



HAL
open science

Analyse qualitative des concepts autour de l'asexualité auprès de médecins généralistes des Alpes-Maritimes

Hélène Giralt

► **To cite this version:**

Hélène Giralt. Analyse qualitative des concepts autour de l'asexualité auprès de médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02507684

HAL Id: dumas-02507684

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02507684v1>

Submitted on 13 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Nice Sophia Antipolis

Faculté de médecine de Nice

Année 2018

Thèse d'exercice de médecine présentée en vue de l'obtention du Doctorat en Médecine

**Analyse qualitative des concepts autour de l'asexualité auprès de
médecins généralistes des Alpes Maritimes.**

Présentée et soutenue le 29 octobre 2018 à Nice

Par GIRALT Hélène

Née le 17 juillet 1986

Directeurs de thèse :

Dr Khaled YOUSSEF

Dr Nicolas HOGU

Président du Jury :

Pr Michel BENOIT

Assesseurs :

Pr Daniel CHEVALLIER

Pr Gilles GARDON

Dr Marc DUMOULIN

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie Pr. ALUNNI Véronique
Recherche Pr DELLAMONICA jean
Etudiants M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus Pr. PAQUIS Philippe
Conservateur de la bibliothèque Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M. FENICHEL Patrick (54.05)	Biologie du Développement et de la Reproduction
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M. LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme Chirurgie	Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)

M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. LEVRAUT Jacques (48.01)	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et
Mme RAYNAUD	Dominique Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M. TROJANI Christophe (50.02)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)

M. BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M. BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M. CHEVALIER Nicolas (54.04)	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M. DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M. GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M. ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis (54.04)	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AMBROSETTI	Damien Cytologie et Histologie (42.02)
M. BENOLIEL	José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER	Ghislaine Immunologie (47.03)
M. BRONSARD Nicolas (42.01)	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme BUREL-VANDENBOS	Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M. MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M. SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)

Mme SEITZ-POLSKI barbara Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention
(46.01)
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. H O FLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. D A RMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HARTER Michel
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DARCOURT Guy	M. MOUIEL Jean

M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
Mme EULLER-ZIEGLER Liana
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GASTAUD Pierre

Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel

M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Remerciements

Merci à mes deux directeurs de thèse pour leur aide et pour leur soutien.

Merci aux membres du jury pour leur présence et pour leur attention.

Merci aux médecins généralistes ayant participé à cette étude, merci à certains d'entre eux pour leur aide infiniment précieuse et riche.

Merci à mes maîtres de stages, à mes collègues et à mes professeurs qui m'ont appris tant de choses tout au long de mon internat.

Merci à mes professeurs du DIU de sexologie pour cette formation passionnante, merci de leur aide et de leur soutien.

Merci à mes collègues et à toute l'équipe du service des Urgences de Menton de m'avoir accueillie et aidée à prendre chaque jour un peu plus confiance en moi.

Je dédie cette thèse à mon papa sans qui rien de mon parcours professionnel n'aurait été possible.

Merci à ma famille et à mes amis je vous aime de tout mon cœur, vous êtes les trésors de ma vie.

Merci à l'homme merveilleux qui partage ma vie.

Merci à ceux qui nous ont quittés mais restent présents à travers nos pensées.

Table des matières

Introduction	1
Matériel et méthode	4
Objectifs de l'étude :	4
Méthodologie :	4
Déroulement des entretiens :	4
Guide d'entretien :	5
Saturation des données :	7
Analyse des données	7
Résultats	8
I. Connaissances à propos d'asexualité :	8
II. Expériences professionnelles en rapport avec l'asexualité :	8
III. Expériences dans d'autres domaines en rapport avec l'asexualité :	9
IV. Élaboration du concept d'asexualité :	9
V. Hypothèses et questionnements autour de l'asexualité :	12
VI. Hypothèses et questionnement à propos du fonctionnement sexuel :	18
VII. Notion autour de la recherche d'une causalité :	20
VIII. Réactions associées au concept d'asexualité :	27
IX. Hypothèses de difficultés en lien avec l'asexualité :	29
X. Hypothèses et questionnements sur les difficultés du patient asexuel à consulter :	36
XI. Hypothèses et questionnements sur les difficultés du médecin :	40
XII. Hypothèses et questionnement concernant les attentes du patient asexuel :	44
XIII. Hypothèses et propositions sur la prise en charge d'un patient asexuel :	48
XIV. Lien de l'asexualité avec la médecine générale :	55
Discussion	59
A. Discussion de la validité des résultats : forces et faiblesses de la méthode	59
B. Discussion des résultats	61
Conclusion	66
Résumé	68
Références	69
Le serment d'Hippocrate	72

Introduction

L'asexualité est un sujet peu connu dans notre société et peu abordé dans le domaine médical. Pourtant l'asexualité représenterait entre 1 et 3.5% de la population [1] [2].

Même s'il n'existe pas de définition totalement consensuelle de l'asexualité c'est autour de la définition d'AVEN que s'accordent la plupart des asexuels et des chercheurs. L'asexualité y est définie comme le fait de ne pas ressentir d'attraction sexuelle pour autrui et est considérée comme une orientation sexuelle. Elle se distingue des troubles du désir (DSM-5) [14] et de l'aversion sexuelle (DSM-4) [15] ainsi que de l'abstinence sexuelle

Depuis les 1990 et 2000, grâce à l'émergence d'Internet un rassemblement et un espace de communication est possible pour les personnes asexuelles. [3-13]

En 2001 un forum web, appelé AVEN (Asexual Visibility and Education Network) voit le jour. En 2006 sa version francophone AVEN-FR [50] est créée. [7]

En 2010, création du drapeau asexuel.

Il comprend 4 couleurs symboliques : le noir pour l'asexualité, le gris pour la sexualité grise (Grey-A) et la demi sexualité, le blanc pour la sexualité et le violet représentant la communauté.



Ces dernières années l'asexualité devient de plus en plus visible dans les médias, compris les médias médicaux. [16]

L'asexualité fait partie du domaine médical dans l'optique d'une prise en charge globale du patient vers sa santé, et donc sa santé sexuelle, dans une approche positive de développement du bien être global et non pas seulement dans objectif d'une absence de pathologie, et ce, dans le domaine de la sexualité, de l'identité de genre, ou dans des questionnements d'orientation sexuelle.

Rappelons la définition de l'OMS de la santé est : « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » et celle de la santé sexuelle est : « *La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute*

coercition, discrimination ou violence. »

C'est en ce sens que l'abord de l'asexualité peut être envisagée en médecine générale.

Cependant peu d'études ont été réalisées sur le sujet, et parmi elles très peu sur une population francophone. [1-2] [17-39]

En 2018 nous avons réalisé un premier travail de recherche sur une population francophone s'identifiant comme asexuelle ayant, pour objectif de fournir une base d'informations sur l'asexualité afin de mieux l'appréhender dans notre pratique. [40]

Parmi les résultats l'étude retrouvait des attentes mitigées par rapport au professionnel de santé révélant également une forte insatisfaction :

- 72,3% des participants n'avaient jamais abordé le sujet avec asexualité
- Parmi ceux qui l'ont fait 67,7% n'étaient pas satisfaits de l'échange
- Environ 1/3 souhaiteraient pouvoir en parler avec un professionnel de santé, 1/3 ne savaient pas et 1/3 ne le souhaitais pas.

Parmi les hypothèses pouvant expliquer ces résultats on peut évoquer le fait que la sexualité n'est peut-être pas encore considérée comme faisant partie de la santé, alors comment parler d'asexualité ? Le médecin n'est peut-être pas identifié comme étant le bon interlocuteur pour parler d'asexualité.

On peut évoquer aussi le fait que l'asexualité n'étant pas considérée comme pathologique elle ne nécessite pas une consultation médicale, pourtant les difficultés identitaires, environnementales, sociales et relationnelles, en lien avec celles-ci ont été mise en évidence [40] et nécessiteraient peut-être un accompagnement par un professionnel de la santé.

Nous avons conclu qu'il serait intéressant d'étudier le point de vue du professionnel de la santé sur son rôle concernant l'abord de ce sujet avec les patients.

Les médecins généralistes, qui sont des interlocuteurs privilégiés pour leurs patients sont-ils préparés à parler d'asexualité ? Quelles sont leurs représentations à propos de l'asexualité ? Comment envisagent-ils le lien entre asexualité et médecine générale ? Quelles sont leurs idées concernant l'accompagnement des patients asexuels ?

Nous nous intéresserons donc dans ce travail aux représentations à propos de l'asexualité chez les médecins généralistes.

Matériel et méthode

Objectifs de l'étude :

L'objectif de l'étude était d'analyser les représentations des médecin généralistes autour du concept d'asexualité.

Méthodologie :

La méthode qualitative par entretien individuel semi-dirigé a été choisie en raison de sa cohérence avec la question posée, s'agissant de faire émerger des concepts.

Nous avons réalisé les entretiens individuels semi-dirigés auprès de 13 médecins généralistes de la région PACA du 15 juillet 2018 au 3 septembre 2018.

Le recrutement a été fait au départ par téléphone. Puis nous demandions aux médecins déjà interrogés s'ils connaissaient d'autres médecins pouvant répondre à l'étude. Ils étaient ainsi plus faciles d'obtenir des entretiens. Enfin, 3 médecins étaient déjà connus avant de commencer l'étude mais jamais le sujet de l'asexualité n'avait été abordé.

Le sujet de l'asexualité n'était pas donné aux médecins jusqu'au début de l'enregistrement afin d'éviter, d'une part que les médecins se renseignent avant l'entretien, et de sélectionner d'autre part, par des refus à l'annonce du sujet, un panel de médecin plus à l'aise avec le celui-ci.

Lorsque le contact d'un médecin avait été donné par un confrère, celui-là avait pour consigne de ne pas divulguer le sujet.

Déroulement des entretiens :

La durée des entretiens a varié de 18 à 49 minutes avec une moyenne de 34,3 minutes.

Avant le début de l'entretien il était précisé au médecin qu'il ne s'agissait pas d'un recueil de connaissances ni d'une évaluation des pratiques mais d'une discussion à la recherche d'émergence de concepts. Il leur était dit que toute idée qui leur venait pouvait être exprimée, que la notion de vrai ou faux n'était pas l'objectif de l'étude.

Puis un formulaire de consentement était signé par le médecin.

Le déroulement des entretiens était très flexible et les médecins ont naturellement abordés, dans différents ordres, et avec des aller retours possibles, les thèmes recherchés, sans nécessairement avoir à poser beaucoup de question.

Lorsque tous les thèmes avaient été abordés, une définition simple de l'asexualité leur était donnée, suivi du recueil des réactions ou des questionnements. La définition donnée était : « La définition de l'asexualité, donnée par les sites officiels de la communauté asexuelle est celle d'une orientation sexuelle, définie par le fait de n'avoir aucune attirance sexuelle »

À la fin de l'entretien une dernière question était posée invitant à exprimer toute remarque ou questionnement.

L'entretien s'achevait lorsque tous les thèmes choisis avaient été abordés, et que le médecin n'exprimait plus d'idées nouvelles.

Aucun entretien n'a été interrompu et une plage de temps suffisance était prévue par les médecins.

Les entretiens ont eu lieu au cabinet des médecins ou à leur domicile.

Guide d'entretien :

L'entretien commençait plus ou moins toujours de la même manière avec la présentation du thème de l'asexualité et une question d'élaboration du concept d'asexualité du type :

« Qu'est- ce que pourrait-être l'asexualité ? » ou « Pour, vous qu'est-ce que l'asexualité ? »

Puis au cours de l'entretien lorsqu'ils n'étaient pas abordés naturellement les sujets suivants étaient présentés dans un ordre variable :

Connaissances à propos d'asexualité avec une question du type :

« Que savez-vous à propos de l'asexualité ? »

Expériences professionnelles en rapport avec l'asexualité avec une question du type :

« Quelles expériences professionnelles avez-vous eu à propos d'asexualité ? »

Expériences dans d'autres domaines en rapport avec l'asexualité avec une question du type :

« Quelles expériences dans d'autres domaines que le domaine professionnel avez-vous eu à propos d'asexualité ? »

Hypothèses de difficultés de vies en lien avec l'asexualité avec une question du type :

« Que pourriez-vous imaginer des difficultés de vie en lien avec l'asexualité ? »

Hypothèses et questionnements sur les difficultés du patient asexuel à consulter avec une question du type :

« Que pourriez-vous imaginer comme difficultés pour un patient à venir consulter à propos d'asexualité ? »

Hypothèses et questionnements sur les difficultés du médecin avec une question du type :

« Que pourriez-vous imaginer comme difficultés pour un médecin lors d'une consultation à propos d'asexualité ? »

Hypothèses et questionnement concernant les attentes du patient asexuel avec une question du type :

« Que pourriez-vous imaginer des attentes d'un patient qui consulte à propos d'asexualité ? »

Hypothèses et propositions sur la prise en charge d'un patient asexuel avec une question du type :

« Qu'auriez-vous envie de proposer à un patient qui consulte à propos d'asexualité ? »

Liens de l'asexualité avec la médecine générale avec une question du type :

« A votre avis par quels aspects l'asexualité concerne la médecine générale, si elle concerne la médecine générale ? »

Saturation des données :

La saturation des données concernant les représentations des médecins à propos de l'asexualité a été obtenue au 11^{ème} entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés et n'ont rapporté aucun concept supplémentaire à propos de l'asexualité elle-même mais une hypothèse de difficulté de vie supplémentaire à propos de l'asexualité, identique à l'entretien 12 et 13. La saturation des données a donc été obtenue à l'entretien 12.

Analyse des données

Un entretien pilote a été réalisé pour s'assurer de la compréhension des questions. Devant la richesse des données qu'il contenait cet entretien a été inclus dans l'analyse.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de l'application d'enregistrement audio présent sur le téléphone portable.

Le contenu des entretiens a été retranscrit à l'écrit à l'aide du logiciel Open Office.

L'analyse a été réalisée à partir du Logiciel Open Office.

Une analyse indépendante de chaque entretien a été réalisé, avec un codage axial des verbatims. Certains verbatims dus être classés dans plusieurs catégories. Les catégories ont ensuite été classées en thèmes plus généraux.

