



HAL
open science

Résistances et subversions des normes sexuelles dominantes dans l'expérience du cancer de la prostate : un horizon possible ?

Louis Braverman

► **To cite this version:**

Louis Braverman. Résistances et subversions des normes sexuelles dominantes dans l'expérience du cancer de la prostate : un horizon possible ?. Point[s] d'accroche, 2016. hal-02436404

HAL Id: hal-02436404

<https://hal.science/hal-02436404>

Submitted on 14 Sep 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.

GENRE, SCIENCES HUMAINES // 30.01.2016

RÉSISTANCES ET SUBVERSIONS DES NORMES SEXUELLES DOMINANTES DANS L'EXPÉRIENCE DU CANCER DE LA PROSTATE : UN HORIZON POSSIBLE ?

Louis Braverman

Avec plus de 50 000 nouveaux diagnostics chaque année en France, le cancer de la prostate est le cancer masculin le plus fréquent. Comme d'autres cancers et de nombreuses maladies chroniques, cette pathologie modifie le rapport à soi et le rapport aux autres des personnes touchées. Différentes sphères de la vie sociale peuvent être perturbées suite à son diagnostic, y compris la sexualité. C'est justement parce que la prostate est une glande de l'appareil génital masculin et que les traitements en cas de cancer entraînent des « difficultés » de la fonction sexuelle que la question de l'impact de cette maladie sur l'identité masculine et la sexualité se pose de manière spécifique. Qui plus est, ce cancer est une maladie de l'homme vieillissant qui, bien que très fréquent, possède un taux de survie moyen relativement élevé par rapport aux autres cancers.

Dans ce contexte, l'expérience du cancer de la prostate constitue un terrain propice pour interroger les grammaires de la sexualité et leur reconfiguration à mesure que sont remises en causes les normes sur lesquelles est bâtie la masculinité hégémonique, et notamment ce qu'il est possible de nommer le « pénis puissant », comme le propose le titre du dossier de cette revue. Dans quelle mesure les hommes atteints d'un cancer de la prostate et leur entourage peuvent-ils s'engager dans des formes de résistances aux normes sexuelles dominantes compte tenu de la vulnérabilité à laquelle ils sont exposés ?

Afin d'avancer des éléments de réponse à cette question, mon argumentation s'appuiera sur une approche relationnelle du genre qui conçoit la sexualité comme un site d'oppression hétéro-patriarcal historiquement et socialement construit. Loin d'une vision misérabiliste de la maladie fréquemment diffusée par les sciences sociales et le champ de la médecine, la perspective retenue ici sera aussi l'occasion de considérer les patients et leurs proches comme de réels acteurs qui ne sont pas nécessairement inféodés aux déterminants biologiques, culturels ou sociaux.

Après un bref retour sur les données et l'enquête sur lesquelles s'appuie cet article, une première partie aura pour objectif de rendre compte de la pluralité de l'incorporation des conséquences du cancer de la prostate sur la fonction sexuelle. Ensuite, une deuxième partie abordera les logiques d'affirmation du sujet par-delà le « pénis puissant » par le biais d'une analyse des résistances et resignifications sexuelles qui ont cours dans l'expérience du cancer de la prostate.

MÉTHODOLOGIE

Cet article s'appuie sur des entretiens semi-directifs réalisés dans le cadre de mon doctorat de sociologie. Ma thèse portant sur l'expérience du cancer de la prostate, j'ai notamment été amené à interroger des patients, des proches et des professionnel-LE-s de santé sur le vécu et la prise en charge de cette maladie. 68 entretiens semi-directifs ont pu être enregistrés au total. Plus précisément, ce corpus est composé de 55 entretiens de patients atteints d'un cancer de la prostate, 5 entretiens avec des personnes touchées par un autre cancer et 8 entretiens avec des acteurs du soin

[> retour au sommaire](#)

(médecins, infirmière d'annonce, esthéticienne, coordinatrice d'un réseau régional de cancérologie).

