d'origine et dans le milieu de la santé (connaissance *partielle* et *totale* de l'ONH) et issues du profil « intégré » au travail (connaissance *totale* de l'ONH).

## 6.2 Les patrons de connaissance de l'ONH : rôle des caractéristiques individuelles et des caractéristiques propres au milieu de la famille d'origine

La famille d'origine est le milieu, parmi les trois milieux à l'étude, dans lequel l'ONH des répondant·e·s était la plus largement connue, sauf pour la classe 6 [*connaissance totale de l'ONH au travail et partielle à totale dans la famille et le milieu de la santé*]. Au sein de ce milieu familial, deux grands patrons de connaissance de l'ONH étaient observés, l'un dans lequel existait une hiérarchie dans le niveau de connaissance de l'ONH dans les trois groupes analysés (en ordre décroissant : la fratrie, les parents et la famille élargie; cf. les classes 3 [*connaissance partielle de l'ONH dans tous les milieux*], 5 [*connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux*] et 6

[*connaissance totale de l'ONH au travail et partielle à totale dans la famille et le milieu de la santé*]) et un autre où la fratrie et les parents étaient au courant de l'ONH dans des niveaux comparables, alors que la famille élargie était moins susceptible d'être au courant (classes 1 [*connaissance quasi totale de l'ONH dans tous les milieux*] 2 [*connaissance élevée de l'ONH dans la famille et le milieu de la santé, mais partielle au travail*] et 4 [*connaissance partielle à totale de l'ONH dans la famille, partielle dans le milieu de la santé et nulle à partielle au travail*]). La famille élargie était, de manière constante entre les classes, le sous-groupe familial le moins susceptible d'être au courant de l'ONH des personnes répondantes.

Ces résultats confirment en partie ceux de Grafsky et al. (2018) qui constataient que l'ampleur du dévoilement de l'ONH au sein de la famille d'origine dépend notamment de la nature horizontale, verticale et diagonale des relations. Ainsi, les relations avec la fratrie, qualifiées d'horizontales, seraient davantage marquées par la réciprocité et l'égalitarisme, avec des sentiments d'anxiété, d'obligation, de loyauté et de proximité émotionnelle qui motivent le dévoilement de l'ONH. Cette horizontalité s'accompagnerait d'une moindre peur du jugement que dans des relations verticales (par exemple, avec les parents) et un confort plus élevé à faire connaître son ONH.

Nos résultats suggèrent que pour trois des six classes (3, 5 et 6), la fratrie est en effet le sous-groupe familial toujours le plus susceptible d'être au courant de l'ONH des répondant·e·s. Quant aux relations parentales, dites verticales par Grafsky et al. (2018), elles seraient plutôt marquées par des limites, des règles implicites concernant l'obéissance, le respect et l'autorité, un certain degré de dépendance unidirectionnelle (enfants) et un certain degré unilatéral de pouvoir et de responsabilité (parents). Cette nature verticale amènerait une plus grande peur quant aux répercussions négatives (rejet, proximité émotionnelle affectée, perte de soutien financier, etc.) pouvant parfois limiter le dévoilement de son ONH aux parents (Grafsky et al., 2018; Potoczniak et al., 2009). Toutefois, certaines personnes LGBQP veulent tout de même que leurs parents soient au courant de leur ONH pour diverses raisons, notamment pour mener une vie plus fidèle à qui elles sont, augmenter la proximité émotionnelle entre elleux (LaSala, 2010), avoir accès à du soutien de leur part ou se libérer des efforts quotidiens nécessaires pour dissimuler une ONH (Roe, 2017). Ainsi, plusieurs personnes LGBQP voient le dévoilement de leur ONH à leurs parents comme nécessaire à leur santé mentale (Roe, 2017).

Quant à la famille élargie, dont les relations sont qualifiées de diagonales, elle constituerait presque toujours le groupe familial le moins au courant de l'ONH. Selon Grafsky et al. (2018), ces relations « diagonales » seraient marquées par une proximité émotionnelle moindre que les relations verticales (parents) ou horizontales (fratrie). Les personnes LGBQP auraient donc tendance à ne pas considérer le dévoilement de leur ONH à leur famille élargie comme une nécessité ou une obligation en raison de cette moindre proximité émotionnelle ainsi que de la séparation géographique entre certaines personnes de ce groupe (Grafsky et al., 2018). Ces facteurs semblent utiles pour mettre en contexte nos propres constats d'une faible connaissance de l'ONH au sein de la famille élargie dans tous les patrons observés.

Si la classe 5 [*connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux*] présentait une hiérarchie similaire (en ordre décroissant : fratrie, parents et famille élargie), elle présentait des taux de connaissance de l'ONH généralement plus faibles que les autres classes dans la famille d'origine. Les particularités démographiques de la classe 5 pourraient jouer un rôle. Elle regroupait, avec la classe 6, le plus grand nombre de PANDC. Les PANDC LGBQP rencontrent des défis particuliers liés au dévoilement de leur ONH à leurs parents que les personnes blanches ne vivent pas (Riley, 2010). Un de ces défis est la peur du rejet ou de la discrimination, pouvant entraîner subséquemment une absence de soutien et le sentiment d'être seules face au vécu quasi quotidien du racisme (Balsam et al., 2015). Les PANDC LGBQP pourraient dissimuler davantage leur ONH afin de maintenir des liens familiaux étroits harmonieux (D'Augelli et Grossman, 2001; Parks et al., 2004).

La classe 5 [*connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux*] regroupait également une majorité de femmes LGBQ+ cisgenres (64,1%). Plusieurs études n'avaient pas trouvé de différences en matière d'identité de genre (hommes cisgenres vs femmes cisgenres) en ce qui a trait au dévoilement de l'ONH (D'Augelli et al., 2005; D'Augelli et al., 2010; Rothman et al., 2012). Toutefois, la classe 5 regroupait une grande majorité de personnes avec une ONH plurisexuelle (91,5%). Plusieurs études avaient révélé que les personnes avec une OS plurisexuelle étaient moins susceptibles de dévoiler leur ONH aux membres de leur famille d'origine que celles avec une OS monosexuelle en raison d'attitudes et de préjugés négatifs qui circulent à leur égard et qui les découragent de se rendre visibles (Brewster et Moradi, 2010; Scherrer et al., 2015 ;

Schrimshaw et al., 2018), ainsi qu'une moindre pression sociale à dévoiler leur ONH, particulièrement lorsqu'elles sont engagées dans une relation hétérosexuelle stable (D'Augelli et al., 2005; Eliason, 1997; Pistella et al., 2016).

On trouvait aussi dans la classe 5 une majorité de personnes (59,8%) issues de la génération Z (1993-2004). Il est possible qu'en raison de leur jeune âge, ces personnes étaient conscientes de leur ONH depuis moins longtemps que les autres, résultant en un dévoilement moindre dans leur famille d'origine et donc une connaissance plus faible de leur ONH à travers les différents groupes qui la composent. En effet, les personnes LGBTQP suivent des trajectoires de développement et d'intégration de l'OS variées et la période entre la prise de conscience et son dévoilement à autrui varie d'une personne à l'autre. Cette période peut s'échelonner sur plusieurs années, considérant que le dévoilement de l'ONH à la famille d'origine est intimement lié au confort et à la certitude quant à son ONH (Grafsky, 2018; Roe, 2017).

Certaines caractéristiques propres au milieu familial étaient aussi associées à la connaissance de l'ONH. En l'occurrence, les classes qui présentaient les plus faibles taux de connaissance *totale* de l'ONH aux parents (les classes 3, 5 et 6) étaient aussi celles avec les plus faibles proportions de personnes qui percevaient un soutien élevé de leurs parents à l'égard de leur ONH (entre 10,0% et 16,8%). On peut supposer que certaines personnes de ces trois classes anticipaient une réaction négative des parents qui freinait le dévoilement de leur ONH à ce groupe familial (Brooks, 2016). Ces trois classes regroupaient toutefois également des personnes dont l'ONH était connue des parents (pour la classe 3; 38,6% de connaissance *totale*, 42,2% de connaissance *partielle*, pour la classe 5; 3,8% de connaissance *totale*, 24,8% de connaissance *partielle*, et pour la classe 6; 42,4% de connaissance *totale*, 42,2% de connaissance *partielle*) sans avoir accès à du soutien de leur part. Le taux élevé de personnes plurisexuelles dans les classes 3 et 5 peut contribuer à expliquer le soutien plus faible des parents quant à l'ONH de leurs enfants, un constat notamment posé par Shilo et Shivaya (2011) concernant les personnes bisexuelles. Le pourcentage élevé de personnes racisées dans les classes 5 et 6 peut également constituer une explication plausible au soutien plus faible des parents considérant le rejet dont les personnes LGBTQPA+ racisées peuvent faire l'objet en contexte familial, notamment en raison de normes culturelles défavorables à la diversité sexuelle (Balsam et al., 2015; Balsam et al., 2011).

### 6.3 Les patrons de dévoilement de l'ONH : les caractéristiques individuelles et propres au milieu de la santé à travers les classes

Dans le milieu de la santé, les médecins de famille étaient, dans chacune des classes, le groupe le plus au courant de l'ONH. En effet, la proportion des participant·e·s dont le médecin de famille était au courant de leur ONH était élevée dans l'échantillon global (77,9%) et variait, sauf pour la classe 5 [*connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux*], de 60,6% à 96,4% dans les classes 1, 2, 3, 4 et 6 (sans distinction significative entre elles). Il n'est pas surprenant que les personnes LGBTQP dévoilaient davantage leur ONH à leur médecin de famille qu'aux autres professionnel·le·s de la santé, considérant la relation unique caractérisée par une proximité relationnelle dans certains cas entre les médecins de famille et leurs patient·e·s au Québec (Côté et al., 2019). Les médecins de famille sont plus que fréquemment le premier contact avec le milieu de soins de santé et prennent en compte toutes les problématiques de santé d'un·e patient·e, y compris celles liées à la santé sexuelle (Law et al., 2015). L'ONH des patient·e·s est donc souvent une information pertinente pour les médecins de famille, leur permettant d'effectuer des recommandations de soins mieux adaptées à la réalité de chacun·e (par exemple, moyens de contraception, tests pour les ITSS, etc.) (Diamant et al., 2000; Mor et al., 2015; Petroll et Mosack, 2011). Des études ont aussi révélé qu'une facilité à communiquer avec son professionnel·le de la santé, un sentiment de confort, une satisfaction à l'égard des soins prodigués et une confiance à son égard sont des facteurs importants associés positivement au dévoilement de l'ONH et sont plus susceptibles d'émerger dans une relation sur le long terme, comme celle avec un médecin de famille (Saint-Pierre, 2012).

Bien que nous ne puissions exclure que certaines personnes répondantes aient aussi compté leur médecin de famille parmi les « autres professionnel·le·s de la santé », la proportion qui dévoilait leur ONH « souvent ou toujours » aux professionnel·le·s de la santé était toujours plus faible, variant de 17,7% à 69,9% dans les classes 1, 2, 3, 4 et 6, et pratiquement *nulle* dans la classe 5 (< 1,0%). Contrairement aux médecins de famille, des différences significatives existaient entre les classes en ce qui concerne les taux de dévoilement aux professionnel·le·s de la santé. Effectivement, la classe 1 [*connaissance quasi totale de l'ONH dans tous les milieux*] était différente de toutes les autres et rassemblait le plus grand nombre de participant·e·s qui dévoilaient leur ONH « souvent ou toujours » (69,9%), alors que la classe 5 [*connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les*

*milieux*] se distinguait également de toutes les autres classes en étant celle qui comportait le plus grand nombre de personnes qui ne dévoilaient jamais leur ONH aux professionnel·le·s de la santé (65,5%). Les personnes LGBQP seraient moins nombreuses à dévoiler leur ONH aux professionnel·le·s de la santé autres que leur médecin de famille (par exemple, podiatre, endocrinologue, dentiste, etc.) pour diverses raisons, dont le fait qu'elles considèrent que la connaissance de leur ONH par ces professionnel·le·s n'est pas pertinente à la consultation médicale et qu'elle relève de leur vie privée dans ces circonstances (Boehmer et Case, 2004; Saint-Pierre, 2012).