Puis une analyse horizontale a été réalisée mettant en relation l'ensemble des entretiens.

Résultats

A. Résultats quantitatifs

Formation :

Les médecins interrogés avaient tous suivis une formation de médecin généraliste.

Sexe :

Il y avait 6 hommes et 7 femmes.

Age :

Ils étaient âgés de 29 à 67 ans avec une moyenne d'âge de 39 ans.

Type d'exercice :

9 exerçaient dans leur cabinet et 4 effectuaient des remplacements.

Lieu d'exercice :

Ils exerçaient depuis 1 à 39 ans avec une moyenne d'années d'exercices de 10 ans.

Ancienneté d'exercice :

2 exerçaient sur Menton, 3 à Saint Laurent du Var et 8 à Nice.

B. Résultats qualitatifs : Analyse

I. Connaissances à propos d'asexualité :

La plupart des médecins n'avait aucunes connaissances théoriques à propos d'asexualité.

E 1 : « Pour moi... ben pour moi la définition de l'asexualité c'est... j'en sais rien ! [...] je n'ai pas de connaissances là-dessus »

E 11 : « asexualité, je sais pas, je sais pas [...] Je ne connais pas, je suis désolé je ne sais pas ce que c'est. »

Un médecin connaissait la définition de l'asexualité.

II. Expériences professionnelles en rapport avec l'asexualité :

Aucun des médecins n'avait eu d'expérience professionnelle en rapport avec l'asexualité.

E 6 : « je travaille là depuis 30 ans j'en ai jamais vu !! »

III. Expériences dans d'autres domaines en rapport avec l'asexualité :

2 médecins avaient entendu parler d'asexualité en dehors du cadre professionnel :

E 8 : « dans ma vie personnelle on va dire, sociale, j'ai déjà rencontré un couple d'asexuels [...] un couple banal mais sans forme traditionnelle de sexualité [...] ils étaient très heureux »

E9 : « oui [...] Dans un autre domaine en dehors de professionnel »

IV. Élaboration du concept d'asexualité :

Difficulté d'élaboration :

Pour de nombreux médecins on a pu constater une difficulté d'élaboration du concept.

E 2 « asexualité c'est très vague en fait. [...] J'arrive pas à comprendre ce que tu entends par asexualité »

E 5 « asexualité franchement je suis perdue là je sais pas trop où est-ce qu'on veut m'emmener »

E 8 « bon, c'est flou pour moi c'est très flou !! »

Utilisation du terme asexué à la place du terme asexuel :

E 2 : « c'est tout ce qui est asexué ? »

E8 : « se définir comme asexué [...] je pense que pour chaque asexué ça va être différent »

Absence de pratique sexuelle :

Pour de nombreux médecins l'asexualité correspondrait à l'absence de pratique sexuelle.

E 5 : « Peut-être l'absence de toute, de toute activité sexuelle [...] l'absence totale de rapports [...] l'absence de relations totales physiques... »

E 7 : « l'asexualité c'est quand on a pas de sexualité [...] pas d'activité sexuelle quelle qu'elle soit »

Absence de pratique sexuelle au sein d'une relation :

E 4 : « l'absence totale de de sexe dans un couple... ou même dans une relation »

E 6 : « un type de relation homme-femme sans aucune sexualité »

Absence de désir sexuel / de libido :

Pour de nombreux médecins l'asexualité correspondrait à l'absence de désir sexuel, de libido.

E 3 : « le patient asexuel, c'est le patient qui n'a pas de désir, qui n'a pas de libido... »

E 4 : « pour moi l'asexualité, c'est vraiment il y a [...] ni désir ni envie »

E 13 : « ne pas avoir de désir sexuel de libido »

Manque d'intérêt pour la sexualité :

E 1 « qu'ils puissent ne pas être intéressés par la sexualité »

E 4 « le sexe ne les intéresse pas »

Ne pas se sentir concerné par la sexualité :

E 3 « l'asexualité, c'est celui qui n'est pas... pour lequel il n'est pas nécessaire d'évoquer le terme de sexualité. Il n'est pas concerné, non, voilà il n'est pas concerné par la sexualité. »

Déni/refus de sa sexualité :

E 10 : « c'est un patient qui nie sa sexualité, ou qui la refuse. »

Ne pas aimer la sexualité :

E 12 « ça pourrait être... ne pas aimer le sexe »

E 7 : « quelqu'un qui a eu quelques rapports, et n'aime vraiment pas ça... voilà... »

Absence d'attirance sexuelle :

E 9 : « un manque d'attirance physique un manque d'attirance sexuelle [...] c'est pas un manque de libido c'est un manque d'attirance »

Notion d'identité de genre/ d'identité sexuelle :

E 2 : « c'est ceux qui sont... troubles de l'identité sexuelle... qui sont dans un corps de, par exemple femme, et qui se considèrent comme un homme »

E 5 : « on part sur l'identité sexuelle... vraiment homme-femme [...] ça peut me faire évoquer ça le trouble de l'identité sexuelle »

Notions autour des organes génitaux :

Absence d'organes génitaux :

E 2 : « moi je te dis, quelqu'un vient me voir en disant je suis asexuel, [...] première chose je vais l'imaginer sans organes génitaux !!! »

E 5 : « l'absence physique d'un organe génital externe »

Ambiguïté sexuelle :

E 5 : « moi je partirai plus sur les ambiguïtés sexuelles »

E 2 : « tu as bien le côté asexué, ou tu sais les j'allais dire... les hermaphrodites... »

Notion d'hermaphrodisme chez les animaux :

E 6 : « je pensais aux animaux hermaphrodites »

Refus de susciter le désir :

E 10 « il peut refuser [...] de pouvoir susciter du désir de l'envie [...] ne pas vouloir susciter du plaisir du désir »

Absence d'envie de relations sentimentales :

E 5 « c'est [...] je suis seul j'ai pas envie d'être accompagné »

Notion d'asexualité vestimentaire :

E6 : « vestimentaire [...] il y a des femmes qui s'habille en femme et d'autres moins quoi un homme ne porte pas une robe une femme peut porter un pantalon [...] ça pourrait être un habillement la chemise et le pantalon asexuel »

E 10 « il peut par exemple porter des pulls amples, pour cacher les formes, [...] masquer son corps, ne pas se maquiller, avoir une coiffure difforme, être moche ».

Fait de ne pas évoquer la sexualité pendant la consultation :

E 3 « les consultations se passe en asexualité complète, c'est-à-dire qu'on évoque pas le problème sexuel [...] moi, je suis, en général je consulte en asexualité, la plupart du temps,

ça veut dire que je n'évoque pas le problème de sexualité et que les gens ne l'évoquent pas »

L'asexualité comme qualificatif d'un domaine médical :

E 3 : « le concept de l'asexualité [...] c'est le fait de développer des affections qui n'ont aucun rapport avec le problème sexuel »

L'asexualité comme qualificatif d'une attitude médicale neutre :

Par rapport au sexe du patient :

E7 : « asexualité pour moi c'est le fait que... il y ait pas de distinction entre l'homme et la femme[...] je communique [...] de la même façon avec une femme ou avec un homme [...] je dois être neutre »

Par rapport à la sexualité du patient :

E 11 : « ne pas être influencé par la sexualité du patient [...] ne pas prendre en compte les orientations sexuelles je pense pour juger à l'avance »

L'asexualité comme qualificatif d'une attitude neutre du patient par rapport au sexe du médecin :

E 7 : « du côté du patient... ben que lui il voit pas de distinction entre un médecin homme et un médecin femme »

L'asexualité comme qualificatif d'une pratique médicale neutre par rapport au sexe du patient :

E7 : « l'examen et l'interrogatoire est le même, l'examen clinique et le même aussi, si j'ai un homme ou une femme

V. Hypothèses et questionnements autour de l'asexualité :

Abord scientifique :

E 5 : « est-ce qu'il y a eu des études ? »

E 6 : « est-ce qu'on a assez de données ? [...] s'il y a une littérature là-dessus... »

E13 : « s'il y a des statistiques de ça »

Fréquence :

Questionnements autour de la fréquence

E5 : « est-ce que ça représente beaucoup de monde ? »

E 6 : « on a des données statistiques sur le nombre d'asexuel en France ? »

Affirmation du caractère fréquent

E 3 : « c'est un sujet important et comment dirais-je qui est... qui... qui est fréquent... oui, qui est très fréquent et certainement énormément sous-estimé »

Affirmation du caractère peu fréquent

E 3 : « ça correspond à une minorité extrêmement faible de gens »

E 4 : « c'est vrai que c'est pas pas fréquent, enfin, je crois pas »

La notion du physiologique versus pathologique ?

Questionnements sur le caractère pathologique :

E 4 : « alors est-ce que c'est une pathologie ou pas, je ne sais pas »

E 1 : « est-ce que ça se guérit ? est-ce que c'est une maladie ? »

Affirmation du caractère pathologique :

E 11 : « je pourrais qualifier ça d'une maladie d'une pathologie »

Affirmation du caractère non pathologique :

E 6 : « c'est pas une maladie l'asexualité »

E 9 : « c'est pas pathologique, c'est pas un problème médical l'asexualité »

Questionnement sur l'asexualité comme un trouble :

E 6 : « est-ce que c'est un trouble ? »

E 7 : « je ne sais pas si c'est un vraiment un trouble en fait »

Affirmation de l'asexualité comme un trouble :

E 3 : « on peut mettre l'asexualité dans les troubles sexuels »

E 4 : « alors je dirais que la sexualité fait partie des troubles sexuels »

Affirmation de l'asexualité comme n'étant pas un trouble :

E6 : « du moment qu'ils le vivent bien, ce n'est pas un trouble »

Notion du caractère primaire ou secondaire de l'asexualité ?

E3 : « asexualité primaire ou secondaire »

E4 : « est-ce que c'est primaire ou secondaire ? »

Notion du caractère temporaire ou permanent de l'asexualité ?

E4 « je ne sais pas si c'est un caractère temporaire ou définitif »

E 6 : « est-ce que c'est un état permanent et définitif ? »

Notion du diagnostic différentiel avec les troubles du désir :

E 9 : « je crois que c'est le DSM qui disait que, on estimait que, y avait un problème de baisse de libido [...] quand la personne ne se disait pas asexuelle. Qu'on considérait que c'était pathologique quand la personne se disait pas à sexuelle, mais que ça devenait non pathologique si la personne n'est pas dérangée »

La notion du normal versus anormal ?

Questionnement sur la normalité de l'asexualité :

E 5 : « mais est-ce que c'est normal ? »

Affirmation du caractère normal de l'asexualité :

E 8 : « on peut être asexué c'est pas une anormalité !!! »

Affirmation du caractère anormal de l'asexualité :

E 3 : « ben, c'est un comportement anormal... »

E 4 : « l'asexualité c'est une déviance quand même !!! »

Notion de comportement naturel versus anti naturel :

E 3 : « ils ont un comportement contraint, comment dirais-je, face à la nature »

Notions autour du choix :

Questionnements autour du choix :

E1 : « mais est-ce que ça peut être aussi... volontaire ? Comme on a décidé de plus manger de petits pois ? [...] savoir si c'était quelque chose de volontaire »

Affirmation de la notion de choix :

E4 : « l'asexualité c'est c'est un choix »

Affirmation de l'absence de choix :

E7 : « parce que c'est surtout pas un choix !!! »

Questionnements autour de la souffrance associée :

E 4 : « la question c'est savoir s'il est en souffrance ou pas [...] est-ce que ces gens sont en souffrance ou pas ? où est-ce que... c'est juste... ils ont juste envie qu'on les laisse tranquilles ?

E 7 : « est-ce qu'il y a un mal-être ? »

E 13 : « je me poserai la question est-ce qu'il est heureux dans son asexualité ? »

Questionnement autour des problèmes associés :

E 6 : « et puis quels problèmes il rencontre ? »

Notions de comorbidité ?

E 5 : « est-ce que c'est des gens qui ont d'autres de pathologies ? »

Notion de comorbidité psychiatrique/ psychologiques ?

E 5 : « c'est des gens qui ont des problèmes psychologiques ou pas ? »

Notion autour du sexe patient :

Asexualité mieux acceptée chez les femmes

E 2 : « on revient sur les normes sociales une femme qui n'a pas envie c'est normal, un homme qui n'a pas envie c'est la fin du monde !! »

E 7 : « ben l'homme, je pense que la pression de la société et peut-être plus importante »

Asexualité plus fréquente chez les femmes

E 4 : « en général c'est plus les dames[...] je crois pas avoir eu des hommes qui m'avait parlé d'asexualité »

Notion autour de l'âge, plus fréquent avec l'âge :

E 3 : « l'asexualité complète chez un jeune c'est pas c'est pas très fréquent »

E 4 : « en général [...] après un certain âge »

Notion de l'existence de relations sentimentales :

E 1 : « je pense qu'on peut vivre, peut-être dans une asexualité, en ayant une vie en commun, ça n'empêche pas je pense »

E 6 : « j'imagine qu'ils ont quand même une attirance autre : affective, relationnelle »

Notion des difficultés et envies autour de la parentalité :

E 5 : « est-ce qu'on a envie de faire des enfants d'ailleurs ? [...] et là et comment comment ça se passe ? [...] je pense qu'on a pas encore légiférer là-dessus hein, sur la procréation, l'adoption »

E 8 : « comment il se projette ? enfants pas enfant ? adoption pas adoption ? [...] pas de sexe donc pas d'enfant donc ça c'est scientifique quoi !!! »

Notion autour de l'asexualité comme un mode de vie :

E 1 : « si c'était vraiment un comment dire... un mode de vie, une sorte de pratique, comme tu manges pas de la viande »

E 7 : « c'est un mode de vie comme ça voilà »

Notion de l'asexualité comme un phénomène de mode :

E 6 : « est-ce que c'est une lubie à la mode actuelle ? »

Notion de l'affichage social :

E 6 : « comment, comment ils le vivent à titre social ? Est-ce que c'est difficile à vivre ? est-ce que ça s'affiche ? »

Notion autour de la représentation de l'asexualité dans le paysage culturel :

E 6 : « j'ai jamais vu de personnages asexuels, enfin définis comme tel, dans le cinéma ou dans la littérature tout ça... »

Notions autour du mot orientation sexuelle :

Difficulté de conceptualisation :

E 2 : « pour moi une orientation sexuelle c'est quand tu es attirée par quelque chose [...] j'arrive pas à concevoir que tu puisses être orienté vers rien »

E 8 : « orientation sexuelle, alors qu'ils disent ne pas avoir d'attirance sexuelle, donc c'est vrai que c'est ambigu c'est un peu paradoxal »

Affirmation de l'asexualité en tant qu'orientation sexuelle :

E6 : « oui je suis d'accord tout à fait ça me paraît évident qu'on ne se pose même pas la question c'est une orientation sexuelle !!![...] une orientation c'est ce vers quoi on tend du côté sexualité »

Refus de définir l'asexualité en tant qu'orientation sexuelle :

E 10 : « je suis pas d'accord [...] C'est trop facile de dire ça de se trouver une norme [...] pour rencontrer quelqu'un c'est chiant c'est difficile [...] donc effectivement on se fait une raison en se disant ah non à moi je veux pas avoir de relation moi je suis asexué ou asexuel c'est trop facile vous comprenez !!!»