Pour ce qui est des entretiens réalisés avec des hommes atteints d'un cancer de la prostate, ceux-ci se sont déroulés à l'extérieur du milieu médical, le plus souvent à leur domicile. La conjointe ou l'épouse du patient était présente dans un tiers des cas, si bien que j'ai directement pu recueillir leurs témoignages. Un guide d'entretien a été utilisé lors des entrevues et plusieurs thèmes ont été systématiquement abordés : la trajectoire personnelle, la prise en charge médicale, la relation patient-médecin, les conséquences des traitements sur la vie quotidienne, le rapport au corps, etc. Le domaine de la sexualité a, bien-sûr, toujours été soulevé au cours des entretiens. Contre toutes attentes, les enquêtés ont accepté de parler de leur vie intime et de leur sexualité sans trop de tabou. Une hypothèse qui semble particulièrement pertinente pour expliquer cette liberté de ton est que le dicible et l'indicible seraient redéfinis du fait que la maladie brouille la ligne de démarcation entre la sphère publique et la sphère privée.

Les hommes touchés par le cancer de la prostate que j'ai interrogés peuvent être suivis pour cette pathologie depuis longtemps (plus d'une dizaine d'année pour certains) ou viennent tout juste d'apprendre leur diagnostic (une semaine après l'annonce au minimum). En outre, mon corpus est composé de personnes diagnostiquées à des stades différents et ayant opté pour les principaux traitements existants (chirurgie, radiothérapie, curiethérapie, ablatherme, chimiothérapie, hormonothérapie, surveillance active).

Tous hétérosexuels, les hommes de mon corpus sont en couple, célibataires ou veufs. L'âge moyen des patients interrogés est de 69 ans et 8 mois, le plus jeune ayant 53 ans et le plus âgé 90 ans. La plupart des individus enquêtés sont retraités au moment de l'entretien. Certains sont issus d'un milieu populaire (ouvrier, plombier, cuisinier, etc.) et d'autres, au contraire, disposent de nombreux capitaux et appartiennent à une classe sociale supérieure (ingénieur, prothésiste dentaire, entrepreneur immobilier, etc.).

Pour finir sur ces précisions méthodologiques, il est important d'ajouter que le recrutement des enquêtés s'est principalement fait à partir d'une présence au sein du milieu hospitalier puisque j'ai réalisé des observations ethnographiques dans quatre établissements publics distincts. Les sollicitations d'entretien n'ont essuyé que peu de refus ou de résistances une fois les contours et les objectifs de ma recherche précisés. Bien sûr, le consentement des enquêtés à la participation de ma recherche a été recueilli au préalable de l'entretien et des noms d'emprunts sont utilisés dans cet article.

MASCULINITÉS FACE À LA REMISE EN CAUSE DE LA TOUTE-PUISSANCE DU PÉNIS

Si le cancer de la prostate est de moins en moins synonyme de décès, puisque son taux de survie nette à cinq ans est estimé à 90% pour les hommes diagnostiqués entre 2001 et 2004^[1], les personnes qui sont touchées par cette maladie subissent souvent les conséquences de traitements invasifs dans leur quotidien. La littérature médicale documente d'ailleurs de manière précise les répercussions corporelles et psychologiques de ce cancer : fatigue, douleurs, « dysfonctions érectiles », troubles urinaires, bouffées de chaleur, atrophie pénienne, gynécomastie, baisse de la libido, troubles digestifs, dépression, troubles de l'éjaculation, etc. Toutefois, même si des statistiques portant précisément sur les limitations de la fonction sexuelle existent et que des mesures de la « qualité de vie » accordent une place à la subjectivité des patients, ces données font souvent l'impasse sur le régime de genre dans lequel s'inscrit l'expérience du cancer de la prostate.

Plus encore, les conséquences du cancer de la prostate sont souvent analysées sous le prisme d'une virilité en crise. Or, ce discours ne peut pas rendre compte par lui-même de la façon dont chaque homme, dans sa singularité, s'approprie des limitations corporelles qui touchent aux organes sexuels. Les travaux de Raewyn Connell^[2] constituent une alternative utile dès lors qu'il s'agit d'analyser les masculinités dans une perspective féministe. Selon la sociologue australienne, la masculinité n'est pas un attribut que l'on peut naturellement rattacher à un sexe biologique ou qui serait logiquement induit par le rôle social mais doit plutôt être comprise comme une configuration de pratiques qui prend sens de manière relationnelle. Plus précisément, Raewyn Connell avance que les masculinités sont plurielles, situées dans un espace social hiérarchisé, construites historiquement et amenées à s'adapter en fonction des expériences.