La classe 5 [*connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux*] présentait une hiérarchie similaire aux autres classes (ordre décroissant : médecin de famille, professionnel·le·s de la santé), mais elle présentait des taux de connaissance de l'ONH significativement plus faibles que les autres classes pour les deux groupes de professionnel·le·s de la santé. Une des explications possibles est qu'elle comporte une grande proportion de personnes avec une OS plurisexuelle, ces dernières étant moins susceptibles de dévoiler leur OS aux professionnel·le·s de la santé, incluant leur médecin de famille, et ce, surtout si elles ne sont pas engagées dans une relation intime ou sexuelle avec une personne du même genre (Durso et Meyer, 2013; Mor et al., 2015; Mosack et al., 2013; Polek et al., 2008). La classe 5 rassemblait d'ailleurs plus de 50% de répondant·e·s célibataires. La classe 5 regroupait également plusieurs femmes (64,1% de femmes LGBPQ cisgenres et 0,7% de femmes trans). Le vécu du sexisme auquel elles sont exposées dans le milieu de la santé, notamment lorsqu'elles ne correspondent pas aux normes de genre, de pair avec l'hétérosexisme, les rendent plus vulnérables au vécu d'expériences négatives avec les professionnel·le·s de la santé et peut contribuer à les décourager de dévoiler leur ONH dans ce milieu (Austin, 2013).

La classe 5 [*connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux*] comportait également près d'un quart de personnes racisées, un groupe moins susceptible de dévoiler son ONH aux professionnels de la santé. En effet, Bernstein et ses collègues (2008) ont rapporté que 61% de leur échantillon de personnes HARSAH et racisés n'avaient pas dévoilé leur ONH à un·e professionnel·le de la santé. Qui plus est, la totalité de celles qui avaient dévoilé leur ONH s'identifiait comme gaies, alors qu'aucune personne bisexuelle (19% de leur échantillon) ne l'avait dévoilée (Bernstein et al., 2008).

Cette classe comportait également une grande proportion de personnes qui n'avait pas atteint un niveau de scolarité universitaire (21,3% primaire et 34,2% collégial/professionnel). Un plus faible niveau d'éducation a été associé à un plus faible niveau de dévoilement de l'ONH parmi les professionnel·le·s de la santé (Petroll et Mosack, 2011). Il est possible que les personnes LGBQP moins scolarisées soient moins sensibilisées à l'importance de partager leur ONH à leur professionnel·le de santé (Ruben et Fullerton, 2018). Elle regroupait également des personnes avec des niveaux d'homophobie intériorisée élevés (36,5%), ce qui constitue un obstacle au dévoilement de l'ONH, incluant dans le milieu de la santé (Saint-Pierre, 2012).

La classe 5 [*connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux*] présentait aussi le plus grand nombre de personnes (65,1%) parmi toutes les classes qui considéraient que le climat des services de santé qu'elles fréquentaient n'était *pas très acceptant* à l'égard des personnes LGBTQ+. Percevoir une faible acceptation des personnes LGBTQ+ dans le milieu de la santé en raison par exemple du milieu, des cadres de services ou des signes visuels, a effectivement été associé négativement au dévoilement de l'ONH dans les écrits scientifiques (Boehmer et Case, 2004; Biddix et al., 2013; Koh et al., 2014).

Les autres classes (1, 2, 3, 4 et 6) comportaient significativement plus de personnes qui avaient dévoilé leur ONH aux professionnel·le·s de la santé (incluant les médecins de famille) que dans la classe 5. Bien que ces classes soient composées de personnes avec des caractéristiques distinctes sur le plan individuel et qu'elles évoluaient dans des milieux distincts, elles ne se distinguaient pas de manière significative sur le plan du dévoilement de l'ONH au médecin de famille.

Les personnes qui se trouvaient dans les classes 1 [*connaissance quasi totale de l'ONH dans tous les milieux*] et 2 [*connaissance élevée de l'ONH dans la famille et le milieu de la santé, mais partielle au travail*], par exemple, présentaient des caractéristiques individuelles similaires qui apparaissent comme des facilitateurs pour dévoiler son ONH dans le milieu de la santé. En effet, ces personnes étaient en majorité blanches, LG, en couple et très scolarisées. La classe 1 était aussi la seule de toutes les classes qui comportait significativement plus de personnes qui considéraient le climat de santé qu'elles fréquentaient ou avaient fréquenté comme *très acceptant* à l'égard des personnes LGBTQ+.



Les personnes qui composaient les classes 3 [*connaissance partielle de l'ONH dans tous les milieux*], 4 [*connaissance partielle à totale de l'ONH dans la famille, partielle dans le milieu de la santé et nulle à partielle au travail*] et 6 [*connaissance totale de l'ONH au travail et partielle à totale dans la famille et le milieu de la santé*] se distinguaient moins sur le plan individuel et des milieux de la classe 5, que les personnes des classes 1 et 2. En effet, les classes 3, 4 et 6 comportaient toutes significativement plus de personnes monosexuelles (respectivement, 35,5%, 43,4% et 60,3%) que celles dans la classe 5 [*connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux*], où se concentrent les personnes plurisexuelles. Cette différence peut suggérer que les personnes LG bénéficient d'une certaine normalisation de l'homosexualité qui leur permet d'appréhender avec moins d'anticipation négative les effets de leur dévoilement sur leur relation avec leur médecin de famille ou les autres professionnel·le·s de la santé. La littérature documente effectivement que les personnes LG dévoilent davantage leur ONH que les personnes avec une ONH plurisexuelle aux professionnel·le·s de la santé (Durso et Meyer, 2013). La classe 4 comportait également significativement moins de PANDC (12,2%) que la classe 5, qui était celle qui en comportait le plus avec la classe 6. Cette différence peut suggérer que les personnes blanches jouissent d'un privilège en raison de leur appartenance à un groupe majoritaire dans le milieu de la santé québécois, majoritairement blanc, et ne font pas face aux mêmes défis que les personnes PANDC (Bernstein et al., 2008).

De plus, la classe 6 [*connaissance totale de l'ONH au travail et partielle à totale dans la famille et le milieu de la santé*], comparativement à la classe 5 [*connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux*], regroupait plus de personnes universitaires (75,2%), issues de la génération Y (32 à 41 ans) (49,1%) que de la génération Z (18 à 29 ans), et moins de personnes vivant de l'homophobie intériorisée (12,3%). Ces résultats sont parlants, compte tenu du fait que bien que les personnes de la classe 6 peuvent rencontrer des entraves au dévoilement de leur ONH auprès des professionnel·le·s de la santé telles que leur racisation, mais elles ont aussi des caractéristiques qui le favorisent. Effectivement, en plus d'avoir une OS monosexuelle, les personnes de la classe 6 étaient plus âgées que celles de la classe 5, ce qui peut faire en sorte qu'elles fréquentent un médecin depuis plus longtemps et qu'elles aient développé une relation de confiance qui peut permettre le partage d'informations comme l'ONH (Saint-Pierre, 2012). Il est également possible que ces personnes soient conscientes de leur ONH depuis plus longtemps en raison de leur âge, ce

qui peut permettre une plus grande intégration ou acceptation de leur ONH, les menant à être plus à l'aise de dévoiler leur ONH aux professionnel·le·s de la santé (Balik et al., 2020). Le peu de personnes qui vivaient de l'homophobie intériorisée peut également témoigner de l'aisance avec leur ONH. Finalement, le fait que les personnes issues de la classe 6 étaient aussi majoritairement universitaires traduit un possible accès à de l'information pertinente concernant la santé sexuelle des personnes LGBTQP qui favorisait la prise de conscience de la pertinence de dévoiler leur ONH à des professionnel·le·s de la santé (Petroll et Mosack, 2011).

#### 6.4 Les patrons de connaissance de l'ONH : les caractéristiques individuelles et propres au milieu du travail à travers les classes

En ce qui concerne le milieu de travail, les collègues étaient le groupe le plus souvent informé de l'ONH, sauf pour deux classes (2 et 3). Les patrons de dévoilement dans ce milieu suivaient donc plus souvent la hiérarchie suivante (en ordre décroissant) : collègues, puis supérieur·e·s. Les explications possibles sont multiples. Tout d'abord, les personnes employées sont généralement plus souvent en contact avec leurs collègues qu'avec leurs supérieur·e·s et ont donc plus d'opportunités de dévoiler leur ONH au cours des conversations informelles (Dormann et Zapf, 1999; Griffith et Hebl, 2002). De plus, considérant que les relations entre collègues sont particulièrement importantes dans le milieu de travail en raison du temps considérable consacré à l'interaction entre pairs, du soutien social réciproque et du sentiment d'appartenance qu'elles peuvent apporter, les personnes LGB peuvent développer une proximité émotionnelle avec leurs collègues qui favorise le dévoilement de leur ONH (Dormann et Zapf, 1999; Griffith et Hebl, 2002).

Il y avait toutefois deux classes (2 [*connaissance totale de l'ONH au travail et partielle à totale dans la famille et le milieu de la santé*] et 3 [*connaissance partielle de l'ONH dans tous les milieux*]) dans lesquelles le niveau de connaissance *totale* de l'ONH était plus élevé pour les supérieur·e·s que pour les collègues. Il est possible que ces personnes LGBTQP composant ces deux classes désiraient mettre au courant leurs supérieur·e·s de leur ONH, notamment lorsqu'elles avaient un·e conjoint·e de fait ou qu'elles étaient mariées afin de bénéficier des avantages sociaux dont les personnes hétérosexuelles jouissent (par exemple, prestations de retraite, assurances) (Bell et al., 2011). Elles avaient notamment des taux de syndicalisation élevés (plus de 40%), pouvant

possiblement traduire une protection supplémentaire par rapport aux personnes non syndiquées contre les décisions arbitraires ou discriminatoires que peuvent prendre les supérieur·e·s.

Deux autres classes (4 [*connaissance partielle à totale de l'ONH dans la famille, partielle dans le milieu de la santé et nulle à partielle au travail*] et 5 [*connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux*]) comportaient des personnes dont l'ONH était très peu connue dans leur milieu de travail, tant auprès des collègues que des supérieur·e·s. Cette faible connaissance de l'ONH peut être expliquée par certaines caractéristiques propres aux personnes et au milieu de travail. Au niveau individuel, ces deux classes comportaient significativement plus de personnes étudiantes (51,1% pour la classe 4 et 59,4% pour la classe 5) que les autres classes. Les personnes étudiantes ont en plus grand nombre un « emploi étudiant », souvent précaire et dans lequel elles n'œuvrent pas pour longtemps. Ainsi, l'aspect temporaire de l'emploi pourrait les décourager de se confier sur leur ONH aux membres de leur milieu (King et al., 2017). De plus, ces classes regroupaient une majorité de femmes LGBTQ+ cisgenres (64,1%). À la lumière de Morand et ses collègues (2023), les femmes plurisexuelles sont, comparativement aux hommes cisgenres gais, largement plus susceptibles de dissimuler leur ONH, ce qui pourrait expliquer les taux de dévoilement très faibles dans cette classe.

Les classes 4 et 5 ne se distinguaient pas de manière significative des autres classes sur d'autres variables individuelles. Or, une d'entre elles, ou parfois les deux, se distinguaient de manière significative des autres classes sur trois variables du milieu de travail : l'ancienneté, le soutien social général élevé et le climat d'acceptation à l'égard des personnes LGBTQ+. Effectivement, la classe 4 [*connaissance partielle à totale de l'ONH dans la famille, partielle dans le milieu de la santé et nulle à partielle au travail*] se distinguait significativement de toutes les classes en ayant la plus forte proportion de personnes avec peu d'ancienneté (moins d'un an, 44,7%). Ce résultat concorde avec les travaux antérieurs montrant que les personnes nouvellement employées sont moins portées à dévoiler leur ONH que celles qui ont intégré le milieu depuis plusieurs années puisqu'elles sont plus susceptibles d'être à la recherche d'une acceptation sociale et moins susceptibles d'avoir créé une proximité émotionnelle avec un·e ou des collègues favorisant un dévoilement (Bauer et al., 2007; King et al., 2017). La classe 5 [*connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux*] comportait également beaucoup de personnes nouvellement employées

(moins d'un an dans l'organisation) (30,5%), mais elle ne se distinguait pas de manière significative de toutes les classes comme la classe 4.

De plus, les classes 4 et 5 étaient celles, avec la classe 3, qui regroupaient significativement moins de personnes qui mentionnaient recevoir un soutien social *élevé* au travail (respectivement, 12,8% et 12%). Considérant leur faible ancienneté dans l'organisation, il est possible qu'elles n'aient pas eu l'occasion de tisser des liens significatifs dans leur milieu de travail, menant à une absence ou un faible soutien social et une connaissance partielle ou nulle de leur ONH par les groupes au sein du milieu de travail (Kahn, 1990; Wax et al., 2018).

