

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE RÔLE MÉDIATEUR DE LA HONTE SUR LE BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE DES
PERSONNES ASEXUELLES VICTIMES DE DISCRIMINATION

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR

LOUISE TAVARES DA SILVA BARRETO

DÉCEMBRE 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

Je tiens à exprimer mes plus sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire de maîtrise. Ce mémoire ne serait pas le même sans leurs contributions précieuses.

En premier lieu, je souhaite adresser mes remerciements à ma directrice, Marie-Aude Boislard, pour m'avoir accordé cette précieuse opportunité et pour son encadrement qui m'a constamment poussée à dépasser mes limites et à me surpasser tout au long de mon parcours académique. Je vous remercie sincèrement d'avoir cru en ma capacité et d'avoir offert des opportunités qui m'ont permis de mener à bien ma maîtrise dans les délais impartis et avec excellence.

J'exprime également ma reconnaissance envers Jill Vandermeerschen pour son accompagnement inestimable dans l'analyse des données, ainsi qu'envers tous les participants qui ont généreusement contribué à ce projet de recherche.

Un immense merci s'adresse aussi à mes collègues de laboratoire, avec une mention spéciale à Sabrina Laplante et Fred Dion. Ainsi qu'à Sandrine Gagné, pour son soutien et sa complicité tout au long de cette aventure académique. Son amitié m'a encouragée à persévérer, même dans les moments les plus difficiles. Ensemble, nous avons surmonté des défis, partagé des rires, et notre amitié s'est révélée être l'une des plus belles surprises de cette maîtrise.

À ma famille, je suis infiniment reconnaissante pour leur soutien inestimable, à la fois émotionnel et financier, qui m'a permis de poursuivre ce programme de maîtrise dans un pays étranger. Leur confiance et leur appui constants ont été essentiels pour m'inspirer et me motiver à donner le meilleur de moi-même dans mes études à l'étranger. Je suis consciente que sans leurs encouragements, cette expérience aurait été bien plus difficile à vivre.

Enfin, je voudrais exprimer toute ma reconnaissance à mon partenaire de vie, mon amour, Rémi Dhumeaux. Il a cru en moi quand je doutais de moi-même. Sans lui, je n'aurais même pas osé postuler pour une maîtrise en sexologie. Merci d'avoir été ce partenaire extraordinaire qui m'a soutenue à travers les moments difficiles et les joies de cette aventure académique.

TABLE DE MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	viii
RÉSUMÉ	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	3
1.1. CONCEPTUALISATION DE L’ASEXUALITÉ.....	3
1.1.1. <i>L’asexualité et les pathologies sexuelles</i>	4
1.1.2. <i>Le développement de l’identité asexuelle : Une approche par stades</i>	5
1.2. LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET L’ANXIÉTÉ SOCIALE CHEZ LES PERSONNES ASEXUELLES ..	6
1.2.1. <i>L’effet de la période développementale</i>	7
1.3. BIAIS ANTI-ASEXUALITÉ	8
1.4. L’INFLUENCE DE LA DISCRIMINATION, DU SOUTIEN SOCIAL ET DE LA HONTE SUR LE BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE	9
1.5. L’INFLUENCE DU GENRE	11
1.6. LIMITES DES CONNAISSANCES ACTUELLES.....	13
CHAPITRE II CADRE CONCEPTUEL.....	14
2.1. LE PARADIGME DE LA SEXUALITÉ OBLIGATOIRE.....	14
2.2. LE MODÈLE DU STRESS MINORITAIRE.....	15
2.3. L’APPROCHE DÉVELOPPEMENTALE	16
2.3.1. <i>Horloge sociale</i>	17
CHAPITRE III OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES	19
CHAPITRE IV MÉTHODOLOGIE.....	20
4.1. PARTICIPANT·E·S	20
4.2. PROCÉDURE.....	21
4.3. INSTRUMENTS DE MESURE.....	21

4.3.1. Informations sociodémographiques	21
4.3.2. Expérience de discrimination	22
4.3.3. Soutien social.....	23
4.3.4. Expérience de la honte	23
4.3.5. Détresse psychologique	23
4.3.6. Anxiété sociale	23
4.4. STRATÉGIES D'ANALYSE	24
4.5. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	25
CHAPITRE V ARTICLE.....	26
5.1. INTRODUCTION	28
5.1.1. Compulsory Sexuality Theory.....	30
5.1.2. Asexuality as a Sexual Orientation.....	30
5.1.3. Mental Health in People Identifying as Asexual	31
5.1.4. Discrimination, Shame, Social Anxiety, and Psychological Distress	33
5.1.5. Moderating and Controlling Variables.....	34
5.1.6. The Current Study.....	35
5.2. METHOD.....	35
5.2.1. Participants	35
5.2.2. Procedure.....	36
5.2.3.4. Ethnic minority status	38
5.2.4. Analytic Plan	40
5.3. RESULTS	41
5.3.1. Correlations	41
5.3.2. Mediation model	41
5.4. DISCUSSION.....	42
5.4.1. Mediation Model.....	43
5.4.2. Absence of Moderating Effects of Social Support	44
5.4.3. Strengths, Limitations and Future Research.....	45
5.4.4. Implications and Conclusion.....	47
CHAPITRE VI DISCUSSION	49
6.1 RAPPEL DES OBJECTIFS	49
6.2. PRINCIPAUX CONSTATS ET CONTRIBUTIONS THÉORIQUES	49

6.2.1. <i>La détresse psychologique et l'anxiété sociale</i>	50
6.2.2. <i>La discrimination vécue par les personnes asexuelles</i>	51
6.2.3. <i>Le rôle de la honte</i>	53
6.2.4. <i>Absence de modération</i>	55
6.3. LIMITES ET FORCES MÉTHODOLOGIQUES	57
6.4. RECHERCHES FUTURES	59
6.5. IMPLICATIONS POUR LES INTERVENTIONS SEXOLOGIQUES.....	60
CONCLUSION.....	63
ANNEXE A [MODÈLE DE MÉDIATION HYPOTHÉTIQUE].....	64
ANNEXE B [MODÈLE DE MÉDIATION FINAL].....	65
ANNEXE C [DESCRIPTIFS DES VARIABLES D'ÉTUDE ET MATRICE DE CORRÉLATIONS].....	66
ANNEXE D [EPTC-2]	67
ANNEXE E [CERTIFICAT ÉTHIQUE]	68
ANNEXE F [AVIS FINAL DE CONFORMITÉ]	69
ANNEXE G [FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT]	70
ANNEXE H [RESSOURCES D'AIDE]	75
ANNEXE I [QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE].....	79
ANNEXE J [ÉCHELLE DE DISCRIMINATION].....	86
ANNEXE K [ÉCHELLE DE SOUTIEN SOCIAL].....	88
ANNEXE L [ÉCHELLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE (SAS)].....	90
ANNEXE M [ÉCHELLE D'EXPÉRIENCE DE LA HONTE (ESS)].....	92
ANNEXE N [ÉCHELLE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE (K6)].....	94
ANNEXE O [ÉCHELLE DE BIEN-ÊTRE EMOTIONNEL (BEE)]	95
RÉFÉRENCES	96

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
3.1	Modèle de médiation hypothétique	19
5.1	Hypothetical Mediation Model	64
5.2	Final Mediation Model	65

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
5.1	Descriptives of Study Variables and Correlations Matrix	66

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ACE	Asexuel.le
AVEN	<i>The Asexual Visibility and Education Network</i>
CIEREH	Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains
CFI	<i>Comparative fit index</i>
CI	<i>Confidence interval</i>
DSH	Désir sexuel hypoactif
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
DSPG	Diversité sexuelle et pluralité de genre
ÉPTC-2	Éthique de la recherche avec des êtres humains
RSMEA	<i>Root mean square error of approximation</i>
UQÀM	Université du Québec à Montréal
VISAJE	Projet de recherche: Virginité et Inexpérience Sexuelle à l'âge Adulte – Jauger l'Entourage

Note: Dans ce mémoire, les accords masculins ont été employés de manière générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

RÉSUMÉ

Diverses études ont montré que les personnes de la DSPG (diversité sexuelle et pluralité de genre) sont davantage exposées à des problèmes de santé mentale en raison des facteurs de stress liés à leur statut minoritaire. Malgré un certain nombre d'études sur ce sujet, peu se sont intéressées à l'impact de la discrimination sur le bien-être psychologique des individus asexuels. Cette question revêt une grande importance étant donné que l'asexualité s'écarte des normes sociales qui prônent la sexualité obligatoire, exposant ainsi cette population à un risque accru de discrimination. Pour combler cette lacune, cette étude a examiné l'influence de la discrimination sur le bien-être psychologique (notamment l'anxiété sociale et la détresse psychologique) des personnes asexuelles, ainsi que le rôle médiateur de la honte dans la relation entre la discrimination et le bien-être psychologique. De plus, nous avons examiné si le soutien social modérait l'association entre la discrimination et la honte. Les données de cette étude transversale ont été recueillies via un questionnaire en ligne dans le cadre du projet VisaJe, qui portait sur la stigmatisation des jeunes adultes inexpérimentés sexuellement. Des échelles validées ont été utilisées pour mesurer les variables de l'étude auprès d'un sous-échantillon de 177 individus asexuels âgés de 18 à 42 ans. Les résultats de la modélisation par équations structurelles ont révélé que le soutien social n'avait pas d'effet modérateur dans la relation entre la discrimination et la honte. Cependant, après avoir contrôlé pour les variables telles que le soutien social, le genre et le statut de minorité ethnoculturelle, les résultats ont indiqué que la honte jouait un rôle de médiation partielle dans la relation entre la discrimination et la détresse psychologique, et un rôle de médiation complet dans la relation entre la discrimination et l'anxiété sociale. Les implications de ces résultats pour les études futures et la pratique professionnelle sont discutées.

Mots-clés : asexualité, discrimination, honte, bien-être psychologique, anxiété sociale, santé mentale.

ABSTRACT

Research on sexual minorities has demonstrated that they face greater risks of experiencing poorer mental health due to minority stress factors. Despite several studies on this topic, few have examined the impact of discrimination on the psychological well-being of asexual individuals. This issue is particularly important as asexuality deviates from social norms promoting mandatory sexuality, exposing this population to an increased risk of discrimination. This study addressed this gap by examining whether shame played a mediating role in the relationship between discrimination and the mental health outcomes (i.e., social anxiety and psychological distress) of asexual individuals, as well as whether social support moderated the association between discrimination and shame. Data for this cross-sectional study was collected through an online questionnaire as part of the VisaJe project, which examined the stigmatization of sexually inexperienced emerging adults. Validated scales were used to measure the study variables among a sample of 177 asexual individuals aged between 18 and 42. Structural equation modeling revealed that social support did not have a moderating effect in the relationship between discrimination and shame. However, after controlling for variables such as social support, gender, and ethnic minority status, the results indicated that shame partially mediated the relationship between discrimination and psychological distress, and fully mediated the relationship between discrimination and social anxiety. The implications of these findings for future studies and professional practice are discussed.

Keywords: asexuality, discrimination, shame, psychological well-being, social anxiety, mental health

INTRODUCTION

L'asexualité a suscité un intérêt croissant ces dernières années, en raison d'une médiatisation accrue et d'efforts de sensibilisation. Cependant, malgré ces avancées, de nombreuses personnes continuent de remettre en question la légitimité de l'asexualité en tant qu'orientation sexuelle et de porter des jugements négatifs envers ceux qui s'identifient comme asexuels (Decker, 2015; Hoffarth et al., 2016; MacInnis et Hodson, 2012; Vu et al., 2022). Des préjugés tenaces persistent, qualifiant souvent l'asexualité d'anormale, de manière de cacher une autre orientation sexuelle, ou même d'une simple phase passagère (Chasin, 2015; Decker, 2015; Gupta, 2017). Dans une société largement imprégnée de l'idée que l'activité sexuelle est la norme (Przybylo, 2011), les personnes asexuelles font face à des stigmatisations et des discriminations, tant de la part des personnes hétérosexuelles que non hétérosexuelles (MacInnis et Hodson, 2012). De plus, l'asexualité souffre de désinformation et de manque de visibilité, ce qui entrave son inclusion dans les actions politiques visant à soutenir les minorités sexuelles (Scherrer, 2008). Cette invisibilité se reflète également dans le peu de littérature scientifique consacrée à ce sujet.

La discrimination, qui a été largement documentée comme l'un des prédicteurs d'un faible bien-être psychologique parmi les populations minorisées, est également un facteur de préoccupation pour les personnes asexuelles (Borgogna et al., 2019; Simon et al., 2022; Yule et al., 2013). Des études ont déjà suggéré que les personnes asexuelles peuvent être plus susceptibles de développer un bien-être psychologique moindre que leurs homologues non asexuels (Chan et Leung, 2023; McInroy et al., 2022). Cependant, les facteurs de risque spécifiques associés au bien-être psychologique des personnes asexuelles restent peu étudiés.

C'est dans ce contexte que la présente étude vise à combler cette lacune en examinant si l'expérience de la discrimination est également un facteur de risque pour le bien-être psychologique (i.e., anxiété sociale et détresse psychologique) des personnes asexuelles et si la honte joue un rôle médiateur dans cette relation. En approfondissant notre compréhension de ces questions, cette étude apportera une contribution éclairée au débat sur la discrimination vécue par les personnes asexuelles, tout en offrant des orientations aux intervenants pour qu'ils puissent soutenir plus efficacement le bien-être psychologique de cette population.

Ce mémoire par article est structuré en six chapitres. Le premier chapitre se consacre à l'examen de l'état actuel des études sur l'asexualité, tandis que le deuxième chapitre explore les cadres théoriques utilisés pour formuler les hypothèses de l'étude. Le troisième chapitre expose les objectifs de la recherche, le quatrième détaille la méthodologie employée, et le cinquième intègre l'article publié dans le cadre de ce mémoire, présentant ainsi les résultats obtenus. Enfin, le sixième chapitre est dédié à la discussion approfondie de ces résultats.

CHAPITRE I

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Dans ce chapitre, nous explorerons d'abord les différentes définitions de l'asexualité dans les études empiriques, en mettant en évidence sa distinction par rapport aux troubles sexuels et les étapes de développement de l'identité asexuelle. Ensuite, nous examinerons les recherches sur la détresse psychologique et l'anxiété sociale chez les individus asexuels, ainsi que les études mettant en évidence le biais anti-asexualité. Nous passerons ensuite en revue les études se penchant sur l'expérience de la honte, le soutien social et la discrimination vécue par les minorités sexuelles. Enfin, nous mettrons en lumière les lacunes et les limites actuelles de nos connaissances dans ce domaine.

1.1. Conceptualisation de l'asexualité

L'émergence de l'asexualité en tant que domaine d'étude est un phénomène relativement récent. Dans les années 1950, Kinsey (1953) a été l'un des premiers à mentionner l'absence d'attirance sexuelle, en introduisant le « Groupe x » dans le spectre de la sexualité pour regrouper les personnes qui ne ressentaient aucune attirance sexuelle envers aucun genre. Cependant, ce n'est qu'en 2004 que la première étude spécifique sur l'asexualité a été publiée. Cette étude visait à déterminer sa prévalence dans la population britannique, et a révélé que 1% de l'échantillon populationnel probabiliste (N >18 000) déclarait ne ressentir aucune attirance sexuelle (Bogaert, 2004). Depuis lors, diverses études ont tenté de conceptualiser l'asexualité, en la considérant tour à tour comme une dysfonction sexuelle, une paraphilie ou encore une orientation sexuelle (Bogaert, 2006; Prause et Graham, 2007). L'effort de conceptualiser l'asexualité en tant qu'orientation sexuelle a engendré diverses interprétations, dont l'absence d'attirance sexuelle (Bogaert, 2006; Prause et Graham, 2007), l'absence de comportements sexuels (Rothblum et Brehony, 1993), ou encore l'autoidentification en tant qu'asexuel (Prause et Graham, 2007).

Pour les besoins de la présente étude, nous adopterons la définition proposée par Bogaert (2004, 2006), qui considère l'asexualité comme l'absence (ou la faible présence) d'attirance sexuelle envers autrui, et la reconnaît comme une orientation sexuelle à part entière. Cependant, il est

essentiel de noter que le Réseau de Visibilité et d'Éducation sur l'Asexualité (AVEN), une communauté créée *par* des asexuels *pour* les asexuels, ajoute à cette définition la notion de spectre. En effet, le spectre de l'asexualité englobe d'autres identifications, telles que les demisexuels (personnes attirées sexuellement uniquement par les personnes avec qui elles ont établi un lien affectif) et les grissexuels (qui ressentent une attirance sexuelle à un degré très faible). Cette nuance est cruciale pour appréhender la grande hétérogénéité et la complexité de cette population.

Par ailleurs, il est important de souligner que de nombreuses questions demeurent quant à la classification de l'asexualité. Certains se demandent si elle devrait être considérée comme une orientation sexuelle à part entière ou plutôt comme un autre domaine de la sexualité dans lequel plusieurs orientations sexuelles pourraient être incluses, tout comme l'hétérosexualité et l'homosexualité sont regroupées sous la catégorie de l'allosexualité¹ (Bogaert, 2015). Cette réflexion souligne l'importance de continuer à explorer et à étudier l'asexualité en tant que domaine distinct de la sexualité humaine.

1.1.1. L'asexualité et les pathologies sexuelles

Quelques études sur l'asexualité ont tenté de la distinguer des concepts apparentés, comme le trouble du désir sexuel hypoactif (DSH) et les paraphilies (Brotto et Yule, 2017). Deux arguments principaux émergent à l'encontre de la conceptualisation de l'asexualité comme un symptôme du DSH : (1) contrairement aux patients souffrant de DSH, les asexuels sont capables de manifester de l'excitation sexuelle subjective et physiologique (Brotto et Yule, 2011; Skorska et al., 2023); (2) les patients souffrant de DSH expriment une détresse en raison de la nature égodystonique de leur manque d'intérêt sexuel, tandis que les personnes asexuelles perçoivent leur manque d'intérêt sexuel comme faisant partie de leur identité égosyntonique (Brotto et Yule, 2017). Malgré certaines similitudes, les expériences de ces deux populations ressortent comme qualitativement différentes les unes des autres (Brotto et Yule, 2011, 2017).

¹ L'allosexualité désigne les individus qui ressentent de l'attirance sexuelle envers d'autres personnes (p.ex., homosexuels, hétérosexuels, bisexuels, pansexuels, etc.; Drouin, 2022; Mollet et Lackman, 2022).

Puisque certaines personnes asexuelles adoptent des comportements masturbatoires (Yule et al., 2014), il a été suggéré qu'elles auraient une sorte d'impulsion sexuelle. Cela a amené un questionnement qui demande si l'asexualité pouvait être une forme de paraphilie, car les intérêts sexuels des personnes asexuelles diffèrent de ce que la majorité des individus considère comme typique (Bogaert, 2006). Cependant, Bogaert (2006) soutient que, contrairement aux paraphilies, puisque cette impulsion n'est pas dirigée envers une personne ou un objet, elle ne peut donc pas être considérée comme une paraphilie. Quelques études (Brotto et al., 2010; Scherrer, 2008) ont identifié que les comportements masturbatoires de certaines personnes asexuelles peuvent être un moyen de soulager les tensions et ne proviennent pas nécessairement d'une impulsion sexuelle.

1.1.2. Le développement de l'identité asexuelle : Une approche par stades

En prenant en considération l'asexualité comme une orientation sexuelle à part entière, Robbins et al. (2016) ont élaboré le tout premier modèle théorique du développement de l'identité asexuelle. Ce modèle, qui établit des parallèles avec les cadres conceptuels relatifs au développement de l'identité homosexuelle et bisexuelle, comprend six stades distincts. Tout d'abord, il y a la « confusion d'identité », où les individus se sentent différents et peuvent se percevoir comme « cassés » en raison du manque d'informations sur l'asexualité dans la société. Ensuite, vient la « découverte de la terminologie », une phase spécifique du développement de l'identité asexuelle marquée par la découverte du terme « asexualité », souvent grâce à Internet. Ce stade revêt une grande importance, car elle permet aux individus de mettre des mots sur leur identité. Le troisième stade est celle de « l'exploration et de l'éducation », où les individus interagissent en ligne avec la communauté asexuelle afin de mieux comprendre leur identité. Le stade suivant, « acceptation et négociation l'identité », implique le rejet de l'idée que l'asexualité est une pathologie et l'acceptation de celle-ci en tant qu'orientation sexuelle. Ce stade suppose également une réflexion sur l'importance de cette caractéristique dans leur identité. La cinquième étape, « le *coming out* », varie en importance d'une personne à l'autre – certaines personnes ressentiront le besoin de le faire, tandis que d'autres non. Cela peut être une manière de faire face aux attentes sociales et d'exprimer ouvertement leur identité. Enfin, « l'intégration de l'identité » est le stade où les individus parviennent à l'auto-acceptation et à la fierté face à leur identité asexuelle. Ils ne la cachent plus et ne cherchent plus à se conformer aux normes sexuelles préétablies.

1.2. La détresse psychologique et l'anxiété sociale chez les personnes asexuelles

Au fil du temps, les recherches concernant l'asexualité ont évolué au-delà de simples descriptions pour explorer d'autres aspects tels que le développement de l'identité asexuelle (p.ex., Carrigan, 2011; Robbins et al., 2016), les relations interpersonnelles (p.ex., Dawson et al., 2016), ainsi que les répercussions sur la santé mentale (p.ex., Brotto et al., 2010; Yule et al., 2013). Parmi ces études, l'étude de Brotto et al. (2010) a été parmi les premières à identifier une incidence significative de détresse psychologique au sein de cette communauté. Il est toutefois important de souligner que la majorité des participants à cette recherche ont déclaré ne pas éprouver de détresse liée à leur orientation sexuelle. Ces résultats laissent entrevoir que la détresse psychologique ne découle pas directement des caractéristiques intrinsèques telles que l'asexualité ou l'absence d'attirance sexuelle, mais plutôt qu'elle pourrait être une conséquence du contexte social qui stigmatise la non-sexualité (Brotto et al., 2010).

Une autre étude a observé des scores plus élevés de dépression chez les hommes asexuels par rapport aux hommes non-hétérosexuels. Quant aux femmes asexuelles, leurs scores d'anxiété étaient similaires à ceux des femmes non-hétérosexuelles (Yule et al., 2013). Les auteurs de cette étude suggèrent que, de la même manière que les personnes homosexuelles et bisexuelles, les personnes asexuelles pourraient également rencontrer des difficultés à négocier leur identité non-hétérosexuelle dans une société hétéronormative. En conséquence, elles pourraient faire face à des processus similaires de *coming out*, de stigmatisation et de discrimination dans un contexte où la sexualité est considérée comme étant « obligatoire » et inhérente à l'expérience humaine. Par conséquent, il est possible que la population asexuelle soit davantage susceptible de souffrir de détresse psychologique en raison d'événements discriminatoires (Yule et al., 2013). Ces observations ont été corroborées par d'autres études réalisées auprès d'individus asexuels, où une part importante des participants ont rapporté avoir subi stigmatisation et marginalisation en raison de leur orientation sexuelle (Chan et Leung, 2023; Gupta, 2017; Robbins et al., 2016).

D'autres recherches ont mis en évidence des niveaux accrus d'anxiété et de dépression parmi les personnes demisexuelles et asexuelles par rapport aux personnes homosexuelles et bisexuelles (Borgogna et al., 2019; McInroy et al., 2022; Simon et al., 2022; Wadsworth et Hayes-Skelton,

2015; Zheng et Su, 2022), ainsi qu'une plus grande prévalence d'acephobie² intériorisée (McInroy et al., 2022). Ces observations suggèrent principalement que ces niveaux accrus de symptômes interiorisés sont en grande partie attribuables à leur faible représentation et à leur visibilité sociale limitée, ce qui entrave la compréhension de leur orientation sexuelle par leur entourage. Par conséquent, elles ont moins accès à un soutien social et sont plus susceptibles de faire face au rejet et à la discrimination, ce qui peut engendrer une anxiété sociale plus prononcée (Wadsworth et Hayes-Skelton, 2015). Parallèlement, des études menées en Chine ont également constaté que les personnes asexuelles étaient plus enclines à dissimuler leur orientation sexuelle par rapport aux autres individus non hétérosexuels (Su et Zheng, 2022; Zheng et Su, 2022), une stratégie potentiellement adoptée pour échapper au stigmatisme et aux conséquences négatives qui en découlent.

De plus, il est avancé que les individus asexuels pourraient être davantage exposés à des facteurs de stress liés à leur statut minoritaire (p.ex., la discrimination) que ceux identifiant des orientations sexuelles plus traditionnelles, et qu'ils pourraient même éprouver ces stress au sein de la communauté 2SLGBTQIA+ (Borgogna et al., 2019; Mollet et Lackman, 2018). Timmins et al. (2021), pour leur part, ont identifié que des événements discriminatoires et la rumination sont des facteurs liés à la détresse psychologique chez les personnes asexuelles. En effet, en plus de subir les préjugés envers les orientations sexuelles minoritaires, il est plausible que les individus asexuels fassent face à des préjugés distincts de ceux touchant d'autres minorités sexuelles (Bogaert, 2015 ; Hoffarth et al., 2016; MacInnis et Hodson, 2012). C'est la raison pour laquelle ce projet se concentre spécifiquement sur cette population. La possibilité d'une double discrimination, voire d'un double rejet – de la part des individus hétérosexuels et au sein de la communauté de la DPSG – pourrait contribuer à un bien-être psychologique moindre chez les adultes s'identifiant comme asexuels.

1.2.1. L'effet de la période développementale

Bien que notre étude se soit penchée sur les adultes asexuels, il est intéressant de noter les conclusions de Simon et al. (2022), qui ont examiné les expériences des adolescents asexuels.

² Désigne toutes les expressions de discrimination envers les personnes dans le spectre de l'asexualité (Drouin, 2022 ; Przybylo, 2019).