Notions autour du caractère limitant des définitions :

E 8 : « les définitions sont un petit peu problématique parce que c'est limité, c'est caricatural »

E 8 : « est-ce qu'ils ont vraiment envie d'avoir une définition ? est-ce qu'ils ont vraiment envie de rentrer dans des cases ? »

Notion à propos des limites du sexuel :

E8 : « à mon avis il peut y avoir quand-même une forme de désir mais je saurais pas te dire quelle est quelle est la frontière, [...] il a quand même envie d'embrasser, il aime la toucher il aime les câlins, certains mais après alors la limite, celle-là elle est compliquée à établir [...] je pense que je la mettrais sur la limite des préliminaires »

Notion de l'asexualité en termes de spectre :

E 9 : « l'asexualité est un spectre comme toutes les sexualités d'ailleurs, il y a plusieurs degrés donc simplement comme c'est un spectre [...] dans certaines circonstances s'il y a certaines... je pense au demisexuel, il y a certaines personnes qui développe une attirance physique quand il y a un lien fort avec une personne et donc du coup c'est ça fait partie du spectre de l'asexualité »

VI. Hypothèses et questionnement à propos du fonctionnement sexuel :

Attirance non nécessairement sexuelle :

E 8 : « je pense, une certaine attirance et même si elle est pas sexuelle y a quand même une attirance de la personne en tout cas »

Masturbation/ imaginaire sexuel :

Questionnement sur la présence de masturbation :

E 7 : « la masturbation... et cette... jusqu'où est-ce que dans la sexualité... il y en a où il y en a pas ? »

E 1 : « est-ce que, avec la masturbation, sans rapport sexuel avec... avec personne, est-ce qu'on pourrait considérer ça comme de l'asexualité ?

E 4 : « est-ce que ça veut dire que ce sont des gens qui se masturbe pas ? »

Affirmation de la présence de masturbation :

E 9 : « on peut avoir une libido et assouvir des envies sexuelles autrement [...] avec... oui masturbation »

Affirmation de l'absence de masturbation :

E 3 : « est-ce que ces gens se masturbe s'il se masturbent, ils ne sont pas en asexualité !!!
3 s'ils se masturbe on peut pas dire qu'on est en asexualité »

Absence de troubles hormonaux si imaginaire sexuel et masturbation :

E 7 : « si il y a de la masturbation, ça veut dire que, par exemple l'homme a des idées et la femme aussi, des idées... donc ça veut dire qu'il y a une libido qui est présente [...] et ça voudrait dire aussi que hormonalement il y aurait pas souci »

Présence d'excitation

E 1 : « sensation d'excitation ou pas ? »

Dysfonction érectile :

E 1 : « alors je sais pas si pour un homme y a une érection ou pas »

Présence de plaisir sexuel :

E 1 : « est-ce que ça pourrait vouloir dire... [...] pas avoir de plaisir sexuel ? »

Présence d'orgasmes :

E 8 : « je pense qu'ils peuvent avoir également des orgasmes mais d'une autre manière »

E 8 : « chacun peut avoir un orgasme sur de différentes façons sans forcément passer par la pénétration où les rapports sexuels traditionnels »

Présence de sexualité :

Questionnement sur la présence de sexualité :

E 11 : « ils ont quand même une sexualité ? »

Affirmation de la présence de sexualité :

E 8 : « je pense qu'ils ont une forme de sexualité qui n'est pas traditionnelle, qu'ils ont quand même leur forme de sexualité »

E 9 : « on peut très bien avoir une relation sexuelle avec quelqu'un sans que ce soit basé sur l'attirance physique »

E 12 : « ça veut dire qu'il y a pas d'attirance mais ça veut pas dire qu'il y a pas de sexe »

Questionnements autour d'une sexualité forcée, mal vécue :

E 12 : « s'ils en ont, et si n'aiment pas il se forcent pour faire plaisir »

E 12 : « éventuellement se forcer et n'être pas bien par rapport à ça »

Troubles sexuels :

E 8 : « je pense que les patients asexuels peuvent également avoir des problèmes dans leur sexualité... ce qui est très bizarre... » Rires.

E 8 : « comme on dit on peut avoir des problèmes sexuels chez un asexuel »

VII. Notion autour de la recherche d'une causalité :

Recherche d'une cause :

Tous les médecins, excepté un, ont émis de hypothèses de causes, soit en termes d'étiologies soit en termes de facteurs d'influence.

E 6 : « des gens comme ça dans dans notre civilisation occidentale en général il y a une raison ou quoi !!! »

E 2 : « savoir pourquoi, pourquoi ils veulent pas quoi... »

E 10 : « de savoir pourquoi il y a pas de sexualité »

E1 : « Est-ce que il y a une prédisposition... je sais pas... génétique ? Biologique ? Voilà est-ce que ça peut être... est-ce que ça peut entrer dans un problème hormonal ? [...] est-ce que ça correspond à un profil psychologique particulier ? »

a) Facteurs d'âge et de sexe :

Age :

E 6 : « après c'est vrai qu'il y a un âge où ça s'éteint »

E10 : « ça dépend de l'âge s'ils ont 85 ans, là je veux bien, un moment on tourne la page »

Sexe :

E 11 « ça touche quoi les hommes, les femmes ? »

b) Facteurs somatiques :

Facteurs somatiques en général :

E 4 : « voir sur le plan médical s'il y a des choses »

E 5 : « s'il y a un problème purement physique »

E 6 : « si bien sûr l'organicité du trouble avait été éliminé »

Facteurs hormonaux :

De nombreux médecin ont discuté autour de facteurs hormonaux :

Notion autour de troubles hormonaux :

E 3 : « analyser si c'est un problème hormonal ou non »

E 7 : « une maladie endocrinienne, un manque d'hormones, quelque chose comme ça »

Notions autour de la ménopause :

E 2 : « toutes les complications de la ménopause font que tu fais plus rien »

Notion autour des troubles hypophysaires :

E 2 : « je lui ferai peut-être un bilan cérébral [...] voir s'il a pas un trouble hypophysaire. »

Notions autour d'un déficit en testostérone :

E 6 : « une carence en testostérone »

E 10 : « monsieur n'a pas assez de testo... »

Notions autour d'une hyperprolactinémie :

E 10 : « il y a une prolactine hyper élevée par exemple »

Notions autour d'un syndrome des ovaires polykystiques :

E 5 : « SOPK et cetera tous ces trucs endocrino... »

E 3 : « syndrome des ovaires polykystiques »

Facteurs toxiques et médicamenteux :

E 3 : « je pense aux buveurs [...] ou les gens qui se droguent ou les gens qui ont des maladies qui prennent des des hypnotiques ou des médicaments sédatifs »

E 12 : « des fois c'est des pilules inadaptées »

Facteurs urologiques :

E7 : « voir s'il y a un problème de prostate, avec des troubles de l'érection »

Notion autour de l'obésité :

E 3 « l'obésité »

Facteurs congénitaux :

E 4 : « asexualité liée à une pathologie génétique [...] quelque chose de congénital [...] toutes ces maladies liées à l'X »

Notion autour du handicap :

E 4 : « ou des patients handicapés »

E 6 : « des infirmes, des gros handicaps, des choses comme ça »

Facteurs chimiques :

E 5 : « purement chimique »

E 10 : « le manque chimique »

c) Facteurs psychologiques

Facteurs psychiatriques/ psychologiques :

E 3 : « parce qu'ils ont des problèmes psychologiques »

E 10 : « je pense à certaines pathologies psychiatriques »

E10 : « la majeure partie je dirais que ce sont des des problèmes psy »

Notions autour de la dépression :

E 2 : « je vais creuser la dépression oui voilà mais c'est ça... c'est la perte de l'élan vital »

E 7 : « est-ce qu'il y a un syndrome dépressif sous-jacent ? »

Notions autour de l'anxiété :

E 7 : « est-ce que il y a une anxiété ? »

Notion autour de l'anorexie :

E 10 : « certaines pathologies psychiatriques... l'anorexie »

Présence de blocages ou de peur ou de rejet :

E 4 : « ou des blocages lié... lié à ça »

E 12 : « être... avoir peur du sexe »

E 8 : « rejet psychologique de relations sexuelles »

Notion autour du mécanisme de défense :

E 1 : « chacun à sa façon de se défendre aussi, est-ce que c'est un moyen défensif ? »

Notion autour d'antécédent traumatiques :

Notion autour de traumatismes infantiles :

E 3 : « c'est donc... il y a eu les traumatismes infantiles »

Notion autour de traumatismes psychiques :

E 6 : « s'il y a pas un traumatisme psychique ? »

E 4 : « un gros choc émotionnel, quelque chose, un traumatisme »

E 8 : « parce qu'il y a eu un traumatisme dans le passé je pense »

Notion de traumatisme sexuel :

E 4 : « je pense peut-être aux jeunes femmes qui aurait pu être violées »

E 7 : « par exemple dans la violence sexuelle dans l'enfance »

d) Facteurs d'expérience :

Défaut de connaissance anatomique :

E 1 : « je pense qu'il y a des gens qui n'ont absolument pas conscience déjà de leur anatomie »

Défaut d'expérience :

E 1 : « peut-être que si elle avait rencontré quelqu'un, elle aurait un rapport avec elle-même et sa sexualité, qu'elle n'a pas eu je pense... »

Défaut d'expérience positive sexuelle ou de la présence d'expériences négative :

E 12 : « parce que ça n'a jamais été bien »

E 3 : « ils ont eu des expériences désagréables dans le passé »

E 8 : « est-ce qu'il y a quelque chose qui vous a dégoûté ? »

e) Facteurs relationnels :

Absence de rencontre :

E 1 : « l'humanité est large donc on peut très bien découvrir quelqu'un avec quelqu'un pour qui on a de l'attraction... »

Absence de partenaire

E 4 : « quelqu'un qui n'a pas de partenaire et donc pas de relation sexuelle [...] pas de pratique parce que on a pas le partenaire »

Facteurs relationnels :

E 3 : « à cause de... ça ne marche pas avec leur partenaire »

E 3 : « l'envie d'être seul de pas avoir de problème »

E 12 : « un problème [...] de couple »

f) Facteurs sexologiques :

Manque de stimulation :

E 2 : « il faut un déclic, il faut un un facteur déclenchant, d'accord voilà je dirai ça, il y a plus rien qui les déclenche »

Défaut de réceptivité aux stimulations :

E 1 : « Est-ce que c'était quelqu'un qui n'était pas stimulé par des images ? Pas stimulé par... forcément... un désir tout simplement »

Manque de désir :

E 4 : « l'asexualité peut provenir d'un trouble du désir ce serait une étiologie »

E 4 : « oui il y a forcément un trouble du désir je de toute façon je pense dans l'asexualité, l'absence de désir et d'envie »

Dyspareunies ou sécheresse vaginale :

E 12 : « est-ce que il y a des douleurs ? [...] est-ce qu'il y a pas un vaginisme ? »

E 2 : « une femme qui te parle de ses problèmes de sécheresse de ménopause de tout ça elle est asexuelle »

Troubles érectiles :

E 7 : « voir s'il y a un problème [...] avec des troubles de l'érection »

Notion autour de l'identité de genre :

E 10 : « le transgenre sera amené à nier et sa sexualité pour ne pas avoir à subir une sexualité qu'il ne veut pas [...] ça pourrait correspondre à un transgénisme »

Notion autour d'une autre orientation sexuelle refoulée :

E 10 : « on peut également imaginer une homosexualité inavouée »

E 12 : « mais est-ce que c'est pas des gens qui veulent rentrer dans la norme hétérosexuelle et qui finalement ils n'ont pas d'attirance pour le sexe opposé mais que tellement [...] c'est impossible d'être gays qu'ils disent qu'il y a pas d'attirance »

g) Facteurs cognitifs**Notion autour des représentations cognitives :**

Pas de conscience d'une sexualité possible :

E 1 : « il y a des gens qui n'ont pas conscience qu'il y a une sexualité possible [...] ils savent que la sexualité, ça existe, et la reproduction machin... mais ça passe pas par eux. il y a une sorte de dichotomie... »

Notion de la peur ou du dégoût du sexe :

E 9 : « ça dépend je pense s'il y a un dégoût ou une peur du sexe »

E 12 : « le sexe qui leur fait peur »

Facteurs culturels :

E 6 : « ça paraît être assez culturel »

E 10 : « qui ne voulait pas coucher avant le mariage »

Facteurs religieux :

E 7 : « le côté mystique ou religieux derrière tout ça »

E10 : « par rapport à une croyance religieuse par exemple une idéologie »

Notion d'image de soi :

E 12 : « le fait de base d'être pas bien dans sa peau, de se sentir je sais pas... trop gros... tu aimes pas un truc un machin... »

h) Facteurs liés à la vie quotidienne :

Facteurs de vie quotidienne :

Notion de routine ou de fatigue :

E 2 : « tu as déjà à la vie, la routine, la fatigue »

E 2 : « c'est la routine, c'est la routine parce que au final tu te perds un peu de vue »

Notion autour de la parentalité :

E 2 : « c'est un truc de quand tu as fait tes gamins quoi [...] non voilà je te dis les gamins ça te rend asexuel !!! »

Notion autour du mariage :

E 2 : « je te dis c'est des femmes mariées depuis des années quoi c'est ça... donc c'est le mariage ! »