Les classes 3, 4 et 5 se distinguaient également de manière significative de toutes les classes au niveau du climat d'acceptation des personnes LGBTQ+ au travail. Ces classes avaient les proportions les plus faibles de personnes qui considéraient que le climat dans lequel elles œuvraient au travail était *très acceptant* à l'égard des personnes LGBTQ+ (respectivement 34,4% et 40,9%). Selon la méta-analyse de Wax et ses collègues (2018), le climat de l'organisation est la caractéristique propre au milieu de travail la plus fortement associée au dévoilement. Ainsi, lorsque les personnes LGBT ne sentent pas qu'elles peuvent vivre un traitement différentiel en raison de leur ONH (par exemple, être renvoyée ou discriminée) dans leur milieu de travail et qu'au contraire, elles sentent subir le même traitement que les personnes hétérosexuelles, elles auraient tendance à dévoiler davantage leur ONH auprès de toutes les personnes dans leur milieu (Wax et al., 2018).

Les personnes qui dévoilaient presque *totalemment* leur ONH à toutes les personnes dans leur milieu de travail (classe 1 [*connaissance quasi totale de l'ONH dans tous les milieux*] et 6 [*connaissance totale de l'ONH au travail et partielle à totale dans la famille et le milieu de la santé*]) étaient, contrairement aux personnes issues des classes 4 et 5, celles qui avaient une plus grande ancienneté dans leur emploi, qui recevaient un soutien social élevé des personnes dans leur milieu de travail et qui considéraient leur climat de travail comme très acceptant à l'égard des personnes LGBTQ+. Les variables propres au milieu de travail semblaient exercer une influence plus importante que les variables individuelles sur la connaissance de l'ONH des personnes répondantes chez les différentes personnes dans leur milieu de travail. Ce constat va dans le même sens que la méta-analyse de Wax et ses collègues (2018), qui était la première à établir la prépondérance des variables liées au milieu de travail (par exemple, soutien social perçu, climat d'acceptation à l'égard

des personnes LGBTQ+) sur les variables qui se rapportaient davantage à l'individu (par exemple, satisfaction au travail) pour prédire le dévoilement de l'ONH des personnes LGBQP.

Le milieu de travail est effectivement un milieu dans lequel œuvrent toutes les personnes, dont les personnes LGBQP, de manière quasi quotidienne, que ce soit en présentiel ou en télétravail. De ce fait, les conséquences qu'un dévoilement de l'ONH dans ce milieu peut entraîner peuvent être redoutées par les personnes LGBQP, puisqu'elles pourraient être vécues de façon quotidienne et avoir un impact permanent sur leur vie (par exemple, financier, si une perte d'emploi ou un refus de promotion survenait). Les personnes LGBQP accorderaient ainsi potentiellement une grande importance aux caractéristiques du milieu de travail (soutien social, climat acceptant, etc.) pour déterminer si elles vont effectuer un dévoilement, ou non, de leur ONH (Wax et al., 2018).

#### 6.5 Facteurs liés à la santé associés à l'ampleur de la connaissance de l'ONH

Les six classes variaient également en fonction de quatre facteurs liés à la santé associés à l'ampleur de la connaissance de l'ONH : la santé générale autoévaluée de *très bien à excellente*, la santé mentale autoévaluée de *très bien à excellente*, la santé mentale positive *florissante* et la solitude *modérée à sévère*. La gestion de la visibilité de l'ONH semble être une explication plausible pour expliquer les disparités en ce qui a trait à ces facteurs entre les six classes. Dans le présent mémoire, les personnes issues des classes 1 [*connaissance quasi totale de l'ONH dans tous les milieux*], 2 [*connaissance totale de l'ONH au travail et partielle à totale dans la famille et le milieu de la santé*] et 6 [*connaissance totale de l'ONH au travail et partielle à totale dans la famille et le milieu de la santé*] étaient celles dont l'ONH était connue avec une plus grande ampleur à travers les milieux et qui avaient les scores les plus élevés au niveau des facteurs liés à la santé. En effet, bien que les personnes de la classe 6 aient toujours les taux les plus faibles parmi les trois, les taux de santé générale autoévaluée de *très bien à excellente* chez les personnes des classes 1, 2 et 6 variaient entre 62,8% et 68,9%, ceux de la santé mentale autoévaluée de *très bien à excellente* se situaient entre 36,3% et 53,4% et ceux de la santé mentale positive florissante étaient entre 34,8% et 57,3%. Le niveau de solitude de *modérée à sévère* n'excédait pas 25,6%.

Ces résultats concordent avec l'étude de Roe (2017), illustrant l'association entre le dévoilement de l'ONH au sein de la famille d'origine et une meilleure santé mentale. D'autres études ont

toutefois révélé que la perception de soutien à l'égard de l'ONH était plus susceptible que le dévoilement de l'ONH de prédire des conséquences positives ou négatives sur la santé générale et mentale des personnes LGBTQ+ (Rosario et al., 2009; Rothman et al., 2012; Willoughby et al., 2008). Toutefois, même si les personnes issues de la classe 6 avaient une perception de soutien très faible de leurs parents quant à leur ONH, elles avaient des taux relativement élevés sur les différents facteurs liés à la santé, bien que moindres que les classes 1 et 2. De plus, dévoiler son ONH aux professionnel·le·s de la santé a également été associé, dans plusieurs études, à une meilleure santé mentale et à une meilleure santé générale (Dardick et Grady, 1980; Diamant et al., 2000; Durso et Meyer, 2013; Meckler et al., 2006; Mor et al., 2015; Mosack et al., 2013; Petroll et Mosack, 2011; Polek et al., 2008; Steele et al., 2006), tout comme dans le milieu de travail, dans lequel le dévoilement a été associé à la santé mentale des personnes LGBTQ+, notamment à une diminution de l'anxiété et des symptômes dépressifs (Goldberg et Smith, 2013).

Les trois autres classes, soit la 3 [*connaissance partielle de l'ONH dans tous les milieux*], 4 [*connaissance partielle à totale de l'ONH dans la famille, partielle dans le milieu de la santé et nulle à partielle au travail*] et 5 [*connaissance quasi nulle de l'ONH dans tous les milieux*] étaient celles dont l'ONH était connue avec une moins grande ampleur à travers les divers milieux et qui avaient simultanément les scores les plus faibles au niveau des facteurs liés à la santé. Ces trois classes n'avaient pas de taux de santé générale autoévaluée de *très bien à excellente* qui dépassaient 52,7%. Pour la santé mentale autoévaluée de *très bien à excellente*, les taux se situaient entre 21,7% et 26,8%, tandis que pour la santé mentale *florissante*, ils se situaient entre 27,1% et 31,1%. Le niveau de solitude allait jusqu'à 34,5%. Dans la famille d'origine, la perception d'un faible soutien parental quant à son ONH a notamment été associée à des conditions et des comportements de santé négatifs à l'âge adulte (par exemple, dépression, anxiété, consommation de substances), mais pas la dissimulation ou le dévoilement en tant que tels (Rothman et al., 2012; Savin-Williams, 1994). Une étude menée dans le milieu de la santé a révélé que les personnes qui dissimulaient ou dévoilaient peu leur ONH aux professionnel·le·s de la santé avaient une moins bonne santé générale, étant donné qu'elles n'avaient pas pu bénéficier de services spécialisés (par exemple, tests spécifiques pour ITSS ou ressources inclusives pour personnes LGBTQ+; Petroll et Mosack, 2011). En milieu de travail, lorsque le contexte dans lequel les personnes LGBTQP évoluent est perçu comme étant non-soutenant et qu'elles dissimulent conséquemment leur ONH, ces personnes

sont susceptibles de vivre des conséquences négatives sur leur santé mentale, notamment d'avoir des taux d'anxiété plus élevés que celles qui œuvrent dans un milieu soutenant et qui dévoilent leur ONH (Huffman et al., 2008; Stewart et al., 2011).

Les résultats soulèvent diverses hypothèses. Tout d'abord, dans le présent mémoire, les personnes dont l'ONH était connue avec une plus grande ampleur dans les divers milieux de vie étaient celles qui avaient le plus de caractéristiques appartenant à des groupes majoritaires (scolarité universitaire, OS monosexuelle, identité de genre homme et modalité de genre cis, faible homophobie intériorisée, etc.) et qui évoluaient dans des milieux avec des conditions favorables à leur bien-être (soutien social, climat très acceptant à leur égard, plus de sécurité dans l'emploi, etc.). Au contraire, les personnes dont l'ONH était connue avec une moins grande ampleur dans les milieux étaient aussi celles qui avaient le plus de caractéristiques appartenant à des groupes minorisés (scolarité primaire, racisation, OS plurisexuelle, identité de genre femme et non binaire, modalité de genre trans, homophobie intériorisée élevée, etc.) et qui évoluaient dans des milieux avec des conditions plutôt défavorables à leur bien-être (faible soutien social, climat très peu acceptant à leur égard, etc.). Ce résultat soulève d'abord la possibilité d'une relation bidirectionnelle entre le dévoilement de l'ONH et la santé et le bien-être des personnes LGBTQP. Plus précisément, dévoiler son ONH pourrait engendrer une meilleure santé mentale et physique, mais le contraire pourrait aussi être vrai : une bonne santé mentale et physique pourrait engendrer des conditions favorables au dévoilement de son ONH. Toutefois, ce résultat peut également émerger dans le contexte d'une cause commune. De manière plus spécifique, l'hypothèse d'une cause commune suggérerait qu'il n'y aurait pas de relation directe entre le dévoilement de l'ONH et la santé et le bien-être, mais bien une cause commune aux deux, c'est-à-dire des conditions sociales privilégiées qui favorisent à la fois le dévoilement et la bonne santé, et au contraire, des conditions sociales défavorables qui entraveraient à la fois le dévoilement de l'ONH et la bonne santé.

L'état de santé plus précaire des personnes qui constituaient les classes 3, 4 et 5 peut également constituer le reflet de l'hypervigilance requise pour contrôler l'information sur leur ONH dans les différents milieux dans lesquels elles naviguaient. Gérer la visibilité de son ONH dans plusieurs milieux de vie et tenter de la dissimuler par peur d'être rejetées, exclues ou renvoyées par son entourage peut effectivement épuiser psychologiquement et entraîner des conséquences négatives

au niveau du bien-être général et psychologique (Lasser et al., 2010; Pachankis et al., 2020). Toutefois, il est important de considérer la possibilité de causalité inverse, c'est-à-dire que les personnes doublement ou triplement opprimées (par exemple, une femme lesbienne noire, un homme bisexuel peu scolarisé) sont déjà, au-delà de leur ONH, dans des positions défavorables. Il est ainsi possible que leur état de santé plus précaire soit associé au cumul de leurs positions défavorables. En effet, plusieurs études se sont penchées sur les effets interactifs de la discrimination due au racisme et à l'hétérosexisme, par exemple, sur la santé et le bien-être (Diaz et al., 2001; Zamboni et Crawford, 2007). Ces recherches ont notamment montré que les conditions psychologiques des hommes gais et bisexuels afro-américains (Zamboni et Crawford, 2007) et latino-américains (Diaz et al., 2001) étaient associées aux stressseurs liés au racisme ainsi qu'à l'hétérosexisme. Ces facteurs de stress sont donc directement liés à une mauvaise santé mentale et physique et ils peuvent également être associés à des comportements néfastes pour la santé (Balsam et al., 2011). Dans le présent mémoire, les classes qui regroupaient des personnes qui cumulaient plusieurs positions défavorisées, notamment la classe 5 qui regroupait plusieurs personnes racisées, avec une faible scolarité et avec une OS plurisexuelle, étaient également celles qui présentaient de plus faibles taux sur les différents facteurs liés à la santé associés à l'ampleur de la connaissance de l'ONH.

## 6.6 Forces et limites du mémoire

Le présent mémoire offre, à l'aide de l'ACL, une conceptualisation réaliste et complexe du dévoilement de l'ONH, prenant en compte de multiples caractéristiques individuelles et propres aux milieux comme le propose la théorie de la gestion de la visibilité de l'ONH. Les résultats de cette recherche doivent toutefois être interprétés en tenant compte de certaines limites. Tout d'abord, il s'agit d'un échantillonnage non probabiliste, ce qui limite la généralisation des résultats à la population LGBQP en général. Dans la même veine, cette étude comporte également un biais d'autosélection (c.-à-d., les personnes participantes décidaient par elles-mêmes de participer à l'Enquête SAVIE-LGBTQ). Cela entraîne ainsi une surreprésentation de personnes qui sont à l'aise avec leur ONH, qui vivent dans des conditions de vie favorables et qui ont une bonne santé mentale au sein de l'échantillon.