Leurs résultats ont mis en évidence des taux élevés de symptômes dépressifs, une faible estime de soi et un sentiment accru d'insécurité à l'école parmi ces adolescents. Même si cette étude n'ait pas exploré les facteurs explicatifs potentiels, ces données laissent entrevoir que les individus asexuels pourraient faire l'expérience de la stigmatisation dès leur jeune âge.

Dans une étude distincte axée sur la santé mentale et le stress vécu parmi les adolescents et jeunes adultes de la DSPG, les chercheurs ont constaté que les jeunes adultes asexuels sont davantage enclins à rapporter avoir fait l'expérience de discriminations par rapport aux adolescents asexuels. Cette disparité pourrait être attribuée à l'accroissement des activités sexuelles et des pressions sociales connexes, qui tendent à augmenter avec l'âge (McCormick et al., 2011). En outre, les travaux de Zheng et Su (2022) ont également corroboré cette tendance en mettant en lumière une corrélation positive entre l'âge et l'acéphobie intériorisée. Ces constats soulignent l'importance de considérer l'évolution des expériences asexuelles tout au long de la vie, en tenant compte des défis spécifiques aux différentes périodes du développement. Dans le cadre de cette étude, nous concentrerons notre attention spécifiquement sur les périodes de l'âge adulte émergent et établi.

1.3. Biais anti-asexualité

Bien que de nombreuses études aient exploré les préjugés à l'égard des personnes non hétérosexuelles, peu d'études se sont intéressées au biais anti-asexualité. L'étude menée par MacInnis et Hodson (2012) s'est penchée sur le biais intergroupe à l'encontre des minorités sexuelles, examinant deux échantillons distincts. Leurs résultats révèlent que les asexuels font l'objet d'évaluations plus négatives que les autres groupes de minorités sexuelles. Par exemple, les asexuels sont souvent dépeints avec moins d'attributs et d'émotions humaines, et sont parfois comparés à des machines. Cette étude a clairement mis en évidence un préjugé spécifique envers les asexuels, où toutes les autres orientations sexuelles sont jugées plus favorables que l'asexualité. Ainsi, les personnes asexuelles font face à des attitudes de déshumanisation, de rejet et de discrimination de la part de personnes hétérosexuelles. Le biais anti-asexualité a également été constaté comme étant étroitement associé à une intensification du fondamentalisme religieux (MacInnis et Hodson, 2012), ainsi qu'à une adhérence aux normes de genre traditionnelles et à des attitudes sexistes (Hoffarth et al., 2016). Ces études n'abordent pas directement les comportements discriminatoires envers les asexuels, mais elles révèlent l'existence d'un biais

anti-asexualité qui pourrait avoir un impact négatif sur la santé mentale et le bien-être de ces individus.

Dans une étude menée par Gupta (2017) auprès de 30 personnes auto-identifiées comme asexuelles, on constate que seulement 20% des participants n'ont jamais fait l'expérience de stigmatisation ou de marginalisation liées à leur orientation sexuelle. Les participants ont exprimé divers impacts négatifs de la pression sociale liée à la sexualité obligatoire, tels que la pathologisation de l'asexualité, l'isolement et l'invisibilité des personnes asexuelles, les relations sexuelles non désirées, ainsi que les conflits relationnels au sein des couples composés d'individus asexuels et allosexuels. Cette étude démontre que le biais anti-asexualité est ressenti et perçu par la plupart des personnes asexuelles, ce qui représente un risque pour leur bien-être.

Tout comme historiquement l'homosexualité a été pathologisée (Chauvin et Lerch, 2021 ; Higgins, 2011), l'asexualité a traversé et traverse encore un processus de pathologisation. L'idéal imposé par la médecine et la psychologie sur ce qui constitue une sexualité saine et normale renforce les stigmates liés à l'asexualité. De nombreux préjugés subsistent concernant l'asexualité, la confondant parfois avec des troubles sexuels tels que le trouble de désir sexuel hypoactif (DSH; Brotto et Yule, 2017). Ainsi, les personnes asexuelles peuvent être confrontées à des médecins ou des thérapeutes qui suggéreront que l'absence d'attirance sexuelle est le résultat d'une dysfonction ou d'un trauma (Foster et Scherrer, 2014; Gupta, 2017). Ces recherches mettent en évidence que les asexuels sont soumis à des évaluations négatives et indiquent clairement que le biais anti-asexualité existe et peut entraîner des conséquences négatives sur la vie des personnes asexuelles, affectant leur bien-être mental.

1.4. L'influence de la discrimination, du soutien social et de la honte sur le bien-être psychologique

L'impact de la discrimination sur le bien-être psychologique est indéniable. Comme le souligne Éribon (2012), les conséquences peuvent être profondes, laissant les personnes vulnérables à une série de résultats négatifs. Dans un environnement hostile, une gamme de sentiments négatifs et d'attitudes corporelles, dont la honte, peut émerger. En effet, la honte joue un rôle crucial au sein

de cette dynamique. Elle surgit lorsque les jugements négatifs émanant d'autrui s'intègrent aux croyances personnelles, entraînant une auto-évaluation négative (Budden, 2009). La crainte d'être soumis à des jugements négatifs et d'être rejeté par autrui peut conduire à l'apparition de l'anxiété sociale, qui, selon sa définition, se caractérise par la peur d'être mal évalué et de subir le rejet de son entourage (Rapee et Heimberg, 1997), créant ainsi un cercle vicieux. Le modèle du stress minoritaire (Meyer, 2003) avance que, parmi les groupes minoritaires, cette peur peut être exacerbée par l'anticipation d'une évaluation négative provenant du groupe dominant. Parallèlement, la détresse psychologique se manifeste par un éventail étendu de symptômes tels que la dépression, l'agitation, la fatigue, un sentiment de culpabilité et d'inutilité (Kessler et al., 2002). Ces souffrances psychologiques peuvent être intensifiées par des expériences honteuses liées aux discriminations vécues. Puisque la discrimination pourrait être interprétée comme un ensemble d'attitudes découlant de préjugés (McGibbon, 2012), la présente étude avance que la honte est exacerbée par les expériences de discrimination, et que l'intériorisation de ces événements engendre et renforce la détresse psychologique ainsi que l'anxiété sociale.

À cet égard, quelques études sur les personnes de la DSPG ont observé une relation entre discrimination, honte et détresse psychologique. Puckett et ses collègues (2017) ont constaté que la honte envers l'orientation sexuelle prédit l'anxiété et la dépression chez cette population. Mereish et Poteat (2015) ont aussi identifié que la honte agit comme médiateur entre les effets de stress proximaux (p.ex., l'homophobie intériorisée) et distaux (p.ex., la discrimination) et la dépression et l'anxiété. Autres études ont révélé que des scores plus élevés de discrimination et de honte étaient associés à un risque plus élevé de suicidalité (Mereish et al., 2019) et à des scores plus élevés d'anxiété et de dépression (Scandurra et al., 2017). Les résultats de ces études révèlent l'importance et la nécessité d'étudier cette relation afin de développer des stratégies d'intervention qui peuvent réduire les effets négatifs des facteurs de stress minoritaires tels que la discrimination et la stigmatisation sur le bien-être psychologique des personnes asexuelles.

Cependant, il convient de souligner l'importance du soutien social, défini comme l'aide provenant des relations interpersonnelles pour surmonter les défis de la vie (Kessler et al., 1985), qui joue un rôle crucial dans la manière dont une personne réagit aux discriminations subies. En ayant le soutien de personnes de son entourage, il est possible de mieux gérer les conséquences psychologiques de la discrimination et de retrouver une certaine résilience (Meyer, 2003).

Différentes études menées auprès des minorités sexuelles soulignent aussi l'importance du soutien social comme une stratégie d'adaptation face au stress minoritaire ainsi que pour la réduction des effets négatifs sur le bien-être psychologique. Une étude a observé que le soutien social agit comme un facteur de protection contre la dépression pour les femmes souffrant de biphobie intériorisée (Beaber et Ducker, 2008). Il a été également observé que le soutien social aide à atténuer les effets négatifs de la discrimination sur le bien-être psychologique des personnes s'identifiant comme lesbiennes ou gais (Molero et al., 2017) et transgenres (Scandurra et al., 2017). Une autre étude a constaté que la discrimination est un fort prédicteur des idées suicidaires chez les personnes transgenres lorsqu'elle est associée à un faible soutien social (Trujillo et al., 2017).

Bien que les associations susmentionnées aient été examinées au sein de divers sous-groupes de la population de la DSPG, il convient de noter qu'aucune étude n'a encore exploré ces liens au sein d'une population exclusivement asexuelle. En effet, les connaissances actuelles concernant les expériences de stress minoritaire vécues par les individus asexuels et leurs conséquences sur leur bien-être psychologique demeurent très limitées. Il est essentiel de prendre en compte la relation entre ces variables. De fait, une étude a révélé que les jeunes asexuels présentaient une prévalence plus élevée de symptômes intériorisés que de symptômes externalisés par rapport à d'autres individus non hétérosexuels (McInroy et al., 2022). Il est possible que cette augmentation des symptômes intériorisés soit liée à l'intériorisation du stigmate causé par la discrimination (McInroy et al., 2022). Dans cette optique, une analyse approfondie des symptômes intériorisés telles que la honte, la détresse psychologique et l'anxiété sociale au sein de cette population pourrait non seulement enrichir la recherche existante, mais également ouvrir de nouvelles pistes de recherche prometteuses.

1.5. L'influence du genre

Les données sociodémographiques suggèrent que l'asexualité est un phénomène genré. En effet, les données ont montré que les femmes s'identifient plus souvent comme asexuelles que les hommes (Brotto et al., 2010; Bogaert, 2004; Prause et Graham, 2007; Scherrer, 2008). Cette différence peut être attribuée aux normes sexuelles genrées qui sont associées à la masculinité et à la virilité sexuelle masculine. Ces normes créent des attentes culturelles selon lesquelles les

hommes sont censés être plus sexuels que les femmes (Gupta, 2019; Przybylo, 2014). Ainsi, les hommes pourraient avoir plus de difficultés à dévoiler leur orientation sexuelle en tant qu'asexuels, car cela peut mettre en question leur masculinité. En revanche, les femmes asexuelles pourraient être plus acceptées dans la société, car cela correspond à l'image des femmes qui sont naturellement moins sexuelles que les hommes ou moins conscientes de leurs propres désirs sexuels (Gupta, 2019; Przybylo, 2014).

Il a également été observé qu'un pourcentage significatif (de 27% à 50%) de personnes asexuelles ne s'identifient ni comme homme ni comme femme (e.g., Cuthbert, 2022; MacNeela et Murphy, 2015; McInroy, 2022). Selon les théoriciennes (voir Gupta, 2019), une proportion importante de personnes asexuelles pourrait se considérer comme non conformes au genre binaire en raison de leur moindre attachement aux aspects du genre liés aux rôles sexuels, tels que la performance sexuelle et la conformité aux normes de beauté associées à un genre spécifique pour séduire un partenaire. Gupta (2019) a observé que l'écart par rapport aux normes de genre et aux normes sexuelles semblait accorder un certain niveau de liberté aux participant.es non-binaires pour examiner de manière critique d'autres aspects du genre qui sont moins liés à la sexualité. En conséquence, l'asexualité pourrait être considérée comme une manière de se libérer des normes de genre rigides qui tendent à dicter les comportements et les attentes sexuelles.

Pour comprendre les trajectoires des personnes asexuelles, il est essentiel d'intégrer leur identité de genre dans l'analyse, étant donné que les normes de genre influencées par les dynamiques sociales peuvent engendrer des obstacles particuliers pour les personnes asexuelles en fonction de leur genre. Par exemple, les hommes asexuels peuvent faire face à des pressions sociales plus fortes pour être sexuellement actifs en raison des attentes associées à la masculinité, tandis que les femmes asexuelles peuvent être confrontées à des pressions liées à la constitution d'une famille et à la procréation (Gupta, 2019). De plus la stigmatisation de l'asexualité peut également différer selon le genre, les hommes étant considérés comme moins masculins et les femmes comme conservatrices, prudes ou immatures. Pour ceux qui ne se conforment pas à la binarité de genre, il peut y avoir des défis supplémentaires liés à la transgression des normes de genre binaires (Gupta, 2019). Dans le cadre de cette étude, nous avons pris en compte ces aspects en contrôlant les données en fonction du genre.

1.6. Limites des connaissances actuelles

Bien que des changements aient été observés au cours des dernières années, de nombreuses études sur l'asexualité continuent de se fonder sur des échantillons composés de membres de communautés en ligne sur l'asexualité, telles que l'AVEN, ou encore sur des populations d'étudiants universitaires. Cette approche limite la généralisation des résultats à cette population spécifique, et en diminue la validité externe (p.ex., Brotto et al., 2010; Liss et Wilson, 2021; Yule et al., 2013, 2015). Ainsi, ces études présentent un biais de sélection en excluant les asexuels qui ne sont pas affiliés à ces groupes en ligne ou qui ne sont pas des étudiants universitaires, puisque toutes les personnes asexuelles n'ont pas nécessairement accès à de tels réseaux ou ne se sentent pas à l'aise pour rejoindre des groupes axés sur l'orientation asexuelle. Par conséquent, il revêt une importance cruciale de varier les échantillons des études portant sur l'asexualité, pour approfondir notre compréhension des enjeux rencontrés par cette population spécifique.

Une autre limite réside dans le fait qu'une grande partie des études portant sur le stress minoritaire vécu par les minorités sexuelles et ses répercussions sur leur bien-être ne prend pas en compte les individus asexuels. Même lorsque ces études reconnaissent l'asexualité en tant qu'orientation sexuelle à part entière, elles ont souvent tendance à regrouper l'asexualité avec d'autres orientations sexuelles moins traditionnelles sous la catégorie « autre », dans le but d'assurer une puissance statistique adéquate. Ce regroupement limite notre compréhension du bien-être et des besoins spécifiques des personnes asexuelles. De plus, les quelques études qui se sont spécifiquement intéressées à l'asexualité ont souvent utilisé de très petits échantillons (p.ex., l'étude quantitative de Liss et Wilson (2021) ne comptait que sept participants asexuels), ce qui rend leurs résultats peu transférables. Afin d'améliorer notre compréhension de l'asexualité en tant qu'orientation sexuelle distincte, il est essentiel de considérer l'asexualité comme une catégorie à part entière dans les études sur les minorités sexuelles et de mener des études portant spécifiquement sur ces personnes. Cela permettrait de mieux appréhender les besoins spécifiques et le bien-être des personnes asexuelles de manière plus précise.

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL

Dans ce chapitre, nous mobiliserons trois théories pour mieux comprendre pourquoi la population asexuelle à l'âge adulte est susceptible de faire face à des expériences discriminatoires et comment cela peut affecter leur bien-être. Tout d'abord, nous examinerons le paradigme de la sexualité obligatoire, proposé par Gupta (2015), qui offre un cadre d'analyse pour comprendre les pressions sociales et les attentes normatives auxquelles les individus asexuels peuvent être confrontés. Ensuite, nous aborderons la théorie du stress minoritaire, développée par Meyer (2003), qui met en lumière les facteurs de stress spécifiques auxquels les minorités sexuelles sont exposées, et nous l'appliquerons au contexte asexuel. Enfin, nous utiliserons l'approche développementale pour mettre en évidence les défis spécifiques des périodes d'adulte émergente et établie en lien avec l'asexualité. L'utilisation de ces trois modèles théoriques viendra étayer les hypothèses formulées dans cette étude et nous permettra de mieux appréhender les enjeux auxquels font face les personnes asexuelles à l'âge adulte.

2.1. Le paradigme de la sexualité obligatoire

Cette étude s'appuiera sur la théorie de la sexualité obligatoire (ou compulsory sexuality), qui postule que notre société fonctionne selon un système social régulateur considérant tous les individus comme des êtres sexuels (Gupta, 2015). Ainsi, il est attendu que chaque personne s'engage dans des activités sexuelles et soit naturellement portée vers la sexualité. Malheureusement, ce système marginalise toute expérience et expression de non-sexualité, comme c'est le cas pour l'asexualité (Gupta, 2015). Dans ce contexte, Przybylo (2011) a introduit le terme « sexusociété » pour décrire la société occidentale contemporaine, où le rapport sexuel et la sexualité jouent un rôle central dans les modes de vie. Dans cette sexusociété, la sexualité obligatoire est non seulement enracinée dans les pratiques sociales, mais elle est également intériorisée par chaque individu.

Bien que l'on puisse supposer que certaines perspectives conservatrices pourraient potentiellement considérer l'asexualité comme « bénéfique », des études indiquent que les

individus qui adhèrent à des croyances religieuses ou conservatrices ont tendance à avoir des opinions plus négatives envers l'asexualité par rapport à ceux qui n'en ont pas (Davis, 2023; MacInnis et Hodson, 2012). Cette disparité peut découler des idées contradictoires soutenues par ces perspectives conservatrices. D'un côté, elles prônent le contrôle des désirs sexuels chez les femmes ou leur chasteté jusqu'au mariage, mais d'un autre côté, elles objectivent les femmes en tant qu'objets du désir masculin et vecteurs de procréation. Contrairement à l'idée selon laquelle l'asexualité serait en accord avec les convictions religieuses et conservatrices, il est important de reconnaître que l'asexualité est une orientation sexuelle indépendante de ces convictions. L'asexualité n'est pas une stratégie comportementale, mais une caractéristique innée, non soumise au choix. Cela contredit généralement les idéaux dominants de procréation, de réserve en attendant le partenaire « adéquat », et l'accent mis sur l'hétérosexualité, que les segments de la société les plus conservateurs soutiennent (pour une discussion détaillée, voir Fahs, 2010; Kurowicka et Przybylo, 2020).

Ainsi, on pourrait s'attendre à ce que les individus asexuels soient particulièrement à risque d'éprouver de la honte ou d'autres types de détresse psychologique quant à leur identité sexuelle, étant donné qu'ils s'écartent des normes de la sexualité obligatoire. Cela s'avère d'autant plus probable que ce paradigme de sexualité obligatoire stigmatise l'absence de sexualité chez les individus pubères, et influence les normes sociales en encourageant l'idée de « performer la sexualité ».

2.2. Le modèle du stress minoritaire

Dans cette étude, nous nous appuyons sur le modèle du stress minoritaire (Meyer, 2003) afin de mieux appréhender l'impact potentiel de la discrimination sur les personnes asexuelles, ainsi que les conséquences qui en découlent, telles que la détresse psychologique et l'anxiété sociale. Le modèle du stress minoritaire, développé par Meyer en 2003, a pour objectif d'analyser les disparités en matière de santé, en mettant spécialement l'accent sur les minorités sexuelles. Selon ce modèle, les minorités sexuelles font face à un stress constant et accablant en raison de leur statut minoritaire au sein d'une société cishétéronormative. Ce stress est souvent amplifié par des facteurs externes, comme la discrimination et le harcèlement, ainsi que par des facteurs internes incluant des pensées et des émotions négatives, ainsi que l'intériorisation de l'hétérosexisme

(Russell et Fish, 2016). Ces facteurs de stress peuvent avoir des effets néfastes sur leur bien-être psychologique, leur santé physique et leur qualité de vie globale. Les facteurs de stress externes englobent diverses formes de discrimination, tant au niveau structurel que dans les interactions interpersonnelles (Russell et Fish, 2016). Cette pression excessive joue un rôle crucial dans l'émergence et l'aggravation des problèmes de santé mentale au sein des minorités sexuelles (Meyer, 2003). De plus, le modèle souligne l'importance d'un réseau solide de soutien social, comprenant notamment des individus partageant la même caractéristique minorisée, pour atténuer les effets négatifs du stress minoritaire sur leur bien-être psychologique.

Bien que ce modèle ait principalement étudié les relations oppressives entre une société cishétéronormative et les personnes homosexuelles et transgenres, nous postulons qu'il est pertinent d'appliquer l'idée de stress minoritaire aux personnes asexuelles. À cet égard, comme le suggère Przybylo (2011), l'hétéronormativité est aux homosexuels ce que la sexusociété est aux asexuels. Ainsi, en considérant l'asexualité comme une orientation sexuelle minoritaire qui va à l'encontre des normes sociales prônant la sexualité obligatoire, il est plausible de supposer que les individus asexuels sont particulièrement exposés au risque de discrimination et peuvent ressentir de la honte, de la détresse psychologique et de l'anxiété sociale à la suite de tels événements.

2.3. L'approche développementale

Les périodes développementales sont des étapes de croissance et de maturation que les individus traversent tout au long de leur vie. Elles englobent des changements significatifs sur les plans physique, cognitif, émotionnel et social, suivant un modèle prévisible dans un contexte historique et culturel donné (McCormick et al., 2011). Chaque période comporte des défis, des opportunités et des tâches de développement uniques, nécessaires pour passer à la période suivante de la vie. Lorsqu'on adopte une perspective développementale, il est crucial de reconnaître que les différences entre les personnes de différentes périodes de développement sont plus significatives que les différences entre les individus d'une même période. Par conséquent, généraliser un phénomène d'une période de la vie à une autre devient plus difficile, car les enjeux, les défis et les opportunités varient d'une période à l'autre. Dans le cadre de ce projet, il est particulièrement pertinent d'explorer les périodes de développement de l'âge adulte émergent (18 à 29 ans) et de l'âge adulte établi (30 à 45 ans). Pendant ces périodes, il est caractéristique que l'accent soit mis

sur les relations amoureuses et l'exploration sexuelle (Arnett, 2000; Nelson, 2021), ainsi que sur l'établissement ou la rupture de relations amoureuses et la fondation de familles (Mehta et al., 2020), respectivement. Cela peut placer les personnes asexuelles de ces tranches d'âge dans une position particulièrement vulnérable à la discrimination de la part de leur entourage, étant donné qu'elles peuvent ne pas correspondre à ces attentes sociétales. Du fait que les adultes établis sont moins centrés sur leur cercle social (Schmidt et al., 2023) et font face aux défis de la vie quotidienne de manière plus efficace que les jeunes adultes (Mehta et al., 2020), ils peuvent développer des mécanismes de gestion spécifiques lorsqu'ils sont confrontés à la discrimination. Ceci, à son tour, a une incidence sur leur bien-être psychologique et favorise un affect positif plus élevé.

2.3.1. Horloge sociale

Tout comme la sexualité obligatoire, l'âge joue également un rôle crucial en tant que système social régulateur. En réalité, il représente l'une des dimensions les plus importantes de l'organisation de la régulation sociale. L'âge façonne la manière dont les individus organisent et perçoivent leur propre vie en suivant une horloge sociale qui dicte le moment et l'ordre auxquels certains événements et transitions doivent se produire au cours de chaque période de la vie (Neugarten, 1996). En combinant les concepts de sexualité obligatoire et d'horloge sociale, on peut constater que les normes entourant la sexualité peuvent varier en fonction de l'âge. Dans le cadre de ce projet, il est intéressant de réfléchir à la manière dont cette combinaison de concepts pourrait expliquer la stigmatisation des personnes asexuelles adultes. Cela met en évidence non seulement les attentes de la société concernant l'attirance et les relations sexuelles, mais aussi comment ces attentes évoluent tout au long des différentes périodes du développement. Par exemple, la société attend non seulement des individus qu'ils soient en couple, mais aussi qu'ils entrent en relation à un moment précis de leur vie. Ceux qui ne se conforment pas à ces attentes ou ne respectent pas la séquence et le *timing* préétablis peuvent être marginalisés et stigmatisés. En conséquence, la pression pour se conformer à ces normes et répondre à ces attentes peut entraîner des perceptions négatives à l'égard des personnes asexuelles et contribuer à leur marginalisation.

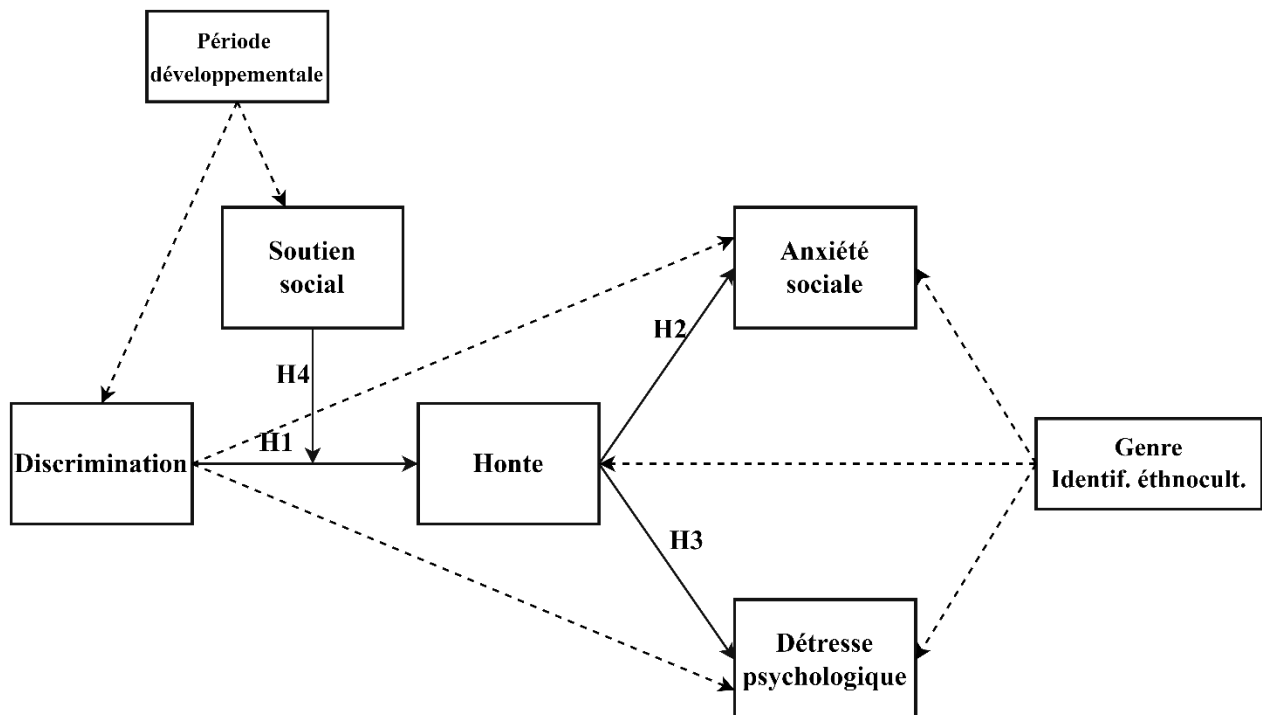
Ces normes peuvent être particulièrement intensifiées lors des périodes de l'âge adulte émergent et établi, au cours desquelles la sexualité et les relations amoureuses jouent un rôle encore plus prédominant. Pour illustrer ce point, il est possible que les personnes asexuelles plus âgées subissent moins de pression liée à la sexualité obligatoire que les jeunes adultes, car les attentes sociales pour cette période de la vie ne sont pas autant centrées sur la sexualité. En réalité, les personnes âgées sont souvent stéréotypées comme étant non sexuelles, supposées ne pas vouloir ou ne pas pouvoir avoir de relations sexuelles (Gewirtz-Meydan et al., 2018). Il est donc crucial de tenir compte des attentes sociales liées à l'âge lors de l'étude des effets de la discrimination sur le bien-être psychologique des personnes asexuelles.