E 3 : « des soucis des contrariétés, des divorces... »

Notion autour des conditions de travail :

E 10 : « les conditions de vie les conditions de travail [...] si il y a eu une agression, s'il y a eu des mots malheureux, simplement un harcèlement au travail »

Facteurs familiaux :

E 8 « est-ce qu'il y a eu un rapport familial [...] qui vous ont freiné ? »

E 10 : « pour rester auprès de sa famille pour soutenir la famille »

VIII. Réactions associées au concept d'asexualité :

Surprise :

E 1 : « ça paraissait comment dire... surprenant qu'on puisse imposer à son cerveau une sorte de ceinture de chasteté »

E 3 : « c'est bizarre vous voyez ce que je veux dire ? c'est pas très logique ! »

Incompréhension :

E 2 : « j'arrive pas à comprendre ce que tu entends par asexualité »

E 4 : « ben une asexualité volontaire alors qu'on est qu'on a une libido et un fonctionnement normal je je vois pas très bien ! »

E10 : « Pourquoi ? Pourquoi tu me dis ça ? T'a pas d'attirance... c'est pas c'est pas normal... il y a un truc... c'est bizarre... c'est bizarre... »

Notions autour de la différence :

E1 : « ah tiens !! on est vraiment différent... on est vraiment fait différemment !! »

Intérêt :

E 7 : « c'est super bien d'avoir un sujet comme ça [...] ça a fait se poser plein de questions !! »

E 3 : « c'est un sujet important [...] et certainement énormément sous-estimé »

E 12 : « le but de l'étude c'est quoi ? c'est pour que les médecins connaissent mieux la sexualité qu'on puisse mieux gérer les choses ? en tout cas ce serait intéressant. »

Curiosité :

E 8 « donc forcément... beaucoup de curiosité !! »

Désintérêt :

E 6 : « je me suis pas senti vraiment concerné [...] c'est pas au cœur de mes préoccupations de mes questions »

Doute :

E 6 : « est-ce qu'il y en a vraiment est-ce que c'est pas seulement des articles magazine ? [...] est-ce que ça existe vraiment ? »

Déni :

E 2 : « j'arrive pas à l'accepter en fait si tu veux [...] parce que pour moi l'être humain il est.... Ça fait partie de notre nature »

E 10 : « je ne peux pas concevoir une asexualité sans trouble sous-jacent. La sexualité ça fait partie de la vie ça fait partie de l'instinct primaire bestial tous les animaux et une sexualité et pour moi l'asexualité c'est quelque chose d'anormal »

E 10 : « pour moi une asexualité, en un seul mot, une asexualité c'est quelque chose qui n'est pas je dirais presque qui n'est pas concevable »

Demande de précision :

E 3 : « ben il faudrait interroger ces gens [...] ça paraît curieux il faudrait tirer ça un peu au clair »

E 11 : « qu'est-ce qu'il définit comme asexuelle ? »

Rejet :

E 3 : « est-ce que c'est normal de justifier ça... est-ce que c'est normal de justifier une asexualité [...] c'est comme si c'est un peu comme si vous justifier l'anorexie mentale »

Gêne :

E 5 : « après vraiment moi j'ai jamais été confronté... et je serais bien embêtée je pense !!! »

Peur, de l'anxiété :

E 5 : « si c'est quelque chose... qu'on connaît pas bien... qui fait peur aussi à nous parce qu'on sait pas trop quoi leur dire »

E 8 : « je pense que c'est une source d'angoisse pour le médecin !! »

Acceptation :

E 6 : « après tout pourquoi pas ?? »

E 8 : « je pense qu'on peut être très heureux sans sexe »

Évidence :

E 9 : « est-ce que c'est si difficile de penser que il peut y avoir des personnes qui sont attirés par personne ? »

IX. Hypothèses de difficultés en lien avec l'asexualité :**a) Notion autour de l'absence de difficultés :**

E 3 : « en fait l'asexualité est souvent bien vécue, ce qui est mal vécu c'est les troubles sexuels »

E 11 : « je vois pas en quoi ça peut avoir une incidence sur la vie en société sur la santé »

b) Notion autour du fait d'assumer ses difficultés :

E 10 : « c'est quelque chose qui est voulu, c'est quelque chose qui est souhaité par la personne, donc je dirais comment... on assume ses choix !!! »

c) Difficultés d'identification :

Difficultés identitaires :

Notion d'incompréhension :

E 1 : « d'incompréhension de lui-même »

Notion d'identification :

E 8 : « comme c'est pas très connu l'asexualité, de se définir soi-même asexuel »

E 9 : « après, de concevoir qu'on l'est c'est difficile »

Questionnements sur la normalité :

E 5 : « est-ce que je suis normal ? »

E 9 : « la personne [...] elle peut se considérer comme anormale »

Sensation d'être malade :

E 6 : « qu'il se sent malade »

E 7 : « est-ce qu'il y a pas quelque chose qui cloche [...] est-ce que j'ai pas un problème hormonal »

d) Difficultés relationnelles :

Difficulté dans les relations sexuelles :

E 12 : « c'est souffrir soi-même parce que si on se force »

E 12 : « se forcer pour le devoir conjugal »

Difficultés liées aux attentes sexuelles du partenaire :

E 11 : « ça doit au moins créer des désaccords sexuels dans un couple »

E 12 : « si c'est quelque chose d'important pour son partenaire [...] le couple ne fonctionne plus »

Difficultés relationnelles sentimentales :

E 6 : « si il rencontre un patient, qui serait donc sexuel, par opposition à asexuel, donc effectivement ça... ils sont pas sur la même longueur d'onde »

E 12 : « du coup au niveau relationnel, être un petit peu plus distant [...] il y a un risque de péril du couple »

Difficultés liées à la souffrance du partenaire :

E 7 : « ben ma partenaire, mon partenaire, souffre parce que je n'arrive pas à lui apporter ce qu'elle veut [...] faire souffrir quelqu'un à cause de ça »

E 12 : « de faire souffrir l'autre »

Difficulté à trouver un partenaire asexuel :

E 8 : « trouver une personne asexuelle »

Difficulté liée à l'absence de partenaire :

E 4 : « ou l'absence de partenaires »

E 10 : « c'est vraiment quelque chose qui lui fait mal, de pas être en couple, de pas être avec quelqu'un »

Difficulté liée aux ruptures sentimentales :

E 9 « la personne peut laisser tomber la... l'autre »

Difficultés liées à la pression du partenaire ou de l'entourage :

E 5 : « la pression de l'autre aussi »

E 6 : « la pression de l'entourage [...] il peut être l'objet de demande ou d'attente qui peuvent le gêner »

Difficultés familiales :

E 5 : « les relations familiales probablement aussi la pression de la famille »

E 9 : « au niveau de la famille et tout il peut y avoir de la pression à ce niveau-là, des parents « quand est-ce que tu te mets en couple ? » et puis le sujet des enfants qui suis aussi [...] pression niveau des... niveau des parents avec un rejet possible »

Difficulté en lien avec le rapport à l'autre :

E 5 : « la relation aux autres est perturbée du coup ça peut poser problème aussi »

e) Difficultés liées au regard des autres, au jugement

Difficulté liée au regard du partenaire :

E4 : « on souffre [...] par rapport au regard de sa partenaire »

Difficultés en lien avec l'image que renvoient les autres à travers le discours :

E 1 : « c'est le rapport que les autres ont à son asexualité, et ce qu'il entend, qui le dévalorise peut-être »

E 3 : « parce que il y a des copains qui lui ont dit que ceci que cela... »

Difficulté liée au regard des autres :

E 4 : « on souffre [...] par rapport au regard des autres »

E 5 : « il y a ce regard peut-être aussi, des autres, qui peuvent être gênant du coup »

E 8 : « ils sont vu comme des... comme des gens anormaux »

Difficultés liées au jugement :

E 2 : « tu as peur du jugement des autres »

E 5 : « le jugement parce qu'on est quand même beaucoup dans le jugement général »

Difficulté liée au sentiment de ne pas être pris au sérieux, sentiment de rejet déni de leur orientation :

E 9 : « il y a des gens qui vont refuser de prendre ça au sérieux, qui vont dire oui, mais ça peut venir, ça peut venir plus tard, on sait jamais t'as pas rencontré la bonne personne. Et c'est quand même nier la sexualité en question, nier une partie de la personne, c'est quand même une forme de rejet »

Difficulté de devoir expliquer ou se justifier :

E 13 : « peut-être qu'il en aurait marre de devoir toujours expliquer ou de se justifier [...] être lassé de devoir expliquer »

f) Difficultés en lien avec la société, la norme sociale.

Difficultés en lien avec la société :

E 1 : « c'est la société qui n'accepte pas forcément qu'on puisse être différent de la majorité »

Difficulté en lien avec la pression de la société sur la sexualité :

E7 : « la pression de la société : il faut être un bon amant, il faut faire l'amour souvent, il faut prendre du plaisir, il faut en donner beaucoup... »

Difficulté en lien avec la pression de la société pour avoir des enfants :

E 7 : « une pression de la société pour avoir des enfants »

Difficulté en lien avec la norme sociale :

E 3 : « ça peut comment dirais-je traumatiser, le fait de ne pas être dans la dans la norme, les problèmes de normes. »

E 10 : « la norme ce serait : quelle que soit l'individu, de rencontrer un individu de sexe opposé, de concevoir un enfant, voir d'autres, de fonder une famille »

E 2 : « la norme sociale parce que tu es différent des autres »

Difficulté avec la norme de l'image du bonheur :

E9 : « l'image du bonheur qui circule qui est la famille hétéro avec enfants [...] la société le bonheur c'est : il faut être en couple, ou quoi, en couple et avoir des relations physiques dans le couple »

Difficultés en lien avec la norme sociale du couple :

E5 : « culturellement voilà... il faut être en couple, il faut être deux »

Difficulté en lien avec l'omniprésence de la sexualité dans la société :

E 6 : « se sentir envahi par le côté sexuel, qu'on voit partout les pubs les films »

E 9 : « ce qui est dur à vivre aussi c'est que bien entendu le sexe est partout partout partout »

La notion de tentation par la sexualité omniprésente

E10 : « ça pourrait être, aller, la pornographie qui est partout [...] donc c'est tentant »

g) Difficulté en lien avec la différence, l'isolement, l'exclusion

Difficulté en lien avec la différence :

E 2 : « il y a ce côté où ils sont différents des autres... le côté différent »

E 6 : « comment ça se fait, autour de moi ils s'envoient tout tous en l'air, et moi, même pas j'y pense quoi !!! »

E 6 : « ce qui fait beaucoup souffrir les gens, souvent, c'est de pas être comme les autres »

Difficulté liée à la solitude, l'isolement :

E 8 : « ils se sentent seuls incompris [...] j'imagine la solitude [...] il y a une souffrance parce que ils sont complètement isolés »

Difficulté liée au sentiment d'exclusion, de marginalisation :

E 8 : « je pense qu'ils se sentent marginalisés socialement ils peuvent être rejeté, c'est évident »

E 9 : « et on peut se sentir exclu je pense... on se sent exclu... oui »

Difficultés liées à la méconnaissance de l'asexualité dans la société :

E 8 : « parce qu'effectivement dans la société c'est très peu connu comme sujet »

Difficultés liées à l'incompréhension :

E 9 : « il y a une grande grande incompréhension »

E12 : « c'est quelque chose qui est pas forcément compris »

E 8 : « ils se sentent seuls, incompris »

Difficulté liée au manque de reconnaissance :

E 9 : « pas vraiment de reconnaissance par les hétéros et pas forcément de reconnaissance par les LGBT non plus »

Difficulté en lien avec la parentalité :

E 4 : « on souffre [...] par rapport à un désir d'enfant par exemple »

E 11 : « a priori si on est si on a pas de sexualité on aura pas d'enfant donc pas de famille »

h) Difficultés psychologiques :

Anxiété ou de dépression :

E 6 : « ça peut induire... une anxiété, une dépression »

E 8 : « je pense qu'ils peuvent effectivement souffrir de dépression »

Notion de mal être et de complications :

E 12 : « oui un mal-être et après, tout ce qui découle du mal-être [...] des troubles du sommeil [...] et puis tout ce qui est somatisation [...] des troubles digestifs parce que ils stressent mort »

i) Difficultés avec possibles conduites à risques :

E9 : « essayer de faire exprès d'avoir des rapports alors que ça ne l'intéresse pas du tout et avoir à ce moment-là une conduite à risque »

j) Situations de difficulté en lien avec le consentement :

E 9 : « si la personne se retrouve en train d'essayer d'avoir un rapport avec quelqu'un qui n'est pas à sexuel et que ça se passe mal elle va par exemple essayer de se saouler parce que ça va plus facilement se passer et niveau consentement c'est pas bon »

E 9 : « ce qui peut se passer aussi c'est qu'elle va dire non à un moment du rapport et le problème c'est que dire non à un moment du rapport normalement il faut l'accepter, mais c'est pas tout le monde qu'il accepte donc là ça se transforme en viol »

k) Difficulté liée au sentiment d'incompréhension du monde :

E 8 : « je pense qu'ils comprennent pas le monde, peut-être, le monde actuel »

l) Difficulté liée au sentiment d'être choqué par les gens sexuels :

E 6 : « est-ce qu'ils pourraient être choqués par les gens sexuels ? »

X. Hypothèses et questionnements sur les difficultés du patient asexuel à consulter :

a) Absence de motif de consultation, fatalisme et absence de difficulté à consulter.