D'autres limites concernent les outils de mesure. Pour cette étude, il aurait été pertinent d'avoir accès aux différentes manières dont l'ONH des personnes participantes a été connue auprès des groupes des différents milieux. Plus précisément, le dévoilement de l'ONH ne traduit pas la connaissance de l'ONH. En effet, les personnes peuvent être au courant de l'ONH d'une personne, et ce, sans que la personne LGBTQP ait pris la décision de dévoiler cette information; sans son consentement, quelqu'un peut révéler son ONH (« *outing* »), elle peut avoir été aperçue sur les réseaux sociaux avec un·e partenaire de même genre, elle peut avoir porté des symboles suggérant son ONH, et plus encore. Savoir ces nuances aurait pu permettre d'offrir une conceptualisation encore plus riche de la gestion de la visibilité de l'ONH.

De plus, les résultats ne sont pas distingués entre les personnes autochtones et les personnes noires pour ne pas diminuer la puissance statistique. Or, la littérature nous informe qu'il existe des défis distincts selon l'appartenance raciale et cette contrainte a pu masquer des différences inter-groupes. Par exemple, l'étude de Whitfield et ses collègues (2014) rapportait que les personnes participantes latino-américaines et multiraciales étaient plus susceptibles de rapporter vivre de la discrimination que d'autres groupes de personnes racisées. Une autre limite concerne le devis de recherche corrélationnelle, qui ne permet pas de statuer sur la direction des relations entre les variables.

Néanmoins, cette recherche présente certaines forces. De prime abord, l'ACL est une analyse riche. Elle a permis, dans le cadre du présent mémoire, de saisir la manière dont de nombreuses caractéristiques individuelles et liées à trois milieux de vie (famille, santé, travail) influencent la gestion de la visibilité de l'ONH, ce qu'une étude qui analyse des caractéristiques de façon séparée ne permet pas de cerner. Plusieurs caractéristiques ont été considérées dans le présent mémoire, dont la génération (âge), l'ONH, l'identité et la modalité de genre, le niveau de scolarité, le statut conjugal, la racisation et la situation de handicap légal, permettant une analyse plus approfondie de la gestion de la visibilité de l'ONH. De plus, l'échantillon analytique du présent mémoire (n = 1382) était de grande taille, ce qui permet notamment de couvrir une diversité de situations de connaissance de l'ONH. Finalement, prendre en compte divers groupes au sein d'un même milieu (par exemple, collègues et supérieur·e·s dans le milieu de travail) a permis d'offrir un niveau de complexité additionnel à la description des niveaux de connaissance de l'ONH chez les personnes LGBTQP.

## CONCLUSION

Ce chapitre présente la conclusion générale du mémoire ainsi que les pistes futures de recherche et d'intervention qui lui sont associées.

### *Conclusion générale*

Ce mémoire vient pallier l'idée communément admise du dévoilement de l'ONH comme étant un événement unique que les personnes LGBTQP réalisent une fois pour toutes et qui entraîne une libération instantanée (Dewaele et al., 2019; Lasser et Tharinger, 2003). L'analyse de classes latentes a permis d'offrir une vision plus riche de la gestion de la visibilité de l'ONH, dans la mesure où l'ampleur de la connaissance de l'ONH par divers sous-groupes de personnes au sein des milieux constitue un indicateur acceptable de ce dévoilement. Les résultats mettent en lumière la nécessité de prendre en considération le rôle potentiel de plusieurs caractéristiques individuelles et propres aux milieux de vie des personnes LGBTQP pour la comprendre. Le cumul de ces caractéristiques crée des conditions favorables ou défavorables au dévoilement de l'ONH, encore fortement sujette à la stigmatisation au Québec malgré l'acceptation grandissante. Certaines personnes LGBTQP vivent encore un stress quasi quotidien lié à la vigilance constante requise pour gérer leur visibilité en tant que personne non hétérosexuelle parfois doublement ou triplement stigmatisée, les exposant à un état de santé générale et mentale précaire.

### *Pistes de recherche et d'intervention*

Les recherches futures pourraient explorer, au-delà des divers niveaux de connaissance de l'ONH, les différentes stratégies derrière la gestion de la visibilité de son ONH pour permettre une vision plus complexe du phénomène (par exemple, à travers l'expression de genre, notamment la gestuelle ou les vêtements choisis, à travers l'évitement ou les mensonges, etc.). D'autres recherches pourraient approfondir les motivations concrètes à partir des discours des personnes LGBTQP qui les incitent à faire connaître leur ONH auprès des différents groupes dans de multiples milieux, en prenant en compte les caractéristiques qui les composent et celles des environnements dans lesquels elles évoluent. Les groupes LGBTQP doublement ou triplement marginalisés (par exemple, les personnes LGBTQP trans racisées ou bien les personnes LGBTQP non binaires en situation de

handicap) sont particulièrement sous-représentés dans les études actuelles et pourraient constituer des échantillons intéressants à étudier, notamment pour leur offrir une visibilité dans le milieu de la recherche et approfondir leurs vécus à l'intersection de multiples identités stigmatisées. Finalement, d'autres études bénéficieraient d'inclure plus de milieux essentiels au bien-être des personnes LGBQP (par exemple, milieu scolaire) et de groupes au sein de ceux-ci (par exemple, pairs LGBTQ+, pairs hétérosexuels, professeur·e·s, etc.).

Les personnes qui œuvrent auprès des personnes LGBQP ou leurs proches, notamment les sexologues, peuvent bénéficier de ce mémoire pour adapter leurs interventions en fonction des vécus spécifiques au cumul de certaines caractéristiques propres à chaque personne LGBQP. Plus précisément, les sexologues qui travaillent auprès de la famille d'origine des personnes LGBQP (par exemple, les parents ou la fratrie) peuvent les accompagner selon leurs besoins et leur transmettre de l'information sur la gestion de la visibilité de l'ONH et sur l'ensemble des caractéristiques susceptibles de l'influencer (dont le soutien familial à l'égard de l'ONH, l'âge, etc.). Dans le milieu de la santé, les sexologues peuvent sensibiliser les professionnel·le·s de la santé à l'importance d'utiliser un langage inclusif et non genré lorsqu'il est question d'aborder la vie intime, amoureuse ou sexuelle de le·a patient·e, de ne pas présumer de leur orientation sexuelle et de ne pas manifester de l'étonnement ou un doute au moment du dévoilement d'une ONH.

Dans les milieux de travail, afin de créer un climat sécuritaire, inclusif et soutenant à l'égard des personnes LGBQP, les sexologues peuvent sensibiliser les employeur·e·s à l'importance d'instaurer diverses mesures, dont la présence de groupes ressources pour les employé·e·s ou d'un comité 2SLGBTQIA+, l'utilisation d'un langage inclusif dans les documents administratifs, les courriels et le langage courant par exemple, d'une couverture d'assurance adéquate pour les conjoint·e·s de même sexe ou genre, de formations pour l'ensemble du personnel sur les enjeux 2SLGBTQIA+, idéalement offertes par les personnes concernées, etc. En somme, les interventions faites auprès des personnes LGBQP, dans tous milieux confondus, devraient être beaucoup plus nuancées sur le plan du dévoilement, en mettant de côté l'idéal souvent mis de l'avant de la nécessité à dévoiler son ONH dans tous les milieux de vie et d'une possible exagération des bénéfices découlant de ce dévoilement, et ce, indépendamment des conditions sociales et des trajectoires individuelles. Il est ainsi essentiel de respecter les parcours individuels et de considérer toutes

conditions favorables et défavorables. Même si la stratégie de visibilité sociale a permis des gains importants sur les plans juridique et politique à l'échelle collective, transposée à l'échelle individuelle, cette visibilité a des effets plus complexes et plus variables selon les contextes et les parcours.

**ANNEXE A**  
**CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE**



No du certificat : 2775\_e\_2019

**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE**

Le *Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAM, a examiné le protocole de recherche suivant et jugé qu'il est conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par la Politique no 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains (décembre 2015).

Protocole de recherche

**Chercheur principal :** Martin Blais

**Unité de rattachement :** Département de sexologie

**Équipe de recherche :**

**Professeure :** Mathieu Philibert (UQAM); Line Chamberland (UQAM)

**Stagiaire :** Élie Gigaud (Chaire sur l'homophobie)

**Étudiante réalisant son projet de recherche dans le cadre de cette demande :** Michele Baiocco (UQAM)

**Titre du protocole de recherche :** *Savoirs sur l'inclusion et l'exclusion des personnes LGBTQ (SAVIE-LGBTQ) - Volet I - Enquête quantitative sur les formes contemporaines d'inclusion/exclusion sociale des personnes LGBTQ vivant au Québec*

**Sources de financement (le cas échéant) :** CRSH

**Durée du projet :** 4 ans

Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiquées au comité<sup>i</sup>.

Tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiqué au comité.

Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat d'éthique est valide jusqu'au **1 mai 2020**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificat<sup>ii</sup>.

Éric Dion, Ph.D.  
Professeur  
Président

23 mai 2019

Date d'émission initiale du certificat

<sup>i</sup> <http://recherche.uqam.ca/ethique/humains/modifications-apportees-a-un-projet-en-cours.html>

<sup>ii</sup> <http://recherche.uqam.ca/ethique/humains/rapport-annuel-ou-final-de-suivi.html>

## ANNEXE B

### RENOUVELLEMENT DU CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE



#### CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

No. de certificat : 2020-2218

Date : 2022-02-18

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a examiné le rapport annuel pour le projet mentionné ci-dessous et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (janvier 2020) de l'UQAM.

#### Protocole de recherche

**Chercheur principal** : Martin Blaissexologie

**Titre du protocole de recherche** : Savoirs sur l'inclusion et l'exclusion des personnes LGBTQ (SAVIE-LGBTQ) - Volet I - Enquête quantitative sur les formes contemporaines d'inclusion/exclusion sociale des personnes LGBTQ vivant au Québec

**Source de financement (le cas échéant)** : CRSH

**Date d'approbation initiale du projet** : 2019-05-23

#### Équipe de recherche

**Cochercheurs UQAM** : Mathieu Philibert

**Cochercheurs externes** : Isabel Côté (UQO)

**Auxiliaires de recherche**: Gabrielle Germain (UQAM); Judith Crête (UQAM); Michele Baiocco (UQAM); Cameron Coutu (UdeM)

**Étudiants réalisant un projet de mémoire** : Claudelle Brazeau (UQAM)

#### Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiquées rapidement au comité.

Tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiqué au comité. Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide jusqu'au **2023-02-01**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificat.

Louis-Philippe Auger

**NAGANO** Approbation du renouvellement par le comité d'éthique  
www.nagano.ca

1 / 2

ANNEXE C

CERTIFICAT D'ACCOMPLISSEMENT EPTC 2 : FER

Groupe en éthique  
de la recherche

*Piloter l'éthique de la recherche humaine*

EPTC 2: FER

## *Certificat d'accomplissement*

*Ce document certifie que*

**Claudelle Brazeau**

*a complété le cours : l'Énoncé de politique des trois Conseils :  
Éthique de la recherche avec des êtres humains :  
Formation en éthique de la recherche (EPTC 2 : FER)*

**19 novembre, 2016**

# ANNEXE D

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

DÉPARTEMENT DE SEXOLOGIE  
Faculté des sciences humaines

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

#### Savoirs sur l'inclusion et l'exclusion des personnes LGBTQ (SAVIE-LGBTQ)

**Chercheur.e.s responsables:** Martin Blais, Ph. D., Université du Québec à Montréal; Line Chamberland, PhD, Université du Québec à Montréal; Mathieu Philibert, PhD, Université du Québec à Montréal

**Organisme de financement :** Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH)

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, veuillez s'il vous plaît contacter le chercheur responsable, Martin Blais, à l'adresse suivante : [blais.martin@uqam.ca](mailto:blais.martin@uqam.ca)

#### INTRODUCTION

Vous êtes invité.e à participer à un projet de recherche portant sur l'inclusion et l'exclusion des personnes LGBTQ+. Votre décision de participer est entièrement volontaire. Avant d'accepter de participer à ce projet, il est important de prendre le temps de lire et de bien comprendre les renseignements ci-dessous. S'il y a des mots ou des sections que vous ne comprenez pas ou qui ne semblent pas clairs, n'hésitez pas à communiquer avec le responsable du projet.

#### OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Cette étude fait partie d'un programme de recherche visant à améliorer la compréhension des expériences d'inclusions et d'exclusions rapportées par un échantillon large et diversifié de personnes LGBTQ vivant au Québec.

#### PROCÉDURES

Afin d'être admissible à l'étude, vous devez comprendre le français ou l'anglais, être âgé.e d'au moins 18, vous identifier en tant que personne LGBTQ+, et demeurer au Québec.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous devez lire ce formulaire et, si vous êtes d'accord avec son contenu, [cliquez](#) « oui » afin d'accéder au questionnaire.

Le questionnaire prend environ 30 à 90 minutes à remplir. Vous êtes libre de sélectionner l'option « je choisis de ne pas répondre » ou de quitter le sondage à tout moment et peu importe la raison. Dans les cas où l'option « je choisis de ne pas répondre » n'est pas offerte, vous pouvez toujours passer à la prochaine question. Lorsque vous aurez terminé avec le questionnaire, nous vous demanderons d'indiquer l'adresse courrielle à laquelle vous voulez recevoir votre prix de participation. Cette adresse sera conservée dans une base de données séparée de vos réponses, ainsi vos réponses ne seront pas associées à votre adresse courriel.

À la toute fin du sondage, nous vous demanderons également de référer quelques [ami.e.s](#) admissibles à l'étude. Les [ami.e.s](#) admissibles doivent s'identifier comme étant LGBTQ+ et doivent être âgés de 18 ans ou plus. Vous pourrez les inviter à participer au sondage soit par Facebook Messenger ou par courriel. Si vous choisissez l'option courrielle, vous allez devoir nous fournir leur adresse courrielle. Les invitations par courriel sont envoyées de manière automatisée. **Les [ami.e.s](#) que vous invitez pourraient se douter que vous avez participé à ce projet. Si vous ne voulez pas que vos [ami.e.s](#) sachent que vous avez participé, ne les invitez pas.**

Si vous quittez le sondage avant la fin, les réponses données (anonymes) seront incluses dans notre base de données, mais vous ne pourrez obtenir qu'une partie des chances de gagner (pas toutes). Ceci est dû au fait que les chances de gagner des prix augmentent avec votre degré de participation. Si vous avez fourni une adresse courrielle pour recevoir certaines des incitations, vous resterez éligible pour recevoir une compensation proportionnelle à votre niveau de participation.



## AVANTAGES POSSIBLES POUR LES PARTICIPANTS.ES OU LA SOCIÉTÉ

Vous courez la chance de gagner l'une des 100 cartes cadeaux chez Amazon d'une valeur de 50\$ (1 chance sur 500 de gagner). Outre la chance de gagner un prix de participation, nous ne pouvons vous assurer que vous retirerez un avantage personnel à remplir ce questionnaire. Il se peut que vous appreniez de nouvelles choses à votre sujet et que vous bénéficiez de l'exploration de certains aspects de votre vie. Ce projet produira de nouvelles données qui sensibiliseront la population générale aux défis rencontrés par les personnes LGBTQ+ dans leur quotidien. De plus, les résultats de cette étude aideront les intervenants, les décideurs et les organismes du Québec à mieux comprendre les besoins des personnes qui sont victimes d'exclusion sociale. Les résultats leur permettront aussi de mieux comprendre les politiques et marqueurs d'inclusion sociale vécus et appréciés par les personnes LGBTQ+. Enfin, les données générées par ce projet pourront influencer la création de politiques provinciales et nationales de lutte contre l'exclusion sociale des personnes LGBTQ+ fondées sur des données scientifiques.

## RISQUES ET INCONFORTS POSSIBLES

Certaines questions sont très personnelles et pourraient vous rendre inconfortables. Par exemple, il y a des questions sur le genre, l'orientation sexuelle, les situations potentiels d'handicap, ainsi que des questions portant sur les expériences de discrimination et d'exclusion que vous avez pu vivre. Vos réponses à ces questions vont permettre de tracer un portrait plus précis du phénomène et de proposer des recommandations mieux adaptées aux différents sous-groupes concernés. Si vous avez besoin de parler de ces questions ou de vos réponses, vous pouvez contacter les ressources que nous vous proposons. Assurez-vous de remplir le questionnaire dans un endroit privé afin que vos réponses ne soient pas vues par d'autres personnes et afin de ne pas être interrompu.e. Lorsque vous aurez terminé le sondage, effacez l'historique de votre navigateur Internet afin de protéger votre vie privée (voir les étapes ci-dessous).

Les communications associées à ce projet procèdent par courriels. En consentant à participer à cette étude, vous consentez à recevoir des courriels, tout en reconnaissant que le courriel n'est pas un moyen de communication sécurisé. Pour limiter le risque qu'une autre personne lise tes courriels personnels, protège par mot de passe ton compte courriel et tes appareils électroniques (téléphone intelligent, tablette, ordinateur) et ne partage pas ton mot de passe. De plus, si vous choisissez d'inviter des ami.e.s admissibles à l'étude, ces derniers pourraient se douter que vous avez participé à ce projet et, par conséquent, que vous vous identifiez comme une personne LGBTQ+. Si vous ne voulez pas que vos ami.e.s sachent que vous avez participé, ne les invitez pas.

Assurez-vous de remplir le questionnaire dans un endroit privé afin que vos réponses ne soient pas vues par d'autres personnes et afin de ne pas être interrompu.e. Lorsque vous aurez terminé le sondage, effacez l'historique de votre navigateur Internet afin de protéger votre vie privée (voir les étapes ci-dessous).

Si à n'importe quel moment vous avez besoin de parler des expériences décrites dans le questionnaire ou que vous sentez triste ou agité.e, nous vous invitons à contacter les ressources suivantes :

**Interligne (auparavant, Gai écoute) :** <http://interligne.co/>, 1-888-505-1010

**Association québécoise de prévention du suicide :** <http://www.aqps.info/besoin-aide-urgente/liste-centres-prevention-suicide.html?region=8>, 1-866-277-3553

## COMPENSATION POUR LA PARTICIPATION

Pour chaque section à laquelle vous participez (jusqu'à 18 sections), vous obtenez une chance de plus de gagner (jusqu'à 18 chances de gagner) pour le tirage de 100 cartes cadeaux chez Amazon d'une valeur de 50\$. Cela représente jusqu'à 18 chances de gagner une carte cadeau.

## CONFIDENTIALITÉ

Les moyens nécessaires seront pris pour conserver la confidentialité de toute information obtenue dans le cadre de cette étude. Les résultats seront présentés sous forme de moyennes de groupe et ne permettront jamais d'identifier une personne en particulier. Nous n'allons pas vous demander de divulguer des informations personnelles qui pourraient mener à votre identification (adresse résidentielle, numéro de téléphone, etc.) lors du déroulement de l'étude. Si vous souhaitez recevoir un prix de participation, vous devrez nous indiquer votre adresse courriel, mais cette adresse sera conservée dans une base de données séparées de vos réponses avec un numéro d'identification unique. Ceci permet de supprimer les données des personnes qui en font la demande. Cette adresse courrielle ne sera utilisée que pour distribuer les certificats-cadeaux et elle sera supprimée au plus tard trois mois après la distribution de ces derniers. Si

vous choisissiez de référer vos pairs avec l'option de courriel automatisé, nous vous demanderons également de fournir l'adresse courrielle de ceux-ci. Les adresses courrielles de vos pairs ne seront utilisées qu'à des fins de référence automatisée, et ils ne seront accessibles qu'au chercheur principal et au statisticien. L'adresse IP de votre ordinateur sera colligée pour éviter les participations multiples, mais elle ne sera pas liée à vos réponses. Ainsi, vos réponses sont anonymes.

Les données sont colligées à l'aide de la plateforme sécurisée de sondage Lime Survey, hébergé sur les serveurs de l'université du Québec à Montréal. Les données seront protégées par un mot de passe et seront conservées dans un bureau fermé à clé. Seules les personnes impliquées dans cette recherche ont accès à vos réponses.

Afin d'assurer la confidentialité et la sécurité des données, toutes les données recueillies seront gardées dans un ordinateur sécurisé et protégé par mot de passe localisé dans un bureau fermé à clé sur le [campus universitaire](#). Les publications basées sur cette recherche n'incluront aucune information pouvant mener à l'identification des participants.es. Les données seront conservées par les chercheurs et leurs étudiants (diplômés et futurs diplômés) pour des analyses secondaires pour maximiser l'utilité et la diffusion des résultats. L'information que vous allez nous fournir lors de cette étude ne sera pas partagée ou transmise en dehors des membres de l'équipe de recherche. Toutes les adresses courriel seront complètement effacées au plus tard trois mois après l'étude.

Vous pouvez nous aider à protéger vos réponses en effaçant les données privées de votre ordinateur quand vous aurez terminé :

1. Effacez votre historique de navigateur Internet
2. Videz la mémoire cache
3. Supprimez les fichiers témoins (cookies)
4. Effacez la session authentifiée
5. Déconnectez-vous de votre session ou éteignez votre ordinateur.

#### **PARTICIPATION ET RETRAIT**

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Cela signifie également que vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps, sans préjudice de quelque nature que ce soit et sans avoir à vous justifier. Si vous choisissez de vous retirer avant d'avoir terminé, vous resterez éligible pour recevoir une compensation proportionnelle à votre niveau de participation. Les personnes qui ont indiqué leur adresse courriel peuvent demander que leurs données soient retirées de l'étude. Étant donné que les courriels des participants seront supprimés, au plus tard, trois mois après la distribution des certificats-cadeaux, les participants peuvent demander que leurs données soient retirées de l'étude, au plus tard, trois mois après avoir reçu leur certificat(s)-cadeau(x).

#### **DROITS DES PARTICIPANTS DE RECHERCHE**

Vous pouvez retirer votre consentement à n'importe quel moment lors du sondage et mettre fin à votre participation. En participant à cette étude, vous ne renoncez à aucun droit légal. Cette étude a été révisée et approuvée par le comité d'éthique de l'Université du Québec de Montréal (DATE DU CERTIFICAT). Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter le coordonnateur du Comité d'éthique par téléphone (514-987-3000, ext. 7753) ou par courriel ([ciereh@uqam.ca](mailto:ciereh@uqam.ca)). Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que ~~participant~~ participant.e de recherche, ou si vous désirez porter plainte, communiquez avec le bureau de l'ombudsman de l'UQAM (Courriel: [ombudsman@uqam.ca](mailto:ombudsman@uqam.ca); Téléphone: (514) 987-3151).