CHAPITRE III

OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

L'objectif de cette étude consiste à analyser si l'expérience de la discrimination est un indicateur d'anxiété sociale et de détresse psychologique plus élevées chez les adultes asexuels. De plus, l'étude cherche à déterminer si ces relations sont médiées par l'expérience de la honte chez cette population. Ainsi, l'hypothèse centrale est que l'expérience de la honte joue un rôle de médiateur entre la discrimination et les problèmes de santé mentale chez les adultes asexuels, tels que l'anxiété sociale et la détresse psychologique. Cette hypothèse s'appuie sur quatre sous-hypothèses: premièrement, que l'expérience de la discrimination est positivement liée à l'expérience de la honte (H1) ; deuxièmement, que l'expérience de la honte est positivement liée à l'anxiété sociale (H2) ainsi qu'à la détresse psychologique (H3); et enfin, que le soutien social perçu agit comme un facteur modérateur entre la discrimination et l'expérience de la honte (H4; voir Figure 3.1). Pour garantir la validité des résultats, l'étude prend en compte des facteurs de confusion potentiels tels que la période de développement, le genre et l'identification ethnoculturelle, qui sont contrôlés dans l'analyse.

Figure 3.1. Modèle de médiation hypothétique



CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre, nous présenterons la méthodologie utilisée dans notre étude, ainsi que les stratégies d'analyse mises en place et les considérations éthiques qui ont été prises en compte. Notre objectif étant de tester un modèle de médiation, nous avons choisi un devis quantitatif corrélational exploratoire. Ce type de devis nous permet d'identifier la direction et le niveau d'association entre les variables (Creswell, 2015). L'une des forces de ce type de devis réside dans sa capacité à prédire la probabilité de l'occurrence d'une variable à partir d'une autre lorsqu'elles sont associées (Creswell, 2015). En utilisant cette approche, nous pourrions mieux comprendre les relations entre les différentes variables étudiées et modéliser la médiation proposée par notre modèle.

4.1. Participant·e·s

L'échantillon qui a été utilisé dans la présente étude faisait partie d'un plus vaste projet visant à mieux comprendre la stigmatisation des adultes émergents inexpérimentés sexuellement (AÉIS), le projet VisaJe. Différentes stratégies de recrutement ont été utilisées dans cette étude. Tout d'abord, des affiches virtuelles ont été diffusées sur les médias sociaux, les sites Web, ainsi que via les listes de diffusion et les réseaux des chercheurs et des étudiants impliqués. Ensuite, des tournées de classes ont été organisées. Enfin, un échantillonnage boule-de-neige a été utilisé. La collecte des données s'est déroulée en ligne entre les mois d'octobre 2020 et de juin 2021, et les personnes éligibles étaient celles qui étaient francophones ou anglophones et âgées de 18 ans ou plus. Aucun autre critère n'a été imposé. Pour l'étude actuelle, un sous-échantillon a été sélectionné à partir de cet échantillon initial. Ce sous-échantillon comprend 177 participants âgés de 18 ans à 43 ans (Mâge= 26,62, É.T. = 6,0), majoritairement des femmes (56,5 %) ainsi que d'environ un tiers de personnes non-binaires (27,7 %). La plupart sont Canadiens (36,7 %) et anglophones (66,3 %), avec 20,3 % déclarant appartenir à une minorité ethnoculturelle. Tous les participants s'identifient sur le spectre asexuel, avec 83,6 % en tant qu'asexuels, 13,6 % en tant que demisexuels et 2,8 % en tant que grisseux.

4.2. Procédure

Pour la collecte des données, un questionnaire en ligne (créé sur la plateforme Qualtrics) a été utilisé (durée approximative de 30 minutes). Le questionnaire était composé de cinq blocs de questions, dont l'ordre et la séquence étaient contrebalancés pour distribuer les données manquantes à travers le questionnaire (Little et Rhemtulla, 2013): (1) données sociodémographiques primaires; (2) données sociodémographiques secondaires; (3) échelles liées à la sexualité (p.ex. croyances sur la virginité); (4) bien-être; et (5) corrélats de l'inexpérience sexuelle. Le nombre de questions attribué à chaque participante variait selon leurs caractéristiques personnelles, principalement en fonction de leur réponse à la question sur l'inexpérience sexuelle. Cette approche repose sur la stratégie du Split-Questionnaire (Raghunathan et Grizzle, 1993), qui implique la division du questionnaire en sections distinctes et son administration à des groupes différents de répondants. Dans ce cas précis, la division était basée sur l'inexpérience sexuelle des participants. Le premier bloc a été attribué à tous les participants car il déterminait leur éligibilité, tandis que les ensembles 2 à 5 étaient attribués dans un ordre aléatoire aux participants. De cette façon, chaque ensemble de questions a été répondu par un nombre de participants équivalent. Afin de réduire la durée du questionnaire et de limiter les données manquantes, le nombre d'items dans les échelles de mesure des ensembles 2 à 5 a été réduit selon la stratégie « planned missingness » (Little et Rhemtulla, 2013), ce qui implique que chaque participant ne réponde qu'à un sous-ensemble du nombre total d'items à l'intérieur de chaque facteur des échelles, attribués aléatoirement aux participants.

4.3. Instruments de mesure

4.3.1. Informations sociodémographiques

4.3.1.1. Genre

Pour identifier le genre des participants, une question à choix multiple portant sur leur identité de genre leur a été posée. De plus, un espace a été prévu pour leur permettre d'indiquer leur identité de genre si celle-ci ne figurait pas dans la liste proposée. Par la suite, cette variable a été

transformée en trois variables dichotomiques (non [n = 0] et oui [n = 1]) : homme, femme et diversité de genre.

4.3.1.2. Orientation sexuelle

Les participants ont été invités à répondre à une question à choix multiple concernant leur orientation sexuelle. Ils ont également eu la possibilité de décrire leur orientation sexuelle dans un espace prévu à cet effet, si celle-ci ne figurait pas dans la liste proposée. Pour cette étude, seules les réponses des participants s'identifiant comme asexuels, y compris ceux se reconnaissant dans le spectre asexuel, ont été prises en considération.

4.3.1.3. Statut de minorité ethnoculturelle

Le statut de minorité ethnoculturelle a été évalué avec une question en mode « oui/non », portant sur l'appartenance à un groupe racial, ethnique et/ou minoritaire en raison de la couleur de peau, de la culture, du statut d'immigration, de la langue parlée ou de la religion.

4.3.1.4. Période développementale

Les participants ont fourni leur date de naissance pour déterminer leur âge. En fonction de la date de complétion du questionnaire, nous les avons classés en deux groupes: adultes émergents (18-29 ans) et adultes établis (30-45 ans).

4.3.2. Expérience de discrimination

L'échelle de discrimination a été adaptée à une population minorisée sexuellement (i.e., personnes non hétérosexuelles ou non cisgenres) à partir de plusieurs échelles de discrimination validées avec diverses populations (Chamberland et al., 2013; Díaz et al., 2004; Einarsen et al., 2009; Essed, 1991; Krieger et al., 2005; Williams et al., 1997; Woodford et al., 2014). L'échelle créée comportait six énoncés (p.ex., « Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence les événements suivants vous sont-ils arrivés : (1) Vous vous êtes fait traiter de noms, insulter, agacer, harceler, intimider verbalement, ou crier après »). Les choix de réponse variaient entre « 0 - jamais » et « 4 - presque à chaque fois ».

4.3.3. Soutien social

Afin de mesurer le soutien social, certains items de deux échelles différentes ont été combinés : quatre items de la sous-échelle de Soutien émotionnel perçu ($\alpha = .83$; p.ex., « Il y a des gens qui m'aiment vraiment ») des échelles de Soutien social de Berlin (Schwarzer et Schulz, 2013) et deux sous-échelles de Provision sociale (Cutrona et Russell, 1987). Il s'agit des sous-échelles Orientation (quatre items; $\alpha = .76$; p.ex., « Il n'y a personne avec qui je me sens à l'aise de parler de mes problèmes ») et Alliance fiable (quatre items; $\alpha = .65$; p.ex., « Il n'y a personne sur qui je peux compter si j'ai vraiment besoin d'aide »). Les choix de réponse variaient entre « 1 – pas d'accord » et « 4 – tout à fait d'accord ».

4.3.4. Expérience de la honte

Une des sous-échelles du questionnaire auto-rapporté Experience of Shame Scale (ESS; Andrews et al., 2002; $\alpha = .90$; version française : Théberge et al., 2021; $\alpha > .88$) a été utilisée pour mesurer l'expérience de la honte chez les participants. La sous-échelle est composée de 12 questions et porte sur la honte « ressentie relativement au caractère » (p.ex. « Avez-vous évité les gens à cause de votre incapacité à faire des choses? »). Les choix de réponse variaient « 1 - pas du tout » et « 5 - beaucoup » pendant la dernière année.

4.3.5. Détresse psychologique

L'échelle K6 (Kessler et al., 2002; $\alpha = .89$) a été utilisée pour mesurer le niveau de détresse psychologique des participants. Cette échelle est composée de 6 énoncés où le répondant indique la fréquence du sentiment décrit au cours des trente derniers jours (p.ex. « Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous eu le sentiment d'être nerveux·se? »). Les choix de réponse variaient entre « 1 - tout le temps » et « 5 - jamais ».

4.3.6. Anxiété sociale

Une version du questionnaire auto-rapporté Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS; La Greca et Lopez, 1998; $\alpha = .91$; version française : Allard, 2015; $\alpha = .93$) a été utilisée pour mesurer le niveau d'anxiété sociale. Cet instrument est composé de 13 affirmations sur les émotions et

comportements des individus dans un contexte social (p.ex. « Je m'inquiète de ce que les autres disent de moi »). L'échelle de réponse est une échelle de Likert allant de « 1 - jamais » à « 5 - toujours ». Les participants sexuellement inexpérimentés ont répondu à tous les items, tandis que les participants sexuellement expérimentés n'ont répondu qu'à certains des items en utilisant la stratégie Split-Questionnaire (Raghunathan et Grizzle, 1993).

4.4. Stratégies d'analyse

Les analyses descriptives et de corrélations bivariées ont été réalisées à l'aide du logiciel statistique SPSS, version 28 et les analyses de médiation et modulation ont été effectuées sur le logiciel R (R Core Team, 2020) avec le package Lavaan (v0. 6-7; Rosseel, 2012). Afin d'examiner la précision des données collectées, des analyses descriptives de l'échantillon et l'examen de la distribution de chacune des variables ont d'abord été réalisés. Les données manquantes ont été traitées par imputation multiple, une technique visant à inférer les valeurs manquantes selon les valeurs existantes tout en conservant la variabilité dans l'échantillonnage (Tabachnick et Fidell, 2012). Cela a permis d'inclure tous les participants aux analyses plutôt que de laisser de côté les participants qui ont omis de répondre à certaines questions.

Des analyses de corrélation bivariée ont été ensuite effectuées entre la discrimination et chacune des variables dépendantes, ainsi qu'entre la discrimination et la honte. Ces analyses ont permis d'identifier la force et le seuil de signification des associations entre ces variables. Le modèle de médiation a été testé à partir d'analyses d'équations structurelles (Jöreskog et al., 1979). Une fois la médiation confirmée, une analyse de « bootstrapping » à 5000 itérations a été réalisée afin de vérifier le seuil de signification de la médiation proposée. Ensuite, le soutien social a été intégré en tant que modérateur dans le modèle pour vérifier si cette variable modifie la relation entre la discrimination et la honte. Puisque cette relation n'a pas démontré de signification, elle a également été testée en tant que variable modératrice dans la relation entre la discrimination et les variables dépendantes. Étant donné que cela ne s'est pas avéré significatif non plus, le soutien social a été ajouté en tant qu'autre variable de contrôle. Les mêmes analyses ont été effectuées en utilisant un échantillon composé de personnes s'identifiant comme asexuelles, en excluant celles qui se positionnaient ailleurs sur le spectre de l'asexualité. Cette démarche a été entreprise dans le but de valider nos résultats et de déterminer s'ils variaient en fonction de l'auto-identification des

individus sur le spectre de l'asexualité. Les résultats obtenus sont restés constants, ce qui apporte un soutien empirique à la validité écologique de notre étude. En ce qui concerne le modèle final, toutes les personnes se situant sur le spectre de l'asexualité ont été incluses dans les analyses.

4.5. Considérations éthiques

L'étude dans laquelle ce projet s'inscrit a été approuvée par le comité d'éthique institutionnel de l'UQAM (CIEREH). Pour avoir accès aux données collectées, le tutoriel de l'EPTC-2 a été complété et une entente de confidentialité a été signée par la candidate. La collecte des données a été réalisée dans l'anonymat et les participants ont été identifiés à partir de codes alphanumériques ne permettant aucune identification. Afin d'assurer leur confidentialité, seules les analyses de groupes ont été diffusées. Puisque la population étudiée dans cette étude souffre toujours de stigmates liés à l'asexualité, il est important de souligner l'engagement de la présente étude à ne pas contribuer davantage à cette stigmatisation. Cela a été fait à partir de l'utilisation des théories qui mettent l'accent sur l'asexualité comme une orientation sexuelle minoritaire et non une pathologie.

CHAPITRE V
ARTICLE

Article accepté au *Canadian Journal of Human Sexuality* le 10 juillet 2023

**The Influence of Shame in the Psychological Well-Being of Asexual People Who
Experienced Discrimination: A Mediation Model**

Louise Tavares Barreto and Marie-Aude Boislard

Department of Sexology, Université du Québec à Montréal

Author's Note

We have no known conflict of interest do disclose.

This research received funding from the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (Insight Development Grant # 430-2018-00668).

Acknowledgements: The authors wish to acknowledge and thank Nicholas Boucher-Bégin, B.A., Laurence Dion, Ph.D. (cand.), and Andrée-Ann Labranche, Ph.D. (cand.) for their invaluable help in developing the questionnaire, conducting pilot tests, and analyzing the data. The authors also wish to extend their gratitude to Jill Vandermeerschen, M.Sc. for her valuable guidance in data analysis and to all the participants who contributed to this research project.

Correspondence concerning this article should be addressed to Louise Barreto, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal, 455 Bd. René -Levesque Est, Montreal, Quebec H2L 4Y2, Canada. E-mail: tavares_da_silva_barreto.louise@courrier.uqam.ca

Abstract

Research on sexual minorities has demonstrated that they face greater risks of experiencing poorer mental health due to minority stress factors, but there has been limited investigation into how these factors affect the well-being of asexual individuals. This study addressed this gap by examining whether shame played a mediating role in the relationship between discrimination and the mental health outcomes (i.e., social anxiety and psychological distress) of asexual individuals, as well as whether social support moderated the association between discrimination and shame. Data for this cross-sectional study were collected through an online questionnaire as part of the VisaJe project, which examined the stigmatization of sexually inexperienced emerging adults. Validated scales were used to measure the study variables among a sample of 177 asexual individuals aged between 18 and 42. Structural equation modelling revealed that social support did not have a moderating effect on the relationship between discrimination and shame. However, after controlling for variables such as social support, gender, developmental period and ethnic minority status, the results indicated that shame partially mediated the relationship between discrimination and psychological distress, and fully mediated the relationship between discrimination and social anxiety. These findings indicate that asexual individuals face similar pathways linking discrimination to mental health, mirroring those observed in other sexual minority groups, as they derogate from the norms of compulsory sexuality. However, general support may not serve as a protective factor for asexual individuals facing discrimination. The implications of these findings for future studies and professional practice are discussed.

Keywords: asexuality, discrimination, mental health, psychological well-being, shame, social anxiety

5.1. Introduction

Asexuality is broadly defined as a unique sexual orientation characterized by an enduring lack or little sexual attraction toward others (e.g., Bogaert, 2006, 2015; Brotto & Yule, 2017). This definition serves as an umbrella term that encompasses several identities operating on a spectrum. These identities vary according to degrees of asexual identification, such as demi-sexual (i.e., people who are sexually attracted only to people with whom they have already established a deep emotional bond) and greysexual (i.e., people who experience sexual attraction that falls somewhere between allosexual and asexual; Carrigan, 2011). Furthermore, literature shows that asexual individuals make up a heterogeneous population, in which some may engage in partnered and/or solitary sexual behaviours. Some may also identify with other sexual identities along with asexuality to indicate their romantic orientation (e.g., self-identifying as both greysexual and lesbian; Brotto et al., 2010; Carrigan, 2011; Chasin, 2015).

Despite growing mediatization and interest in asexuality, many people do not consider asexuality as a legitimate sexual orientation and negatively judge individuals who identify as such (Decker, 2015; Hoffarth et al., 2016; MacInnis & Hodson, 2012). Asexuality is often perceived as abnormal, a way to hide one's homosexuality, or a passing phase, among others (Chasin, 2015; Decker, 2015; Gupta, 2017). In a society that widely presumes sexual activity as the norm (Przybylo, 2011), asexual individuals often endure stigma and discrimination from both heterosexual and non-heterosexual individuals (MacInnis & Hodson, 2012). Despite being part of the LGBTQIA+ community, asexual individuals may still face discrimination within the community due to their asexuality challenging the sexual attraction norm experienced by allosexual (experiencing sexual attraction) LGBTQI+ individuals (Bogaert, 2012; Chasin, 2015; Robbins et al., 2016). Moreover, misinformation and the lack of visibility regarding asexuality act as barriers to its inclusion in political actions targeting sexual minorities (Scherrer, 2008). The limited understanding of asexuality is also reflected in the relative scarcity of literature on the topic, especially when compared to the abundance of research on other minoritized sexual identities, in particular gay men (Bogaert, 2012).

Discrimination has been largely documented as one of the predictors of poorer mental health among minoritized populations. Scholarship on the mental health of those identifying as a sexual

minority (e.g., lesbian, gay, bisexual) indicates that this population is at greater risk for experiencing mental health symptoms (e.g., depression, anxiety, suicidal ideation, etc.) compared to their heterosexual counterparts (e.g., Cohen et al., 2016; Mahon et al., 2021; Pachankis & Goldfried, 2006). According to the minority stress model, this risk is associated with both external (e.g., discrimination, prejudice) and internal (e.g., internalized homophobia) stressors that are persistently experienced by sexual minorities in our current heterosexist society (Meyer, 2003). However, research on sexual minority examining predictors and outcomes of their mental health often categorize minoritized sexual orientations into three to four different subgroups: gay/lesbian, bisexual, unsure/questioning, and other. The category “other” consists of a very heterogeneous group, encompassing very distinct sexual orientations such as asexual, pansexual, and queer (e.g., Griffin et al., 2018; Mereish & Poteat, 2015; Puckett et al., 2017). The findings from these studies are therefore limited since they do not capture the specificities of the experience of people who self-identify on the asexual spectrum. Furthermore, evidence suggests that people who identify with less traditional and recognized sexual orientations are more at risk of having poorer mental health due to little visibility and a lack of knowledge about these emerging identities (Borgogna et al., 2019; Timmins et al., 2021; Wadsworth & Hayes-Skelton, 2015).

While some studies have shown that asexual people are more likely to develop poorer mental health than their non-asexual counterparts (e.g., Borgogna et al., 2019; Simon et al., 2022; Yule et al., 2013), little is known about the risk factors associated with asexual individuals’ mental health (Chan & Leung, 2023; McInroy et al., 2022). This study addresses this gap by examining whether experiencing discrimination is a risk factor for the mental health of asexual individuals and whether the experience of shame mediates this relationship. For the current study, we considered two constructs as indicators of mental health: social anxiety and psychological distress. Due to the limited research on the correlates of mental health outcomes among asexual individuals, studies conducted with other sexual minorities were used to enhance our understanding of the possible relationship between discrimination, shame, and mental health in asexual people.

5.1.1. Compulsory Sexuality Theory

Compulsory sexuality theory posits that our society operates under a social system in which the belief that all humans are inherently sexual beings serves as a regulatory principle (Gupta, 2015). As a result, individuals are expected to actively participate in sexual activities and embrace their sexuality. However, this system effectively marginalizes and disregards all expression of non-sexuality, including asexuality (Gupta, 2015). In contemporary Western society, Przybylo (2011) coins the term “sexusociety” to highlight the central role of sexual relationships and sexuality in people’s lives.

Although some conservative segments of society, including several religious groups, may pressure individuals to embrace non-sexuality, particularly women, these segments are not exempt from the influence of compulsory sexuality (Kurowicka & Przybylo, 2020). In fact, these segments employ sex as a means of control. They perpetuate the notion that women possess greater control than men over their sexual instincts and frame non-sexuality as a personal choice rather than an innate characteristic. Additionally, they promote the idea of family formation and procreation while rejecting sexual diversity (Fahs, 2010; Kurowicka & Przybylo, 2020).

In sexusociety, compulsory sexuality not only manifests in social practices but is also internalized by individuals. The theory of compulsory sexuality is relevant to this study as it helps explain why asexual individuals are particularly vulnerable to experiencing discrimination, shame, social anxiety, and psychological distress related to their sexual identity. By derogating from the societal norms surrounding sexuality, asexual individuals find themselves at odds with the prevailing expectations, leading to negative psychological outcomes.

5.1.2. Asexuality as a Sexual Orientation

One of the first studies to address asexuality was published in 2004 and aimed to establish its prevalence in the British population, where 1% of a probability sample population (N >18,000) reported never feeling sexual attraction toward anyone (Bogaert, 2004). Recent studies estimate that 0,4% of the general population self-identifies in the asexual spectrum (Bogaert, 2013; Greaves et al., 2017b). Since the original 2004 study, there has been a growing interest in trying

to conceptualize asexuality (e.g., Bogaert, 2006; Prause & Graham, 2007; Van Houdenhove et al., 2014), and to distinguish it from the sexual health diagnosis of Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD; Brotto & Yule, 2011, 2017). Two main arguments have been put forth to challenge the idea of asexuality as a symptom of HSDD. First, unlike patients with DSH, asexual individuals are capable of experiencing both subjective and physiological sexual arousal (Brotto & Yule, 2011). Second, while patients with HSDD often express distress due to the inconsistency between their sexual disinterest and their self-identity, asexual individuals view their lack of sexual attraction as a natural part of their identity (Brotto & Yule, 2017). Despite certain similarities, the experiences of these two populations stand out as qualitatively different from each other (Brotto & Yule, 2011, 2017).

5.1.3. Mental Health in People Identifying as Asexual

Recently, there has been a greater concern about the mental health of asexual people (e.g., Chan & Leung, 2023; McInroy et al., 2022). The few studies examining asexual individuals have found that they are significantly more likely to experience depression, anxiety, and somatic symptoms than their heterosexual and non-heterosexual counterparts (Borgogna et al., 2019; McInroy et al., 2022; Simon et al., 2022; Yule et al., 2013; Zheng & Su, 2022). By contrast, only one study has found no significant difference between the mental health outcomes of asexual individuals when compared to other minoritized sexual orientations (Greaves et al., 2017a). Yet, another study conducted with LGBTQ college students found that asexual participants scored higher in belongingness and lower in anxiety and depression than non-asexual participants (Liss & Wilson, 2021).

Studies that observed a high prevalence of psychological distress among asexual individuals have suggested that this distress is not related to intrapersonal factors such as dissatisfaction with their sexual orientation. Instead, the distress is believed to be a result of societal stigma and discrimination against asexuality (Brotto et al., 2010; Scherrer, 2008). Just as homosexual and bisexual people face difficulties in negotiating their non-heterosexual identity in a heteronormative society, asexual people may face similar processes of “coming out,” stigmatization and discrimination in a society where sexuality is seen as “compulsory” in human existence (Gupta, 2017). Thus, individuals on the asexual spectrum may be more likely to suffer

from poorer mental health due to discriminatory events (Yule et al., 2013). In fact, a qualitative study conducted with 30 asexual individuals found that a high proportion of participants reported being stigmatized and marginalized because of their sexual orientation (Gupta, 2017). In another qualitative study, some participants reported feeling the need to conceal their asexual identity from others out of fear of being ostracized, rejected, or misunderstood (Robbins et al., 2016). Furthermore, studies indicate that asexual individuals are rated more negatively than all other sexual minority groups (Hoffarth et al., 2016; MacInnis & Hodson, 2012). They are perceived as having fewer human-like traits and emotions and are often compared to machine-like beings (MacInnis & Hodson, 2012). Recent studies have provided evidence suggesting that asexual young adults are as likely to suffer from prejudice and discrimination as their non-heterosexual counterparts (McInroy et al., 2022) and that they experience minority stress (e.g., verbal aggression, discrimination) based on their sexual orientation (Chan & Leung, 2023). Poorer mental health seems to mediate the relationship between minority stress and suicidal ideation among asexual individuals (Chan & Leung, 2023). It is important to highlight that some studies have found that a significant proportion of asexual individuals also identify as having a non-conforming gender identity (e.g., Brotto et al., 2010; Cuthbert, 2022; MacNeela & Murphy, 2015). Additionally, research suggests that many romantic asexual individuals experience same-gender romantic attraction (Brotto et al., 2010). These findings suggest that asexual people may face compounded discrimination related to their sexual, romantic, and gender expressions.