La sexualité selon cette conception relationnelle du genre constitue un site central d'investissement de la « masculinité hégémonique », c'est-à-dire la configuration de la pratique de genre qui se trouve au sommet de l'ordre du genre à un moment donné. En effet, être un « vrai » homme suppose d'être actif (hétéro)sexuellement, d'avoir des érections spontanées qui peuvent durer longtemps et des éjaculations de préférence abondantes, d'accomplir des rapports avec pénétration vaginale, d'avoir un pénis de taille importante ainsi qu'une libido intarissable. Cette idéologie du « pénis puissant » se distingue de la sexualité féminine définie comme son opposé complémentaire. C'est pourquoi elle participe à la reproduction de l'ordre de genre hétéro-patriarcal ainsi qu'à la subordination des masculinités qui échouent à incarner les normes sexuelles dominantes.

Cette thèse donne des clés pour expliquer pourquoi un échec dans la réalisation de la masculinité hégémonique peut être vécu par un homme comme une dégradation subjective. Effectivement, il n'est pas rare que la remise en cause de la toute-puissance du pénis qui fait suite aux traitements d'un cancer de la prostate amène les hommes touchés à se dire « émasculés ? », « diminués », « dévalorisés », « moins homme » ou encore « moins virils ». Joël, par exemple, a subi une prostatectomie au début de l'année 2014 et se rappelle avoir, un temps, « perdu [s]a virilité » :

Non je pense que c'était psychique. C'était psychologique. Pour moi le fait c'était de ne plus avoir aucune réaction, de ne plus avoir d'érection. Je ne me sentais plus un homme. Quand une infirmière venait je n'avais plus aucune réaction. Alors que la veille de l'opération l'aide-soignante est venue me raser et je commençais à avoir une érection. C'est des petits trucs où on se dit « ça y est je ne suis plus un homme. Ça ne me fait plus rien ». C'était très dur dans ma tête à accepter. (Joël, 63 ans, chauffeur livreur à la retraite, prostatectomie radicale en janvier 2014)

Plus loin dans l'entretien, Joël fait aussi un parallèle entre le déclassement dans la hiérarchie de genre, la diminution de ses capacités physiques et la division sexuelle du travail au sein de son couple :

Elle (son épouse) m'a soutenu moralement, même physiquement puisque quand je suis rentré à la maison elle faisait beaucoup de choses que je ne pouvais plus faire. Par exemple, pour aller faire les courses moi je conduisais la voiture et elle portait les paquets. Elle faisait tout le reste. Dès qu'il y avait quelque chose à soulever c'est elle qui le faisait. C'est pour ça que quand je suis sorti je me sentais diminué, ça m'avait fait perdre ma virilité. On se dit « ma femme est obligée de faire les corvées de l'homme ». Tout en sachant qu'on a aussi perdu les érections et tout ça, ça joue sur le moral.

Outre le fait que les répercussions du cancer de la prostate peuvent être perçues comme une parenthèse dans une trajectoire biographique, puisque Joël a récupéré sa force physique et n'estime plus que sa « virilité » est diminuée quelques mois après l'opération, l'extrait d'entretien précédent permet justement d'illustrer que la masculinité ne se réduit pas au fonctionnement physiologique des organes sexuels dits masculins. Cette précision amène d'ailleurs à souligner que les conséquences que les traitements du cancer de la prostate peuvent avoir sur le corps de nombreux hommes ne remettent pas toujours en cause leur masculinité car tous les sites qui participent à la production du genre ne sont pas ébranlés par la maladie. Les propos de Jean-Pierre font ainsi écho à ceux de bien d'autres hommes qui, comme lui, partagent des troubles de l'érection :

Je ne me dis pas « oh la la tu as perdu ta virilité, ta masculinité » [rires]. Et puis personne ne dit « il s'est fait opérer de la prostate, ah la gonzesse ». Ça n'existe pas ça [rires]. Et puis encore une fois rien n'a changé. On m'a retiré 30 grammes ou 40 grammes de camelote. (Jean-Pierre, 67 ans, ingénieur à la retraite, opéré d'un cancer de la prostate diagnostiqué en 2012)

Dans le cas de l'expérience du cancer de la prostate, l'idéologie du « pénis puissant » est également mise en balance avec la santé. De fait, la plupart des personnes que j'ai interrogées qui ont des troubles de l'érection, un pénis plus petit, ou encore une absence de libido à la suite des traitements qu'ils ont subi requalifient ces conséquences comme un moindre mal. Autrement dit, les répercussions physiologiques des traitements sont souvent vues comme le prix à payer face à la maladie, des effets secondaires qui doivent être relativisés par rapport au risque de mort posé par le cancer. Le discours Roland est éclairant sur ce point :

Roland – Le médecin que j'ai eu il m'a dit « écoutez monsieur il y a deux solutions, ou on ne fait rien et vous continuez à faire des galipettes et puis ça ne va probablement pas durer très très longtemps, ou je vous traite et probablement que les galipettes ça ne va pas s'arranger mais je vais vous prolonger votre durée de vie et vous faire profiter de vos petits-enfants ».