#### **CONSENTEMENT À LA PARTICIPATION**

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

**Consentez-vous de participer à cette étude?**

OUI

NON

## BIBLIOGRAPHIE

- Action Canada for Sexual Health & Rights. (2020). *The State of Sex-Ed in Canada. #SexEdSavesLives.* <https://www.actioncanadashr.org/resources/reports-analysis/2020-04-03-state-sex-ed-report>
- Anderson, S. M. (2020). Gender matters: the perceived role of gender expression in discrimination against cisgender and transgender LGBQ individuals. *Psychology of Women Quarterly*, 6(18). doi: 10.1177/0361684320929354
- Annes, A., & Redlin, M. (2012). Coming out and coming back: Rural gay migration and the city. *Journal of Rural Studies*, 28(1), 56-68. doi: 10.1016/j.jrurstud.2011.08.005
- Austin, E.L. (2013). Sexual orientation disclosure to health care providers among urban and non-urban southern lesbians. *Women Health*, 53, 41–55, doi: 10.1080/03630242.2012.743497. [1]<sup>[SEP]</sup>
- Balik, C. H. A., Bilgin, H., Uluman, O. T., Sukut, O., Yilmaz, S., & Buzlu, S. (2020). A systematic review of the discrimination against sexual and gender minority in health care settings. *International Journal of Health Services*, 50(1), 44–61.
- Balsam, K. F., Beadnell, B., Walters, K., Molina, Y., & Simoni, J. (2011). Measuring multiple minority stress: the lgbt people of color microaggressions scale. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 17(2), 163–174. doi : 10.1037/a0023244
- Balsam, K. F., Molina, Y., Blayney, J. A., Dillworth, T., Zimmerman, L., & Kaysen, D. (2015). Racial/ethnic differences in identity and mental health outcomes among young sexual minority women. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 21(3), 380–390. doi: 10.1037/a0038680
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Barefoot, K. N., Rickard, A., Smalley, K. B., & Warren, J. C. (2015). Rural lesbians: Unique challenges and implications for mental health providers. *Journal of Rural Mental Health*, 39, 22–33. doi: 10.1037/rmh0000014
- Bauer, G. R., Braimoh, J., Scheim, A. I., & Dharma, C. (2017). Transgender-inclusive measures of sex/gender for population surveys: Mixed-methods evaluation and recommendations. *PLoS one*, 12(5), doi : 10.1371/journal.pone.0178043.
- Bell, M. P., Özbilgin Mustafa F, Beauregard, T. A., & Sürgevil Olca. (2011). Voice, silence, and diversity in 21st century organizations: strategies for inclusion of gay, lesbian, bisexual, and transgender employees. *Human Resource Management*, 50(1), 131–146. doi: 10.1002/hrm.20401
- Bernstein, K. T., Liu, K. L., Begier, E. M., Koblin, B., Karpati, A., & Murrill, C. (2008). Same-sex attraction disclosure to health care providers among New York City men who have sex with men: implications for HIV testing approaches. *Archives of internal medicine*, 168(13), 1458–1464. doi: 10.1001/archinte.168.13.1458
- Biddix, J. M., Fogel, C. I., & Perry Black, B. (2013). Comfort levels of active duty gay/bisexual male service members in the military healthcare system. *Military Medicine*, 178(12), 1335–40. doi: 10.7205/MILMED-D-13-00044
- Blais, M., Philibert, M., Chamberland, L., et l'Équipe de recherche SAVIE-LGBTQ (2018). *Rapport de recension des écrits sur les indicateurs d'inclusion et d'exclusion des personnes LGBTQ+*. Savoirs sur l'inclusion et l'exclusion des personnes LGBTQ (SAVIE-LGBTQ), Université du Québec à Montréal.

- Boehmer, U., & Case, P. (2004). Physicians don't ask, sometimes patients tell: Disclosure of sexual orientation among women with breast carcinoma. *Cancer, 101*, 1882–1889.
- Bowleg, L., Huang, J., Brooks, K., Black, A., & Burkholder, G. (2003). Triple jeopardy and beyond: multiple minority stress and resilience among black lesbians. *Journal of Lesbian Studies, 7*(4), 87–108. doi: 10.1300/J155v07n04\_06
- Bradford, J., Reisner, S.L., Honnold, J.A., & Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health, 103*(10), 1820–1829.
- Brooks, H., Llewellyn, C. D., Nadarzynski, T., Pelloso, F. C., De Souza Guilherme, F., Pollard, A., & Jones, C. J. (2018). Sexual orientation disclosure in health care: a systematic review. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners, 68*(668), 196. doi: 10.3399/bjgp18X694841
- Brooks, S. (2016). Staying in the hood: Black lesbian and transgender women and identity management in North Philadelphia. *Journal of Homosexuality, 63*, 1573–1593. doi: 10.1080/00918369.2016.1158008
- Buhrmester, D., & Prager, K. (1995). Patterns and functions of self-disclosure during childhood and adolescence. In K. Rotenberg (Ed.), *Disclosure processes in children and adolescents* (pp. 10 – 56). New York, NY: Cambridge University Press. [SEP]
- Caba, A. E., Mallory, A. B., Simon, K. A., Rathus, T., & Watson, R. J. (2022). Complex outness patterns among sexual minority youth: a latent class analysis. *Journal of Youth and Adolescence: A Multidisciplinary Research Publication, 51*(4), 746–765. doi: 10.1007/s10964-022-01580-x
- Cass, V. C. (1979). Homosexual identity formation: A theoretical model. *Journal of Homosexuality, 4*(3), 219-35. doi: 10.1300/J082v04n03\_01
- Cass, V. C. (1984). Homosexual identity formation: Testing a theoretical model. *The Journal of Sex Research, 20*(2), 143-167. doi: 10.1080/00224498409551214
- Carle-Desjardins, R., Galantino, G-J. & Côté, I. (2021). *Personnes LGBTQ en région* (numéro 13). Projet SAVIE-LGBTQ, Université du Québec à Montréal.
- Chamberland, L., Josy Lévy, J., Kamgain, O., Parvaresh, P. & Bègue, Madeleine. (2018). « L'accès à l'égalité des personnes LGBT ». *Dans InterReconnaissance : la mémoire des droits dans le milieu communautaire au Québec*, sous la dir. de Francine Saillant et Lamoureux, Ève, p. 49-77. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Chamberland, L., & Thérroux-Séguin, J. (2009). Sexualité lesbienne et catégories de genre. *Genre, Sexualité Et Société, 7*(9). doi: 10.4000/gss.772
- Chadoir, S. R., & Fisher, J. D. (2010). The disclosure processes model: understanding disclosure decision making and postdisclosure outcomes among people living with a concealable stigmatized identity. *Psychological Bulletin, 136*(2), 236. doi: 10.1037/a0018193
- Cheung, F., & Chan, W. (2021). Sexual identity management strategies and occupational well-being: a latent profile analysis. *Journal of Career Development, 48*(4), 430–442.
- Clouse, S. T. (2007). Development and validation of the perceived parental social support scale-lesbian gay (ppss-lg) (Doctoral dissertation, University of Missouri--Columbia).
- Clover, D. (2006). Overcoming barriers for older gay men in the use of health services: a qualitative study of growing older, sexuality, and health. *Health Education Journal, 65*(1), 41–52.
- Coleman, E. (1982). Developmental Stages of the Coming Out Process. *Journal of Homosexuality, 7*(2–3), 31-43. doi: 10.1300/J082v07n02\_06

- Colpitts, E., & Gahagan, J. (2016). "I feel like I am surviving the health care system": Understanding lgbtq health in nova scotia, canada. *Bmc Public Health*, *16*(1), 1005–1005.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) (2021). *La discrimination*. CDPDJ Québec. <https://www.cdpdj.qc.ca/fr/vosobligations/ce-qui-est-interdit/la-discrimination>.
- Corrington, A., Nittrouer, C-L., Trump-Steele, R. & Hebl, M. (2019). Letting him B: A study on the intersection of gender and sexual orientation in the workplace. *Journal of Vocational Behavior*, *113*, 29–142.
- Côté Jean-François, Perron, C., & Québec (Province). Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. (2016). Guide sur les droits des personnes face à l'homophobie en milieu de travail (2e édition). Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). Retrieved 2022, from <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2638011>.
- Côté, N., Fleury, C., Mercure, D., Doyon, H., & Savoldelli, M. (2019). L'identité professionnelle des médecins de famille au québec. *Recherches Sociographiques*, *60*(2), 287–328. <https://doi.org/10.7202/1070973ar>
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D. Gilbert, S. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (4th ed., pp. 504–553). Boston: McGraw-Hill.
- CROP (2017). *Valeurs, besoins et réalités des personnes LGBT au Canada en 2017*, Rapport de recherche préparé pour la Fondation Jasmin Roy, [En ligne].
- Daley, A.E. (2012). Becoming seen, becoming known: lesbian women's self-disclosures of sexual orientation to mental health service providers. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *16*(3), 215–234.
- Dardick, L., & Grady, K. E. (1980). Openness between gay persons and health professionals. *Annals of Internal Medicine*, *93*(1), 115–9.
- D'Augelli, A. R., & Grossman, A. H. (2001). Disclosure of sexual orientation, victimization, and mental health among lesbian, gay, and bisexual older adults. *Journal of Interpersonal Violence*, *16*(10), 1008–1027. doi: 10.1177/088626001016010003
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., & Starks, M. T. (2005). Parents' awareness of lesbian, gay, and bisexual youths' sexual orientation. *Journal of Marriage and Family*, *67*(2), 474–482.
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., Starks, M. T., & Sinclair, K. O. (2010). Factors associated with parents' knowledge of gay, lesbian, and bisexual youths' sexual orientation. *Journal of Glibt Family Studies*, *6*(2), 178–198. doi: 10.1080/15504281003705410
- Day, N. E., & Schoenrade, P. (1997). Staying in the closet versus coming out: Relationships between communication about sexual orientation and work attitudes. *Personnel Psychology*, *50*, 147–163.
- De Biolley, I., Aslan, M., Dewaele, A., et Bonnet, M. (2007). Recherche exploratoire sur les représentations de l'homosexualité dans la fonction publique. *Cap sciences Humaines, logical bulletin*, *129*(1), 10.
- DeHart, D. D. (2008). Breast health behaviour among lesbians: The role of health beliefs, heterosexism, and homophobia. *Women & Health*, *48*, 409–427.
- Dewaele, A., Van Houtte, M., Buisse, A., Lyubayeva, A., Trippas, M., & Baeken, AS. (2019). What Predicts Visibility Management at Work? A Study of Gay, Lesbian, and Bisexual Flemish Government Employees. *Government Employees. Psychologica Belgica*, *59*(1), 78–95. doi: 0.5334/pb.443g

- Dewaele, A., Van Houtte, M., Cox, N., & Vincke, J. (2013) From Coming Out to Visibility Management—A New Perspective on Coping With Minority Stressors in LGB Youth in Flanders. *Journal of Homosexuality*, *60*(5), 685-710. doi: 10.1080/00918369.2013.773818
- D'haese L., Dewaele, A., & Van Houtte, M. (2016) Homophobic Violence, Coping Styles, Visibility Management, and Mental Health: A Survey of Flemish Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. *Journal of Homosexuality*, *63*(9), 1211-1235. doi: 10.1080/00918369.2016.1150057
- Diamant, A. L., Schuster, M. A., & Lever, J. (2000). Receipt of preventive health care services by lesbians. *American Journal of Preventive Medicine*, *19*(3), 141–8.
- Díaz R M, Ayala, G., Bein, E., Henne, J., & Marin, B. V. (2001). The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual latino men: findings from 3 us cities. *American Journal of Public Health*, *91*(6), 927–932.
- DiPlacido, J. (1998). Minority stress among lesbians, gay men, and bisexuals: A consequence of heterosexism, homophobia, and stigmatization. In G. Herek (Ed.), *Stigma and sexual orientation*, 138–159. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dormann, C., & Zapf, D. (1999). Social support, social stressors at work, and depressive symptoms: Testing for main and moderating effects with structural equations in a three-wave longitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, *84*(6), 874–884.
- Driscoll, J. M., Kelley, F. A., & Fassinger, R. E. (1996). Lesbian identity and disclosure in the workplace: Relation to occupational stress and satisfaction. *Journal of Vocational Behavior*, *48*(2), 229–242.
- Drydakis, N. (2011). Women's Sexual Orientation and Labor Market Outcomes in Greece. *Feminist Economics*, *17*(1), 89-117.
- Durso, L.E., & Meyer, I.H. (2013). Patterns and predictors of disclosure of sexual orientation to healthcare providers among lesbians, gay men, and bisexuals. *Sexuality Research and Social Policy*, (1), 35–42.
- Eisenberger, R., Cummings, J., Armeli, S., & Lynch, P. (1997). Perceived organizational support, discretionary treatment, and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, *82*, 812–820. [http://classweb.uh.edu/eisenberger/wp-content/uploads/sites/21/2015/04/SPOS\\_8.pdf](http://classweb.uh.edu/eisenberger/wp-content/uploads/sites/21/2015/04/SPOS_8.pdf)
- Elia, J. P., & Eliason, M. J. (2010). Dangerous omissions: abstinence-only-until-marriage school-based sexuality education and the betrayal of lgbtq youth. *American Journal of Sexuality Education*, *5*(1), 17–35. doi: 10.1080/15546121003748848
- Eliason, M. J. (1997). The prevalence and nature of biphobia in heterosexual undergraduate students. *Archives of sexual behavior*, *26*(3), 317–326.
- Eliason, M. J., & Schope, R. (2001). Original research does "dont ask dont tell" apply to health care? lesbian, gay, and bisexual people's disclosure to health care providers. *Journal- Gay and Lesbian Medical Association*, *5*(4), 125–134.
- Ellis, A. L., & Riggle, E. D. B. (1995). The relation of job satisfaction and degree of openness about one's sexual orientation for lesbians and gay men. *Journal of Homosexuality*, *30*, 75–85.
- Elmslie, B., & Tebaldi, E. (2007). Sexual orientation and labor market discrimination. *Journal of Labor Research*, *28*, 436–453.
- Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (2017), Section WDW – Washington Group – disability measure : [http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Instr.pl?Function=assembleInstr&a=1&&lang=en&Item\\_Id=507367#qb507635](http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Instr.pl?Function=assembleInstr&a=1&&lang=en&Item_Id=507367#qb507635)