Due to the invisibility of asexuality and the particularly negative prejudices against asexual people (Hoffarth et al., 2016; MacInnis & Hodson, 2012), these findings suggest that this population is at least as likely (McInroy et al., 2022)—if not even more—at risk of experiencing psychological distress and social anxiety than people of other non-heterosexual orientations (Borgogna et al., 2019; Timmins et al., 2021; Wadsworth & Hayes-Skelton, 2015). Asexual individuals may face challenges specific to this identity, such as dehumanization, avoidance, disbelief, and discrimination by non-asexual individuals, including by other sexual-minority individuals (MacInnis & Hodson, 2012; Robbins et al., 2016). In fact, a study conducted by Rothblum et al. (2020) on sexual minorities revealed that asexual individuals were more prone to experiencing stigma compared to their non-asexual counterparts. Furthermore, asexual

individuals were found to be more susceptible to experiencing everyday discrimination than non-aseual men.

5.1.4. Discrimination, Shame, Social Anxiety, and Psychological Distress

Discrimination can have a profound impact on an individual's psychological well-being, leaving them vulnerable to a range of negative outcomes (Éribon, 2012), including poorer sexual health (Morozov & Boislard, 2022). According to Éribon (2012), insults based on one's non-heterosexual identity can be experienced as traumatic events that are not only deeply felt at the time but can also leave lasting imprints on both the mind and body of the victim. This hostile environment can result in a range of negative feelings and bodily attitudes, such as shyness and shame.

Several studies on sexual minoritized populations have observed significant links between discrimination, shame, and mental health. For instance, Puckett and colleagues (2017) revealed that shame related to sexual orientation was a predictor of anxiety and depression among this population. Mereish and Poteat (2015) also demonstrated that shame mediates the impact of both proximal stressors (e.g., internalized homophobia), and distal stressors (e.g., discrimination), on depression and anxiety. Other studies found that higher levels of discrimination and shame were associated with an increased risk of suicide (Mereish et al., 2019) and higher anxiety and depression scores (Scandurra et al., 2017). In addition, a study conducted with LGBTQ+ youth reported that half of the participants had experienced shame and depression and that these experiences were more prevalent among those who had been bullied (Dorais et al., 2014). Interestingly, shame was also found to be rooted in the mere fact of belonging to a minoritized group, even without personally experiencing harassment (Dorais et al., 2014).

Social anxiety is a form of psychological distress related to the fear of negative evaluation and rejection from others (Rapee & Heimberg, 1997). The minority stress model (Meyer, 2003) suggests that among minority groups, this fear may be intensified due to the expectation of being negatively evaluated by the dominant group. Additionally, shame manifests as a self-reflective process based on internalizing the negative judgments of others into one's own beliefs (Budden, 2009). Since discrimination could be interpreted as a set of prejudice-based attitudes (McGibbon,

2012), shame could be exacerbated by experiences of discrimination, and internalizing these shameful experiences could produce psychological distress and social anxiety.

5.1.5. Moderating and Controlling Variables

Drawing on the minority stress model, which posits that social support can mitigate the impact of minority stress on mental health (Meyer, 2003), we investigated whether social support could reduce the adverse impacts of discrimination on the psychological well-being of asexual individuals by including it as a moderating variable. Some studies conducted with other minoritized sexual identities underline the importance of social support as a coping strategy in the face of distal stressors (e.g., discrimination), as well as for reducing the negative effects on mental health outcomes, such as depression, anxiety, and suicidal ideation (Beaber & Ducker, 2008; Molero et al., 2017; Scandurra et al., 2017; Trujillo et al., 2017). Berghe et al. (2010) found that unsupportive social reactions were related to higher levels of depression, stigma consciousness, and internalized homonegativity, underscoring the crucial role of social support in the mental health of minoritized sexual identities (Shilo & Savaya, 2011). In addition, we accounted for developmental periods as a potential confounding factor. Developmental periods are sequential stages of growth and maturation individuals experience throughout their lives (McCormick et al., 2011). Specifically, we focused on emerging adults (18–29 years old) and established adults (30–45 years old). Since established adults generally exhibit greater control over their social circles and handle daily life challenges more effectively than emerging adults (Mehta et al., 2020), they may experience distinct coping mechanisms when faced with discrimination, thereby influencing their psychological well-being.

To better isolate the impact of discrimination in relation to asexual identity on mental health, it is essential to consider other factors associated with psychological distress, such as gender and ethnicity. Research indicates that women are more vulnerable to experiencing discrimination and psychological distress than men (e.g., Berghe et al., 2010). Additionally, since a significant proportion of asexual individuals identify as non-binary (e.g., Cuthbert, 2022; MacNeela & Murphy, 2015), it is crucial to consider this variable in the analysis, given that non-binary individuals may experience greater discrimination and mental health symptoms than the general population (e.g., Chew et al., 2020; Eisenberg et al., 2017; Newcomb et al., 2020; Rimes et al.,

2019). Furthermore, studies show that people from ethnic minority groups are at a greater risk of experiencing poorer mental health related to discrimination (e.g., Paradies et al., 2015; Priest et al., 2021). Therefore, to account for these potential confounding factors, gender and ethnic identification were controlled for in this study.

5.1.6. The Current Study

To better understand the uniqueness of the experiences of individuals on the asexual spectrum, the objective of the present study is to investigate whether experiencing discrimination predicts higher levels of social anxiety and psychological distress and whether these relationships are mediated by the experience of shame among a sample of asexual-only individuals. Therefore, the main hypothesis of this study is that the experience of shame mediates the relationship between discrimination and mental health outcomes among asexual individuals. Four sub-hypotheses are put forward: The discrimination experienced is positively associated with the experience of shame (H1); the experience of shame is positively associated with social anxiety (H2) and psychological distress (H3); and perceived social support acts as a moderator between discrimination and the experience of shame (H4; see Figure 5.1).

-- Figure 5.1 --

5.2. Method

The data used in this study are part of a larger project entitled *VisaJe* ($n = 3,197$) aimed at better understanding the stigmatization of sexually inexperienced emerging adults. This project got approval from the Institutional Committee on the Ethics of Research Involving Humans of the Université du Québec à Montréal.

5.2.1. Participants

To take part in the original study, participants had to speak either French and/or English and be at least 18 years old. The eligibility criteria for the current subsample were (a) self-identifying in the asexual spectrum, (b) having completed data on all our variables of interest (except for scales in planned missingness—see the Procedure section), and (c) being in the age range of emerging

(18–29 years old; Nelson, 2021) or established adulthood (30–45 years old; Mehta et al., 2020). The final sample consisted of 177 participants aged from 18 to 43 years ($M = 26.62$, $SD = 6.0$). Most participants self-identified as woman (56.5%; man = 15.8%; other gender = 27.7%), Canadian (36.7%; 33.9% American; 29.4% other nationality) and English speakers (66.3%; 11.4% French; 3.4% French and English; 18.9% other). In terms of ethnicity, 20.3% of participants reported belonging to a racial, ethnic, cultural, and/or religious minority. All participants identified on the asexual spectrum (asexual = 83.6%; demisexual = 13.6%; greyscale = 2.8%).

5.2.2. Procedure

The data analyzed here were collected between October 2020 and June 2021, through an online survey hosted on the secure Qualtrics platform. To ensure a diverse participant pool, a combination of effective recruitment strategies was employed, including (a) extensive dissemination of posts across various social media platforms, websites, mailing lists, and personal networks of both researchers and participating students; (b) conducting targeted class tours to actively engage potential participants; and (c) implementing snowball sampling techniques, where existing participants were encouraged to refer other eligible individuals.

The survey had an estimated completion time of approximately 30 minutes, and participants had the option to choose their preferred language (English or French). Since the scales used in the survey were originally developed and validated in English, for the French version, either validated translations were used, or if no validated translation existed, the scale was translated using Vallerand's (1989) back-translation method, a method that we successfully used in previous studies (Lafortune et al., 2021; Morozov & Boislard, 2022). The method consisted of translating a scale into French and then, having trained research assistants who were not familiar with the original scale, translating the French version back into English. A comparison between the two English-language versions was later done by members of the research team, and any discrepancies were attributed to errors made during the translation into French. The French version was then refined until each item's meaning matched as closely as possible to its original English-language counterpart. The informed consent of the participants was required before they could take part in the survey. Upon completion, participants were asked if they wanted to sign up

for a prize draw of one iPad mini and multiple CAN\$100 electronic Amazon gift cards. The number of earned entries into the prize draw was associated with the number of sections participants had completed; participants could earn a maximum of three entries in the case of completing all six sections. The survey was divided into six sections: (1) primary socio-demographic data, (2) secondary socio-demographic data, (3) sexuality-related scales (e.g., beliefs about virginity), (4) well-being, (5) correlates of sexual inexperience, and (6) prize draw. The order in which these sections were presented, and the number of questions assigned to each participant, varied according to their personal characteristics, mainly depending on their answer to the question on sexual inexperience. Section 1 always came first, and Section 6 always came last; however, Sections 2 to 5 were assigned in random order to participants.

5.2.2.1. Planned Missingness Design

In order to control for fatigue and reduce missing data, some of the scales used in Sections 2 to 5 were shortened according to the “planned missingness” method (Little & Rhemtulla, 2013). This method consisted of presenting each participant with one of several equal-sized subsets of the full scale. The researchers determined which items would be missing from each subset and then randomly assigned participants to complete one of these subsets, resulting in missing data completely at random (Little & Rhemtulla, 2013). The subsets were carefully constructed to ensure that each factor of the scale was appropriately represented. This was achieved by considering the number of items present in each factor of the original scale that underwent the planned missingness design. Upon collecting all the data, the responses from all participants for a specific scale were combined. The available values for each participant were combined to determine their total scores for the scales that underwent planned missingness.

5.2.3. Measures

First, a socio-demographic questionnaire was presented to participants to provide their information consisting of age, gender, sexual orientation, nationality, and ethnic minority status.

5.2.3.1. Age

Participants were required to provide their date of birth, and based on the day they completed the questionnaire, we calculated their ages. Subsequently, we categorized participants into two distinct developmental periods: emerging adults (18–29 years old) and established adults (30–45 years old).

5.2.3.2. Gender

To measure gender, participants were asked, “What is your gender or gender identity?” The response options included (1) man/male, (2) woman/female, (3) two-spirit, (4) non-binary, gender fluid or something else (e.g., genderqueer), and (5) none of the above. This question was followed by an open-ended question: “If you would like to share, how would you personally describe your gender identity?” All participants who reported having a gender other than “man” or “woman,” were placed into the “gender diverse” group. This variable was then transformed into three dichotomous variables—one for each gender identity (no [n = 0] and yes [n = 1]): man, woman, and gender diverse.

5.2.3.3. Sexual Orientation

To measure sexual orientation, participants were asked, “Do you think of yourself as . . .” The response options included (1) homosexual (e.g., gay or lesbian), (2) heterosexual, (3) bisexual, (4) asexual, (5) unsure or you do not yet know, and (6) something else (please specify). Only participants who answered asexual were selected for this study. People who specified being from the asexual spectrum were also selected for this study (e.g., “grayace,” “asexual lesbian,” “gynephilic demisexual,” “asexual and queer”).

5.2.3.4. Ethnic minority status

The participant’s ethnic minority status was assessed by asking them the following “yes/no” question: “Are you a part of a racial, ethnic, and/or minority group due to your skin colour, culture, immigration status, spoken language or religion?”

5.2.3.5. Discrimination

Discrimination was measured using a discrimination scale adapted to a sexually minoritized population (e.g., non-heterosexual or non-cisgender people); the scale is based on several discrimination scales validated with various populations (Chamberland et al., 2013; Díaz et al., 2004; Einarsen et al., 2009; Essed, 1991; Krieger et al., 2005; Williams et al., 1997; Woodford et al., 2014). The created scale consisted of six items (e.g., “During the past 12 months, how often did the following things happen to you: You or your opinions/views were ignored, left out, sneered at, or given dirty looks”). Response options ranged from 0 (never) to 4 (almost always), yielding a total score that ranged from 0 to 24; higher scores indicate greater incidence of discrimination. The Cronbach’s alpha in this sample was .82, suggesting good internal consistency.

5.2.3.6. Shame

We used the Characterological Shame Subscale from the Experience of Shame Scale (Andrews et al., 2002; $\alpha = .90$; French version: Théberge et al., 2021; $\alpha > .88$) to measure participants’ experience of shame. This subscale is made up of 12 items and focuses on “felt character-related” shame (e.g., “Have you felt ashamed of any of your personal habits?”). Participants had to indicate on a Likert scale ranging from 1 (not at all) to 5 (a lot) if they had experienced these feelings at any point over the past year; higher scores indicate a greater level of shame. Internal consistency of this scale was high in our sample (Cronbach’s $\alpha = .93$).

5.2.3.7. Social support

To measure social support, items from two different scales were combined: four items from the Perceived Emotional Support subscale ($\alpha = .83$; e.g., “There is always someone there for me when I need comforting”) of the Berlin Social Support Scales (Schwarzer & Schulz, 2013) and two subscales from Social Provisions Scales (Cutrona & Russell, 1987). These are the Orientation (four items; $\alpha = .76$; e.g., “There is no one I feel comfortable talking about my problems with”) and Reliable Alliance subscales (four items; $\alpha = .65$; e.g., “There are people who I can count on in an emergency”). The scoring system was standardized, and all response options

ranged from 1 (strongly disagree) to 4 (strongly agree), yielding a total score that ranged from 6 to 24; higher scores indicate greater social support.

5.2.3.8. Social Anxiety

A version of the self-reported Social Anxiety Scale for Adolescents (La Greca & Lopez, 1998; $\alpha = 0.91$) was used to measure participants' level of social anxiety. Although the original scale is composed of 18 items, when translated into French, 5 items were discarded due to redundancy (Allard, 2015; $\alpha = 0.93$). In order to keep equivalent questions in both versions of the survey, only 13 items were included. The items stated the emotions and behaviours of individuals in a social context (e.g., "I worry about what others say about me") and the responses options for the items ranged from 1 (never) to 5 (always), and higher scores indicate a greater level of social anxiety. Internal consistency of this scale was high in our sample (Cronbach's $\alpha = .92$).

5.2.3.9. Psychological distress

The K6 scale (Kessler et al., 2002; $\alpha = .89$) was used to measure the participants' level of psychological distress. In this six-item scale, participants are asked to indicate the frequency of certain feelings during the last 30 days (e.g., "During the past 30 days, about how often did you feel [worthless]?"). The response options for the items ranged from all the time (1) to never (5), and higher scores indicate a greater level of psychological distress. The Cronbach's alpha in this sample was .85, suggesting good internal consistency.

5.2.4. Analytic Plan

Analyses were conducted using SPSS Version 27 and lavaan package (v0. 6–7; Rosseel, 2012) in R (R Core Team, 2020). First, bivariate analyses were conducted in SPSS to investigate the association of all continuous variables of interest. Then, the mediation model was tested using the structural equation modelling (SEM) function in R. To assess the fit of the model, the following fit indices were employed: (a) chi-square, with values closer to zero indicating a better fit (Gatignon, 2010); (b) comparative fit index (CFI), with a value above 0.95 indicating an acceptable model fit (Hu & Bentler, 1999); (c) root mean square error of approximation (RMSEA), with a value of 0.06 or less indicating acceptable model fit (Hu & Bentler, 1999); and

(d) standardized root mean square residual (SRMR), with a value of 0.08 or less indicative of an acceptable model fit (Hu & Bentler, 1999). For the final model, discrimination was the predictor, shame was the mediator, and social anxiety and psychological distress were the outcomes. The analysis was conducted with social support, gender, developmental period, and ethnic minority status as control variables.

5.3. Results

5.3.1. Correlations

As seen in Table 1, all variables of interest were significantly correlated with each other in the expected direction. Correlations were not high enough to indicate a multicollinearity problem ($r \geq 0.70$; Tabachnick & Fidell, 2012).

-- Table 5.1 --

5.3.2. Mediation model

The SEM was performed to assess the mediating role of shame in the relationship of discrimination and social anxiety and psychological distress. Confidence intervals were computed using 5,000 bootstrap iterations. All four fit indices indicate that the model has an adequate fit to the data, $\chi^2(26, N = 177) = 30.44, p < .001, CFI = 1.0, RMSEA < .001, SRMR < .001$. The results (Figure 5.2) show that discrimination is positively associated with shame ($\beta = .262, p = .003; 95\% CI [.227, 1.126]$). While controlling for social support, gender, developmental period, and ethnic minority status, the results revealed a significant direct effect of discrimination on psychological distress ($\beta = .195, p = .001; 95\% CI [.117, .460]$) but not on social anxiety ($\beta = .0776, p = .235; 95\% CI [-.154, .573]$). With the inclusion of shame as the mediator, the effect of discrimination became significant on social anxiety ($\beta = .146, p = .005; 95\% CI [.137, .732]$) and remained significant on psychological distress ($\beta = .139, p = .007; 95\% CI [.066, .369]$). The total effects were also significant for both social anxiety ($\beta = .222, p = .009; 95\% CI [.154, 1.113]$) and psychological distress ($\beta = .334, p < .001; 95\% CI [.296, .712]$). After testing social support's role as a moderator in all pathways and finding no significant interaction, we conducted a second analysis with social support included as a control variable, as shown in

Figure 5.2. The results show that while controlling for social support, gender, developmental period, and ethnic minority status, shame partially mediates the relationship between discrimination and psychological distress, as well as it fully mediates the relationship between discrimination and social anxiety.

-- Figure 5.2 --

5.4. Discussion

The aim of this study was to investigate the factors that contribute to psychological distress and social anxiety in the asexual population. To achieve this objective, we tested a moderated mediation model using structural equation modelling on a cross-sectional data set of a distinctive sample (i.e., not recruited through AVEN or asexual online communities) of 177 self-identified asexual emerging and established adults. Our analyses partially supported the hypothesized model, as three out of the four sub-hypotheses were corroborated by our data. Specifically, we found that discrimination was positively associated with shame (H1), which, in turn, was positively associated with both social anxiety (H2) and psychological distress (H3). However, perceived social support did not significantly moderate the association between discrimination and shame (H4). Therefore, our final model suggests that shame completely mediated the relationship between discrimination and social anxiety and partially mediated the relationship between discrimination and psychological distress. All the effects held stable regardless of participants' gender, developmental period, and ethnic identification.

While our primary criterion for identifying asexuality was self-identification, we also considered experiential factors such as the absence of sexual attraction during our analysis, which did not significantly influence our findings. Moreover, we conducted separate analyses specifically focusing on individuals who identified as asexual, excluding other identities within the asexual spectrum such as demi-sexuals and graysexuals. Our results remained consistent, suggesting that the inclusion of a broader range of asexual identities did not significantly impact the outcomes of our study. Consequently, these observations highlight the robustness and stability of our model, even when working with a limited sample size and implementing measures to control for potential confounding variables.

5.4.1. Mediation Model

The results of the mediation model demonstrated that individuals who reported experiencing discrimination were more prone to feelings of shame, which, in turn, were associated with higher levels of psychological distress and social anxiety. This finding is consistent with previous research on sexual minorities (e.g., Dorais et al., 2014; Mereish & Poteat, 2015; Mereish et al., 2019), demonstrating that discrimination can adversely impact their mental health, especially with frequent occurrences (Meyer, 2003). Although our study's cross-sectional design prevents us from establishing a causal relationship, it does suggest that the experience of shame may partly explain the association between discrimination and mental health issues among the asexual population. In this case, it is possible that discriminatory events can add to an individual's negative beliefs about their sexual orientation, leading to feelings of shame. This, in turn, can intensify stress levels and exacerbate mental health problems. These findings make a significant and valuable contribution to the existing literature, as they provide compelling evidence that the elevated rates of poorer mental health observed among asexual individuals (e.g., McInroy et al., 2022; Simon et al., 2022; Yule et al., 2013) are not intrinsic to their asexuality. Instead, they arise from the adverse effects of societal norms surrounding compulsory sexuality.

Psychological distress, unlike the other constructs in the model, such as discrimination, shame, and social anxiety, may not be exclusively linked to interpersonal factors. Therefore, the partial mediation of shame in the relationship between discrimination and psychological distress might be attributable to internal factors that could also predict psychological distress in this population. Hence, it is crucial to consider other mediators that relate to intrapersonal factors. For example, self-esteem (Pachankis & Goldfried, 2006), rejection sensitivity (Mereish et al., 2019), maladaptive coping mechanisms like substance use (Newcomb et al., 2020), as well as the individuals' own sense of well-being should be considered when exploring this association. Examining these additional mediators can yield a more comprehensive understanding of the factors that contribute to psychological distress in the context of discrimination among asexual individuals. The findings from our study, which demonstrate that the association between discrimination and social anxiety is fully mediated by shame, underscore the profound and detrimental impact of shame within social contexts. It is important to recognize that the relationship between shame and social anxiety may stem not only from experiences of

discrimination but also from the broader negative attitudes towards asexuality prevalent in our society, as similarly observed in Dorais and colleagues' (2014) study with LGBTQ+ youth. Such negative attitudes can contribute to feelings of shame, which, in turn, may lead to maladaptive coping strategies, such as avoiding social interactions to evade negative evaluation.

Some studies have found that asexual individuals exhibit social withdrawal behaviours more frequently than their non-asexual counterparts (Brotto et al., 2010; Yule et al., 2013). It has been suggested that this behaviour is due to attachment problems and an avoidant temperament during childhood (Yule et al., 2013). However, a recent longitudinal study has suggested that social anxiety may be the underlying cause of social withdrawal in individuals who experience victimization (Barzeva et al., 2020). The findings of the current study suggest that the social anxiety experienced by asexual individuals may stem from shame surrounding their sexual identity. This discovery could help explain the prevalence of social withdrawal among this population. Nonetheless, further research is necessary to gain a better understanding of these relationships. Thus, future studies should investigate the potential link between social anxiety and social withdrawal in asexual individuals.

5.4.2. Absence of Moderating Effects of Social Support

In contrast to prior studies that have demonstrated a significant protective effect of social support on the mental health of LGBTQ+ youth in the context of discrimination (Molero et al., 2017; Scandurra et al., 2017, Trujillo et al., 2017), and contrary to the minority stress model's postulations (Meyer, 2003), our findings suggest that social support does not mitigate the negative effects of discrimination on the mental health of asexual individuals. The absence of any moderation effect of social support indicates that there were no significant differences in effect sizes between individuals with better social support and those with poorer social support across all the model paths. It is possible that our study's social support measure may have been sub-optimal as it did not consider support specifically related to one's asexuality. Another potential reason why the moderation effect was not observed could be due to the limited variation found in the discrimination and social support scales used in this study (see Table 5.1). This limited variation could be attributed to the sample size, which might not have been sufficient to capture the full range of experiences of discrimination and social support among asexual individuals.

It is important to highlight that the minority stress model emphasizes the importance of belonging to a community as a factor in mitigating the effects of minority stress (Meyer, 2003). According to Meyer (2003), belonging to a group allows members of stigmatized communities to compare themselves with their peers, rather than with members of the dominant culture. This fosters a better re-evaluation of stressful events, which can ultimately reduce their impact on psychological well-being. Thus, while a person may feel that they receive significant social support from their family, they may feel that their family cannot fully understand or assist them in dealing with experiences of discrimination, as they are not part of the stigmatized community. Therefore, future research could include “membership in the asexual community” as an important moderator variable instead of a general measure of social support. Examining the role of community membership could shed light on how a sense of belonging to a stigmatized community might enhance the protective effects of social support on the mental health outcomes of asexual individuals who face discrimination.

Another important aspect to consider is the impact of unique social connections among asexual individuals. Asexual people may have distinct social connections compared to their non-asexual counterparts, which can be attributed in part to the higher prevalence of autistic spectrum characteristics observed among asexual individuals (Attanasio et al., 2022). Consequently, the expression and experience of social support may exhibit different patterns in asexual individuals when compared to non-asexual individuals. While there is currently no consensus linking asexuality and autism, this presents a promising area for future studies to explore and investigate.

5.4.3. Strengths, Limitations and Future Research

One strength of our study is that, unlike previous studies on asexuality that have recruited participants exclusively from online asexual communities (e.g., AVEN) and potentially suffered from selection bias, our sample was recruited from diverse sources (e.g., posts across various social media platforms, snowball sampling, etc.) that were not limited to the asexual community. This allowed us to test our hypotheses with a more socio-demographically diverse sample, enhancing the external validity of our findings. Furthermore, the fact that the original study was not specifically focused on asexuality and that the data was collected anonymously and online

may have minimized the potential for desirability bias (Groves, 2004), which could have influenced the way participants reported their experiences of discrimination and shame.

Nonetheless, our study still has limitations. First, the small sample size constrained our ability to explore other pertinent variables. For instance, a more detailed characterization of gender, distinguishing between transgender and cisgender men and women, would have been beneficial. This lack of consideration may have influenced the observed absence of gender effects in the model. Second, given that the measure of psychological distress was designed to assess the distress experienced within the past 30 days, it is possible that the observed distress in participants could have been triggered by recent life events that may not have been directly related to discrimination. For instance, the participants' distress could have stemmed from the loss of a job or the passing of a loved one. Finally, the measure utilized in the study only assessed overt forms of discrimination. However, contemporary manifestations of discrimination often tend to be subtle and ambiguous (Bastien Charlebois, 2011; Woodford et al., 2014), posing a challenge for individuals to identify and report experiences of discrimination accurately. Asexual individuals, in particular, may experience a less overt type of discrimination due to the relatively unknown and invisible nature of asexuality (Bogaert, 2015; MacInnis & Hodson, 2012; Scherrer, 2008). Therefore, it might be more appropriate to use measures that differentiate between different types of discrimination, such as microaggressions, to capture the subtleties of discrimination experiences. Further research is needed regarding the types of discrimination asexual people experience.

While our model found no significant impact on gender, it is crucial to emphasize that a considerable number of participants in our study identified with gender identities beyond the traditional binary categories of man and woman. This aligns with previous research on asexuality (e.g., Cuthbert, 2022; MacNeela & Murphy, 2015) that also reported similar trends. It is imperative for future studies to delve into the connections between asexuality and non-binary identities, as there may be unique experiences and dynamics at play within this intersection.