Louis Braverman – Il vous a exposé ça ?

Roland – Et moi je lui ai dit « je préfère mes petits enfants aux galipettes. (Roland, 65 ans, entrepreneur immobilier à la retraite, radiothérapie et hormonothérapie pour un cancer de la prostate découvert en 2012)

En outre, le fait que le cancer de la prostate soit une maladie de l'homme vieillissant, puisque l'âge médian du diagnostic se situe juste avant 70 ans, joue sur la manière dont sont incorporées les limitations de la fonction sexuelle. De nombreuses personnes ont témoigné du fait que le processus de déprise sexuelle^[3] était déjà engagé pour elles avant la découverte du cancer de la prostate et que, par conséquent, les répercussions des traitements dans le domaine de l'intime ont été accueillies avec une certaine indifférence dans leur couple. De même, un bon nombre d'enquêtés ont souligné que les conséquences sur la sexualité auraient été plus difficiles à supporter et à accepter plus jeune. C'est, par exemple, le cas de Jacques qui, bien que relativement jeune puisqu'âgé de 62 ans au moment de l'entretien, revient sur

l'absence d'éjaculation résultant de la prostatectomie qu'il a subi en 2013 :

Louis Braverman – Autre chose, le fait de ne plus avoir d'éjaculation est-ce que ça vous a...

Jacques – C'est un peu embêtant oui. Il n'y a plus ce plaisir là.

B. – Ça change votre plaisir ?

J.– Ça c'est sûr que c'est un truc qui est perdu, perdu, perdu. C'est vrai que c'est perturbant quand même. Ce n'est pas pour la reproduction, à 60 ans j'ai fait mes preuves. Enfin, je veux dire que j'ai des enfants. Mais c'est...

B. – Est-ce que c'est cette idée de masculinité encore une fois ?

J.– Oui, parce que là on ne peut plus éjaculer. C'est sûr. Par contre on peut avoir du plaisir quand même. C'est pas perdu ça. Mais c'est vrai que l'éjaculation. Bon, c'est peut être plus facile à admettre à 60 ans qu'à 30 ans.

B. – Vous pensez que l'âge a joué chez vous ?

J.– C'est sûr. (Jacques, 62 ans, chercheur en agronomie à la retraite)

Au final, c'est en étudiant de plus près l'incorporation des conséquences du cancer de la prostate sur la fonction sexuelle qu'il est possible de conclure que l'idéologie du « pénis puissant » ne pèse pas de manière homogène et automatique. Il existe plutôt une pluralité de positions face à la remise en cause des normes de la masculinité hégémonique. Loin d'être le fruit du hasard, elles sont, comme je l'ai montré, intriquées avec des questions de santé, d'âge et de classe notamment, puisque les précisions sur la position sociale des enquêtés à la suite de leurs propos donnent certaines indications sur le façonnement intersectionnel des subjectivités masculines. Plus largement, les « difficultés » de la fonction sexuelle gagnent à être interrogées en prenant en compte la complexité des trajectoires et positions masculines dans l'ordre du genre, l'orientation sexuelle, la « race » ou encore le contexte conjugal^[4].

RÉSISTANCES ET RESIGNIFICATIONS SEXUELLES EN L'ABSENCE D'UN « PÉNIS PUISSANT »

Considérer les personnes malades comme des sujets implique de ne pas rabattre les hommes atteints par le cancer de la prostate comme de simples spectateurs de leur épreuve. Loin d'être passifs et écrasés par l'institution hospitalière, les patients font preuve d'une importante combativité face à la maladie, mobilisent diverses ressources, s'appuient sur une pluralité de supports et mettent en œuvre un véritable travail biographique pour mieux vivre, voire dépasser la situation de vulnérabilité dans laquelle ils sont placés. À contre-courant des idées généralement partagées lorsqu'on parle des malades du cancer, la sexualité peut d'ailleurs constituer un terrain investi par les patients et leurs partenaires pour retrouver une certaine « normalité » quand beaucoup d'autres aspects de la vie ont été modifiés. En l'absence d'un « pénis puissant » cependant, les personnes touchées par le cancer de la prostate se heurtent aux normes dominantes de la sexualité. Une diversité de pratiques sont alors possibles pour (ré)investir le terrain de l'intime et certains hommes peuvent même trouver du plaisir dans une sexualité jugée subalterne par rapport aux canons de la masculinité hégémonique.