- Fay, H., Baral, S.D., Trapence, G., Motimedi, F., Umar, E., & Ipinge, S., Dausab, F., Wirtz, A. & Beyrer, C. (2011). Stigma, healthcare access, and HIV knowledge among men who have sex with men in Malawi, Namibia, and Botswana. *AIDS and Behavior*, 15(6), 1088–1097.
- Finkenauer, C., Engels, R., Branje, S. J., & Meeus, W. (2004). Disclosure and relationship satisfaction in families. *Journal of Marriage and Family*, 66, 195–209. doi: 10.1111/j.0022-2445.2004.00013.x-i1
- Floyd, F. J., & Stein, T. S. (2002). Sexual Orientation Identity Formation among Gay, Lesbian, and Bisexual Youths: Multiple Patterns of Milestone Experiences. *Journal of Research on Adolescence*, 12(2), 167–191. doi: 10.1111/1532-7795.00030
- Furlotte, C., Gladstone, J. W., Cosby, R. F., & Fitzgerald, K.-A. (2016). "Could we hold hands?" older lesbian and gay couples' perceptions of long-term care homes and home care. *Canadian Journal on Aging = La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 35(4), 432–446.
- Glessner, H. D., VandenLangenberg, E., Veach, P. M., & LeRoy, B. S. (2012). Are genetic counselors and GLBT patients “on the same page”? An investigation of attitudes, practices, and genetic counseling experiences. *Journal of Genetic Counseling*, 21(2), 326–336. doi: 10.1007/s10897-011-9403-8
- Gilmour, H. (2019). Orientation sexuelle et santé mentale complète. *Rapports sur la santé*, 30(11), 3–11. doi: 10.25318/82-003-x201901100001-fra
- Goffman, E. (1974). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster. (Original work published 1963)
- Goffman, E. (1963). Embarrassment and social organization. In N. J. Smelser, W. T. Smelser, N. J. Smelser, & W. T. Smelser (Eds.), *Personality and social systems* (pp. 541–548). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc. doi: 10.1037/11302-050.
- Goldberg, A. E., & Smith, J. Z. (2013). Work conditions and mental health in lesbian and gay dual-earner partners. *Family Relations*, 62, 727–740. doi: 10.1111/fare.12042.
- Gouvernement du Québec (2016). *Le rôle du médecin de famille*. Santé Montréal. <https://santemontreal.qc.ca/population/informations-pratiques/medecin-de-famille>
- Grafsky, E. L., Hickey, K., Nguyen, H. N., & Wall, J. D. (2018). Youth disclosure of sexual orientation to siblings and extended family. *Family Relations*, 67, 147–160. doi: 10.1111/fare.12299
- Griffith, K. H., & Hebl, M. R. (2002). The disclosure dilemma for gay men and lesbians: “Coming out” at work. *Journal of Applied Psychology*, 87(6), 1191. doi: 10.1037/0021-9010.87.6.1191
- Haider, A., Adler, R. R., Schneider, E., Uribe Leitz, T., Ranjit, A., Ta, C., Levine, A., Harfouch, O., Pelaez, D., Kodadek, L., Vail, L., Snyder, C., German, D., Peterson, S., Schuur, J. D., & Lau, B. D. (2018). Assessment of patient-centered approaches to collect sexual orientation and gender identity information in the emergency department: the equality study. *Jama Network Open*, 1(8), 186506. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.6506
- Hartzell, E., Frazer, M. S., Wertz, K. and Davis, M. (2009). *The State of Transgender California: Results from the 2008 California Transgender Economic Health Survey*. Transgender Law Center: San Francisco, CA. <http://transgenderlawcenter.org/wp-content/uploads/2012/07/95219573-The-State-of-Transgender-California.pdf>
- Henao, S. (2017). Heteronormativity, Homonormalization, and the Subaltern Queer. [https://www.encontro2017.abri.org.br/resources/anais/8/1498441731\\_ARQUIVO\\_Heteronormativity,Homonormalization,andtheSubalternQueerSubject-SebastianGranda-ABRI17.pdf](https://www.encontro2017.abri.org.br/resources/anais/8/1498441731_ARQUIVO_Heteronormativity,Homonormalization,andtheSubalternQueerSubject-SebastianGranda-ABRI17.pdf)

- Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *American Psychological Association*. doi: 10.1037/a0014672
- Huffman, A. H., Watrous-Rodriguez, K. M., & King, E. B. (2008). Supporting a diverse workforce: What type of support is most meaningful for lesbian and gay employees? *Human Resource Management, 47*(2), 237–253.
- Johnson, M., Jackson, N., Arnette, J., & Koffman, S. (2005). Gay and lesbian perceptions of discrimination in retirement care facilities. *Journal of Homosexuality, 49*(2), 83–102.
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A., Markus, H., Miller, D., & Scott, R. A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.
- Joyce, W. F., & Slocum, J. W. (1984). Collective climate: Agreement as a basis for defining aggregate climates in organizations. *Academy of Management Journal, 27*(4), 721–742.
- Kahn, W. A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal, 33*(4), 692–724.
- Kass, N. E., Faden, R. R., Fox, R., & Dudley, J. (1992). Homosexual and bisexual men's perceptions of discrimination in health services. *American Journal of Public Health, 82*(9), 1277–9.
- Kattari, S. K., Walls, N. E., Whitfield, D. L., & Langenderfer-Magruder, L. (2015). Racial and ethnic differences in experiences of discrimination in accessing health services among transgender people in the United States. *International Journal of Transgenderism, 16*(2), 68–79. doi: 10.1080/15532739.2015.1064336
- King, E. B., Peddie, C. I., Jones, K. P., Kendra, M., & Mohr, J. J. (2017). Predictors of identity management: an exploratory experience-sampling study of lesbian, gay, and bisexual workers. *Journal of Management, 43*(2), 476–502. doi: 10.1177/0149206314539350
- Koh, C. S., Kang, M., & Usherwood, T. (2014). ‘I demand to be treated as the person I am’: experiences of accessing primary health care for Australian adults who identify as gay, lesbian, bisexual, transgender or queer. *Sexual Health, 11*(3), 258–264. doi: 10.1071/SH14007
- Kulick, A. (2013). *How Gay Stayed White: Millennial White Gay Men and the Production of and Resistance to Racism, Sexism, and Heterosexism*. [Senior Honors Thesis, Women’s Studies, University of Michigan] [https://www.researchgate.net/publication/353599121\\_How\\_Gay\\_Stayed\\_White\\_Millennial\\_White\\_Gay\\_Men\\_and\\_the\\_Production\\_of\\_and\\_Resistance\\_to\\_Racism\\_Sexism\\_and\\_Heterosexism](https://www.researchgate.net/publication/353599121_How_Gay_Stayed_White_Millennial_White_Gay_Men_and_the_Production_of_and_Resistance_to_Racism_Sexism_and_Heterosexism)
- Lasgaard, M., Friis, K. & Shevlin, M. (2016). “Where are all the lonely people?” A population-based study of high-risk groups across the life span. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 51*, 1373–1384. doi: 10.1007/s00127-016-1279-3
- Lasser, J., & Tharinger, D. (2003). Visibility management in school and beyond: A qualitative study of gay, lesbian, bisexual youth. *Journal of Adolescence, 26*, 233–244. doi:10.1016/S0140-1971(02)00132-X
- Lasser, J. & Wicker, N. (2008). Visibility Management and the Body. *Journal of LGBT Youth, 5*(1), 103-117. doi: 10.1300/J524v05n01\_08
- Lasser, J., Ryser, G., et Price, L. (2010) Development of a Lesbian, Gay, Bisexual Visibility Management Scale. *Journal of Homosexuality, 57*(3), 415-428. doi: 10.1080/00918360903543154



- Law, M., Mathai, A., Veinot, P., Webster, F. & Mylopoulos, M. (2015). Exploring lesbian, gay, bisexual, and queer (LGBQ) people's experiences with disclosure of sexual identity to primary care physicians: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 16(175). doi: 10.1186/s12875-015-0389-4
- Legate, N., Ryan, R. M., & Weinstein, N. (2012). Is coming out always a “good thing”? Exploring the relations of autonomy support, outness, and wellness for lesbian, gay, and bisexual individuals. *Social Psychological and Personality Science*, 3(2), 145–152. doi: 10.1177/1948550611411929
- Li, C.C., Matthews, A.K., Aranda, F., Patel, C., & Patel, M. (2015). Predictors and consequences of negative patient-provider interactions among a sample of African American sexual minority women. *LGBT Health*, 2(2), 140–146.
- Madera, J. M. (2010). The cognitive effects of hiding one's homosexuality in the workplace. *Industrial and Organizational Psychology*, 3, 86–89. doi: 10.1111/j.1754-9434.2009.01204.x.
- Maguen, S., Floyd, F. J., Bakeman, R., & Armistead, L. (2002). Developmental milestones and disclosure of sexual orientation among gay, lesbian, and bisexual youths. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 23(2), 219–233. doi: 10.1016/S0193-3973(02)00105-3
- Mallory, A. B., Pollitt, A. M., Bishop, M. D., & Russell, S. T. (2021). Changes in disclosure stress and depression symptoms in a sample of lesbian, gay, and bisexual youth. *Developmental Psychology*, 57, 570–583. doi: 10.1037/dev0001168.
- Martinez, L. R. & Hebl, M. R. (2010). Additional Agents of Change in Promoting Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgendered Inclusiveness in Organizations. *Industrial and Organizational Psychology*, 3, 82–85.
- Martos, A., Nezhad, S., & Meyer, I. H. (2015). Variations in sexual identity milestones among lesbians, gay men and bisexuals. *Sexuality Research & Social Policy*, 12(1), 24–33. doi: 10.1007/s13178-014-0167-4.
- Mayfield W. (2001). The development of an Internalized Homonegativity Inventory for gay men. *Journal of homosexuality*, 41(2), 53–76. doi: 10.1300/J082v41n02\_04
- Meckler, G. D., Elliott, M. N., Kanouse, D. E., Beals, K. P., & Schuster, M. A. (2006). Nondisclosure of sexual orientation to a physician among a sample of gay, lesbian, and bisexual youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(12), 1248–1254.
- Meidlinger, P. C., & Hope, D. A. (2014). Differentiating disclosure and concealment in measurement of outness for sexual minorities: The Nebraska Outness Scale. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 489–497. doi: 10.1037/sgd0000080.
- Miller, D., & Higgins, D. J. (2006). The role of sexual orientation disclosure and harassment in predicting job satisfaction and organisational commitment. *Lesbian and Gay Psychology Review*, 7(2), 216–230.
- Moore, M. R. (2011). *Invisible families: Gay identities, relationships, and motherhood among black women*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Mor, Z., Eick, U., Wagner Kolasko, G., Zviely-Efrat, I., Makadon, H., & Davidovitch, N. (2015). Health status, behavior, and care of lesbian and bisexual women in israel. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(5), 1249–56. doi: 10.1111/jsm.12850
- Morand, E., Blais, M., Côté, I., Chamberland, L., Baiocco, M., & Samoilenko, M. (2023). Disclosing One's Non-Heterosexual Sexual Orientation at Work in 2020: A Survey of Quebec LGBQ Workers. *Journal of Homosexuality*, 1-27.