It is important to note that while this study examined factors associated with poorer mental health among asexual individuals, they are not passive victims. In fact, asexual individuals have demonstrated remarkable resilience in the face of discrimination and stigma (Gupta, 2017; Vares,

2021). Some studies suggest that embracing one's asexuality and actively participating in the asexual community can potentially serve as protective factors against negative mental health outcomes (Bogaert, 2012; Gupta, 2017; Vares, 2021). Future studies should aim to explore the resilience factors and coping mechanisms that asexual individuals use to overcome these challenges. Understanding these factors is crucial to identifying effective ways to support asexual individuals and promote their psychological well-being.

5.4.4. Implications and Conclusion

Despite increasing interest in investigating the mental health of asexual individuals, our study is the first to explore the relationship between discrimination, shame, and mental health among this population. Our findings indicate that asexual individuals may encounter similar pathways linking discrimination to mental health as observed in other sexual minority groups (Mereish & Poteat, 2015; Mereish et al., 2019; Scandurra et al., 2017). This association may provide insights into understanding the elevated rates of poorer mental health reported among asexual individuals (e.g., McInroy et al., 2022; Simon et al., 2022; Yule et al., 2013). These findings also suggest that asexual individuals, just like individuals of other minoritized sexual orientations, are significantly affected by societal norms that systematically oppress them based on their sexual orientation, specifically through the enforcement of compulsory sexuality. However, our study also highlights a notable difference between asexual individuals and other sexual minority populations. While general social support has been found to be a protective factor for many sexual minority groups facing discrimination (e.g., Meyer, 2003; Molero et al., 2017; Scandurra et al., 2017), our study suggests that this may not necessarily hold true for asexual individuals. Instead, it is possible that support from the asexual community specifically may serve as an effective protective factor.

Our study further suggests that asexual people might internalize the norms of compulsory sexuality when they experience discrimination as they might feel ashamed of their sexual orientation, which, in turn, can lead them to feel anxious and avoid social situations. These findings offer potential avenues for clinical interventions aimed at mitigating the negative impact of discrimination on asexual individuals. For instance, interventions could potentially focus on helping clients process feelings of shame. As suggested by Dorais et al. (2014), developing a sense of pride in one's identity could be an effective coping mechanism. Interventions should also

aim to cultivate a sense of community among asexual individuals and foster connections with more accepting individuals.

Moreover, considering the potential psychological challenges asexual individuals may experience due to societal norms surrounding compulsory sexuality, healthcare professionals must be aware of and prepared to address the unique needs of this population. Foster and Scherrer's (2014) study demonstrates that a significant proportion of asexual people seek professional help. However, many fear being delegitimized or pathologized by healthcare professionals, which can further perpetuate the stigma they already face and exacerbate psychological distress. Therefore, healthcare services that cater to sexual minorities must recognize asexual individuals as a distinct minority group with a unique set of challenges.

Finally, our study highlights the importance of investigating asexual individuals as a distinct group to gain a better understanding of their experiences and the challenges they may face, particularly related to discrimination. It also contributes to the existing body of literature by demonstrating that the psychological distress and social anxiety experienced by asexual individuals are a consequence of the social environment that imposes norms and expectations regarding sexuality while simultaneously marginalizing asexuality. Further research considering the nuanced experiences of asexual individuals could inform the development of more effective interventions and support services tailored to this population.

CHAPITRE VI

DISCUSSION

Ce chapitre vise à rapporter et interpréter les principaux résultats et contributions théoriques de l'étude, ainsi qu'à discuter de ses forces et de ses limites méthodologiques. De plus, il explorera les implications de ces résultats pour les futures recherches et proposera des suggestions d'interventions basées sur les conclusions tirées de cette étude.

6.1 Rappel des objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'examiner l'impact de la discrimination sur le bien-être psychologique des personnes asexuelles. Un deuxième objectif était de tester un modèle de médiation modérée, en analysant comment l'anxiété sociale et la détresse psychologique étaient influencées par l'expérience de la discrimination. Dans ce modèle, la honte a été prise en compte comme variable médiatrice, tandis que le soutien social a été considéré comme une variable modératrice de la relation entre la discrimination et la honte. Puisque l'effet modérateur du soutien social n'a pas été confirmé, celui-ci a été inclus dans le modèle en tant que variable contrôle, en raison des études antérieures dans lesquelles le soutien social avait une contribution significative sur des indicateurs positifs de fonctionnement et de bien-être (p.ex., Beaber et Ducker, 2008; Molero et al., 2017; Scandurra et al., 2017; Trujillo et al., 2017).

6.2. Principaux constats et contributions théoriques

Les résultats de notre étude ont en partie confirmé notre modèle hypothétique, car trois des quatre sous-hypothèses ont été corroborées par nos données. Plus spécifiquement, nous avons observé une association positive entre la discrimination et la honte (H1), et cette dernière était elle-même associée positivement à la fois à l'anxiété sociale (H2) et à la détresse psychologique (H3). Cependant, nous n'avons pas constaté d'effet significatif du soutien social perçu en tant que modérateur de la relation entre la discrimination et la honte (H4). Notre modèle final suggère que la honte joue un rôle de médiateur complet dans la relation entre la discrimination et l'anxiété sociale, et un rôle de médiateur partiel dans la relation entre la discrimination et la détresse psychologique. Ces effets se sont maintenus de manière stable, indépendamment de l'identité de

genre, du soutien social, de la période développementale et de l'identification ethnoculturelle des participants.

6.2.1. La détresse psychologique et l'anxiété sociale

Nos résultats corroborent les niveaux significativement élevés de détresse psychologique chez la population asexuelle identifiés dans diverses recherches antérieures (p.ex., Brotto et al., 2010; Yule et al., 2013). Ils soutiennent partiellement l'hypothèse avancée par plusieurs chercheurs (Brotto et al., 2010; Brotto et Yule, 2017; Scherrer, 2008), laquelle suggère que la détresse éprouvée par les individus asexuels n'est pas intrinsèquement liée à leur orientation sexuelle, mais plutôt aux facteurs sociaux discriminatoires et stigmatisants auxquels cette communauté est exposée. Dans cette perspective, notre étude renforce davantage cette hypothèse en fournissant des preuves complémentaires, démontrant ainsi que la discrimination est un prédicteur de la détresse psychologique, et que la honte joue un rôle majeur dans cette relation. En démontrant que des facteurs externes, tels que la discrimination, peuvent prédire la détresse, notre étude confirme l'importance de reconnaître l'asexualité en tant qu'orientation sexuelle à part entière, plutôt que de la classer comme une dysfonction sexuelle telle que la DSH où la détresse serait attribuée à un sentiment de non-concordance avec leur absence d'attirance sexuelle (Brotto et Yule, 2017).

Des recherches antérieures ont mis en lumière que les individus asexuels manifestent une propension plus marquée au retrait social par rapport à leurs pairs non asexuels (Brotto et al., 2010; Yule et al., 2013). Ces comportements ont été associés à des problèmes d'attachement et à un tempérament évitant pendant l'enfance (Yule et al., 2013), ainsi qu'à une incidence plus élevée d'autisme au sein de cette population (Brotto et al., 2010). Cependant, une étude longitudinale récente a avancé l'idée que l'anxiété sociale pourrait constituer le facteur sous-jacent du retrait social chez les jeunes subissant des actes de victimisation (Barzeva et al., 2020). Nos résultats semblent indiquer que l'anxiété sociale ressentie par les individus asexuels pourrait être enracinée dans la stigmatisation entourant leur identité sexuelle, et ce, depuis au moins l'adolescence (McInroy et al., 2022; Simon et al., 2022), soit la période où la majorité des jeunes ont leur première relation sexuelle (Boislard et al., 2016). Par conséquent, il est plausible que ce soit davantage la discrimination et la honte liées à leur identité plutôt que des traits individuels qui

expliquent la prévalence du retrait social au sein de cette communauté. Toutefois, il est important d'entreprendre des recherches complémentaires afin de mieux approfondir ces relations. En conséquence, les études futures devraient se pencher plus attentivement sur le lien potentiel entre l'anxiété sociale et le retrait social au sein de la population asexuelle.

6.2.2. La discrimination vécue par les personnes asexuelles

Dans le contexte de la société occidentale contemporaine hétérocentrée, les individus qui font partie de la DSPG sont régulièrement confrontés à une multitude de défis, et notre étude démontre que les personnes asexuelles n'échappent pas à cette réalité. En effet, cette étude présente des éléments indiquant que les personnes asexuelles peuvent être sujettes à une discrimination liée à leur orientation sexuelle, ce qui paraît engendrer des répercussions profondes sur leur bien-être psychologique.

La discrimination envers les individus s'identifiant comme asexuels constitue un problème préoccupant, qui émerge dès l'adolescence (McInroy, 2022; Simon et al., 2022) et s'accroît pendant l'âge adulte (McCormick et al., 2011; Zheng et Su, 2022). Bien que notre étude n'ait pas mis en évidence de variations statistiquement significatives dans les niveaux de discrimination entre les deux périodes distinctes de l'âge adulte examinées, soit l'âge adulte émergente et l'âge adulte établie, il est possible que cela soit dû à une attention continue portée aux aspects sexuels et romantiques au sein de ces deux périodes de développement. À cet égard, une recherche récente a mis en lumière une connexion significative entre le célibatisme – soit le biais social envers les individus célibataires (DePaulo et Morris, 2006) – et les préjugés ciblant l'asexualité (Simon et al., 2022). Cette découverte suggère que bien que les personnes asexuelles puissent participer à des relations romantiques ou avoir déjà expérimenté des situations sexuelles par le passé, la norme sociale prévalente stipulant que l'engagement romantique implique nécessairement une dimension sexuelle, et vice-versa, pourrait entraîner des répercussions négatives sur la perception de l'asexualité à travers le prisme de la sexualité obligatoire (Simon et al., 2022). Cette dynamique devient particulièrement évidente à l'âge adulte, période où un accent considérable est mis sur la vie de couple (McCormick et al., 2011; Mehta et al. 2020 ; Nelson, 2021).

Conformément au modèle théorique avancé par Robbins et al. (2016), l'acceptation de l'identité asexuelle joue un rôle fondamental dans l'intégration de cette composante au sein de l'auto-concept de l'individu. Ainsi, il est plausible que l'expérience persistante de discrimination envers leur identité asexuelle, démarrant possiblement dès l'adolescence et se prolongeant à l'âge adulte (McInroy, 2022; Simon et al., 2022), puisse entraver l'intégration de cette partie de leur identité. Cette persistance de la discrimination pourrait amener les personnes asexuelles à intérioriser davantage ces préjugés, ce qui pourrait ultimement engendrer des sentiments de honte. En somme, l'accumulation des événements discriminatoires pourrait constituer un obstacle à l'intégration de l'identité asexuelle, déclenchant ainsi une série d'impacts émotionnels négatifs. Des études longitudinales sont cependant nécessaires pour approfondir les trajectoires de discrimination des personnes asexuelles.

L'utilisation du modèle du stress minoritaire en tant que cadre conceptuel a mis en évidence que les principes élaborés pour comprendre les répercussions du stress minoritaire sur le bien-être des autres minorités sexuelles sont également pertinents pour appréhender la stigmatisation et la discrimination vécues par les individus asexuels. Cette observation souligne l'importance d'intégrer l'asexualité en tant qu'orientation sexuelle minoritaire dans le champ de la recherche sur les minorités sexuelles. De plus, il est crucial d'appliquer de manière systématique ces cadres théoriques pour analyser les phénomènes spécifiques à la communauté asexuelle, en vue de développer une théorie solide concernant l'asexualité. En identifiant les parallèles entre les expériences de discrimination des personnes asexuelles examinées dans ce mémoire et les écrits scientifiques sur la discrimination que vivent les autres personnes issues de la DPSG, cette étude souligne la nécessité cruciale d'intégrer les personnes asexuelles au sein des groupes minoritaires, que ce soit dans le domaine de la recherche ou dans l'élaboration de mesures d'intervention.

Bien que les personnes asexuelles partagent avec d'autres minorités sexuelles l'expérience de la discrimination liée à leur orientation sexuelle, les nuances entourant cette forme de discrimination sont spécifiques. En effet, en plus de devoir composer avec leur statut de minorité en marge des normes hétéronormatives, les individus asexuels font face aux pressions découlant des normes de la sexualité obligatoire. En conséquence, ils se trouvent en situation de double marginalisation, tant de la part des personnes hétérosexuelles qu'au sein de la communauté 2SLGBTQIA+, où parfois les normes de la sexualité obligatoire sont utilisées pour renforcer les préjugés à leur

égard et minimiser la légitimité de l'asexualité en tant qu'orientation sexuelle minoritaire (Gupta, 2017; Mollet et Lackman, 2018). Cela pourrait aider à expliquer les taux plus élevés de dépression et d'anxiété chez les personnes asexuelles par rapport à leurs pairs non-hétérosexuels (Borgogna et al., 2019; Timmins et al., 2021; Wadsworth et Hayes-Skelton, 2015).

6.2.3. Le rôle de la honte

L'analyse des coefficients standardisés révèle une similarité relative en termes des effets de la honte sur l'anxiété et la détresse psychologique. Cependant, la honte semble jouer un rôle plus important dans l'explication de la relation entre discrimination et anxiété sociale, par rapport à la relation entre discrimination et détresse psychologique. Cette distinction s'explique par l'observation d'une médiation complète dans le lien entre la honte, la discrimination et l'anxiété sociale, tandis qu'une médiation partielle est observée dans le lien entre la honte, la discrimination et la détresse psychologique. En d'autres termes, lorsqu'on tient compte de l'ensemble des variables du modèle, la honte joue un rôle plus prépondérant dans l'explication de la relation entre la discrimination et l'anxiété sociale. En revanche, se limiter uniquement à la honte pour expliquer la relation entre la discrimination et la détresse psychologique s'avère insuffisant pour une compréhension et une explication complète de cette relation.

La honte est étroitement liée à l'intériorisation des jugements négatifs des autres ainsi qu'à la non-conformité aux attentes en termes de croyances sur soi (Budden, 2009). En conséquence, la honte peut être considérée comme un phénomène socialement ancré, impliquant une évaluation négative de l'entourage (Budden, 2009) qui est ensuite intériorisée. Elle se manifeste souvent par une sensation de détérioration physique, un sentiment de subordination par rapport aux autres, et une impression d'incapacité, ce qui suscite fréquemment le désir de fuir ou de se retirer d'une situation sociale (Tangney et al., 1996). De manière similaire, l'anxiété sociale se caractérise par la crainte d'être jugé négativement et rejeté par autrui (Rapee et Heimberg, 1997), ce qui la rattache également au contexte social. Par conséquent, il est plausible de supposer que la honte peut expliquer de manière plus approfondie le lien entre la discrimination et l'anxiété sociale que le lien entre la discrimination et la détresse psychologique, étant donné que les deux premiers phénomènes se situent dans un cadre social qui met en évidence une évaluation négative de la part d'autrui.

En ce qui concerne les personnes asexuelles, la discrimination basée sur des préjugés liés au paradigme de la sexualité obligatoire peut avoir des conséquences néfastes, telles que la dévalorisation de soi et l'intériorisation de ces sentiments négatifs, entraînant ainsi une honte liée à leur identité asexuelle. Par conséquent, cela peut engendrer chez ces individus le développement de l'anxiété sociale et une tendance à éviter les interactions sociales afin d'échapper aux situations potentielles de discrimination et de rejet. En effet, des études menées auprès d'adultes inexpérimentés sur le plan sexuel ont également révélé des données similaires, indiquant que cette population éprouve de la honte en relation avec leur manque d'expérience sexuelle (Donnelly et al., 2001; Leroux et Boislard, 2023) et qu'elle tend à éviter les situations où leur inexpérience sexuelle pourrait être révélée ou questionnée (Fuller et al., 2019). Il est important de noter que bien que ces deux populations ne se recoupent pas totalement, elles présentent des similitudes, notamment parce qu'une grande proportion d'adultes asexuels n'a jamais eu de relations sexuelles ou n'a aucun intérêt à en avoir (p.ex., Bogaert, 2004; Brotto et al., 2010, 2015; Rothblum et al., 2020). De plus, ces deux populations sont sujettes à la stigmatisation en raison de leur non-conformité au paradigme de la sexualité obligatoire (Gupta, 2017).

En examinant les études relatives à la honte chez les personnes de la diversité sexuelle, on constate qu'elle est étroitement liée à la stigmatisation (Mereish et al., 2018; Mereish et Poteat, 2015; Wells et Hansen, 2003) et à l'homophobie intériorisée (Brown et Trevethan, 2010; Greene et Britton, 2012; Mereish et Poteat, 2015). Kaufman et Raphael (1996) mettent en évidence que, au sein d'une société imprégnée de l'hétérosexisme, les individus homosexuels sont confrontés à une multitude de stéréotypes négatifs bien avant de prendre conscience de leur propre orientation sexuelle. L'intégration de ces représentations négatives complexifie le processus de formation de leur identité en tant qu'homosexuels, les rendant ainsi plus susceptibles de développer une identité centrée autour de la honte. En prenant en considération le fait que le paradigme de la sexualité obligatoire continue de prévaloir dans les sociétés occidentales (Gupta, 2017), il est légitime de supposer qu'un processus similaire puisse également s'appliquer aux individus asexuels, les exposant davantage au risque de ressentir de la honte concernant leur identité sexuelle et de développer une identité centrée sur la honte. En ce qui concerne les futures recherches, il serait particulièrement éclairant d'explorer si la honte éprouvée par les personnes

asexuelles est également associée à une internalisation de l'acéphobie et si elle entrave le processus d'intégration de leur identité asexuelle, qui constitue le dernier stade du processus d'auto-acceptation identitaire proposé par Robbins et al. (2016).

Concernant la relation entre la honte et la détresse psychologique, il convient de noter que la détresse psychologique représente un concept plus large englobant toute forme d'inconfort ou de souffrance émotionnelle, qu'elle survienne dans un contexte social ou non (Kessler et al., 2002). D'autres facteurs tel que la rumination pourraient également contribuer à expliquer l'association entre la discrimination et la détresse psychologique chez les personnes asexuelles. En fait, l'étude menée par Timmins et al. (2021) a révélé que les personnes asexuelles ont tendance à ruminer davantage que les autres personnes non-hétérosexuelles après avoir subi des facteurs de stress distaux tels que la discrimination. Il est important de souligner que cette rumination excessive s'est avérée liée à une intensification de la détresse psychologique parmi ces individus. Conformément aux analyses de McAdams et McLean (2013), une réflexion introspective sur les souffrances vécues peut constituer une opportunité précieuse pour l'apprentissage et le développement personnel. Une introspection constructive, selon McAdams et McLean (2013), favorise le développement personnel, mais une rumination intrusive et répétitive a un impact négatif sur le bien-être. Ainsi, chercher des solutions constructives pour faire face aux expériences négatives est crucial pour le bonheur et le bien-être (p.ex., King et Hicks, 2007; Lilgendahl et McAdams, 2011). Chez les personnes asexuelles, la rumination excessive pourrait découler du besoin de donner un sens à leurs expériences en raison du manque de compréhension de la société envers leur orientation (Decker, 2015; Gupta, 2017). Étant donné que la honte n'a pas entièrement médiatisé le lien entre la discrimination et la détresse psychologique dans cette étude, il est pertinent d'inclure la rumination en tant que médiateur supplémentaire pour mieux comprendre son influence sur la détresse chez les individus asexuels, surtout en contexte de discrimination et d'autres facteurs de stress minoritaire.

6.2.4. Absence de modération

Contrairement à ce qui a été observé dans plusieurs autres études menées auprès des personnes issues de la diversité sexuelle (Beaber et Ducker, 2008; Molero et al., 2017; Scandurra et al., 2017; Trujillo et al., 2017) et comme postulé dans le modèle du stress minoritaire (Meyer, 2003),

nos résultats révèlent que le soutien social n'atténue pas les effets de la discrimination sur la détresse psychologique chez les personnes asexuelles. Il est possible que notre mesure du soutien social n'ait pas été optimale, car nous avons utilisé une mesure plus générale qui n'a pas tenu compte des nuances et des types de soutien social spécifiques que les individus peuvent recevoir, notamment en ce qui concerne le soutien lors du *coming out*.

Il est essentiel de mettre en évidence que, selon Meyer (2003), le modèle du stress minoritaire accorde une grande importance au sentiment d'appartenance à une communauté en tant que facteur atténuant les effets du stress minoritaire, car il permet aux membres des groupes stigmatisés de s'évaluer par rapport à leurs pairs plutôt qu'aux membres de la culture dominante. Cette perspective favorise une réévaluation plus positive des événements stressants, ce qui réduit leur impact sur le bien-être psychologique. Par conséquent, bien qu'une personne puisse bénéficier d'un soutien social solide de la part de sa famille, elle peut ressentir qu'elle ne peut pas compter sur eux pour faire face aux situations de discrimination, étant donné qu'ils ne font pas partie de la communauté stigmatisée. Ainsi, il est nécessaire de différencier les différents types de soutien social, tels que le soutien familial, professionnel, amical et communautaire, afin d'identifier ceux ayant le plus grand effet protecteur.

De plus, la recherche menée par Robbins et ses collègues (2016) met en évidence l'importance de l'accès à l'information sur l'asexualité pour une meilleure compréhension et acceptation de soi chez les personnes asexuelles. Les résultats de cette étude soulignent également l'importance du sentiment d'appartenance à un groupe et du *coming out* pour l'intégration de leur identité. Dans notre étude, nous avons exploré le sentiment de honte, qui est étroitement lié à la façon dont une personne perçoit l'évaluation de son entourage. Par conséquent, nous pouvons poser l'hypothèse qu'une plus grande intégration de leur identité asexuelle puisse contribuer à réduire le sentiment de honte chez les personnes asexuelles. De plus, étant donné que notre étude n'a pas trouvé d'effet modérateur du soutien social général, nous pouvons avancer l'hypothèse que c'est l'intégration et le sentiment d'appartenance à la communauté asexuelle qui jouent un rôle de modérateur. En effet, lorsque les individus se sentent acceptés et compris par leur groupe d'appartenance, ils sont mieux préparés pour faire face aux situations de discrimination et d'exclusion (Meyer, 2003). Cependant, ces pistes doivent être testées empiriquement.

Bien que notre étude n'ait pas observé d'effet modérateur du soutien social sur la relation entre la discrimination et la honte, il est important de souligner les résultats des analyses bivariées qui démontrent qu'un soutien social plus fort est associé à une réduction de la détresse psychologique. Ces résultats indiquent donc que le soutien social demeure un facteur essentiel à explorer dans les études futures et à prendre en compte dans les interventions visant à promouvoir la santé mentale au sein de la population asexuelle, d'autant plus que d'autres études ont trouvé un effet protecteur du soutien social chez les personnes issues de la DSPG (Beaber et Ducker, 2008; Molero et al., 2017; Williams et al., 2005).

6.3. Limites et forces méthodologiques

Notre étude présente plusieurs forces qui renforcent la validité et la pertinence de nos résultats. Notre échantillon a été constitué à partir de sources diverses qui ne se limitaient pas uniquement aux participants de communautés asexuelles en ligne ou aux étudiants universitaires. Cette approche a permis d'éviter un potentiel biais de sélection et a contribué à obtenir des perspectives plus variées et représentatives de l'expérience asexuelle, contribuant ainsi à enrichir la compréhension globale de cette orientation sexuelle. Une autre force de notre étude réside dans le fait que l'objectif initial du projet de recherche VisaJe duquel est issu ce sous-échantillon n'était pas exclusivement centré sur l'asexualité, ce qui peut avoir réduit le biais de désirabilité, c'est-à-dire l'influence de répondre de manière socialement souhaitable plutôt que de manière authentique (Bourgeois, 2021). Par conséquent, les participants ont peut-être été plus enclins à rapporter leurs expériences de discrimination et de honte de manière honnête et ouverte, sans craindre de jugement ou de stigmatisation. Cette approche renforce la validité des résultats obtenus.

Il est essentiel de souligner que les résultats de cette étude ont été obtenus en testant le modèle sur une population spécifique composée d'adultes émergents et établis. Par conséquent, il n'est pas possible de généraliser ces résultats aux adolescents et aux personnes plus âgées. De plus, il convient de noter qu'il existe plusieurs parcours conduisant à la détresse psychologique ou à l'anxiété sociale au sein de cette population, et le modèle proposé dans cette étude ne suggère qu'une seule variable parmi les nombreuses qui peuvent contribuer à ces états psychologiques. Il est donc crucial de tenir compte des nombreux facteurs pouvant influencer le bien-être des

individus asexuels tels que la rumination ou l'appartenance à un groupe de personnes asexuelles, et de poursuivre les recherches à travers des études futures.

Une autre limite de cette étude réside dans le fait que nous n'avons pas pris en compte l'orientation romantique des participants. Cette lacune est particulièrement importante lorsqu'il s'agit d'inclure les personnes asexuelles aromantiques, car elles remettent en question les normes sociétales liées à l'amatonormativité³ (Brake, 2012). Les individus asexuels aromantiques peuvent rencontrer des difficultés supplémentaires par rapport à ceux qui sont romantiques, car ils ne ressentent pas d'attraction romantique envers d'autres personnes. Cela signifie qu'ils peuvent être confrontés à une double stigmatisation et à des pressions sociales accrues pour se conformer aux attentes romantiques dominantes.

Finalement, cette étude présente une limite importante : l'échelle de discrimination utilisée n'a pas fonctionné comme prévu. Les questions visant à clarifier la nature précise des discriminations subies par les participants n'ont pas été correctement programmées sur le questionnaire en ligne, ce qui a entravé notre capacité à recueillir des informations détaillées sur ces discriminations et leurs liens avec les identités minoritaires. Néanmoins, nous avons pris des mesures pour contrôler d'autres caractéristiques minoritaires qui pourraient être des motifs de discrimination, telles que l'identité de genre et le statut ethnoculturel. Nous avons constaté que ces caractéristiques n'avaient pas un impact significatif, ce qui suggère que la discrimination était probablement liée à l'orientation sexuelle. Cependant, il convient de souligner que cette étude ne permet pas de déterminer de manière concluante si la discrimination vécue par les participants est spécifiquement liée à leur orientation sexuelle. Des recherches futures devront inclure des mesures spécifiques de la discrimination liée à l'orientation sexuelle et analyser comment celle-ci interagit avec les autres variables du modèle.