Notion de l'absence de motif de consultation :

E 11 : « peut-être qu'il peut considérer que c'est pas un problème »

Notion de fatalisme :

E 7 : « aussi du fatalisme [...] ben j'ai jamais eu de sexualité j'en aurais jamais voilà c'est comme ça donc pourquoi en parler à mon médecin »

Notion de l'absence de difficulté à consulter :

E 3 : « mais à mon avis ils ont pas trop de difficultés »

b) Difficultés en rapport avec le sujet de la sexualité :

Difficulté à aborder la sexualité :

E 6 : « il est toujours difficile de parler de sexualité »

E 7 : « le thème de la sexualité, quand même au niveau médical, reste encore un petit peu tabou [...] les gens n'aiment pas trop parler de ça »

Sentiment de gêne :

E 5 : « le côté gênant de parler de sa sexualité [...] c'est compliqué pour les patients »

E 13 : « d'être gêné de parler de ça »

Pudeur :

E 10 : « ça pourrait être déjà la pudeur »

E 11 : « toute façon c'est la pudeur »

Difficulté liée au rapport à l'intime

E 1 : « le fait de s'exposer, [...] sur quelque chose de très intime »

E 11 : « les gens n'osent pas nous en parler parce que ça touche l'intime donc, ça se rejoint, déjà la vie privée »

Tabou :

E 2 : « la sexualité on a beau en entendre parler de partout ça reste un sujet tabou »

Sentiment de honte ou de culpabilité :

E 4 : « sentiment de honte ou de culpabilité »

Peur :

E 3 : « comment dirais-je, j'ai... ils n'ont pas le courage d'évoquer tout de suite »

E 4 : « j'ose pas trop vous en parler »

Difficulté à s'exprimer :

E 5 : « qu'il a du mal à l'exprimer »

c) Difficulté en rapport avec la peur des réactions du médecin**Peur du ridicule :**

E 6 : « peut-être la peur du ridicule »

Peur qu'on se moque de lui :

E11 : « par peur d'être [...] moqué »

Peur d'un manque d'empathie :

E 6 : « de la manière donc il va être reçu par le médecin la compréhension l'écoute l'empathie »

Peur de ne pas être pris au sérieux :

E 6 : « la peur de pas être pris au sérieux »

Peur de ne pas être écouté :

E 6 : « on peut ne pas l'écouter »

Peur du jugement du médecin :

E 5 : « la crainte de jugement quoi »

E 9 : « avec probablement une peur de jugement »

Peur du rejet du médecin :

E 1 : « ça peut être non mais c'est pas moi aller voir l'urologue [...] le rejet [...] écoutez je sais même pas ce que c'est, c'est complètement improbable. Allez vous faire soigner ailleurs »

Peur de ne pas être compris :

E 9 : « avec probablement une peur [...] d'incompréhension de la part du médecin »

E 12 : « et je pense que la peur de pas être compris »

d) Difficulté en rapport avec l'idée que se fait le patient de la prise en charge

Peur du non-respect du secret médical :

E 6 : « la peur qu'on en parle[...] la confidentialité »

E 7 : « je sais pas si le secret médical les gens y pensent aussi »

Peur des questions intrusives :

E 9 : « par peur des questions intrusives »

E 10 : « savoir que le médecin va être inquisiteur »

Abord de certains sujets :

E9 tout ce qui est discussions contraception ça doit être super gonflant [...] et il y a des médecins qui peuvent être un petit peu lourd vis-à-vis de de la contraception

E10 : « déranger des choses dont on a pas envie de parler »

Peur que le médecin ne soit pas le bon interlocuteur :

E11 : « que c'est pas à moi d'en parler »

Peur du manque de connaissance du médecin :

E 11 : « parce qu'il aurait peur que je sache pas ce que c'est... et il aurait bien raison !! »

E 13 : « la peur qu'on ne sache pas ce que c'est [...] qu'on ne soit pas formés à ça quoi »

Crainte d'être considéré comme anormal :

E 5 : « la crainte qu'on étiquette ça pas normal »

E 6 : « la peur de ce qu'on va lui dire [...] que c'est pas normal »

Peur d'être catalogué comme ayant une pathologie psychiatrique :

E 9 « il va y avoir une peur d'être cataloguée problème psychiatrique par le médecin »

Peur d'être malade :

E 7 : « il y a des gens qui ont peur qu'on découvre une maladie »

Difficulté liée à la qualité de la relation thérapeutique :

E 5 : « il a besoin de d'être en confiance d'abord »

E 13 : « si c'est quelqu'un qui voit pas souvent son médecin et qui a pas forcément une confiance ou qui sent le médecin assez froid et distant »

Peur de l'examen clinique :

E 9 : « l'examen gynéco doit être particulier chez les personnes asexuelles [...] une personne asexuelle qui a un problème gynéco va y réfléchir à deux fois [...] ça doit pas être évident non plus de venir consulter pour un problème d'organes génitaux externes [...] pour éviter l'examen, par peur de l'examen je pense »

Peur de ne pas avoir de solution :

E 8 : « la peur justement de pas avoir de solution [...] le fait d'avoir peur de pas, finalement, avoir de réponse, c'est vécu encore comme un échec »

e) Difficulté en rapport les caractéristiques du médecin ou du patient.

Sexe ou âge du médecin :

E 2 : « ma position de femme aussi, et de femmes jeune [...] en tant qu'homme ils ont du mal à parler des fois à une femme je trouve »

E 7 : « je sais, parce que je suis aussi jeune, donc ils se disent : il a peut-être pas beaucoup d'expérience »

E 10 : « un patient viendra plus en parler à un mec mur qu'a une petite jeune »

Difficulté liée au sexe du patient :

E 3 : « la femme [...]se confie moins »

E 4 : « si c'est des hommes c'est en général plus difficile [...] j'ai l'impression que les femmes ont plus de facilité à parler de ça avec, en tout cas, moi qui suis médecin femme »

XI. Hypothèses et questionnements sur les difficultés du médecin :

a) Notions autour de l'absence de difficulté :

E 5 : « moi ça me dérange pas du tout d'en parler avec les patients »

E 10 : « est-ce que quelqu'un ça me gênerait que quelqu'un me parle de ça je dirais non »

E 12 : « en tout cas pour moi ça serait pas un problème »

b) Difficultés en rapport avec le sujet de la sexualité :

Difficulté liée à l'abord cognitifs du médecin par rapport à la sexualité :

E 2 : « sa vision lui-même de la sexualité »

Difficulté liée à la gêne du médecin sur l'abord de la sexualité :

E 5 : « pas toujours un sujet évident évident à traiter avec les patients [...] on n'est pas forcément à l'aise nous par rapport à ça »

E 7 : « pour le médecin lui-même c'est pas évident de parler de sexualité »

Difficulté liée à la pudeur du médecin :

E 9 : « je pense que il peut y avoir de la pudeur »

Difficulté liée à la gêne du patient :

E 5 : « ils en parlent pas facilement [...] ils sont gênés

Difficulté liée à l'exposition du médecin :

E 7 : « parce que ça rappelle forcément à sa vie privée aussi [...] ça ramène forcément à sa propre sexualité [...] le médecin peut être gêné aussi parce qu'il a l'impression aussi de se livrer quand il communique ou s'il donne des conseils »

Difficulté liée à l'abord de l'intimité du patient

E 13 : « c'est toujours compliqué parce que c'est rentrer dans l'intimité des gens »

Difficulté liée à la sentiment d'intrusivité vis à vis du patient :

E 9 : « de pas vouloir paraître intrusive »

c) Difficulté en rapport avec la prise en charge

Difficulté liée à la relation avec le patient :

E 3 : « le fait que l'on connaisse ou non plus ou moins le patient, c'est plus facile d'évoquer ces problèmes lorsque le patient est connu depuis longtemps [...] ça dépend aussi du médecin il faut qu'il y a une adéquation entre le médecin... la psychologie du médecin et celle du patient. »

E 10 : « Un médecin [...] qui connaît bien ses patients peut-être que on en parlera plus facilement »

Difficulté liée au problème du temps :

E 4 : « ça nécessite des enquêtes qui sont assez longue difficile en médecine générale »

E 3 : « le gros problème c'est le manque de temps »

Difficulté liée au manque de disponibilité du médecin :

E 2 : « ne pas louper le coche [...] tu es pressé, tu es pas bien, et ta salle d'attente est bondée, tu vas le dégager »

E 5 : « être court-circuité, s'il y a quelqu'un d'autre qui arrive à la consultation ce qui arrive aussi »

Difficulté liée aux difficultés personnelles du médecin :

E 5 : « dans nos têtes parfois on a des mauvais jours [...] le manque de concentration sur les mauvais jours »

Difficulté liée au repérage du motif de consultation :

E 5 : « le fait que le patient verbalise pas forcément facilement et rapidement les choses, et nous passer à côté »

Difficulté liée à l'évocation du problème à un moment inopportun :

E 3 : « ils viennent pour autre chose et puis à la fin de la consultation il évoque ce problème »

E 4 : « souvent c'est la petite phrase en fin de consulte ils sont venus pour autre chose et à la fin : « et au fait je voulais vous parler de ça » »

Difficulté liée au manque de compréhension :

E 9 : « après, le médecin lui-même peut ne pas comprendre »

E 2 : « de pas comprendre [...] qu'est-ce que vous entendez par là je veux dire, le côté pas comprendre [...] de pas comprendre ce qu'ils nous disent et que du coup lui en face il lâche l'affaire quoi »

Difficulté liée au manque de connaissances, de données :

E 6 : « la méconnaissance totale de la chose et l'incompréhension [...] la méconnaissance totale »

E 8 : « parce que déjà pareil sujet inconnu [...] pas de très peu de littérature dessus »

E 9 : « c'est tellement invisible que... que je pense qu'il y a des gens qui sont pas au courant que ça existe »

Difficulté liée au sentiment d'incapacité :

E 5 : « qui fait peur aussi à nous parce qu'on sait pas trop quoi leur dire [...] je sens que j'ai pas derrière les capacités forcément de répondre à tout »

E 8 : « comment ? Comment ? comment faire face à ce type de patient ? [...] on est aussi très désarmés [...] les principales difficultés : savoir quoi faire »

Difficulté liée au manque d'expérience professionnelle :

E 4 : « c'est difficile parce que c'est pas vraiment un sujet que j'ai beaucoup abordé [...] la difficulté de peut-être pas hyper bien maîtriser le sujet, de pas avoir l'habitude [...] c'est quelque chose qu'on a pas... qu'on voit pas non plus hyper souvent »

E 8 : « très peu de patients donc peu d'expérience professionnelle »

Difficulté liée au manque d'expérience personnelle :

E 6 : « il y a un manque de vécu personnel moi je suis pas asexuel donc j'ai remarqué que c'est toujours plus facile de parler de choses dont on a l'expérience »

Difficulté liée au manque de formation :

E 12 : « on a pas de formation déjà sur la sexualité en général mais là-dessus encore moins »

E 7 : « moi ce qui me bloquera c'est que c'est que j'ai aucune formation là-dessus »

Difficulté liée au manque de correspondants :

E 13 : « le manque de correspondants »

Difficulté liée à la difficulté d'orientation :

E 4 : « peut-être de se demander justement à qui on pourrait l'adresser »

d) Difficulté en rapport avec les caractéristiques du médecin ou du patient.

Difficulté liée au sexe du médecin/sexe du patient :

E 4 : « quand c'est un homme c'est plus difficile aussi » (médecin femme)

E 6 : « ça dépend si en face de moi j'ai un homme ou une femme sachant que je suis un homme »

E 7 : « j'ai peut-être plus d'empathie pour les femmes en fait (médecin homme) [...] déjà les femmes parlent plus »

Difficulté liée à l'âge du médecin :

E 10 : « c'est-à-dire l'âge du médecin [...] à 25 ans ou à 30 ans on risque d'être gêné à parler ce genre de problème »

XII. Hypothèses et questionnement concernant les attentes du patient asexuel :

a) Absence d'attentes particulières :

E 6 : « je vois pas trop pourquoi il consulterait [...] consulter pour asexualité d'abord c'est pas un motif l'asexualité pas plus que l'homosexualité ! »

E 4 : « puisque elles n'ont pas de demande et pas de gêne particulière par rapport à ça »

b) Absence d'attentes concernant l'asexualité mais attentes à propos d'éventuelles difficultés associées :

E 6 : « c'est pas une maladie, c'est sa manière, la manière dont il le vit qui peut devenir pathologique »

E 3 : « bah c'est toujours, c'est toujours pareil, il y a des difficultés que s'ils le vivent mal »

c) Attentes en rapport avec les hypothèses de difficultés citées précédemment :

Attente autour de l'aide à l'acceptation/ identification :

E 8 : « peut-être qu'il y a un besoin de se de s'identifier en tant que personne on va dire asexué [...] et comme ça lui pourrait aussi vivre pleinement son asexualité »

Attente autour de questionnements sur la normalité :

E 10 : « pour qu'on lui dise il est normal ou pas normal »

E 11 : « me demander si c'est normal »

Attente autour de questionnements sur la possibilité d'être malade ?