- Mustanski, B., Newcomb, M., & Garofalo, R. (2011). Mental health of lesbian, gay, and bisexual youth: A developmental resiliency perspective. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 23(2), 204–225. doi: 10.1080/10538720.2011.561474.
- Nemoto, T., Iwamoto, M., Wong, S., Le, M., & Operario, D. (2004). Social factors related to risk for violence in sexually transmitted infections/HIV among Asian massage parlor workers in San Francisco. *AIDS & Behavior*, 8, 475–483.
- Neville, S., & Henrickson, M. (2006). Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 407–415.
- Nylund, K. L., Asparouhov, T., & Muthén, B. O. (2007). Deciding on the Number of Classes in Latent Class Analysis and Growth Mixture Modeling: A Monte Carlo Simulation Study. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(4), 535–569. doi: 10.1080/10705510701575396
- Ozeren, E. (2014). Sexual orientation discrimination in the workplace: a systematic review of literature. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 109, 1203–1215. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.12.613
- Parks, C. A., Hughes, T. L., & Matthews, A. K. (2004). Race/ethnicity and sexual orientation: Intersecting identities. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 10, 241–254. doi:10.1037/1099-9809.10.3.241
- Peng, Y., & Salter, N. P. (2021). Workplace ostracism among gender, age, and LGBTQ minorities, and people with disabilities. In C. Liu et J. Ma (Eds.), *Workplace ostracism: Its nature, antecedents, and consequences* (pp. 233–267). Palgrave Macmillan/Springer Nature. [https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1007/978-3-030-54379-2\\_8](https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1007/978-3-030-54379-2_8)
- Petroll, A.E., & Mosack, K.E. (2011). Physician awareness of sexual orientation and preventive health recommendations to men who have sex with men. *Sexually Transmitted Diseases*, 38(1), 63–67.
- Pistella, J., Salvati, M., Ioverno, S., Laghi, F., & Baiocco, R. (2016). Coming-out to family members and internalized sexual stigma in bisexual, lesbian and gay people. *Journal of Child and Family Studies*, 25(12), 3694–3701. doi: 10.1007/s10826-016-0528-0
- Polek, C. A., Hardie, T. L., & Crowley, E. M. (2008). Lesbians' disclosure of sexual orientation and satisfaction with care. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(3), 243–249. doi: 10.1177/1043659608317446
- Pollitt, A. M., Muraco, J. A., Grossman, A. H., & Russell, S. T. (2017). Disclosure stress, social support, and depressive symptoms among cisgender bisexual youth. *Journal of Marriage and Family*, 79(5), 1278–1294. doi: 10.1111/jomf.12418
- Potoczniak, D., Crosbie-Burnett, M., & Saltzburg, N. (2009). Experiences regarding coming out to parents among African American, Hispanic, and White gay, lesbian, bisexual, transgender, and questioning adolescents. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 21, 189–205. doi: 10.1080/10538720902772063.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2014). Coming out and job satisfaction: A moderated mediation model. *The Career Development Quarterly*, 62(4), 358–371. doi: 10.1002/j.2161-0045.2014.00088.x
- Quinn, G.P., Sutton, S.K., Winfield, B., Breen, S., Canales, J., Shetty, G., Sehovic, I., Green, L., et Schabath, M.B. (2015). Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer/questioning (LGBTQ) perceptions and health care experiences. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 27(2), 246–261.

- Ragins, B. R. (2004). Sexual orientation in the workplace: The unique work and career experiences of gay, lesbian and bisexual workers. *Research in Personnel and Human Resource Management*, 23, 37–122.
- Reisner, S.L., Pardo, S.T., Gamarel, K.E., Hughto, J.M.W., Pardee, D.J., & Keo-Meier, C.L. (2015). Substance use to cope with stigma in healthcare among US female-to-male trans masculine adults. *LGBT Health*, 2(4), 324–332.
- Reynolds, A. L., & Hanjorgiris, W. F. (2000). Coming out: Lesbian, gay, and bisexual identity development. In R. M. Perez, K. A. DeBord, & K. J. Bieschke (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients* (pp. 35–55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Roe, S. (2017). “family support would have been like amazing”: lgbtq youth experiences with parental and family support. *Family Journal*, 25(1), 55–62. doi: 10.1177/1066480716679651
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W., & Hunter, J. (2009). Disclosure of sexual orientation and subsequent substance use and abuse among lesbian, gay, and bisexual youths: critical role of disclosure reactions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(1), 175–184. doi: 10.1037/a0014284
- Rothman, E. F. S. D., Sullivan, M. M. S. W., Keyes, S. D. R. P. H., & Boehmer, U. P. D. (2012). Parents' supportive reactions to sexual orientation disclosure associated with better health: results from a population-based survey of lgb adults in massachusetts. *Journal of Homosexuality*, 59(2), 186–200. doi: 10.1080/00918369.2012.648878
- Ruben, M. A., & Fullerton, M. (2018). Proportion of patients who disclose their sexual orientation to healthcare providers and its relationship to patient outcomes: a meta-analysis and review. *Patient Education and Counseling*, 101(9), 1549–1560. doi: 10.1016/j.pec.2018.05.001
- Saint-Pierre, M. (2012). Under what conditions do lesbians disclose their sexual orientation to primary healthcare providers? a review of the literature. *Journal of Lesbian Studies*, 16(2), 199–219.
- Sanchez, F. J., & Vilain, E. (2012). “Straight-acting gays”: The relationship between masculine consciousness, anti-effeminacy, and negative gay identity. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 111–119 doi: 10.1007/s10508-012-9912z
- Savin-Williams, R. C., & Diamond, L. M. (2000). Sexual identity trajectories among sexual-minority youths: Gender comparisons. *Archives of Sexual Behavior*, 29, 607–627.
- Savin-Williams, R.C. (1994). Verbal and physical abuse as stressors in the lives of lesbian, gay male, and bisexual youths: Associations with school problems, running away, substance abuse, prostitution, and suicide. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 261–269.
- Scherrer, K., Kazyak, E. & Schmitz, R. (2015). Getting “Bi” in the Family: Bisexual People’s Disclosure Experiences. *Journal of Marriage and Family*, 77, 680–696. doi:10.1111/jomf.12190
- Schrimshaw, E. W., Downing, M. J. J., & Cohn, D. J. (2018). Reasons for non-disclosure of sexual orientation among behaviorally bisexual men: non-disclosure as stigma management. *Archives of Sexual Behavior*, 47(1), 219–233. doi: 10.1007/s10508-016-0762-y
- Sedlovskaya, A., Purdie-Vaughns, V., Eibach, R. P., LaFrance, M., Romero-Canyas, R., & Camp, N. P. (2013). Internalizing the closet: Concealment heightens the cognitive distinction

- between public and private selves. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104, 695–715. doi: 10.1037/a0031179.
- Shilo, G., & Savaya, R. (2011). Effects of family and friend support on LGB youths' mental health and sexual orientation milestones. *Family Relations*, 60(3), 318–330. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2011.00648.x>
- Shires, D.A., & Jaffee, K. (2015). Factors associated with healthcare discrimination experiences among a national sample of female-to-male transgender individuals. *Health and Social Work*, 40(2), 134–141.
- Solomon, D., McAbee, J., Åsberg, K. & McGee, A. (2015). Coming Out and the Potential for Growth in Sexual Minorities: The Role of Social Reactions and Internalized Homonegativity, *Journal of Homosexuality*, 62(11), 1512-1538. doi: 10.1080/00918369.2015.1073032
- Statistique Canada. (2022). *Tableau 13-10-0805-02 Santé mentale perçue, population âgée de 12 ans et plus [tableau de données]*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310080502>
- Statistique Canada (2021). Perceptions quant à la santé mentale et aux besoins en soins de santé mentale durant la pandémie de COVID-19. StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur. *Statistique Canada*, 45-28-0001. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2021001/article/00031-fra.pdf>
- Statistique Canada. (2021). *Tableau 13-10-0096-02 Santé perçue, selon le groupe d'âge [tableau de données]*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009602>
- Statistique Canada. (2011). *Tableau 1, les générations au Canada*. [https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/2011003/tbl/tbl3\\_2-1-fra.cfm](https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/2011003/tbl/tbl3_2-1-fra.cfm)
- Statistique Canada (2005). Enquête sur le milieu de travail et les employés. [http://www.statcan.gc.ca/fra/programmes-statistiques/instrument/2615\\_Q1\\_V3-fra.pdf](http://www.statcan.gc.ca/fra/programmes-statistiques/instrument/2615_Q1_V3-fra.pdf)
- Steele, L. S., Tinmouth, J. M., & Lu, A. (2006). Regular health care use by lesbians: a path analysis of predictive factors. *Family Practice*, 23(6), 631–636.
- Stewart, R., Volpone, S. D., Avery, D. R., & McKay, P. (2011). You support diversity, but are you ethical? Examining the interactive effects of diversity and ethical climate perceptions on turnover intentions. *Journal of Business Ethics*, 100(4), 581–593.
- Trans PULSE. (2009). *Provincial Survey*. Available at : [Trans PULSE survey - mailed copy working document.pdf \(transpulseproject.ca\)](http://www.transpulseproject.ca)
- Troiden, D. R. R. (1989). The Formation of Homosexual Identities. *Journal of Homosexuality*, 17(1–2), 43-74. doi: 10.1300/J082v17n01\_02
- Underhill, K., Morrow, K. M., Colleran, C., Holcomb, R., Calabrese, S. K., Operario, D., Galárraga Omar, & Mayer, K. H. (2015). A qualitative study of medical mistrust, perceived discrimination, and risk behavior disclosure to clinicians by u.s. male sex workers and other men who have sex with men: implications for biomedical hiv prevention. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 92(4), 667–686. doi: 10.1007/s11524-015-9961-4
- University of North Florida - Commission on Diversity, Committee on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Equity. (2011). Campus Climate for sexual orientation and Gender Identity and Expression. <https://www.unf.edu/uploadedFiles/sa/lgbt/CampusClimateJune2011.pdf>
- Velez, B. L., Moradi, B., & Brewster, M. E. (2013). Testing the tenets of minority stress theory in workplace contexts. *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 532–542. doi: 10.1037/a0033346

- Vermunt, J.K & Magidson, J. (2021). Upgrade Manual for Latent GOLD Basic, Advanced, Syntax, and Choice Version 6.0. Arlington, MA: Statistical Innovations Inc.
- Williams, D. R., Yu, Y., Jackson, J. S., & Anderson, N. B. (1997). Racial differences in physical and mental health: Socioeconomic status, stress, and discrimination. *Journal of Health Psychology, 2*(3), 335–351. doi: 10.1177/135910539700200305
- Vézina, M., E. Cloutier, S. Stock, K. Lippel, É. Fortin et autres (2011). Enquête québécoise sur des conditions de travail, d’emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST), Québec, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail - Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/questionnaire-eqcotesst.pdf>
- Waite, S., & Denier, N. (2016). Self-Employment among Same-Sex and Opposite-Sex Couples in Canada. *Canadian Review of Sociology, 53*(2), 143–175. <https://doi.org/10.1111/cars.12103>
- Waldner-Haugrund, L. K., & Magruder, B. (1996). Homosexual identity expression among gay and lesbian adolescents: An analysis of perceived structural associations. *Youth and Society, 27*, 313–333. doi: 10.1177/0044118X96027003003
- Wax, A., Coletti, K. K. & Ogaz, J. W. (2018). The benefit of full disclosure: A meta-analysis of the implications of coming out at work. *Organizational Psychology Review, 8*(1) 3–30. doi: 10.1177/2041386617734582
- Webster, J. R., Adams, G. A., Maranto, C. L., Sawyer, K., & Thoroughgood, C. (2018). Workplace contextual supports for lgbt employees: a review, meta-analysis, and agenda for future research. *Human Resource Management, 57*(1), 193–210. doi: 10.1002/hrm.21873
- Weinrich, J. D. (2014). On the design, development, and testing of sexual identity questions: a discussion and analysis of Kristen Miller and J. Michael Ryan's work for the national health interview survey. *Journal of Bisexuality, 14*(3-4), 502–523. doi: 10.1080/15299716.2014.952052
- Whitfield, D. L., Walls, N. E., Langenderfer-Magruder, L., & Clark, B. (2014). Queer is the new Black? Not so much: Racial disparities in anti-LGBTQ discrimination. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 26*, 426–440. doi: 10.1080/10538720.2014.955556
- Williamson, R. L., Beiler-May, A., Clark, M. A., & Locklear, L. R. (2017). Bringing home what I’m hiding at work: the impact of sexual orientation disclosure at work for same-sex couples. *Journal of Vocational Behavior, 103*, 7–22. doi: 10.1016/j.jvb.2017.08.005
- Willoughby, B. L. B., Doty, N. D., & Malik, N. M. (2008). Parental reactions to their child’s sexual orientation disclosure: A family stress perspective. *Parenting- Science and Practice, 8*, 70–91. doi:10.1080/15295190701830680
- Willoughby, B. L. B., Malik, N. M., & Lindahl, K. M. (2006). Parental reactions to their sons' sexual orientation disclosures: the roles of family cohesion, adaptability, and parenting style. *Psychology of Men and Masculinity, 7*(1), 14–26.
- Woods, J. D. (1994). *The corporate closet: The professional lives of gay men in America*. New York: Free Press.
- Zamboni, B. D., & Crawford, I. (2007). Minority stress and sexual problems among African-American gay and bisexual men. *Archives of Sexual Behavior : The Official Publication of the International Academy of Sex Research, 36*(4), 569–578. doi: 10.1007/s10508-006-9081-z