³ Norme selon laquelle il est considéré comme naturel et souhaitable de désirer d'être dans une relation amoureuse, romantique, exclusive et à long terme et qui repose sur l'idée que tout le monde serait mieux dans ce type de relation (Brake, 2012).

6.4. Recherches futures

Les résultats de l'étude concernant l'effet du soutien social suggèrent que les facteurs de protection de la santé mentale et les stratégies d'adaptation face à la discrimination chez les personnes asexuelles peuvent être différents des celles observées auprès des autres identités issues de la diversité sexuelle. Donc, il serait intéressant de mener plus d'études qui portent sur la population asexuelle comme une population distincte des autres orientations non-hétérosexuelles, car chaque identité traverse et s'adapte différemment aux événements stressants, tel que la discrimination. Il serait également intéressant d'étudier quels sont les autres facteurs qui pourraient contribuer à atténuer les effets liés à la discrimination sur le bien-être psychologique chez les personnes asexuelles. Cela permettra de concevoir des interventions qui correspondent aux besoins spécifiques de cette population.

Comme identifié dans d'autres études menées auprès de personnes asexuelles, un pourcentage important de participants ne s'identifie pas dans la binarité de genre (p.ex., Cuthbert, 2022; MacNeela et Murphy, 2015). De plus, on observe également que seule une faible proportion des participants s'identifie au genre masculin. Bien qu'on n'ait pas observé un effet du genre dans nos analyses, il serait intéressant d'investiguer qu'elles sont les différences en termes de discriminations en lien avec les identités de genre par une approche intersectionnelle. Gupta (2019) a identifié que la trajectoire des personnes asexuelles est genrée, mais il serait pertinent documenter comment le sentiment d'honte pourrait varier en fonction du genre, quels sont les autres facteurs qui contribuent à ce sentiment et s'ils varient significativement en fonction du genre de la personne.

Pour acquérir une compréhension plus approfondie de la diversité des expériences vécues par les individus asexuels et des mécanismes sous-jacents à leur bien-être psychosocial, il serait bénéfique de mener davantage de recherches en adoptant une approche développementale. Par exemple, il serait intéressant d'explorer si le comportement de retrait social commence dès l'enfance ou s'il émerge lorsque l'individu commence à observer ses pairs en couple, suscitant ainsi des questions sur sa propre identité et une appréhension quant au risque de rejet en raison de sa différence. De plus, il serait pertinent d'étudier si le sentiment de honte prédit une moindre intégration de leur identité sexuelle. Cela permettrait de prendre en compte les différentes étapes

de la vie et de mieux appréhender les besoins et les défis spécifiques rencontrés par les adolescents, les adultes et les personnes plus âgées au sein de cette population. De plus, il serait important d'explorer d'autres variables potentielles telles que le contexte géopolitique, la génération, l'accès aux réseaux sociaux, et d'autres facteurs (Elder, 1998) qui pourraient influencer les trajectoires des individus asexuels. En incluant ces variables supplémentaires, nous pourrions construire une image plus complète et nuancée de leur réalité, permettant ainsi une meilleure compréhension des enjeux spécifiques auxquels ils font face.

6.5. Implications pour les interventions sexologiques

Les résultats de notre étude fournissent des pistes sur les interventions sexologiques potentielles visant à atténuer les effets néfastes de la discrimination sur les personnes asexuelles. Notre recherche suggère que les personnes asexuelles peuvent faire face à des défis psychologiques en raison des normes sociales autour de la sexualité. Ainsi, il est important que les professionnels de la santé soient conscients de ces défis et prêts à répondre aux besoins spécifiques de cette population. Selon une étude précédente (Foster et Scherrer, 2014), il a été constaté qu'un grand nombre de personnes asexuelles cherchent une aide professionnelle, mais elles ont des appréhensions quant au jugement ou à la pathologisation de leur orientation sexuelle par les professionnels de la santé. Cette crainte supplémentaire de stigmatisation vient s'ajouter à celle à laquelle elles sont déjà confrontées, ce qui peut aggraver leur détresse psychologique. Pourtant, l'étude de McAdams et McLean (2013) souligne l'importance d'une écoute attentive pour permettre une meilleure intégration des expériences vécues dans la construction de l'identité. Il est donc crucial de former les professionnels à adopter une approche plus affirmative envers les expériences des personnes asexuelles (Ginicola et al., 2017). Cette approche permettrait aux personnes asexuelles de développer une meilleure intégration d'elles-mêmes et d'atteindre une résolution satisfaisante face à la stigmatisation vécue, ce qui améliorerait leur bien-être psychologique. De plus, nos résultats soulignent l'importance pour les professionnels de la santé de se pencher sur les facteurs sociaux susceptibles de déclencher la détresse psychologique et l'anxiété sociale chez les individus asexuels, en évitant de conclure que cette détresse et cette anxiété soient nécessairement engendrés par leur identité asexuelle.

Notre étude suggère également que les intervenants devraient aborder le fardeau émotionnel de la discrimination en aidant les clients asexuels à gérer les sentiments de honte. La discrimination peut conduire à l'adoption de croyances négatives intériorisées et à des doutes sur soi, ce qui peut aggraver les effets néfastes sur le bien-être psychologique des individus. Les intervenants peuvent utiliser des techniques pour aider les clients à traiter et à naviguer efficacement dans ces émotions. De plus, s'inspirant des recherches de Dorais et al. (2014), il peut être bénéfique d'aider les individus asexuels à développer un sentiment de fierté vis-à-vis de leur identité. En encourageant l'acceptation de soi, l'affirmation de soi et l'agentivité, les individus peuvent cultiver la résilience et une image de soi positive, renforçant ainsi leur capacité à faire face à la discrimination. Mettre l'accent sur la valeur et l'unicité des identités asexuelles peut contribuer à accroître leur estime de soi et leur bien-être psychologique.

En lumière de ces constats, il serait également bénéfique d'intégrer l'asexualité dans les programmes d'éducation sexuelle dès le plus jeune âge. Cette mesure contribuerait à accroître la visibilité de cette orientation sexuelle et aiderait les jeunes à mieux comprendre leur propre (a)sexualité ainsi que celle des autres. En apprenant sur l'asexualité dans l'éducation sexuelle, les individus concernés pourraient mieux se connaître et s'accepter, ce qui pourrait les protéger contre le sentiment de honte qui peut être éprouvé face aux événements discriminatoires. De plus, en favorisant une meilleure compréhension de l'asexualité en tant qu'orientation sexuelle à part entière, cela pourrait aider à promouvoir l'acceptation et la tolérance envers les personnes asexuelles, réduisant ainsi la stigmatisation et la marginalisation auxquelles elles sont souvent confrontées. En accroissant la visibilité de l'asexualité, nous pourrions aider à créer une communauté où les personnes asexuelles se sentent acceptées et soutenues, ce qui est crucial pour leur bien-être psychologique.

Finalement, il est essentiel que les services sexologiques et psychosociaux reconnaissent la présence des personnes asexuelles en tant que groupe minorisé et prennent en compte les défis spécifiques qu'elles rencontrent. Il est nécessaire de concevoir des interventions qui ne ciblent pas exclusivement la population asexuelle, mais qui éduquent l'ensemble de la communauté. En favorisant la compréhension et l'empathie, les intervenants peuvent contribuer à combler le fossé qui sépare les personnes asexuelles de la société dans son ensemble. Pour y parvenir, il est possible de mettre en place des campagnes d'éducation et de sensibilisation, encourageant le

dialogue et remettant en question les stéréotypes et les idées préconçues. En encourageant des interactions positives et des relations entre les personnes asexuelles et le reste de la société, il est possible de réduire la stigmatisation et de créer un environnement plus inclusif.

CONCLUSION

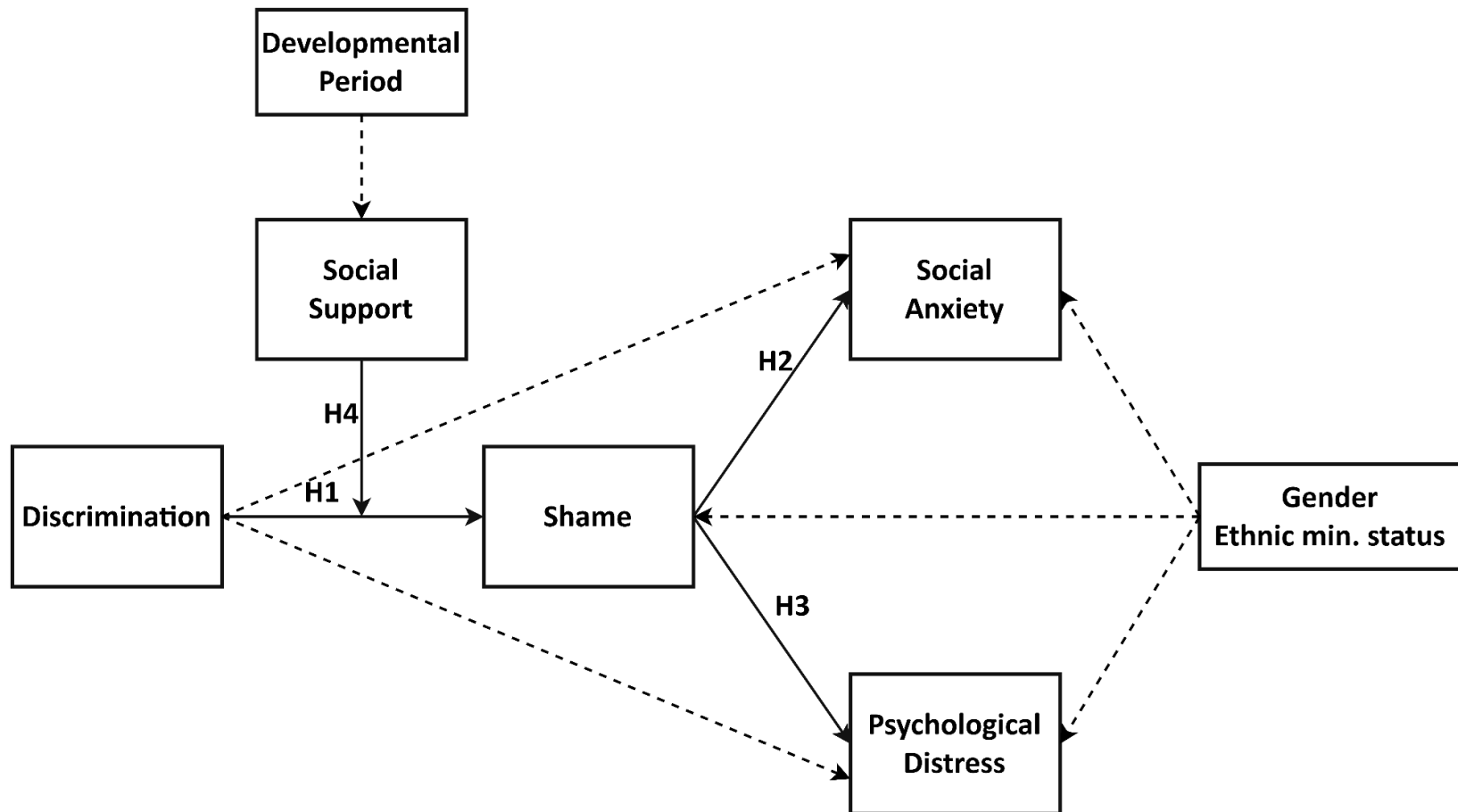
Alors que les chercheurs ont consacré des efforts considérables pour établir l'asexualité comme une orientation sexuelle plutôt qu'un trouble, ce mémoire apporte une contribution significative à la littérature en aidant à mieux comprendre les défis spécifiques auxquels sont confrontés les individus appartenant à cette minorité sexuelle. Cette étude met en lumière que, à l'instar d'autres minorités sexuelles, les individus asexuels sont confrontés à des discriminations en raison de leur non-conformité aux normes imposées par la société. Dans le cas des personnes asexuelles, ces normes sont celles de la sexualité obligatoire, qui deviennent encore plus prégnantes pendant les périodes de l'âge adulte émergent et établi, où l'accent est particulièrement mis sur les expériences sexuelles et amoureuses.

Nos résultats révèlent que ces discriminations engendrent des sentiments de honte qui peuvent être liés à leur identité asexuelle. La honte, une émotion désagréable, peut entraîner une détresse psychologique et une anxiété sociale, ce qui a des conséquences néfastes sur leur bien-être psychologique. Ainsi, cette recherche révèle également que les taux élevés de dépression et d'anxiété observés chez les personnes asexuelles sont partiellement attribuables à des facteurs externes et non uniquement à leur absence d'attirance sexuelle envers autrui. Cette conclusion contribue à l'argumentaire que l'asexualité ne constitue pas un trouble sexuel en soi et que les causes sous-jacentes de ces émotions désagréables sont possiblement liées à des pressions sociales plutôt qu'à la nature intrinsèque de l'orientation sexuelle elle-même.

Le présent mémoire met ainsi en évidence l'importance pour les professionnels de la santé, en particulier les sexologues et les psychothérapeutes, de prendre en compte les facteurs sociaux qui contribuent à la détresse et à l'anxiété au sein de cette population. Il est essentiel de travailler sur la fierté de l'identité sexuelle des individus asexuels afin de favoriser une meilleure intégration de cette caractéristique dans leur identité, ce qui pourrait conduire à un épanouissement personnel plus complet.

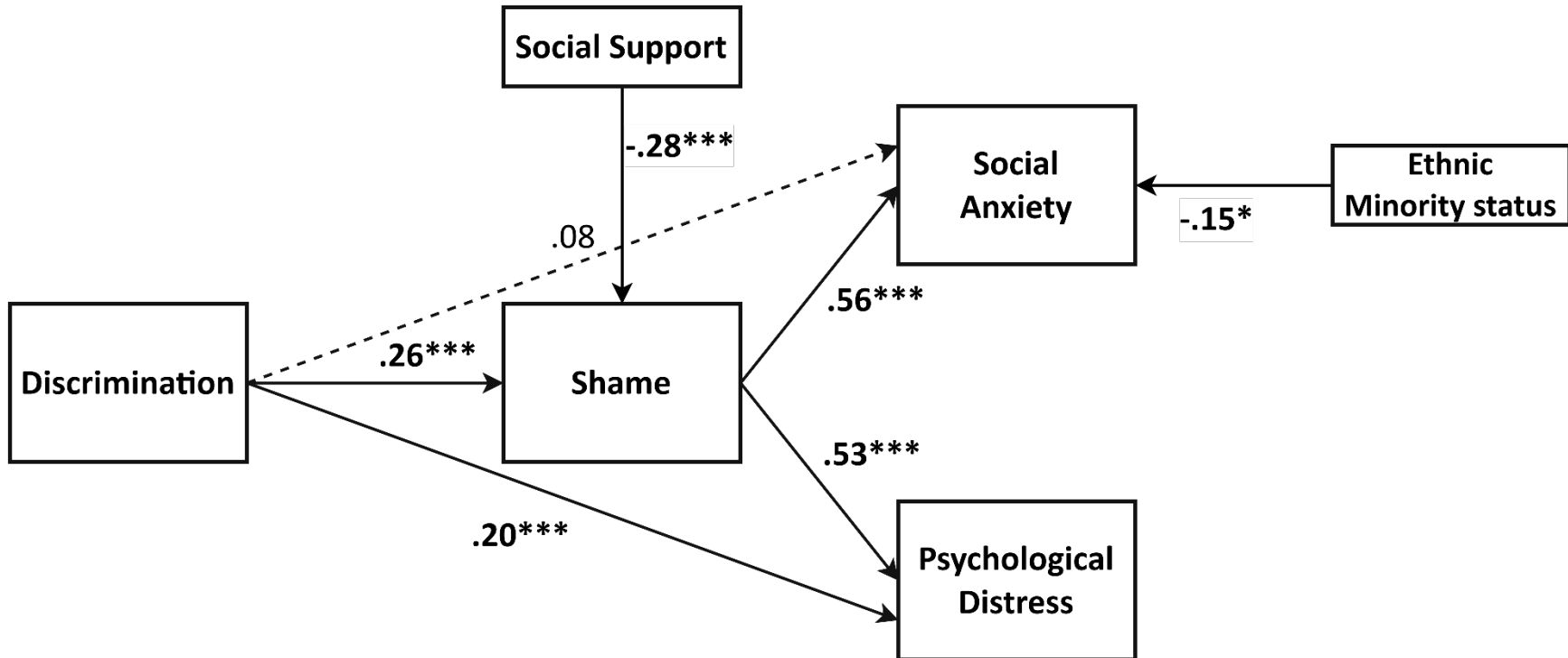
ANNEXE A
[MODÈLE DE MÉDIATION HYPOTHÉTIQUE]

Figure 5.1.
Hypothetical Mediation Model



ANNEXE B
[MODÈLE DE MÉDIATION FINAL]

Figure 5.2.
Final mediation model



Note. Values are standardized coefficients. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

ANNEXE C

[DESCRIPTIFS DES VARIABLES D'ÉTUDE ET MATRICE DE CORRÉLATIONS]

Tableau 5.1.

Descriptives of Study Variables and Correlations Matrix

Variable	Range	M	SD	Correlation coefficients Pearson's r					
				1	2	3	4	5	
1. Discrimination	0-24	3.78	3.45	-					
2. Social Support	6-24	19.86	4.25	-.36***	-				
3. Shame	0-36	15.23	9.02	.36***	-.34***	-			
4. Social Anxiety	2-52	29.10	10.33	.28**	-.27**	.63***	-		
5. Psychological distress	1-24	10.08	5.23	.43***	-.38***	.64***	.46***	-	

Note. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$



Certificate of Completion

This document certifies that

Louise Tavares da Silva Barreto

*has completed the Tri-Council Policy Statement:
Ethical Conduct for Research Involving Humans
Course on Research Ethics (TCPS 2: CORE)*

TAVL15529408

Date of Issue: **25 September, 2021**

ANNEXE E [CERTIFICAT ÉTHIQUE]



CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

No. de certificat : 2021-2346
Date : 02 février 2023

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 : Marie-Aude Boislard-Pépin
Unité de rattachement : Département de sexologie
Titre du protocole de recherche : Pourquoi les adultes émergents inexpérimentés sexuellement sont-ils stigmatisés ?
Source de financement (le cas échéant) : CRSH
Date d'approbation initiale du projet : 2020-04-29

Équipe de recherche

Cochercheurs UQAM : Stéfany Boisvert
Auxiliaires de recherche: Laurence Dion; Anne Prigent; Nick-Kevin Jérôme
Étudiants réalisant un projet de mémoire ou thèse : Matvei Morozov; Louise Tavares Da Silva Barreto; Sabrina Bernatchez; Mahshid Rahbari

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 communiqués rapidement au comité.

Tout évènement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiquée 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 **01 mars 2024**. 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.

Gabrielle Lebeau
Coordonnatrice du CIEREH

Pour Yanick Farmer, Ph.D.
Professeur
Président

Signé le 2023-02-02 à 11:49

ANNEXE F [AVIS FINAL DE CONFORMITÉ]



AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

No. de certificat : 2021-2346

Date : 09 août 2023

Nom de l'étudiant.e : Louise Tavares da Silva Barreto (TAVL15529408)

Titre du projet : "Le rôle médiateur de la honte sur le bien-être psychologique des personnes asexuelles victimes de discrimination"

Programme d'étude : Maîtrise en sexologie (profil recherche-intervention)

Unité de rattachement : Département de sexologie

Direction de recherche : Marie-Aude Boislard-Pépin

OBJET : Avis final de conformité - Maîtris

Selon les informations qui nous ont été fournies par la direction de recherche, le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) confirme que **Louise Tavares da Silva Barreto** a réalisé son mémoire de maîtrise sous la direction de Marie-Aude Boislard-Pépin conformément aux normes et politiques éthiques en vigueur, en tant que membre de l'équipe de recherche pour le projet couvert par le certificat d'éthique no. 2021-2346.

Merci de bien vouloir inclure le présent document et du certificat d'éthique susmentionné en annexe de votre travail de recherche.

Les membres du CIEREH vous félicitent pour la réalisation de votre recherche et vous offrent leurs meilleurs vœux pour la suite de vos activités.

Gabrielle Lebeau
Coordonnatrice du CIEREH

Pour Yanick Farmer, Ph.D.
Professeur
Président

Signé le 2023-08-09 à 08:21

ANNEXE G [FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT]

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

« Pourquoi les adultes émergents inexpérimentés sexuellement sont-ils stigmatisés? »

PRÉAMBULE

Ce formulaire fait partie du processus typique d'obtention d'un consentement éclairé. Les informations présentées vous donneront une idée générale du projet de recherche et une compréhension de ce qui est impliqué dans votre participation.

Vous êtes invité·e à lire en détail ce formulaire afin de participer à une étude. Celle-ci vise à mieux comprendre pourquoi les adultes émergents inexpérimentés sexuellement sont stigmatisés. Si vous acceptez de participer à ce projet, svp prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements ci-dessous. S'il y a des mots ou des sections que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de recherche ou la chercheure principale.

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Coordination du projet :

[Matvei Morozov, M.A. \(cand.\), Université du Québec à Montréal](#)

morozov.matvei@uqam.ca

visaje@uqam.ca

Chercheure principale :

Marie-Aude Boislard, Ph.D.

Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

C.P. 8888, Succ. Centre-ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8

boislard-pepin.marie-aude@uqam.ca

OBJECTIFS DU PROJET ET FINANCEMENT

Cette recherche vise à mieux comprendre pourquoi les adultes émergents inexpérimentés sexuellement vivent de la stigmatisation.

Ce projet de recherche reçoit l'appui financier du Conseil de recherche en sciences humaines au Canada (CRSH Subventions Développement Savoir # 430-2018-00668).

Vous devez être âgé·e d'au moins 18 ans et être francophone ou anglophone pour participer à cette étude.

TÂCHES DEMANDÉES

Votre participation consiste à répondre à un questionnaire en ligne. Ce questionnaire inclut des informations sur votre sexualité (p. ex. orientation sexuelle, expériences sexuelles passées), les caractéristiques ou attentes envers la première relation sexuelle, ainsi que sur votre perception des adultes émergents inexpérimentés sexuellement. De plus, ce questionnaire comporte des questions par rapport au bien-être psychologique, aux expériences de discrimination et aux stratégies pour y faire face, à l'anxiété sociale et à l'estime de soi. Des questions socio-démographiques (p. ex. mois/année de naissance, code postal partiel) seront posées au début du questionnaire pour confirmer votre âge et votre lieu de résidence. Celles-ci ne permettent pas de vous identifier ou de vous retracer. Le questionnaire nécessitera environ 25 minutes de votre temps et pourra être rempli en plusieurs étapes, et ce, sans avoir à recommencer au début.

AVANTAGES ET RISQUES POTENTIELS

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances concernant les représentations des adultes émergents inexpérimentés sexuellement. Une meilleure compréhension de ces réalités permettra d'identifier des interventions adaptées aux besoins des adultes émergents inexpérimentés sexuellement et, à plus long terme, de travailler à éradiquer la stigmatisation à laquelle ils font face et à réduire ses conséquences négatives sur leur bien-être. La participation à ce questionnaire vous offrira l'occasion de réfléchir sur vos expériences passées.

Nous croyons qu'il n'y a pas de risque significatif associé à votre participation à cette recherche. Toutefois, certaines questions pourraient soulever des malaises ou vous rappeler des expériences difficiles. Si c'est le cas, vous pouvez contacter l'un des organismes présentés ici-bas. Vous pouvez télécharger ce formulaire et la liste de ressources proposées pour y accéder en tout temps.

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Tous les renseignements recueillis dans le questionnaire sont confidentiels. Les données sont collectées de façon complètement anonyme et sont protégées par mot de passe. Votre adresse IP sera stockée temporairement le temps de votre participation. Si vous prenez une pause ou abandonnez en cours de participation, l'adresse IP est stockée sur la plateforme Qualtrics de l'UQAM pendant 1 mois. Ceci vous permet compléter votre participation à l'intérieur de ce délai. Toutes les adresses IP stockées sont supprimées dès la participation complétée ou l'échéance de cette période.

À noter : les adresses IP stockées sont conservées sur le site pour permettre le bon fonctionnement du questionnaire et pour vous permettre de prendre une pause en cours de participation. **En aucun cas ces données ne seront extraites ou sauvegardées.**

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Vous êtes libre de mettre fin à votre participation à tout moment. Veuillez noter qu'il est impossible de supprimer toute participation individuelle puisque toutes les données sont recueillies de façon anonyme.

UTILISATION DES DONNÉES ET RECHERCHES ULTÉRIEURES

Votre accord à participer implique que vous acceptez que l'équipe de recherche utilise les renseignements recueillis pour des articles scientifiques, des conférences ou d'autres communications scientifiques ou publiques, en nous assurant qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit partagée. Aucun·e participant·e individuel·le ne sera identifié·e dans ces travaux de recherche. Toutes les données seront conservées à des fins d'analyses, sauf si vous remplissez uniquement les données sociodémographiques. Dans ce cas, les données seront supprimées.

Les données pourraient être utilisées dans le cadre de projets de recherche connexes, tels que des mémoires ou des thèses d'étudiants, de la formation ou à des fins académiques. Si vous ne souhaitez pas que vos données soient utilisées dans le cadre de ces projets, vous pourrez indiquer votre refus.

Les données seront conservées jusqu'à 5 ans après la dernière publication des résultats. Après ce délai, toutes les données seront définitivement supprimées et détruites. Les règles d'éthique décrites dans ce formulaire s'appliquent à cette conservation à long terme des données.