E 9 : « qu'il veut être sûr que c'est normal [...] il peut croire que c'est anormal et demander bilan et compagnie »

E 8 : « peut-être que, en tant que patient, il pense que... il y a un problème sous-jacent [...] ça peut être aussi une source d'angoisse de se dire peut-être qu'il y a quelque chose qui cloche [...] est-ce que c'est un problème est-ce que c'est pas un problème »

Attente autour de questionnements relationnels :

E 5 : « peut-être que la personne se pose des questions par rapport à son rapport aux autres »

Attente autour du rapport au partenaire :

E 6 : « j'ai rencontré quelqu'un de merveilleux mais lui il est sexuel, et moi je le suis pas, comment on fait ? »

Attente autour d'une demande de désir sexuel pour un partenaire :

E 7 : « essayer d'avoir un sentiment physique pour elle, et d'avoir une attirance physique plutôt, et de lui procurer du plaisir »

Attente autour de sentiment d'exclusion :

E 6 : « si ils se sent exclus de la société »

Attente autour de demande de non jugement :

E 2 : « se retrouve face à quelqu'un qui les juge pas »

Attente autour de demande de reconnaissance :

E 8 : « je pense qu'il y a aussi... un besoin peut-être de reconnaissance... du patient »

Attente autour de demande de compréhension :

E 2 : « ils se rendent compte que finalement, tu comprends la situation, et donc voilà ils sont pas si isolés »

Attente autour de la parentalité :

E 7 : « j'ai envie d'avoir des enfants comment je fais ? »

E 11 : « oui, comment avoir un enfant alors que j'ai pas envie de sexualité oui ça pourrait être une demande »

d) Attentes autour de la communication avec le médecin

Attente autour de la demande d'écoute et d'échange :

E 2 : « je pense que le côté... discuter... qu'ils arrivent enfin à le sortir, c'est un côté un peu salvateur »

E 10 : « pour en parler pour se soulager je pense »

Attente autour de la demande de réassurance :

E 6 : « s'il demande une réassurance [...] j'imagine c'est surtout de la réassurance »

E 9 : « qu'il peut en attendre de la réassurance [...] on va voir le médecin pour essayer de se rassurer »

Attente autour de la demande de soutien :

E 9 : « le soutien et la réassurance »

Attente autour de la demande d'information, d'explication de réponses :

E 2 : « surtout que tu leur parles simplement »

E 7 : « il commence à se poser des questions et qu'il a besoin de réponse »

e) Attente autour d'une problématique psychologique

Attente autour d'une demande psychologique :

E 1 : « c'est une demande [...] peut-être d'un point de vue psychologique »

E 12 : « dépression [...] oui un mal-être et après tout ce qui découle du mal-être

E13 les répercussions psychologiques »

Attente autour d'une anxiété ou d'une dépression :

E 6 : « s'il est anxieux »

E13 : « dépressif, angoissé »

f) Attente autour d'une problématique de causalité, de facteurs explicatifs

Attente de connaissances du médecin à propos d'asexualité

E 13 : « je pense... Qu'il sache ce que c'est, donc déjà c'est raté !! »

Attente autour d'une approche objective, scientifique :

E 7 : « il a peut-être besoin d'une approche scientifique »

Attente de compréhension de la situation :

E 11 : « Se considérer comme différent et chercher à comprendre pourquoi [...] trouver une explication, pourquoi je suis comme ça [...] pourquoi je suis comme ça pourquoi j'ai pas d'attirance sexuelle ? »

E 8 : « ils ont besoin de comprendre pourquoi ils sont asexuels »

Attente autour de l'origine du problème :

E 10 : « savoir d'où vient son problème »

Attente autour d'une demande d'examen complémentaires :

E 6 : « les gens ils demandent une prise de sang »

E 9 : « la personne voit pas ça comme étant quelque chose de normal et voudrais faire un bilan hormonal »

g) Attente autour d'une demande de prise en charge spécifique :

Attente autour de la résolution des problèmes :

E 2 : « c'est ça que je leur trouve la solution au problème [...] essayer de chercher s'il y a pas de problème et d'essayer de le résoudre »

Attente autour du retour à une situation antérieure :

E 3 : « le désir de faire comme avant »

Attente autour d'une demande de traitement :

E 11 « comment y remédier [...] pour trouver un traitement [...] peut-être il vient me demander un médicament pour avoir de l'attirance une libido ? »

E 12 : « qu'est-ce qu'il pourrait faire pour changer [...] est-ce que... il pourrait... il a rencontré quelqu'un, imaginons, est-ce qu'il pourrait avoir un petit peu de libido pour que ça puisse fonctionner correctement dans le couple »

Attente autour de dyspareunies :

E 12 : « pour des douleurs »

E 13 : « la douleur au rapport sexuel »

XIII. Hypothèses et propositions sur la prise en charge d'un patient asexuel :

a) Ne pas savoir quoi proposer

E 6 : « alors là je ne sais pas quoi faire !!! »

b) Abstention de prise en charge de l'asexualité mais prise en charge d'éventuelles difficultés associées :

E 3 : « si la situation sans libido lui convient très bien on a pas besoin. La première chose c'est la demande du patient donc j'ai pas besoin d'interférer. »

E 4 « parce que l'asexualité finalement c'est pas vraiment un symptôme, le symptôme ce serait, je sais pas la souffrance [...] qui n'a pas de souffrance par rapport à ça je pense

pas qu'il y ait de souci [...] laissons-les tranquille s'ils ne sont pas en souffrance et aidons-les s'ils sont en souffrance »

E 7 : « l'asexualité n'est pas une maladie, ça n'empêche que ça peut entraîner des troubles psychologiques et un mal-être [...] c'est ce mal-être là qu'il faut soigner et non pas l'asexualité »

c) Prise en charge adaptée au cas par cas :

E 5 : « c'est vraiment du cas par cas je pense »

E 11 : « chaque personne est différente chaque situation est différente »

d) Prise en charge en rapport avec les hypothèses de difficultés citées précédemment :

Absence de jugement :

E 11 : « sans préjugés, sans... sans juger »

Absence de stigmatisation :

E 11 : « il faudrait pas le stigmatiser »

Aide à l'acceptation et à l'identification :

E 7 : « peut-être aider le patient éventuellement à respecter cette asexualité »

E 8 : « approfondir un petit peu l'acceptation [...] pour vraiment les aider dans une démarche de de compréhension d'acceptation »

E 9 : « je veux... je veux faire sentir à la personne qu'elle est acceptée »

Prise de distance par rapport à la norme :

E 12 : « le soulager lui dire qu'on est pas obligé d'être dans la norme surtout »

Réassurance :

E 5 : « lui dire qu'il a le droit »

E 9 : « moi je vais foncer sur la réassurance »

Aide à la parentalité :

E7 : « en lui proposant des solutions pour avoir des enfants [...] éventuellement l'aide médicale à la procréation [...] une adoption »

e) Notion de mise en jeu de capacités communicationnelles :**Écoute :**

E 5 : « je pense que déjà il faut savoir écouter aussi laisser la place aux patients de s'exprimer [...] je pense que l'écoute c'est toujours bon »

E 7 : « donc sur un temps de parole et sur un temps d'écoute qui doit être important »

Échange, de la discussion :

E 2 : « peut-être juste discuter avec eux »

E 9 : « laisser laisser une porte ouverte au dialogue »

Mise à l'aise du patient :

E 2 : « mettre des patients à l'aise c'est plutôt pas mal »

E11 : « j'aimerais qu'il sorte de la consultation plus à l'aise que quand il est rentré »

E 12 : « qu'il puisse se sentir à l'aise... suffisamment à l'aise avec moi »

Possibilité de parler de tout :

E 9 : « je vais vouloir faire comprendre à la personne que... et que, donc, il y a pas de problème avec moi et que la personne peut parler de tout [...] prévenir que voilà... ils peuvent parler de tout avec moi »

Démonstration d'intérêt :

E 7 : « montrer de l'intérêt, donc poser des questions »

Précaution vis à vis de l'intimité :

E 7 : « pas poser par exemple des questions trop intimes dans un premier temps »

E 9 : « il faut pas s'immiscer »

Consécration du temps nécessaire :

E 5 : « prendre le temps quand je pense qu'il y en a besoin »

Possibilité d'une porte ouverte :

E 8 : « je laisse la porte ouverte pour m'en parler »

f) Temps de recueil d'information : précisions sur l'asexualité, analyse de la demande, interrogatoire, examen clinique, examens complémentaires.

Demande de recueil d'informations sur l'asexualité auprès du patient :

E 2 : « faut pas avoir peur d'oser lui dire, justement, je comprends pas... »

E 11 : « qu'est-ce qu'il définit comme asexuel ? [...] il faut expliquer aux gens qu'on sait pas ce que c'est... bon faut l'assumer quoi ! »

Analyse de la demande du patient, de ce qui fait souffrance :

E 6 : « avant tout, pour moi, qu'est-ce qu'il veut-il, est là pourquoi [...] quelle est sa demande ? »

E 1 : « qu'est-ce qu'il entend, dans sa vie quotidienne je fais un petit peu une analyse de ce qu'il entend et de ce qui le fait souffrir »

Interrogatoire :

De nombreux médecins proposent un interrogatoire riche, plutôt orienté vers une démarche étiologique.

E 3 : « il faut lui poser la question de la libido [...] l'interroger sur ses antécédents [...] maladie intercurrente, maladie inflammatoire, infectieuse, [...] problèmes psychologiques, des dépendances aux drogues l'éthylisme [...] s'il y a des tentatives comment ça s'est passé »

E 8 : « je vois un petit peu le passé [...] est-ce qu'il y a quelque chose dans l'enfance [...] est-ce qu'il était toujours asexuel ou pas ? C'est important de savoir... [...] est-ce qu'il y a eu un élément déclencheur [...] est-ce qu'il y a pas de problème psychologique, dépression, maladie on va dire psy sous-jacente »

Recherche des étiologies :

E 8 : « mais avant tout je pense qu'il faut toujours éliminer effectivement soit un problème somatique soit un problème d'ordre psychologique [...] on fait un bilan somatique »

Examens complémentaires :

A la recherche d'une étiologie :

E 6 : « la prise de sang déjà, un bilan hormonal déjà, c'est ça... les échographies... »

E 7 : « NF, Iono, creat, un bilan hépatique, un bilan thyroïdien, [...] cholestérol glycémie [...] TSH [...] si la TSH est dans les chaussettes !!! »

Pour rassurer le patient :

E 8 « réassurer le patient en faisant un bilan d'accord, pour montrer que tout va bien. »

Limitation des examens complémentaires pour éviter au patient de se sentir médicalisé :

E 8 : « pas faire trop de choses non plus pour que le patient ne se... ne se sente pas non plus... comme je suis un... je suis malade, enfin je suis pas normal »

g) Prise en charge spécifique :

Notion de traitement médicamenteux :

Proposition de traitement médicamenteux :

E 1 : « proposons une substitution hormonal »

E 2 : « quand je considère qu'il y a un problème médical alors... le Cialis »

E 12 : « des petits anxiolytiques occasionnels »

Proposition d'absence de traitement médicamenteux :

E 6 : « il aura pas de médicaments hein... il aura pas de médicaments !!! »

Abstention à vouloir changer le patient :

E 2 : je chercherai pas du tout à le changer car tu n'as pas à changer les gens

Prise en charge psychologique :

E 1 : « la prise en charge... et ben c'est énormément psychologique [...] on peut travailler sur ce qui fait souffrance »

Prise en charge émotionnelle :

E 7 : « donc du coup tout ce qui est technique de relaxation »

h) Mesures associées

Information :

E 1 : « pour les patients une fiche de repérage »

Éducation :

E 9 : « c'est en fait l'éducation sexuelle [...] on peut expliquer le fonctionnement du corps »

Prévention :

Prévention concernant les IST :

E 9 : « je vais peut-être insister sur le fait aussi que... c'est pas parce qu'on est asexuel que on n'a pas du tout d'activité sexuelle et que donc, la personne est quand même concernée par la prévention des infections sexuellement transmissibles [...] et par le dépistage qui va avec contre le cancer du col »

E 9 : « expliquer ce qui constitue une agression sexuelle et expliquer peut-être les recours[...] que si on vient avant 4h après la conduite à risque à l'hôpital on va avoir une thérapie contre le VIH »

Prévention concernant les agressions sexuelles, la notion de consentement.

E 9 : « il y a aussi de la prévention à faire au niveau des agressions sexuelles et du consentement, rappeler ce que c'est le consentement, que ça peut être dire non, le consentement, c'est dire oui, mais dire oui en ayant toutes les facultés pour dire oui, donc du coup faut pas être saoul faut pas être sous l'influence de certaines substances, faut pas

qu'il y ait de chantage [...] ça peut être retiré à tout moment aussi et la personne doit accepter »

Orientation vers l'information ou vers les communautés :

E 9 : « des sites internet, il y a des forums avec des explications qui sont toutes faites [...] y a certainement des documents à trouver aussi pour donner à la famille pour essayer de voir de leur faire comprendre »

E 9 : « qu'elle trouve une association LGBT [...] c'est bien d'avoir des adresses de pouvoir donner des adresses où les personnes vont se sentir acceptée »

Suivit :

E 7 : « inviter à reconsulter rapidement [...] d'en reparler après, et bien sûr rester disponible pour le patient »

E 12 : « qu'il puisse au moindre problème revenir me voir »

Autoformation :

E 7 : « je vais faire des recherches de mon côté »

E 11 : « on cherche, on se renseigne, on fait le boulot de recherche pour comprendre !! »

Orientation vers le spécialiste :

Tous les médecins exceptés un ont proposé d'orienter le patient vers un spécialiste.

E 5 : « les orienter vers peut-être un psychologue ou un psychiatre [...] le gynéco ou l'urologue »

E 4 : « ou cardiologue [...] après il y a des sexologues aussi. »

E 7 : « autant que je laisse parler le spécialiste donc soit l'endocrinologue soit le gynéco soit l'urologue [...] je verrai bien euh... le planning familial éventuellement [...] par exemple les sophrologues, l'hypnose ah ! L'hypnothérapie... »

Actions par rapport au problème sociétal :

E 9 : « ben c'est pas mal... déjà d'en parler... au moins d'en parler avec les gens qui, on pense, vont comprendre, puisque c'est en parlant que ça devient visible. Parce que c'est une sexualité qui est invisible... qui est assez invisible... donc c'est en... en parlant que ça devient visible et que plus de monde va devenir tolérant et se rendre contre que ça existe »

E 1 : « c'est toute la prise en charge de la société »

XIV. Lien de l'asexualité avec la médecine générale :

Notion de lien avec la médecine générale :

Quasiment tous les médecins considéraient que le sujet de l'asexualité faisait partie de la médecine générale.