Lorsque les traitements du cancer ont un impact direct sur la fonctionnalité des organes génitaux, l'homme touché et sa partenaire peuvent agir ensemble pour dépasser certaines limites physiologiques. Un homme âgé de 72 ans qui a subi une prostatectomie et pour qui la sexualité est une dimension importante du couple m'a par exemple expliqué qu'il avait reconstruit sa sexualité grâce au soutien de son épouse qui est 25 ans plus jeune que lui :

J'ai essayé de moi-même reconstruire ma libido et de reconstruire ma sexualité. Aujourd'hui l'activité sexuelle est revenue. Tu n'as pas d'éjaculation physique, tu n'as plus de sperme mais tu jouis quand même. Tu jouis si tu sais t'y prendre, à condition que ta partenaire joue le jeu. C'est pas évident de faire passer ça à une partenaire, je pourrais t'en reparler plus longuement si tu veux. (François, 72 ans, ancien cadre. Prostatectomie en 2006)

Ce dépassement des limites organiques grâce à un travail de reconstruction ou de création n'est pas isolé. D'autres hommes m'ont révélé avoir « travaillé » pour regagner la capacité à éprouver du désir qu'ils avaient perdu à la suite de traitements hormonaux ou d'une opération par exemple. C'est le cas de Jean qui a eu une prostatectomie en 2012 et dit avoir retrouvé une libido satisfaisante grâce à la mobilisation de ce que John Gagnon a appelé des « scripts intrapsychiques »^[5] :

Tu sais, tu vas sur internet, tu regardes des films de cul. J'ai essayé de fantasmer, de me retrouver... Je croise une fille dans la rue, je regarde ses fesses. J'ai essayé de me forcer à faire des trucs comme ça pour dire que je travaille, peut

être en excès, je fais l'effort pour remettre la mécanique en route et me dire « ça me fait encore quelque chose de regarder une belle femme, un beau cul », pour avoir des gestes affectifs avec ma femme même si... Là il faut un peu le travailler quoi. (Jean, 54 ans, agent de la fonction publique territoriale)

Plus largement, les techniques biomédicales qui aident à retrouver des érections permettent à un grand nombre d'hommes de dépasser leurs limitations corporelles. Certains ont recours au Viagra, au Cialis ou à des médicaments du même type, d'autres font des injections intra-caverneuses, utilisent une pompe à vide, voire optent pour une prothèse pénienne. Ces outils peuvent constituer de réels supports face à la maladie et autorisent potentiellement la restauration d'une identité diminuée. Joël, dont j'ai souligné plus haut que la prostatectomie avait un temps affecté sa masculinité, s'est par exemple dit « rassuré » lorsqu'il a commencé à faire des injections intra-caverneuses et qu'il a constaté qu'il pouvait avoir des érections via ce procédé. De même, ce n'est qu'à partir du moment où Bruno a pu retrouver des érections avec l'aide du Cialis qu'il s'est dit « là ça va, je suis resté un mec » (Bruno, 53 ans, ingénieur dans l'aéronautique. Prostatectomie en 2013).

Ceci dit, ces techniques biomédicales ne sont pas toujours bien acceptées parce qu'elles sont contraignantes et impliquent des érections « mécaniques » qui ne sont pas « naturelles », pour reprendre le vocabulaire de plusieurs hommes que j'ai pu rencontrer. Or, cette opposition entre un ordre des choses artificiel face à un ordre des choses naturel est problématique pour la sociologie. Mauss l'a bien montré, le corps est « le premier et le plus naturel objet technique »[6]. Par ailleurs, le Viagra et les autres outils biomédicaux utilisés pour lutter contre les troubles de l'érection reproduisent une vision androcentrique de la sexualité[7]. Ils sont basés sur une conception du « pénis puissant » et renforcent l'impératif d'une sexualité pénétrative à tous les âges de la vie.