Lorsque les analyses auront été effectuées, les résultats et les recommandations seront partagés sur des plateformes, telles que des sites web, listes de diffusion, réseaux de recherche ainsi qu'auprès d'un public élargi. Si vous souhaitez rester à l'affût des résultats, vous pouvez vous inscrire à la lettre de diffusion du laboratoire ici : <https://desaj.uqam.ca/inscription>

COMPENSATION FINANCIÈRE

En complétant le questionnaire, vous courez la chance de gagner l'un des prix qui seront tirés à la fin de la collecte de données, soit un iPad mini et plusieurs cartes-cadeaux Amazon d'une valeur de 100\$ chacune. Vos réponses au cours du questionnaire détermineront le tirage auquel vous prendrez part, le cas échéant. Le questionnaire est divisé en plusieurs sections. Compléter chacune de ces sections vous vaudra une chance de gagner, jusqu'à concurrence de 3 chances.

Vos chances seront d'environ 1/67 pour une participation complète à 1/600 pour une participation incomplète. Pour participer au tirage, vous devrez fournir une adresse courriel avant de commencer le questionnaire. Les participant·es qui n'indiqueront pas d'adresse courriel valide ou qui indiquent ne pas vouloir participer au tirage ne recevront aucune chance au tirage.

Veillez noter: Pour qu'une chance de participer soit valide, chacune des sections éligibles doit être répondue en entier. L'équipe de recherche se réserve le droit d'annuler une chance obtenue à la fin d'une section si celle-ci n'a pas été complétée dans son entièreté.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits. Vous ne libérez pas les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?

Pour des questions additionnelles sur le projet, sur votre participation et sur vos droits en tant que participant·e, vous pouvez communiquer avec Matvei Morozov, M.A. (cand.; coordination du projet) par courriel à morozov.matvei@uqam.ca ou à visaje@uqam.ca. Vous pouvez aussi contacter Marie-Aude Boislard, Ph.D. (chercheure principale) par courriel à boislard-pepin.marie-aude@uqam.ca.

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a approuvé ce projet de recherche (no. de certificat 2941_e_2020). Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la présidence du Comité, par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro 514-987-3000, poste 7753 ou par courriel à CIEREH@UQAM.CA. Si vous croyez que l'un de vos droits n'a pas été respecté, ou si vous croyez avoir subi une erreur ou une injustice en lien avec cette recherche vous pouvez communiquer avec l'Ombudsman de l'Université du Québec à Montréal par courriel à ombudsman@uqam.ca ou par téléphone au 514-987-3151.

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est importante à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier profondément. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des principaux résultats au terme de cette recherche, veuillez nous écrire à l'adresse visaje@uqam.ca (coordination du projet) ou à l'adresse boislard-pepin.marie-aude@uqam.ca (chercheure principale).

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

Par la présente :

- je reconnais avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement;
 - je comprends les objectifs du projet et ce que ma participation implique;
 - je confirme avoir disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer;
 - je confirme que la chercheuse principale du projet (ou une autre personne responsable du projet) a répondu à mes questions de manière satisfaisante, s'il y a lieu;
 - je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner;
 - je consens volontairement à participer à ce projet de recherche.
-
- Oui, je consens à participer à cette étude.
 - Non, je ne consens pas à participer à cette étude. Mettre fin à ma participation.

Acceptez-vous que l'on utilise vos données pour des projets de recherche connexes, telles de futures études, des mémoires ou des thèses d'étudiant-es, du matériel de formation ou à d'autres fins académiques?

- Oui, mes données peuvent être utilisées au cours de projets ultérieurs. Passer au questionnaire.
- Non, mes données ne peuvent pas être utilisées au cours de projets autre que l'étude actuelle. Passer au questionnaire.

ANNEXE H [RESSOURCES D'AIDE]

RESSOURCES D'AIDE

Soutien Psychologique

- Clinique de sexologie à l'UQAM
Phone: (514) 987-3000 #4453
website: <https://sexologie.uqam.ca/nous-joindre/>
- Le Centre de services psychologiques de l'UQAM
Phone: (514) 987-0253
Website: <https://psychologie.uqam.ca/centre-de-services-psychologiques.html>
- Clinique universitaire de psychologie de l'Université de Montréal
Phone: (514) 343-7418
Website: <http://psy.umontreal.ca/ressources-services/clinique-universitaire-de-psychologie/>
- Tel-jeunes
Anonymous, confidential counselling and listening services for young people
Phone: 1-800-263-2266
Text (SMS): 514-263-2266
Website: <https://www.teljeunes.com/Home>
- Kids Help Phone
Anonymous counselling and listening services for young people
Phone: 1-800-668-6868
Website: <https://kidshelpphone.ca/>
- PREVNet
National network of organizations working to prevent and stop bullying
Phone: (613) 533-2632
Website: <https://www.prevnet.ca/bullying/teens>
- NeedHelpNow.ca
Support for victims of sexual cyberbullying and help in removing sexual materials from the Internet
Website: <https://needhelpnow.ca/app/en/>

Services gouvernementaux

- Portail santé gouvernement
Public health resources (CLSC, hospitals)
Website: <http://sante.gouv.qc.ca/en/repertoire-ressources/>
- Info-Santé
A free and confidential telephone consultation service

Phone: 811 (24 hours a day, 365 days a year)

Website: <https://www.quebec.ca/en/health/finding-a-resource/info-sante-811/>

- Referrals to community agencies and services
Phone: 211
Website: <https://www.211qc.ca/en/>

Ressources pour les individus de la diversité sexuelle

- Diversité.lascq
Committee for Sexual Diversity and Gender Identity
Phone: 1-877-850-0897
Website: <http://diversite.lacsq.org/>
- GRIS-Montréal
Website: <https://www.gris.ca/en/lgbt-resources/>
- Interligne
Bilingual help and information line for people concerned about sexual orientation and gender identity
Phone: 1-888-505-1010
Website: <https://interligne.co>

Ressources pour les personnes atteintes de troubles alimentaires

- ANEB
Help for people with an eating disorder
Phone: 1-800-630-0907
Website: <https://anebquebec.com/en>

Soutien pour les victimes d'actes criminels et d'agression sexuelles

- CPIVAS
Centre de prévention et d'intervention pour victimes d'agression sexuelle
Phone: 450-669-9053
Website: <http://cpivas.com/>
- CVASM
Services for victims of sexual assault, sexual abuse and incest
Phone: 1-888-933-9007
Website: <https://www.cvasm.org/en/>
- La traversée
Services for Sexually Assaulted Women and Children
Phone: 450-465-5263
Website: <https://latraversee.qc.ca/>
- CAVAC
Network of Victims of Crime Centres

Phone number: 1-866-532-2822

Website: <https://cavac.qc.ca/en/>

- Campagne Sans Oui, C'est Non !
Campaign against sexual violence
Phone: 514-343-5947
Website: <http://www.faecum.qc.ca/campagne/sans-oui-c-est-non>
- SOS Violence conjugale
Information and support for victims of domestic violence
Phone: 1-800-363-9010
Website: <http://sosviolenceconjugale.ca/>
- C'tu ça d'l'abus?
Information, resources, and educational material
Phone: 418-724-5231
Website: <https://ctucadelabus.com/contactez-nous/>
- Clique sur toi
Preventing Violence in Relationships
Website: <http://cliquesurtoi.com/>
- Trousse média sur la violence conjugale
Website: <https://inspq.qc.ca/violence-conjugale/accueil>
- RQCALACS
Regrouping of support centres and the fight against sexual assault
Phone: 1-888-933-9007
Website: <http://rqcalacs.qc.ca/index-en.php>

Soutien pour les personnes ayant des troubles de consommation de substances

- Drugs Help and referral
Provides support, information and referral to people coping with addiction
Phone: 1-800-265-2626
Website: <http://drogue-aidereference.qc.ca/www/index.php?locale=en-CA>

Ressources de prévention du suicide

- Suicide-Action Montréal
Service confidentiel 24h sur 24 et 7 jours sur 7
Phone: 514-723-4000 / 1-866-APPELLE
Website: <https://suicideactionmontreal.org/en/>
- SOS suicide
Intervention line for suicidal people and their loved ones
Phone: 1-800-595-5580
Website: <http://sos-suicide.org/index.php/node/7>

- Ligne d'intervention suicide 24/7
Phone: 1-866-277-3553
Website: <https://aqps.info/besoin-aide-urgente/>

Autre ressource

- UQAM Ombudsman
Phone: 514-987-3151
Email: ombudsman@uqam.ca

ANNEXE I [QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE]

Quel est votre mois de naissance?

- Janvier
- Février
- Mars
- Avril
- Mai
- Juin
- Juillet
- Août
- Septembre
- Octobre
- Novembre
- Décembre

Quelle est votre année de naissance? _____

Quel est votre statut au Canada?

- Citoyen·ne canadien·ne
- Résident·e canadien·ne (ex., résident·e permanent·e; visa temporaire, permis d'études, visa de travail)
- Autre (svp spécifiez votre citoyenneté): _____

Quels sont les trois premiers items de votre code postal? _____

Quel sexe vous a-t-on assigné à la naissance?

- Masculin
- Féminin
- Je suis né·e avec une condition intersexuée

Avez-vous déjà reçu un diagnostic de variation intersexuelle ou de « différence dans le développement sexuel »?

- Non
- Oui

Êtes-vous né·e avec des chromosomes ou des organes génitaux qui varient des définitions habituelles de mâle ou femelle ou en avez-vous développé naturellement à la puberté?

- Non
- Oui

Quelle est votre identité de genre?

- Masculin/homme
- Féminin/femme
- Bispirituel (Two-Spirit)
- Non binaire, fluide dans le genre ou autre (ex., genderqueer)
- Aucune de ces catégories

Si vous le souhaitez, indiquez-nous comment vous décrivez personnellement votre identité de genre: _____

Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

- Aucun diplôme
- Études primaires
- Études secondaires partielles
- Diplôme d'études secondaires (secondaire 5 (QC) ou 12e année)
- Études partielles dans un cégep, une école de métier ou de formation professionnelle
- Diplôme ou certificat d'études d'un cégep, d'une école de métier ou de formation professionnelle
- Certificat universitaire ou programme court avec diplôme
- Études partielles à l'université
- Baccalauréat ou équivalent
- Études partielles à la maîtrise
- Maîtrise ou équivalent
- Études partielles au doctorat
- Doctorat
- Autre (svp spécifiez): _____

Les gens du Canada ont des origines culturelles, ethniques et géographiques variées. Vous pouvez appartenir à plus d'un groupe parmi la liste suivante. Êtes-vous... (cochez toutes les réponses qui s'appliquent):

- Autochtone (ex., Premières Nations, Premiers peuples, Métisse, Inuk, Inuit·e)
- Canadien·ne
- Américain·e (des États-Unis)
- Britannique (ex., Écossais·e, Gallois·e, Irlandais·e, Anglais·e)
- Français·e (ex., Alsacien·ne, Breton·ne, Corse)
- Européen·ne de l'Ouest (ex., Néerlandais·e, Allemand·e, Autrichien·ne, Belge, Flamand·e)
- Européen·ne du Nord (ex., Danois·e, Islandais·e, Norvégien·ne, Suédois·e)
- Européen·ne de l'Est (ex., Bulgare, Estonien·ne, Polonais·e, Tchèque, Russe, etc.)
- Européen·ne du Sud (ex., Espagnol·e, Catala·ne, Croate, Grec·que, Italien·ne, Portugais·e)

- Caraïbéen·ne (ex., Antiguais·e, Cubain·e, Haïtien·ne, Jamaïcain·e)
- Latino-Américain·e (ex., Brésilien·ne, Colombien·ne, Mexicain·e)
- Africain·ne central ou de l'Ouest (ex., Angolais·e, Camerounais·e, Sénégalais·e)
- Africain·ne du Nord (ex., Algérien·ne, Égyptien·ne, Tunisien·ne, Marocain·e)
- Africain·ne du Sud et de l'Est (ex., Rwandais·e, Somalien·ne, Tanzanien·ne, Zulu, etc.)
- Moyen-Oriental·e/de l'Asie de l'Ouest (ex., Libanais·e, Iranien·ne, Saoudien·ne, Turc, Turquie)
- Sud-Asiatique (ex., Sri-Lankais·e, Pakistanais·e, Indien·ne de l'Inde, etc.)
- Asiatique de l'Est ou du Sud-Est (ex., Chinois·e, Coréen·ne, Japonais·e, Thaïlandais·e)
- Océanien·ne (ex., Australien·ne, Néo-zélandais·e, etc.)
- Autre (svp spécifiez): _____

Êtes-vous une personne minorisée, racisée ou ethnicisée en raison de la couleur de votre peau, de vos origines ethnoculturelles, de votre trajectoire migratoire, de votre langue ou de votre religion?

- Oui
- Non

Avez-vous une appartenance religieuse ou spirituelle? Si oui, laquelle?

- Non, je n'ai pas d'appartenance religieuse ou spirituelle
- Catholique
- Protestante
- Chrétienne orthodoxe
- Juive
- Musulmane
- Bouddhiste
- Hindoue
- Sikhe
- Spiritualité amérindienne
- Païen ou Wicca
- Autre (svp spécifiez): _____

Qu'est-ce qui décrit le mieux votre statut relationnel?

- Célibataire et n'ayant jamais eu de partenaire
- Célibataire mais ayant eu un partenaire auparavant
- En couple mais ne vivant pas ensemble
- Pas légalement marié·e mais vivant avec un·e partenaire
- Légalement marié·e et vivant ensemble
- Légalement marié·e et ne vivant pas ensemble
- Légalement marié·e mais séparé·e
- Veuf·ve
- Divorcé·e

- Autre: _____

Vous identifiez-vous comme Incel?

- Non
- Oui
- Je ne sais pas

Avez-vous déjà consulté des forums d'Incels?

- Non
- Oui

Quelles ont été vos impressions de ces forums? (question ouverte)

Comment définissez-vous votre orientation sexuelle? Considérez-vous être:

- Homosexuel·le (ex. gai ou lesbienne)
- Hétérosexuel·le
- Bisexuel·le
- Asexuel·le
- Incertain·e ou vous ne le savez pas encore
- Autre (svp spécifiez): _____

Avez-vous déjà eu des expériences sexuelles? Par « expériences sexuelles », nous entendons n'importe quelle expérience que vous avez trouvé sexuellement excitante. Cela peut être s'embrasser, se toucher, avoir une relation sexuelle, se masturber, regarder des images sexuellement explicites ou toute autre forme de sexe.

- Oui
- Non

Jusqu'à maintenant, avez-vous déjà eu au moins une relation sexuelle consentante?

- Non
- Non, je n'ai jamais eu de relation sexuelle, mais j'ai déjà eu des rapprochements intimes avec quelqu'un
- Oui

Envisagez-vous d'avoir une relation sexuelle dans le futur?

- Oui
- Non

Êtes-vous né·e au Canada?

- Oui
- Non

- Je ne le sais pas

À quel âge avez-vous immigré au Canada? _____

Où sont nés vos parents?

- Au Canada
- Un seul parent né à l'étranger
- Mes parents sont nés à l'étranger

Lequel des choix suivants décrit le mieux votre situation familiale?

- J'ai un seul parent
- J'ai un père et une mère
- J'ai deux pères
- J'ai deux mères
- J'ai plus de deux parents
- Un de mes parents est décédé
- Mes parents sont décédés

En ce moment, avec qui habitez-vous?

- J'habite seul·e
- Avec un ou des parents
- Avec un·e ou des frère·s et soeur·s
- Avec un ou des membres de ma famille élargie (grands-parents, oncle/tante, cousine/cousin, etc.)
- En famille d'accueil
- En famille recomposée
- En centre d'accueil ou d'hébergement
- Avec un·e ou des partenaires
- Avec un·e ou des colocataires
- Avec un·e ou des enfants (les miens et/ou enfants de partenaires)
- Avec un·e ou des partenaires et leur·s enfant·s
- Autre (svp spécifiez): _____

Quelle langue parlez-vous le plus souvent à la maison?

- Anglais
- Français
- Français et anglais
- Autre: _____

Quelle est votre langue maternelle, ou la première langue que vous avez apprise et que vous comprenez encore?

- Anglais
- Français
- Français et anglais
- Autre: _____

Sans compter les occasions comme les mariages, les funérailles ou les sacrements, à quelle fréquence avez-vous participé à des activités, réunions ou services religieux dans la dernière année?

- Pas du tout
- Une à deux fois par année
- Au moins trois fois par année
- Au moins une fois par mois
- Environ une fois par semaine ou plus

Lequel de ces énoncés décrit le mieux vos attirances romantiques et amoureuses?

Je suis attiré·e romantiquement par...

Note : par « attirances romantiques », nous entendons des personnes avec qui vous envisageriez être en couple.

- Je ne suis attiré·e par personne
- Des hommes
- Des femmes
- Des femmes et des hommes
- Des personnes non-binaires ou genderqueer
- Autre (svp spécifier): _____

Lequel de ces énoncés décrit le mieux vos attirances sexuelles actuelles?

Note : Par « attirances sexuelles », nous entendons des personnes avec qui vous envisageriez avoir des relations sexuelles.

- Je ne suis attiré·e par personne
- Des hommes
- Des femmes
- Des femmes et des hommes
- Des personnes non-binaires ou genderqueer
- Autre (svp spécifier): _____

Quel âge aviez-vous lors de votre première relation sexuelle consentante? _____

Quel était le genre de votre partenaire lors de votre première relation sexuelle consentante?

- Homme
- Femme
- Individu non-binaire ou genderqueer

- Autre (svp spécifier): _____

Quel âge avait approximativement votre partenaire lors de votre première relation sexuelle consentante? Svp indiquer l'âge en années _____

Depuis combien de temps connaissiez-vous votre partenaire au moment de votre première relation sexuelle consentante?

- Moins d'une semaine
- Moins d'un mois
- 1-3 mois
- 3-6 mois
- 6-12 mois
- Plus d'un an

Quelle était la nature de votre relation à votre partenaire au moment de votre première relation sexuelle consentante?

- Partenaire amoureux·se
- Fréquentation
- Ex-partenaire amoureux·se
- Aventure d'un soir
- Ami·e (incl. "fuck-buddies", "friends with benefits")
- Autre (svp spécifiez): _____

Êtes-vous vierge?

- Non
- Oui

Est-ce que quelqu'un vous a déjà fait faire des actes sexuels que vous ne vouliez pas faire, vous a forcé·e ou a essayé de vous forcer à avoir une relation sexuelle?

- Oui
- Non

ANNEXE J [ÉCHELLE DE DISCRIMINATION]

Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence les événements suivants vous sont-ils arrivés?

1. Vous vous êtes fait traiter de noms, insulter, agacer, harceler, intimider verbalement, ou crier après.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jamais	Rarement	Moins de la moitié des fois	Plus de la moitié des fois	À chaque fois ou presque à chaque fois	Ne s'applique pas

2. Vous, vos opinions ou vos idées ont été ignoré·es, exclu·es, méprisé·es ou traité·es avec dédain.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jamais	Rarement	Moins de la moitié des fois	Plus de la moitié des fois	À chaque fois ou presque à chaque fois	Ne s'applique pas

3. Quelqu'un a répandu des rumeurs, des commérages, de fausses accusations contre vous ou a révélé des informations personnelles ou blessantes à votre sujet.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jamais	Rarement	Moins de la moitié des fois	Plus de la moitié des fois	À chaque fois ou presque à chaque fois	Ne s'applique pas

4. Vous avez été physiquement intimidé·e, battu·e, poussé·e, frappé·e, bousculé·e, giflé·e ou on vous a craché dessus, fait trébucher, tiré les cheveux ou lancé des objets, ou quelqu'un·e a menacé votre sécurité physique.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jamais	Rarement	Moins de la moitié des fois	Plus de la moitié des fois	À chaque fois ou presque à chaque fois	Ne s'applique pas

5. Quelqu'un a détruit volontairement ou vandalisé vos objets personnels ou quel qu'un vous a volé.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jamais	Rarement	Moins de la moitié des fois	Plus de la moitié des fois	À chaque fois ou presque à chaque fois	Ne s'applique pas

6. Quelqu'un a exprimé des préjugés ou des remarques méchantes envers vous ou votre communauté, ou a agi comme s'il·elle était meilleur·e que vous, s'il·elle avait peur de vous ou s'il·elle pensait que vous étiez malhonnête.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jamais	Rarement	Moins de la moitié des fois	Plus de la moitié des fois	À chaque fois	Ne s'applique pas

moitié des fois

des fois

ou presque à
chaque fois

pas

ANNEXE K [ÉCHELLE DE SOUTIEN SOCIAL]

Dans quelle mesure chaque énoncé décrit-il votre situation?

1. Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence.

Fortement en désaccord Légèrement en accord Légèrement en accord Fortement en accord

2. Il n'y a personne sur qui je peux compter si j'ai vraiment besoin d'aide.

Fortement en désaccord Légèrement en accord Légèrement en accord Fortement en accord

3. Je connais des gens qui m'aideront si j'en ai vraiment besoin.

Fortement en désaccord Légèrement en accord Légèrement en accord Fortement en accord

4. Si quelque chose n'allait pas, personne ne m'aiderait

Fortement en désaccord Légèrement en accord Légèrement en accord Fortement en accord

5. Il n'y a personne vers qui je peux me tourner en période de stress.

Fortement en désaccord Légèrement en accord Légèrement en accord Fortement en accord

6. J'ai quelqu'un à qui parler des décisions dans ma vie.

Fortement en désaccord Légèrement en accord Légèrement en accord Fortement en accord

7. J'ai une personne de confiance vers qui me tourner si j'ai des problèmes.

Fortement en désaccord Légèrement en accord Légèrement en accord Fortement en accord

8. Il n'y a personne avec qui je me sens à l'aise de parler de mes problèmes.

Fortement en désaccord Légèrement en accord Légèrement en accord Fortement en accord

9. Il y a des gens qui m'aiment vraiment.

Fortement en désaccord Légèrement en accord Légèrement en accord Fortement en accord

10. Lorsque je ne me sens pas bien, d'autres personnes me montrent qu'elles m'aiment.

Fortement en désaccord Légèrement en accord Légèrement en accord Fortement en accord

11. Quand je suis triste, il y a des gens qui me remontent le moral.

Fortement en désaccord Légèrement en accord Légèrement en accord Fortement en accord

12. Il y a toujours quelqu'un qui est là pour moi quand j'ai besoin de réconfort.

Fortement en désaccord Légèrement en accord Légèrement en accord Fortement en accord

ANNEXE L [ÉCHELLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE (SAS)]

Pour chacune des affirmations suivantes, sélectionnez la réponse qui décrit le mieux ce que vous ressentez.

1. Je m'inquiète de ce que les autres disent de moi.

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

2. Je deviens nerveux·se lorsque je rencontre d'autres personnes.

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

3. Il est difficile pour moi de demander aux autres de faire des choses avec moi.

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

4. Je m'inquiète que les autres ne m'aient pas.

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

5. Je me sens gêné·e à proximité de gens que je ne connais pas.

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

6. J'ai peur d'inviter les autres à faire des choses avec moi parce qu'ils pourraient refuser.

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

7. Je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi.

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

8. Je me sens nerveux·se lorsque je suis à proximité de certaines personnes.

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

9. Je me sens gêné·e même avec des pairs que je connais très bien.

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

10. J'ai l'impression que les autres se moquent de moi.

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

11. Je parle seulement aux gens que je connais vraiment bien.

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

12. Je m'inquiète de faire quelque chose de nouveau devant les autres.

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

13. J'ai l'impression que mes pairs parlent dans mon dos.

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

ANNEXE M [ÉCHELLE D'EXPÉRIENCE DE LA HONTE (ESS)]

Tout le monde peut parfois ressentir de l'embarras, de la gêne ou de la honte. Ces questions portent sur ces sentiments qui se sont produits à un moment donné, au cours de la dernière année. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Veuillez indiquer la réponse qui vous concerne en cochant la case correspondante.

1. Avez-vous eu honte d'une de vos habitudes personnelles?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

2. Vous êtes-vous inquiété·e de ce que les autres pensent de vos habitudes personnelles?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

3. Avez-vous tenté de cacher ou de dissimuler certaines de vos habitudes personnelles?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

4. Avez-vous eu honte de vos comportements sociaux?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

5. Vous êtes-vous inquiété·e de ce que les autres pensent de votre comportement social?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

6. Avez-vous évité les gens à cause de votre comportement?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

7. Avez-vous eu honte du type de personne que vous êtes?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

8. Vous êtes-vous inquiété·e de ce que les autres pensent de la personne que vous êtes?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

9. Avez-vous essayé de cacher aux autres le type de personne que vous êtes?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

10. Avez-vous eu honte de votre habileté à faire des choses?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

11. Vous êtes-vous inquiété de ce que les autres pensent de votre habileté à faire des choses?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

12. Avez-vous évité les gens à cause de votre inhabileté à faire des choses?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

ANNEXE N [ÉCHELLE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE (K6)]

Les questions suivantes portent sur la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours des 30 derniers jours. Pour chaque question, veuillez sélectionner le numéro de la réponse correspondant le mieux au nombre de fois où vous avez éprouvé ce sentiment.

Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous eu le sentiment...

	Tout le temps	La plupart du temps	Quelques fois	Rarement	Jamais
1. ...de nervosité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...de désespoir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...d'agitation ou d'incapacité à tenir en place?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...d'être tellement déprimé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...que tout vous demandait un effort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...de n'être bon·ne à rien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE O [ÉCHELLE DE BIEN-ÊTRE EMOTIONNEL (BEE)]

Les prochaines questions portent sur comment vous vous êtes senti au courant du dernier mois. Veuillez sélectionner la case qui décrit le plus justement la fréquence à laquelle vous vous êtes senti ainsi.