Affirmation du lien avec la médecine générale :

E 1 : « moi je pense que ça concerne la médecine générale [...] moi je me demande qu'est-ce qui fait que ça ne concernerait pas la médecine générale, c'est évident !! »

E 7 : « on est le médecin généraliste donc je pense que d'un point de vue médical, on est le mieux placé pour en parler, [...] je pense que c'est le lieu idéal pour en parler [...] pour le coup on est 100 % dans la médecine générale »

Doute sur le lien avec la médecine générale :

E 6 : « est-ce bien mon rôle déjà [...] par exemple la difficulté relationnelle [...] est-ce que c'est le rôle du médecin de gérer ça ou pas je ne sais trop... »

Le médecin généraliste dans son rôle de prise en charge transdisciplinaire, de la personne dans sa globalité :

E 2 : « on n'est pas bloqué sur une spécialité [...] donc finalement on fait tout, le spécialiste lui il va s'occuper du problème nous on s'occupe de l'être humain en général [...] c'est dans sa globalité le côté général »

E 7 : « parce que ça concerne plusieurs plans, ça concerne le psychologique, ça concerne éventuellement... endocrinien, ça concerne les organes génitaux, donc le gynéco, l'urologie, ça concerne un couple éventuellement, ça concerne éventuellement un projet de bébé donc c'est au milieu de tout »

E 11 : « tout fais partie du champ de la médecine générale, en pratique en tout cas [...] tout fait partie de la médecine générale, même si on y connaît rien [...] des sujets pour

lesquels on est mal formé il y en a plein, est-ce que ça les exclus de la médecine générale ipso facto je ne pense pas »

Le médecin généraliste dans son rôle de premier intervenant :

E 4 : « on est vraiment médecin de premier recours [...] les patients viennent régulièrement avec le premier symptôme »

E 2 : « on peut être les premiers les premiers piliers avec lesquels on discute quoi »

Le médecin généraliste facilement accessible :

E 5 : « il passe par nous parce que c'est un peu compliqué de voir le psychiatre [...] on est plus facile d'accès peut-être »

Le médecin généraliste dans son rôle d'accueil :

E 2 : « en médecine générale c'est qu'on est là pour tout entendre [...] quand un patient me dit je vais pas vous en parler c'est pas votre boulot, ben si !!! c'est mon boulot !!! vous pouvez me dire ce que vous voulez [...] en médecine générale tu devrais pas avoir de sujet tabou »

E 8 : « c'est un peu le recours au médecin parce qu'ils savent pas trop où aller pas trop vers qui se tourner [...] je pense qu'ils sont perdus et qui savent pas vers qui se tourner »

Le médecin généraliste dans son rôle d'écoute :

E 2 : « on est là pour les écouter, quoi qu'il arrive, peu importe le sujet »

Le médecin généraliste dans son absence de jugement :

E 12 : « beaucoup de patients espèrent que le médecin va pas juger, c'est pour ça que c'est plus facile d'en parler avec le médecin »

Le médecin généraliste dans son rôle proximité et son lien avec le patient :

E 2 : « en médecine générale finalement tu es un peu leur confident [...] il y a le côté médecin de famille, il y a le côté ils te racontent leur vie, donc ils ont toujours l'impression que tu fais un peu partie de leur vie »

E 4 : « ce côté proximité avec des patients qu'on suit depuis plusieurs mois, plusieurs années, et qui du coup vont se confier plus facilement »

Le médecin généraliste dans son rôle de prise en charge psychologique :

E 8 : « les médecins sont vus aussi un peu comme des psy »

E 2 : « notre boulot, après tu veux ou tu veux pas hein, mais il y a une grande part, mine de rien, psychologique »

Le médecin généraliste soumis au secret médical :

E 2 : « souvent quand ils te disent, sans forcément ce sujet-là, mais je bien sûr, ce que je vous dis vous le répétez pas »

Le médecin généraliste dans son rôle d'orientation et de centralisation :

E 7 : « on est placé aussi donc... pour faire ce premier tri... pour voir qui est le meilleur spécialiste »

E 12 : « on réoriente mais on centralise aussi les données »

Le médecin généraliste dans son rôle d'information :

E 9 : « c'est pas un médical, c'est pas médical, mais après je pense qu'un médecin a le devoir de dire que c'est pas médical voilà !!! »

Le médecin généraliste dans son rôle de prévention :

E 11 : « faire de la prévention »

Le médecin généraliste dans son rôle de gestion de difficultés associées :

E 6 : « l'asexualité n'est pas une maladie, donc c'est pas l'asexualité en soi qui fera partie à mon avis de la médecine générale, c'est le retentissement que ça peut avoir sur la personne... »

E 9 : « le médecin, il a rien à dire sur la sexualité de ses patients, mais par contre il doit veiller à ce que ce soit bien vécu [...] il faut être vigilant aussi c'est comment la personne vit ça parce que si la personne vit ça très mal ça peut aller jusqu'à la dépression, tentative de suicide et compagnie... »

Le médecin généraliste dans son rôle de praticien de santé sexuelle :

E13 : « parce que ça fait partie de la sexualité, donc la sexualité ça fait partie de la vie d'un patient, et nous on est censé aider à ce que la vie... améliorer la qualité de vie des gens !! »

Discussion

A. Discussion de la validité des résultats : forces et faiblesses de la méthode

Validité interne les points fort :

Le choix de la méthodologie était adapté à l'étude. Notre étude s'attache à analyser les représentations des médecins généralistes autour de l'asexualité.

La méthode qualitative, par son approche compréhensive, est donc une méthode adaptée à la question de recherche.

Le recueil de données déclaratives peut représenter un biais car il ne reflète pas nécessairement la réalité des prises en charge. Mais ce biais n'entre pas en ligne de compte dans notre étude étant donné la question, portant sur les représentations, et non sur les pratiques.

Les entretiens sous forme individuelle étaient adaptés à l'abord de questions délicates comme le thème de l'asexualité et permettaient une expression plus facile que lors d'entretiens collectifs.

Le fait de ne pas annoncer le sujet à l'avance lors de la prise de rendez-vous a limité un biais de recrutement en ne sélectionnant pas les médecins intéressés par le sujet ou plus à l'aise avec celui-ci. Il n'y a eu aucun refus de participer à l'étude avant, pendant ou après l'entretien. Cela a également limité le biais d'information en ne permettant pas au médecin de se renseigner à l'avance ce qui aurait faussé les résultats.

Les médecins généralistes interrogés étaient assez différents, en termes d'âge et d'années de pratiques, avec la présence d'homme et de femmes, et de plusieurs formes de pratique (cabinet, remplacements, urgences).

Les conditions d'entretiens étaient très satisfaisantes, avec une plage de temps disponible importante, un lieu calme et adapté et l'absence d'interruption. Pour chaque entretien tous les thèmes souhaités ont pu être abordés.

Ces deux points ont été à l'origine d'une richesse de données importante ce qui est un point fort de notre étude.

Les entretiens ont tous été enregistrés afin d'améliorer le recueil de données verbales. Les enregistrements ont été ensuite intégralement retranscrits. La saturation des données a été obtenue. Ce qui augmente la validité interne de l'étude.

Aucune étude à propos des représentations de l'asexualité chez les médecins généralistes n'a été retrouvée. Ceci permet donc difficilement d'établir des points de comparaisons. En revanche ceci met l'accent sur l'originalité du sujet, qui est un point fort de notre étude, et sur la nécessité d'étoffer une littérature peu importante sur ce thème.

Validité interne les points faibles :

Un biais de recrutement a pu avoir lieu au moment de la remise de coordonnées d'autres confrères de la part des médecin interrogés, en privilégiant des confrères pouvant être intéressés par le sujet. De même, bien que diversifié, l'échantillon ne concernait que des médecins de la région des Alpes Maritimes.

Un biais d'investigation, lié à la méthodologie, a pu exister. En effet pendant l'entretien l'investigateur a pu influencer le discours du médecin généraliste par des attitudes non verbales ou verbales. Ce biais a été limité par le maintien d'une attitude neutre mais bienveillante quels que soit les propos tenus.

Un biais d'analyse, lié à la méthodologie a pu exister. En effet les propos recueillis sont nécessairement soumis à l'interprétation de l'investigateur. Mais nous avons essayé de limiter ce biais au maximum en restant fidèle au plus possible aux termes utilisés par les médecins et en faisant préciser chaque fois que cela était possible un terme pouvant être interprété de plusieurs façon. L'analyse n'a été réalisée que par un seul investigateur ce qui peut également représenter un biais.

L'entretien test qui n'est normalement pas pris en compte dans les résultats a été malgré tout intégré, devant la richesse de ses données.

B. Discussion des résultats

On constate à l'exception d'un médecin que le sujet de l'asexualité est totalement inconnu. Les médecins n'en ont aucunes connaissances théoriques ni aucune expérience professionnelle.

On pouvait facilement s'attendre à ce résultat étant donné le peu de formation sexologique au sein des études médicales. Cette idée est renforcée par le fait que les médecins dans leur conceptualisation de l'asexualité confondent différentes notions concernant la fonction sexuelle. L'attirance sexuelle notamment est confondue avec le désir sexuel ou avec l'excitation et ces notions sont encore mélangées avec la notion de comportement sexuel par l'absence de pratique sexuelle.

L'asexualité qui relève d'une absence d'attirance sexuelle, non nécessairement associée à une absence de désir, ni d'excitation, ni de pratique sexuelle, peut être en effet difficile à concevoir, si les notions préalablement citées ne sont pas conceptualisées de façon précise.

On peut également argumenter que ce résultat est logique par le fait que l'asexualité n'étant pas considérée comme pathologique, la formation médicale n'est pas nécessaire. Ce serait considérer l'apprentissage de la médecine dans une approche uniquement centrée la pathologie. Or il pourrait être intéressant d'avoir une démarche plus centrée sur le patient et non uniquement sur la maladie lors des études médicales.

Les médecins ont une démarche vis à vis de l'asexualité qui reste très calquée sur le schéma de prise en charge d'une pathologie. Avec notamment des questionnements comme le caractère primaire ou secondaire ou encore une multitude questionnements concernant la recherche étiologique. En réalité cette démarche s'apparente à la démarche de prise en charge du trouble du désir. Il paraît assez naturel qu'un médecin devant une notion inconnue, la rapproche de ce qui lui est connu. Cette démarche n'est pourtant pas adaptée à la prise en charge d'un patient asexuel.

On pourrait argumenter qu'elle reste intéressante dans le cadre d'une recherche de diagnostic différentiel, mais sans passer par la réalisation des examens complémentaires proposés par les médecins. En effet un bon interrogatoire permettra de reconnaître une asexualité.

On peut douter en revanche de l'intérêt de cette démarche dans un but étiologique. L'asexualité si elle est conceptualisée comme telle par le patient, ne présente pas de souffrance en elle-même, et ne sous-tend pas une demande de changement, ne semble pas justifier une recherche étiologique.

Toutefois cette conceptualisation en tant que pathologie est largement nuancée par les questionnements exprimés par les médecins. D'une part sous la forme d'un questionnaire direct sur la nature pathologique ou physiologique ou encore normale ou anormale de l'asexualité, mais également avec l'expression de notions comme l'abstention thérapeutique en l'absence de difficulté liées à l'asexualité, l'idée que le patient asexuel pourrait n'avoir aucune demande médicale, la proposition d'une prise en charge allant vers l'aide à l'identification et l'idée de ne pas chercher à faire changer le patient. De même lors de l'abord des difficultés possibles liées à l'asexualité aucun n'a abordé la difficulté à proprement parler de ne pas avoir de relation sexuelle ou de désir. Ce qui dénoterait une conceptualisation de l'asexualité sans souffrance liée à absence de sexualité en elle-même ou de désir. Il y aurait donc quand même une différence de conceptualisation avec les troubles du désir.

Les résultats de cette étude mettent également en évidence toutes les nuances de la prise en charge médicale de l'asexualité. L'asexualité n'est pas considérée comme pathologique, mais entraîne des situations de souffrances, qui elles, sont pathologiques, et nécessitent une prise en charge médicale. Plusieurs idées ont été émises en ce sens avec la proposition de prise en charge des difficultés liées à l'asexualité imaginés par les médecins.

Difficultés très largement conceptualisées par les médecins, et semble-il, en rapport avec les difficultés retrouvées lors de la précédente étude [40] et dans la littérature. Les difficultés imaginées étaient plus en rapport avec des phénomènes d'identification, de contraintes sociales et relationnelles qu'en rapport avec le fait de ne pas ressentir d'attrance ou de désir ou encore liées à l'absence de relations sexuelles. Ce qui d'une part relativise encore la prise en charge comme une prise en charge parallèle à celle des troubles du désir mais aussi leur conceptualisation de l'asexualité comme une pathologie. D'autre part cela montre une grande capacité d'empathie chez ces médecins.

Les médecins ont une démarche de prise en charge centrée patient. Les propositions de prise en charge au cas par cas, les propositions de prise en charge adaptées aux difficultés découlant de l'asexualité, relevant d'aide à l'identification, les propositions autour de la communication et de l'écoute, d'aide sur le plan psychologique et émotionnelle, d'éducation de prévention et de suivi le démontrent. On retrouve plus de propositions d'actions sur le bien être complet du patient que sur la correction d'une pathologie. De plus les médecins se sont posés également des questions autour de la vie des personnes asexuelles, de leurs relations sentimentales, des questions autour de la parentalité, de leur bien-être ou des conséquences psychologiques et de l'affichage social ainsi de de la représentation de l'asexualité dans le paysage culturel et ne sont donc pas rester focalisés sur la notion du traitement ou non d'une pathologie.

Dans la même idée leurs représentations à propos des attentes des patient, et donc de ce qu'ils s'attendent à devoir faire pour eux, concernent essentiellement les difficultés de vies, les difficultés associées à l'asexualité, la communication avec le patient, avec tout de même une recherche encore une fois étiologique et quand même la possibilité d'une demande autour de l'activité sexuelle.

Les résultats mettent également en valeur le paradoxe du soignant vis à vis de l'asexualité. En effet il est pointé du doigt que l'asexualité n'est pas une pathologie mais que c'est au médecin qu'il incombe de le dire et que même s'il n'a pas à interférer dans la sexualité de ses patients, le médecin a pour rôle de s'assurer qu'elle soit bien vécue. Un positionnement qui peut être subtile et difficile pour le médecin.

On constate une difficulté d'élaboration du concept d'asexualité. Les hypothèses émises par les médecins sur la nature de l'asexualité sont nombreuses et variées, avec des notions s'éloignant totalement de la définition comme « le concept d'asexualité vestimentaire », « les animaux hermaphrodites » ou encore « l'asexualité comme une attitude médicale ». La notion revenant le plus souvent tournant autour de l'absence de sexualité et de l'absence de désir. Les médecins ont par ailleurs verbalisé leur difficulté à comprendre. On peut expliquer cela par un manque de connaissance médicales sexologiques mais également par une invisibilité de l'asexualité au sein de la société. On peut imaginer la difficulté que cela pourrait représenter lors d'une consultation à propos d'asexualité.

Les réactions associées au concept représentaient un panel assez large. On pourrait par conséquent imaginer des facilités ou difficultés de prise en charge en fonction de la réaction du médecin accueillant une personne asexuelle, avec un risque de problèmes importants en cas de déni ou rejet de même qu'en cas de gêne ou d'anxiété. Ces réactions, conséquences d'une première rencontre avec le concept pourraient être lissées si le médecin avait eu le temps de se familiariser avec celui-ci.