Et si certains couples abandonnent toute sexualité pénétrative après l'épreuve d'un cancer de la prostate, comme je l'ai souligné auparavant, cela peut être bien accepté. D'autres centres d'intérêt peuvent être favorisés à mesure que la sexualité pénétrative est délaissée. De même, l'expérience du cancer peut être l'occasion d'un rapprochement affectif au sein du couple. De nouveaux rapports qui prennent leurs distances avec l'érection et la norme pénétrative sont aussi fréquemment observables. Ils puisent dans une grammaire sexuelle plus large qui peut passer par des caresses ou des rapports bucaux-génitaux par exemple. Ainsi, les hommes et les femmes que j'ai rencontrés évoquent souvent le fait qu'ils sont contraints à recomposer leur sexualité vers une forme qui n'est plus pénétrative ni spontanée et qui doit également se passer de l'éjaculation. Denis évoque ce changement ainsi :

À partir du moment où on sait que, sauf exception, je n'arrive pas à réaliser une pénétration, on a adapté nos manières de faire. Donc effectivement on a adopté notre sexualité à ça et on a trouvé des façons de faire qui sont différentes mais qui sont convenables je dirais. (Denis, 63 ans, directeur de la vie étudiante dans un lycée. Prostatectomie en 2013)

Le même Jean qui a reconstruit sa libido en mobilisant des scripts intrapsychiques et qui a progressivement retrouvé des érections permettant occasionnellement la pénétration vaginale donne davantage de détails sur la manière dont il a recomposé ses pratiques sexuelles avec sa partenaire :

Jean – De toute façon on ne peut plus. Au début avant que ça arrive... ça prend plus de temps donc tu t'adaptes, c'est plus de caresses, une sexualité qui est différente.

Louis Braverman – Une sexualité moins pénétrative ?

Jean – Oui, tu fais un cunnilingus tu cherches à donner du plaisir à l'autre sachant que tu ne peux pas le donner avec ton sexe. Tu essaies de...

B. – Et ça c'était vu comme quelque chose de secondaire ou moindre qu'une sexualité normale entre guillemets ?

Jean – La sexualité ne s'arrête pas qu'à la pénétration. Il y a des préliminaires... On peut faire autre chose sans avoir la pénétration.

B. – Donc vous n'avez pas senti... [Je cherche mes mots]

Jean – Le fait de donner du plaisir, que ça soit d'une façon ou d'une autre, tu donnes quand même du plaisir. C'est quand même un plaisir sexuel, mais qui est moindre. Avec ma femme au début, tu as envie, tu as la libido, tu as la sensation que tu vas avoir, par contre, vu que le nerf de la jouissance sur le gland est différent du nerf érecteur, tu peux avoir aussi une jouissance mais tu peux demander à ma femme, pour faire bander un sexe mou il faut du courage [rires]. Tu te fais tirer sur le sexe, tu sens qu'il y a de l'excitation parce que tu aimes bien mais tu n'as pas

d'érection. Si elle veut te rendre ce que tu lui as donné il faut qu'elle s'arme de patience. Je ne sais pas si toutes les femmes ont autant de patience pour essayer de faire bander un sexe mou. (Jean, 54 ans, agent de la fonction publique territoriale, prostatectomie en 2012)

Au total, les hommes engagés dans l'expérience du cancer de la prostate peuvent développer de réelles résistances micro-politiques face aux normes dominantes de la sexualité. D'une part, les hommes atteints d'un cancer de la prostate vont à l'encontre de la catégorisation misérabiliste dont sont affectées les personnes malades et s'opposent à l'âgisme qui touche la sexualité des personnes vieillissantes lorsqu'ils continuent à entretenir une sexualité active quand bien même leur corps est limité dans ses fonctions biologiques. D'autre part, certains couples hétérosexuels bousculent l'idéal de la masculinité hégémonique en ouvrant le champ des possibles de la sexualité, par exemple à travers le développement de pratiques alternatives à la pénétration vaginale ou en trouvant de la satisfaction loin des injonctions à la performance.