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

	Jamais	Une ou deux fois	Environ une fois par semaine	Environ deux à trois fois par semaine	À pratiquement tous les jours	À tous les jours
1. Heureux·se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Intéressé·e par la vie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Satisfait·e à l'égard de votre vie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RÉFÉRENCES

- Allard, A. (2015). *La victimisation par les pairs et le développement de l'anxiété sociale au début de l'adolescence: L'effet modérateur des caractéristiques des amis* [Master's Thesis, Université de Montréal].
- Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology, 41*(1), 29-42. <https://doi.org/10.1348/014466502163778>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55*(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Barzeva, S. A., Richards, J. S., Meeus, W. H. J., & Oldehinkel, A. J. (2020). The social withdrawal and social anxiety feedback loop and the role of peer victimization and acceptance in the pathways. *Development and Psychopathology, 32*(4), 1402–1417. <https://doi.org/10.1017/S0954579419001354>
- Bastien Charlebois, J. (2011). Au-delà de la phobie de l'homo : quand le concept d'homophobie porte ombrage à la lutte contre l'hétérosexisme et l'hétéronormativité. *Reflets, 17*(1), 112–149. <https://doi.org/10.7202/1005235ar>
- Beaber, T., & Ducker, D. (2008). *Well-being among bisexual females: The roles of internalized biphobia, stigma consciousness, social support, and self-disclosure* [Doctoral Thesis, Alliant International University, California School of Professional Psychology].
- Berghe, W. V., Dewaele, A., Cox, N., & Vincke, J. (2010). Minority-specific determinants of mental well-being among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Applied Social Psychology, 40*(1), 153–166. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2009.00567.x>
- Bogaert, A. F. (2004). Asexuality: Prevalence and associated factors in a national probability sample. *The Journal of Sex Research, 41*(3), 279-287. <https://doi.org/10.1080/00224490409552235>
- Bogaert, A. F. (2006). Toward a conceptual understanding of asexuality. *Review of General Psychology, 10*(3), 241-250. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.10.3.241>
- Bogaert, A. F. (2012). *Understanding Asexuality*. Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Bogaert, A. F. (2013). The demography of asexuality. In A. K. Baumle (Ed.), *International Handbook on the Demography of Sexuality* (Vol. 5, pp. 275–288). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5512-3_15
- Bogaert, A. F. (2015). Asexuality: what it is and why it matters. *The Journal of Sex Research, 52*(4), 362-379. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1015713>

- Boislard, M. A., van de Bongardt, D., & Blais, M. (2016). Sexuality (and lack thereof) in adolescence and early adulthood: A review of the literature. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 6(1), 8. <https://doi.org/10.3390/bs6010008>
- Borgogna, N. C., McDermott, R. C., Aita, S. L., & Kridel, M. M. (2019). Anxiety and depression across gender and sexual minorities: Implications for transgender, gender nonconforming, pansexual, demisexual, asexual, queer, and questioning individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(1), 54-63. <https://doi.org/10.1037/sgd0000306>
- Bourgeois, I. (2021). *Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données* (7e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Brake, E. (2012). *Minimizing marriage: Marriage, morality, and the law*. Oxford University Press.
- Brotto, L. A., & Yule, M. (2017). Asexuality: Sexual orientation, paraphilia, sexual dysfunction, or none of the above? *Archives of Sexual Behavior*, 46(3), 619-627. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0802-7>
- Brotto, L. A., & Yule, M. A. (2011). Physiological and subjective sexual arousal in self-identified asexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 699-712. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9671-7>
- Brotto, L. A., Knudson, G., Inskip, J., Rhodes, K., & Erskine, Y. (2010). Asexuality: A mixed-methods approach. *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 599-618. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9434-x>
- Brown, J., & Trevethan, R. (2010). Shame, internalized homophobia, identity formation, attachment style, and the connection to relationship status in gay men. *American Journal of Men's Health*, 4(3), 267-276. <https://doi.org/10.1177/1557988309342002>
- Budden, A. (2009). The role of shame in posttraumatic stress disorder: A proposal for a socio-emotional model for DSM-V. *Social Science & Medicine*, 69(7), 1032-1039. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.032>
- Carrigan, M. (2011). There's more to life than sex? Difference and commonality within the asexual community. *Sexualities*, 14(4), 462-478. <https://doi.org/10.1177/1363460711406462>
- Chamberland, L., Richard, G., & Bernier, M. (2013). Les violences homophobes et leurs impacts sur la persévérance scolaire des adolescents au Québec. *Recherches & éducations*, 8, 99-114. <https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.1567>
- Chan, R. C. H., & Leung, J. S. Y. (2023). Experiences of minority stress and their impact on suicidality among asexual individuals. *Journal of Affective Disorders*, S0165032723000356. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.025>

- Chasin, C. D. (2015). Making sense in and of the asexual community: Navigating relationships and identities in a context of resistance: making sense of asexuality. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 25(2), 167-180. <https://doi.org/10.1002/casp.2203>
- Chauvin, S. et Lerch, A. (2021). Hétéro/homo. Dans : Juliette Rennes éd., *Encyclopédie critique du genre* (pp. 355-371). Paris: La Découverte. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3917/dec.renne.2021.01.0355>
- Chew, D., Tollit, M. A., Poulakis, Z., Zwickl, S., Cheung, A. S., & Pang, K. C. (2020). Youths with a non-binary gender identity: A review of their sociodemographic and clinical profile. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(4), 322–330. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30403-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30403-1)
- Cohen, J. M., Blasey, C., Barr Taylor, C., Weiss, B. J., & Newman, M. G. (2016). Anxiety and related disorders and concealment in sexual minority young adults. *Behavior Therapy*, 47(1), 91–101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.09.006>
- Creswell, J. W. (2015). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (Fifth edition). Pearson.
- Cuthbert, K. (2022). Asexuality and epistemic injustice: A gendered perspective. *Journal of Gender Studies*, 31(7), 840–851. <https://doi.org/10.1080/09589236.2021.1966399>
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in personal relationships*, 1(1) 37-67.
- Davis, A., & Nielsen, M. (2023). *Views of asexuality and transgender individuals: The role of religious beliefs* [Master's thesis, Georgia Southern University]. <https://digitalcommons.georgiasouthern.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3810&context=etd>
- Dawson, M., McDonnell, L., & Scott, S. (2016). Negotiating the boundaries of intimacy: The personal lives of asexual people. *The Sociological Review*, 64(2), 349–365. <https://doi.org/10.1111/1467-954X.12362>
- Decker, J. S. (2015). *The invisible orientation: An introduction to asexuality*. Skyhorse Publishing.
- DePaulo, B. M., & Morris, W. L. (2006). The unrecognized stereotyping and discrimination against singles. *Current Directions in Psychological Science*, 15(5), 251–254. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00446.x>
- Díaz, R. M., Ayala, G., & Bein, E. (2004). Sexual risk as an outcome of social oppression: Data from a probability sample of Latino gay men in three U.S. cities. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 10(3), 255-267. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.10.3.255>

- Donnelly, D., Burgess, E., Anderson, S., Davis, R., & Dillard, J. (2001). Involuntary celibacy: A. *Journal of Sex Research*, 38(2), 159–169. <https://doi.org/10.1080/00224490109552083>
- Dorais, M., Vaillancourt, A., & Mendo, M. (2014). *De la honte à la fierté: 250 jeunes de la diversité sexuelle de réyèlent*. VLB Éditeur.
- Drouin, M.-P. (2022). *Des mots pour exister. Nommer les identités, les familles et les réalités LGBT+*. Montréal : Coalition des familles LGBT+.
- Einarsen, S., Hoel, H., & Notelaers, G. (2009). Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work & Stress*, 23(1), 24-44. <https://doi.org/10.1080/02678370902815673>
- Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., & Coleman, E. (2017). Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 61(4), 521–526. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.014>
- Elder, G. H. (1998). The life course as developmental theory. *Child Development*, 69(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06128.x>
- Eribon, D. (2012). *Réflexions sur la question gay* (Nouvelle éd. revue et corrigée). Flammarion.
- Essed, P. (1991). *Understanding everyday racism: An interdisciplinary theory*. Sage Publications.
- Fahs, B. (2010). *Radical refusals: On the anarchist politics of women choosing asexuality*. *Sexualities*, 13(4), 445–461. <https://doi.org/10.1177/1363460710370650>
- Foster, A. B., & Scherrer, K. S. (2014). Asexual-identified clients in clinical settings: Implications for culturally competent practice. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 422–430. <https://doi.org/10.1037/sgd0000058>
- Fuller, M. A., Boislard, M.A., & Fernet, M. (2019). “You’re a virgin? Really!?”: A qualitative study of emerging adult female virgins’ experiences of disclosure. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 28(2). <https://doi.org/10.3138/cjhs.2019-0002>
- Gatignon, H. (2010). Confirmatory factor analysis. In: *Statistical Analysis of Management Data*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1270-1_4
- Gazzola, S. B., & Morrison, M. A. (2012). Asexuality: An emergent sexual orientation. In T. G.Morrison, M. A. Morrison, M. A. Carrigan & D. T. McDermott (Eds.), *Sexual minority research in the new millennium* (pp. 21–44). New York, NY: Nova Science.
- Gewirtz-Meydan, A., Hafford-Letchfield, T., Benyamini, Y., Phelan, A., Jackson, J., & Ayalon, L. (2018). Ageism and sexuality. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary*

Perspectives on Ageism (Vol. 19, pp. 149–162). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_10

- Ginicola, M. M., Smith, C., & Filmore, J. M. (Eds.). (2017). *Affirmative counseling with LGBTQI+ people*. American Counseling Association.
- Greaves, L. M., Barlow, F. K., Huang, Y., Stronge, S., Fraser, G., & Sibley, C. G. (2017a). Asexual identity in a new zealand national sample: Demographics, well-being, and health. *Archives of Sexual Behavior*, 46(8), 2417–2427. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0977-6>
- Greaves, L. M., Barlow, F. K., Lee, C. H. J., Matika, C. M., Wang, W., Lindsay, C.-J., Case, C. J. B., Sengupta, N. K., Huang, Y., Cowie, L. J., Stronge, S., Storey, M., De Souza, L., Manuela, S., Hammond, M. D., Milojev, P., Townrow, C. S., Muriwai, E., Satherley, N., ... Sibley, C. G. (2017b). The diversity and prevalence of sexual orientation self-labels in a new zealand national sample. *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1325–1336. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0857-5>
- Greene, D. C., & Britton, P. J. (2012). Stage of sexual minority identity formation: The impact of shame, internalized homophobia, ambivalence over emotional expression, and personal mastery. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 16(3), 188-214. <https://doi.org/10.1080/19359705.2012.671126>
- Griffin, J. A., Drescher, C. F., Eldridge, E. D., Rossi, A. L., Loew, M. M., & Stepleman, L. M. (2018). Predictors of anxiety among sexual minority individuals in the Southern US. *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(6), 723–731. <https://doi.org/10.1037/ort0000363>
- Groves, R. M. (2004). *Survey errors and survey costs*. Wiley.
- Gupta, K. (2015). Compulsory sexuality: Evaluating an emerging concept. *Journal of Women in Culture and Society*, 41(1), 131–154. <https://doi.org/10.1086/681774>
- Gupta, K. (2017). “And now I’m just different, but there’s nothing actually wrong with me”: Asexual marginalization and resistance. *Journal of Homosexuality*, 64(8), 991-1013. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1236590>
- Gupta, K. (2019). Gendering asexuality and asexualizing gender: A qualitative study exploring the intersections between gender and asexuality. *Sexualities*, 22(7-8), 1197-1216. <https://doi.org/10.1177/1363460718790890>
- Higgins, Ross. 2011. « *La régulation sociale de l’homosexualité. De la répression policière à la normalisation* », in Patrice Corriveau et Valérie Daoust (dir.), *La régulation sociale des minorités sexuelles. L’inquiétude de la différence*, Québec, Presses de l’Université du Québec, p. 67-101.

- Hoffarth, M. R., Drolet, C. E., Hodson, G., & Hafer, C. L. (2016). Development and validation of the Attitudes Towards Asexuals (ATA) scale. *Psychology & Sexuality, 7*(2), 88-100. <https://doi.org/10.1080/19419899.2015.1050446>
- Hu, L-T & Bentler, P.M. (1999) Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives, *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6*(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Jöreskog, K. G., Sörbom, D., & Magidson, J. (1979). *Advances in factor analysis and structural equation models*. Abt Books.
- Kaufman, G., & Raphael, L. (1997). *Coming out of shame: Transforming gay and lesbian lives* (First Main Street books edition). Main Street Books/Doubleday.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S.-L. T., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine, 32*(6), 959-976. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>
- Kessler, R. C., Price, R. H., & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology, 36*(1), 531-572. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.36.020185.002531>
- King, L. A., & Hicks, J. A. (2007). *Whatever happened to “what might have been”*. *American Psychologist, 62*, 625–636. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.7.625>
- Kinsey, A. C. (Ed.). (1953). *Sexual behavior in the human female*. Bloomington. Indiana University Press.
- Krieger, N., Smith, K., Naishadham, D., Hartman, C., & Barbeau, E. M. (2005). Experiences of discrimination: Validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Social Science & Medicine, 61*(7), 1576-1596. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.03.006>
- Kurowicka, A., & Przybylo, E. (2020). Polish asexualities: Catholic religiosity and asexual online activism in Poland. In R. Buyantueva & M. Shevtsova (Eds.), *LGBTQ+ Activism in Central and Eastern Europe* (pp. 289–311). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-20401-3_12
- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*(2), 83-94. [https://doi.org/0091-0627/98/0400-0083\\$15.00/0](https://doi.org/0091-0627/98/0400-0083$15.00/0)
- Lafortune, D., Canivet, C., Boislard, M., Godbout, N. (2021). Validation of a brief French version of the sexual anxiety scale. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 30*(1), 94–105. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2020-0042>

- Leroux, A., & Boislard, M.-A. (2023). Exploration of emerging adult virgins' difficulties. *Emerging Adulthood, 11*(1), 121-132. <https://doi.org/10.1177/21676968211064109>
- Lilgendahl, J. P., & McAdams, D. P. (2011). *Constructing stories of self-growth: How individual differences in patterns of autobiographical reasoning relate to well-being in midlife*. *Journal of Personality, 79*, 391–428. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00688.x>
- Liss, M., & Wilson, L. C. (2021). Mental health and general psychological processes among asexual, bisexual, and gay/lesbian college students in the United States. *Psychology & Sexuality, 1-13*. <https://doi.org/10.1080/19419899.2021.1979634>
- Little, T.D. & Rhemtulla, M. (2013). Planned missing data designs for developmental researchers. *Child Development Perspectives, 7*, 199-204. <https://doi.org/10.1111/cdep.12043>
- MacInnis, C. C., & Hodson, G. (2012). Intergroup bias toward “Group X”: Evidence of prejudice, dehumanization, avoidance, and discrimination against asexuals. *Group Processes & Intergroup Relations, 15*(6), 725-743. <https://doi.org/10.1177/1368430212442419>
- MacNeela, P., & Murphy, A. (2015). Freedom, invisibility, and community: A qualitative study of self-identification with asexuality. *Archives of Sexual Behavior, 44*(3), 799–812. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0458-0>
- Mahon, C. P., Lombard-Vance, R., Kiernan, G., Pachankis, J. E., & Gallagher, P. (2021). Social anxiety among sexual minority individuals: A systematic review. *Psychology & Sexuality, 1-45*. <https://doi.org/10.1080/19419899.2021.1936140>
- McAdams, D. P., & McLean, K. C. (2013). *Narrative Identity*. *Current Directions in Psychological Science, 22*(3), 233–238. <https://doi.org/10.1177/0963721413475622>
- McCormick, C. M., Kuo, S. I.C., & Masten, A. S. (2011). Developmental tasks across the life span. In Fingerman, K.L., Berg, C.A., Smith, J., & Antonucci, T.C. (2011). *Dans Handbook of Life-Span Development* (pp. 117–139). Springer.
- McGibbon, E. A. (Éd.). (2012). *Oppression: A social determinant of health*. Fernwood Pub.
- McInroy, L. B., Beaujolais, B., Leung, V. W. Y., Craig, S. L., Eaton, A. D., & Austin, A. (2022). Comparing asexual and non-asexual sexual minority adolescents and young adults: Stressors, suicidality and mental and behavioural health risk outcomes. *Psychology & Sexuality, 13*(2), 387–403. <https://doi.org/10.1080/19419899.2020.1806103>
- Mehta, C. M., Arnett, J. J., Palmer, C. G., & Nelson, L. J. (2020). Established adulthood: A new conception of ages 30 to 45. *American Psychologist, 75*(4), 431–444. <https://doi.org/10.1037/amp0000600>

- Mereish, E. H., & Poteat, V. P. (2015). A relational model of sexual minority mental and physical health: The negative effects of shame on relationships, loneliness, and health. *Journal of Counseling Psychology, 62*(3), 425-437. <https://doi.org/10.1037/cou0000088>
- Mereish, E. H., Peters, J. R., & Yen, S. (2019). Minority stress and relational mechanisms of suicide among sexual minorities: Subgroup differences in the associations between heterosexist victimization, shame, rejection sensitivity, and suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 49*(2), 547-560. <https://doi.org/10.1111/sltb.12458>
- Meyer I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin, 129*(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Molero, F., Silván-Ferrero, P., & Fuster-Ruiz, M. J. (2017). Subtle and blatant perceived discrimination and well-being in lesbians and gay men in Spain: The role of social support. *Psicothema, 29*(4), 475-481. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.296>
- Mollet, A. L. et Lackman, B. (2022). Allonormativity and compulsory sexuality. Dans K. K. Strunk et S. A. Shelton (dir.), *Encyclopedia of Queer Studies in Education* (p. 26-30). https://doi.org/10.1163/9789004506725_006
- Mollet, A. L., & Lackman, B. R. (2018). Asexual borderlands: Asexual collegians' reflections on inclusion under the LGBTQ umbrella. *Journal of College Student Development, 59*(5), 623–628. <https://doi.org/10.1353/csd.2018.0058>
- Morozov, M., & Boislard, M.-A. (2022). Is bullying by peers in youth related to sexual depression in adulthood? A mediation model of shame, social anxiety, and body satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 31*(2), 217–230. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2022-0022>
- Nelson, L. J. (2021). The theory of emerging adulthood 20 years later: A look at where it has taken us, what we know now, and where we need to go. *Emerging Adulthood, 9*(3), 179–188. <https://doi.org/10.1177/2167696820950884>
- Neugarten, B. L. (1996). *The meanings of age: Selected papers of Bernice L. Neugarten* (D. A. Neugarten, Éd.). University of Chicago Press.
- Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W., & Mustanski, B. (2020). High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults. *Archives of Sexual Behavior, 49*(2), 645–659. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01533-9>
- Pachankis, J. E., & Goldfried, M. R. (2006). Social anxiety in young gay men. *Journal of Anxiety Disorders, 20*(8), 996–1015. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.01.001>
- Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., Gupta, A., Kelaher, M., & Gee, G. (2015). Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE, 10*(9), e0138511. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>

- Prause, N., & Graham, C. A. (2007). Asexuality: Classification and characterization. *Archives of Sexual Behavior*, 36(3), 341-356. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9142-3>
- Priest, N., Doery, K., Truong, M., Guo, S., Perry, R., Trenerry, B., Karlsen, S., Kelly, Y., & Paradies, Y. (2021). Updated systematic review and meta-analysis of studies examining the relationship between reported racism and health and well-being for children and youth: A protocol. *BMJ Open*, 11(6), e043722. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043722>
- Przybylo E (2014) Masculine doubt and sexual wonder. In: Cerankowski KJ and Milks M (eds) *Asexualities: Feminist and Queer Perspectives*. London: Routledge, pp. 225–246.
- Przybylo, E. (2011). Crisis and safety: The asexual in sexusociety. *Sexualities*, 14(4), 444-461. <https://doi.org/10.1177/1363460711406461>
- Puckett, J. A., Horne, S. G., Surace, F., Carter, A., Noffsinger-Frazier, N., Shulman, J., Detrie, P., Ervin, A., & Mosher, C. (2017). Predictors of sexual minority youth's reported suicide attempts and mental health. *Journal of Homosexuality*, 64(6), 697-715. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1196999>
- R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL: <https://www.R-project.org/>.
- Raghunathan, T. E., & Grizzle, J. E. (1995). A split questionnaire Survey design. *Journal of the American Statistical Association*, 90(429), 54-63. <https://doi.org/10.1080/01621459.1995.10476488>
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741-756. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00022-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00022-3)
- Rimes, K. A., Goodship, N., Ussher, G., Baker, D., & West, E. (2019). Non-binary and binary transgender youth: Comparison of mental health, self-harm, suicidality, substance use and victimization experiences. *International Journal of Transgenderism*, 20(2–3), 230–240. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1370627>
- Robbins, N. K., Low, K. G., & Query, A. N. (2016). A qualitative exploration of the “coming out” process for asexual individuals. *Archives of Sexual Behavior*, 45(3), 751–760. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0561-x>
- Rosseel Y (2012). “lavaan: An R package for structural equation modeling.” *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1–36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>.
- Rothblum, E. D., & Brehony, K. A. (Eds.). (1993). *Boston marriages: Romantic but asexual relationships among contemporary lesbians*. University of Massachusetts Press.

- Rothblum, E. D., Krueger, E. A., Kittle, K. R., & Meyer, I. H. (2020). Asexual and non-asexual respondents from a U.S. population-based study of sexual minorities. *Archives of Sexual Behavior, 49*(2), 757–767. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01485-0>
- Russell, S. T., & Fish, J. N. (2016). Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) Youth. *Annual Review of Clinical Psychology, 12*(1), 465–487. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153>
- Scandurra, C., Amodeo, A. L., Valerio, P., Bochicchio, V., & Frost, D. M. (2017). Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. *Journal of Social Issues, 73*(3), 563-585. <https://doi.org/10.1111/josi.12232>
- Scherrer, K. S. (2008). Coming to an asexual identity: Negotiating identity, negotiating desire. *Sexualities, 11*(5), 621-641. <https://doi.org/10.1177/1363460708094269>
- Schmidt, M. E., Pellicciotti, H., & Long, R. M. (2023). An exploration of friendship and well-being in established adulthood and midlife. *Journal of Adult Development, 30*(1), 53-63. <https://doi.org/10.1007/s10804-022-09421-8>
- Schwarzer, R., & Schulz, U. (2013). Berlin Social Support Scales (BSSS). *Measurement instrument database for the social science*. Retrieved from http://www.midss.org/sites/default/files/berlin_social_support_scales_english_items_by_scale.pdf.
- 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>
- Simon, K. A., Hawthorne, H. M., Clark, A. N., Renley, B. M., Farr, R. H., Eaton, L. A., & Watson, R. J. (2022). Contextualizing the well-being of asexual youth: Evidence of differences in family, health, and school outcomes. *Journal of Youth and Adolescence, 51*(1), 128–140. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01500-5>
- Skorska, M. N., Yule, M. A., Bogaert, A. F., & Brotto, L. A. (2023). Patterns of genital and subjective sexual arousal in cisgender asexual men. *The Journal of Sex Research, 60*(2), 253–270. <https://doi.org/10.1080/00224499.2022.2071411>
- Su, Y., & Zheng, L. (2022). Sexual orientation and gender differences in sexual minority identity in China: Extension to asexuality. *Current Psychology, 41*(12), 8678–8691. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01354-x>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2012). *Using multivariate statistics* (6th Ed.). Pearson Education.
- Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L., & Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(6), 1256–1269. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.6.1256>

- Théberge, D., Gamache, D., Andrews, B., & Savard, C. (2021). French adaptation of the Experience of Shame Scale: Validation in a French-Canadian sample. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*. <https://doi.org/10.1037/cbs0000272>
- Timmins, L., Rimes, K. A., & Rahman, Q. (2021). Is being queer gay? Sexual attraction patterns, minority stressors, and psychological distress in non-traditional categories of sexual orientation. *The Journal of Sex Research*, 58(5), 599-611. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1849527>
- Trujillo, M. A., Perrin, P. B., Sutter, M., Tabaac, A., & Benotsch, E. G. (2017). The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 39-52. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1247405>
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-680.
- Van Houdenhove, E., Gijs, L., T'Sjoen, G., & Enzlin, P. (2014). Asexuality: Few facts, many questions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(3), 175-192. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.751073>
- Vares, T. (2021). Asexuals negotiate the 'onslaught of the heteronormative.' *Sexualities*, 136346072199338. <https://doi.org/10.1177/1363460721993389>
- Vu, K., Riggs, D. W., & Due, C. (2022). Exploring anti-asexual bias in a sample of Australian undergraduate psychology students. *Psychology & Sexuality*, 13(4), 984-995. <https://doi.org/10.1080/19419899.2021.1956574>
- Wadsworth, L. P., & Hayes-Skelton, S. A. (2015). Differences among lesbian, gay, bisexual, and heterosexual individuals and those who reported an other identity on an open-ended response on levels of social anxiety. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(2), 181-187. <https://doi.org/10.1037/sgd0000092>
- Wells, G. B., & Hansen, N. D. (2003). Lesbian shame: Its relationship to identity integration and attachment. *Journal of Homosexuality*, 45(1), 93-110. https://doi.org/10.1300/J082v45n01_05
- Williams, D. R., Yan Yu, Jackson, J. S., & Anderson, N. B. (1997). Racial differences in physical and mental health: Socio-economic status, stress and discrimination. *Journal Of Health Psychology*, 2(3), 335-351. <https://doi.org/10.1177/135910539700200305>
- Williams, T., Connolly, J., Pepler, D., & Craig, W. (2005). Peer victimization, social support, and psychosocial adjustment of sexual minority adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 471-482. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1007/s10964-005-7264-x>

- Woodford, M. R., Han, Y., Craig, S., Lim, C., & Matney, M. M. (2014). Discrimination and mental health among sexual minority college students: The type and form of discrimination does matter. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 18*(2), 142-163. <https://doi.org/10.1080/19359705.2013.833882>
- Yule, M. A., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2013). Mental health and interpersonal functioning in self-identified asexual men and women. *Psychology and Sexuality, 4*(2), 136-151. <https://doi.org/10.1080/19419899.2013.774162>
- Yule, M. A., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2014). Sexual fantasy and masturbation among asexual individuals. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 23*(2), 89-95. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2409>
- Zheng, L., & Su, Y. (2022). Sexual minority identity and mental health among individuals on the asexuality spectrum in China: A longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior, 51*(7), 3627–3636. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02395-4>