De nombreux questionnements ont été émis autour de la nature de l'asexualité par exemple sur sa fréquence, la notion du choix, du mode de vie, d'un phénomène de mode, de son caractère permanent ou non, les données scientifiques disponibles, ainsi que sur la sexualité des personnes asexuelles. Les médecins se sont donc montrés curieux et demandeurs d'information. Ceci montre également une ouverture d'esprit vis à vis de cette notion nouvelle et une certaine aisance à aborder les questionnements à propos de la sexualité en générale. Cela peut représenter des éléments facilitant lors d'une consultation parlant d'asexualité, permettant un bon échange et une sensation d'intérêt du médecin perçue par le patient.

Parmi les difficultés mentionnées concernant les médecins lors d'une consultation à propos d'asexualité, peu de notions étaient propres à l'asexualité. Les difficultés mentionnées relevaient plus de l'abord de la sexualité du patient ou de difficultés générales comme le manque de temps ou de disponibilité. Finalement les difficultés liées plus spécifiquement au thème de l'asexualité tournaient plus autour de l'absence de connaissance, d'expérience ou de compréhension. L'apport d'information semble donc être la meilleure façon de réduire les difficultés des médecins.

La difficulté d'orientation mentionnée ainsi que la proposition quasi-systématique d'orientation vers le spécialiste pourrait recouper cette notion avec l'idée que le médecin généraliste n'imagine pas gérer seul cette situation. Cela pourrait mettre en évidence un sentiment d'incapacité voir de gêne ou d'anxiété comme cela a également été verbalisé par ailleurs.

Les hypothèses de difficultés du patient à venir consulter, sont nombreuses. Parmi elles, beaucoup sont associées à l'abord de la sexualité en général et non spécifiquement à l'asexualité. Celles spécifiques à l'asexualité relèvent essentiellement soit des difficultés en

lien avec la réaction du médecin, soit du fait que le médecin ne soit pas le bon interlocuteur ou ne sache pas ce qu'est l'asexualité.

D'une part cela montre que les médecins sont conscients de la sensibilité du sujet et qu'ils sont prêts à tenter de réduire ces difficultés, en restant ouverts, à l'écoute, dans l'absence de jugement ou de réactions négatives. Cette attitude a d'ailleurs été proposée dans les hypothèses de prises en charge.

D'autre part, il s'agit peut-être de projections des difficultés du médecin lui-même, particulièrement concernant le fait que le médecin ne soit pas le bon interlocuteur ou qu'il n'ait pas de connaissances sur l'asexualité.

Il pourrait être intéressant de comparer les résultats concernant les difficultés à consulter du point de vue du patient, et concernant leurs attentes, à ceux d'une étude qualitative abordant les mêmes thèmes chez des personnes asexuelles.

La notion d'orientation sexuelle était également un sujet de questionnement ainsi que le caractère limitant d'une définition de l'asexualité.

Ils ont également abordé des notions autour de la sexualité en général avec la notion des limites du sexuel et la notion de la sexualité (et de l'asexualité) en termes de spectre.

Des questionnements à propos du fonctionnement sexuel chez les personnes asexuelles ont également été abordés avec la notion d'attirance non nécessairement sexuelle, la présence d'une sexualité, la présence de masturbation et d'un imaginaire sexuel, la notion d'excitation, de plaisir sexuel, d'orgasmes, de dysfonctions sexuelles. Ces questionnements montrent une démarche qui n'est pas seulement médicale mais également une curiosité, une démarche de compréhension et une ouverture d'esprit. La proposition d'une autoformation renforce cette idée.

Concernant les liens entre l'asexualité et la médecine générale quasiment tous les médecins considéraient que le sujet de l'asexualité faisait partie de la médecine générale dans de nombreux aspects de celle-ci. On donc constate un bon accueil et l'idée que les professionnels interrogés se sont sentis concernés dans leur activité de médecin généraliste.

Conclusion

Plusieurs difficultés possibles lors d'une consultation sur le sujet de l'asexualité ont été mises en évidence.

Tout d'abord une absence de connaissances théoriques et d'expériences professionnelles. Ensuite une forte difficulté de conceptualisation probablement liée, d'une part à un manque de connaissance sexologiques, qui leur aurait permis de conceptualiser plus facilement les différentes notions du fonctionnement sexuel, mais également à une quasi-invisibilité de l'asexualité dans notre société.

Cette absence de connaissances et cette difficulté de conceptualisation a pu générer chez les médecins des réactions vis à vis de l'asexualité allant jusqu'au déni et au rejet, un sentiment de gêne ou d'anxiété, ainsi qu'une difficulté de prise en charge avec un sentiment d'incapacité et une forte notion d'orientation vers le spécialiste.

Une autre difficulté se retrouve dans la démarche des médecins qui est assez calquée sur celle d'une prise en charge des troubles du désir, et qui n'est pas adaptée à la prise en charge d'un patient asexuel. Cette démarche découle également d'une difficulté de positionnement quant à la nature pathologique ou non de l'asexualité.

D'autres difficultés de positionnement du médecin ont été retrouvées avec la difficulté de conceptualisation que si l'asexualité n'est pas pathologique, les difficultés qui en découlent peuvent être du domaine du pathologique.

Toutefois des facteurs facilitants ont également été retrouvés.

Les médecins font preuve d'empathie et d'une bonne conceptualisation des difficultés rencontrées par les personnes asexuelles avec des propositions de prise en charge de celles-ci. Les médecins ont une démarche de prise en charge centrée patient avec des propositions d'actions sur le bien-être du patient dans sa globalité.

Dans leur démarches les médecins se sont montrés conscients de la sensibilité du sujet, ouverts, à l'écoute, dans l'absence de jugement.

De nombreux questionnements autour de l'asexualité ont été émis montrant une curiosité, une demande d'information, et un intérêt vis à vis de l'asexualité, confirmée par la démarche d'autoformation.

Ils se sont sentis concernés par le sujet en tant que médecins généralistes.

Finalement les médecins semblent compenser leurs lacunes en termes de connaissance par une démarche d'ouverture, d'intérêt, de bienveillance et d'accompagnement vis à vis de l'asexualité.

Apporter une information vis à vis de l'asexualité aux médecins permettrait probablement une réduction importante des difficultés retrouvées dans cette recherche, et serait certainement la bienvenue.

Résumé

Introduction :

L'asexualité est un sujet peu connu dans la société et dans le domaine médical. Pourtant l'asexualité peut engendrer des difficultés nécessitant une prise en charge par un professionnel de santé. Nous avons cherché à savoir comment les médecins généralistes étaient susceptibles d'aborder cette question, quelles étaient leurs représentations, conceptualisations et propositions d'accompagnement.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 13 médecins généralistes des Alpes Maritimes de juillet à septembre 2018. Les entretiens abordaient la définition du concept d'asexualité, les connaissances et expériences, les difficultés et attentes possibles du patient, les freins à la consultation du point de vue du médecin et du patient, les propositions d'accompagnement et les liens avec la médecine générale.

Résultats :

Globalement, le sujet est inconnu. On constate une difficulté importante de conceptualisation, une démarche de prise en charge peu adaptée à l'asexualité, plutôt rattachée à celle des troubles du désir et une thématique récurrente autour de la nature pathologique ou non de l'asexualité. Les réactions engendrées sont variées, certaines problématiques, comme par exemple, déni, rejet ou anxiété. Les médecins font preuve d'empathie et semblent avoir une bonne représentation des difficultés des personnes asexuelles. Leurs prises en charge sont très centrées sur le patient et comprennent accueil, communication et ouverture. Ils sont intéressés et curieux et se sentent concernés dans leur rôle de médecins généraliste.

Conclusion :

Les difficultés, liées au manque de connaissances et à la difficulté de conceptualisation, semblent être compensées par la bienveillance, l'empathie, et la curiosité des médecins. Une information à propos d'asexualité serait certainement utile et bienvenue.

Mots clefs : Asexualité, asexuel, médecine générale, qualitatif, concepts.

Références

- 1 Bogaert A. Asexuality: Prevalence and associated factors in a national probability sample. *J Sex Res.* août 2004;41(3):279-87.
- 2 Prause N, Graham C. Asexuality: classification and characterization. *Arche Sex Behav.* juin 2007;36(3):341-56.
- 3 O'Reilly Z. My life as an amoeba. *StarNet Dispatches.* 1997.
- 4 Acitizen - Réseau social français gratuit pour Asexuels [Internet]. [cité 29 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.acitizen.net/>
- 5 Asexualité - centre de documentation [Internet]. [cité 29 janv 2018]. Disponible sur: <http://asexualite.blogspot.fr/>
- 6 AVA – Association pour la Visibilité Asexuelle [Internet]. [cité 28 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.asexualite.org/>
- 7 Aven-fr - Accueil [Internet]. [cité 28 janv 2018]. Disponible sur: <http://fr.asexuality.org/>
- 8 AVENwiki [Internet]. [cité 29 janv 2018]. Disponible sur: <http://fr.asexuality.org/wiki/index.php?title=Accueil>
- 9 Déconstructions asexuelles [Internet]. [cité 29 janv 2018]. Disponible sur: <http://asexualite-underground.blogspot.fr/>
- 10 Introduction à l'asexualité | Asexualité-s [Internet]. [cité 28 janv 2018]. Disponible sur: <https://asexualite.wordpress.com/introduction-a-lasexualite/>
- 11 Journée de l'asexualité [Internet]. [cité 30 janv 2018]. Disponible sur: <http://journeenasexualite.tumblr.com/>
- 12 Rencontre asexuel : 1ère communauté asexuelle francophone - KeLove [Internet]. [cité 29 janv 2018]. Disponible sur: <http://kelove.fr/>
- 13 Site de rencontres asexuel sérieux et gratuit [Internet]. [cité 29 janv 2018]. Disponible sur: <https://betolerant.fr/rencontre-asensuel/1>
- 14 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition: DSM-4. 1994.
- 15 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition: DSM-5. 2013.

- 16 L'asexualité : l'absence de désir envers les autres [Internet]. [cité 4 juill 2018].
Disponible sur: https://www.allodocteurs.fr/sexo/l-asexualite-l-absence-de-desir-envers-les-autres_10388.html
- 17 Bauer C, Miller T, Ginoza M, Chiang A, Youngblom K, Baba A, et al. 2015 Asexual Census Summary Report [Internet]. 2017 oct. Disponible sur :
<http://www.asexualcensus.wordpress.com>
- 18 Bogaert A. Asexuality and autochorissexualism (identity-less sexuality). *Arch Sex Behav.* déc 2012;41(6):1513-4.
- 19 Bogaert A. Asexuality: what it is and why it matters. *J Sex Res.* 2015;52 (4): 362-79.
- 20 Brotto L, Knudson G, Inskip J, Rhodes K, Erskine Y. Asexuality: a mixed-methods approach. *Arch Sex Behav.* juin 2010;39(3):599-618.
- 21 Brotto L, Yule M. Asexuality: Sexual Orientation, Paraphilia, Sexual Dysfunction, or None of the Above? *Arch Sex Behav.* avr 2017;46(3):619-627.
- 22 Brotto L, Yule M. Reply to Hinderliter. *Arch Sex Behav.* 2009;38 (5), 622 à 623.
- 23 Brotto L, Yule M. Physiological and subjective sexual arousal in self-identified asexual women. *Arch Sex Behav.* aout 2011;40(4):699-712.
- 24 Bulmer M, Izuma K. Implicit and Explicit Attitudes Toward Sex and Romance in Asexuals. *J Sex Res.* 31 mars 2017;1-13.
- 25 De Cuypere G, Van Hemelrijck M, Michel A, Carael B, Heylens G, Rubens R, et al. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *Eur Psychiatry.* avr 2007;22(3):137-41.
- 26 DeLuzio Chasin C. Theoretical issues in the study of asexuality. *Arch Sex Behav.* aout 2011;40(4):713-23.
- 27 Gupta K. What Does Asexuality Teach Us About Sexual Disinterest? Recommendations for Health Professionals Based on a Qualitative Study With Asexually Identified People. *J Sex Marital Ther.* 2017;43 (1): 1-14.
- 28 Hinderliter A. Methodological Issues for Studying Asexuality. *Arch Sex Behav.* 2009;38 (5), 619-21.
- 29 Jons C, Hayter M, Jomeen J. Understanding asexual identity as a means to facilitate culturally competent care: A systematic literature review. *J Clin Nurs.* déc 2017;26(2324):3811-3831.
- 30 MacNeela P, Murphy A. Freedom, invisibility, and community: a qualitative study of selfidentification with asexuality. *Arch Sex Behav.* avr 2015;44(3):799-812.

- 31 Nurius P. Mental health implications of sexual orientation. *The Journal of Sex Research*. 1983;19(2):136-119.
- 32 Robbins N, Graff Low K, Query AN. A Qualitative Exploration of the « Coming Out » Process for Asexual Individuals. *Arch Sex Behav*. 2016;45 (3): 751-60.
- 33 Storms M. Theories of sexual orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1980;38(5):783-792.
- 34 Van Houdenhove E, Gijs L, T'Sjoen G, Enzlin P. Asexuality: few facts, many questions. *J Sex Marital Ther*. 2014;40 (3): 175-92.
- 35 Van Houdenhove E, Gijs L, T'Sjoen G, Enzlin P. Asexuality: A Multidimensional Approach. *J Sex Res*. 2015;52 (6): 669-78.
- 36 Van Houdenhove E, Gijs L, T'Sjoen G, Enzlin P. Stories About Asexuality: A Qualitative Study on Asexual Women. *J Sex Marital Ther*. 2015;41(3):262-81.
- 37 Yule M, Brotto L, Gorzalka B. A validated measure of no sexual attraction: the Asexuality Identification Scale. *Psychol Assess*. 2015;27(1):148-60.
- 38 Scherrer K. Coming to an Asexual Identity: Negotiating Identity, Negotiating Desire. *Sexualités*. 1 oct 2008;11(5): 621-641.
- 39 Yule M, Brotto L, Gorzalka B. Sexual Fantasy and Masturbation Among Asexual Individuals: An In-Depth Exploration. *Arch Sex Behav*. janv 2017;46(1):311-328.
- 40 Giralt H. Regard sur l'asexualité : parcours, représentations, santé et sexualité. mémoire en vue de l'obtention du DIU de sexologie; 2018.

Le serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.