Ceci dit, les ajustements qui se déploient dans l'expérience du cancer de la prostate sont régulièrement perçus comme contraints. Ils ne peuvent pas être analysés comme des résistances volontaires face aux normes dominantes de la sexualité. Jean évoque par exemple une sexualité « différente », qui est « moindre » et qui nécessite du « courage » de la part de sa partenaire. Un autre extrait d'entretien illustre particulièrement bien le fait que les pratiques qui font suite à la maladie peuvent être jugées comme incomplètes ou inférieures par rapport à la sexualité valorisée par la masculinité hégémonique :

Louis Braverman – Ça vous a amené à innover mais... Est-ce que c'était quelque chose par défaut ?

Alain – Oui c'était plutôt par défaut parce qu'on a plus le choix. Faut innover. C'est ça le problème. C'est pas satisfaisant à 100% mais ça va. C'est plus comme avant, il n'y a pas à tortiller ça n'a plus rien à voir. C'est autre chose.

B. – Et cette autre chose là...

Alain – Elle est satisfaisante ?

B. – Oui.

Alain – Plus ou moins. Je dirais que c'est 30% de ce que c'était avant quoi. [...] Ça change tout. (Alain, 68 ans, ancien plombier, prostatectomie en 2012).

CONCLUSION

Ayant la volonté d'étudier l'expérience du cancer de la prostate au plus près des pratiques, l'analyse déployée dans cet article s'est tout d'abord attelée à rendre compte de la pluralité de l'incorporation des conséquences de cette maladie sur la fonction sexuelle. Adoptant une perspective qui reconnaît aux sujets de soin la capacité de déployer des ressources et de s'appuyer sur différents supports pour dépasser la situation de vulnérabilité dans laquelle ils sont placés, mon regard s'est ensuite porté sur les resignifications et ajustements sexuels mis en œuvre dans la maladie ou après celle-ci.



Au final, la possibilité pour les hommes atteints d'un cancer de la prostate et leur entourage de s'engager dans des formes de résistances aux normes sexuelles dominantes semble marquée par l'ambivalence. Il est certain que l'idéologie du « pénis puissant » ne pèse pas de manière homogène sur les masculinités, qu'une majorité d'hommes peut accepter les « difficultés » de la fonction sexuelle entraînées par le cancer de la prostate et que des ajustements permettent une sexualité loin des normes dominantes. Les codes de la masculinité hégémonique restent toutefois largement respectés. S'il est possible d'attacher un potentiel disruptif à l'expérience du cancer de la prostate, celui-ci ne remet pas en cause l'ordre du genre de manière frontale.

Dès lors, une des limites de cette recherche est qu'elle ne donne pas d'indications sur les mécanismes par lesquels la fabrique sociale du genre peut être modifiée. Dans un article qui part d'un questionnement sur le relatif silence des féministes sur le vieillissement, Rose-Marie Lagrave^[8] propose de revaloriser la fragilité et la vieillesse, de sorte que la vulnérabilité devienne une ressource. Ce changement de perspective qui prend à contre-pied l'approche misérabiliste de la vieillesse et des limitations de l'autonomie pouvant survenir dans la maladie se révèle une piste politique féconde pour construire des rapports sociaux moins oppressifs. Prendre au sérieux cette proposition et y travailler au quotidien constitue, par exemple, un moyen par lequel il est possible de faire sortir les hommes atteints du cancer de la prostate et leur entourage du carcan des normes dominantes de l'âge et de la sexualité dans lequel ils sont placés.

NOTES

- [1] Pascale Grosclaude, Laurent Remontet, Aurélien Belot, Arlette Danzon, Nicole Rasamimanana Cerf, Nadine Bossard, *Survie des personnes atteinte d'un cancer en France 1989-2007. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim*, INVS, 2013.
- [2] Raewyn Connell, *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie* (1995), trad. Claire Richard, Clémence Garrot, Florian Voros, Marion Duval, Maxim Cervulle, Meoïne Hagège et Arthur Vuattoux (éds.), Paris, Amsterdam, 2014.
- [3] Marc Bessin et Marianne Blidon, « Déprises sexuelles : penser le vieillissement et la sexualité », *Genre, Sexualité & Société*, n° 6, 2011, en ligne ; Nathalie Bajos et Michel Bozon, « Les transformations de la vie sexuelle après cinquante ans : un vieillissement genré », *Genre, Sexualité & Société*, n°6, 2011, en ligne.
- [4] Sharman Levinson. « Les "difficultés" de la fonction sexuelle. Contextes, déterminants et significations », dans Nathalie Bajos et Michel Bozon (éds.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, 2008, p. 484-505.
- [5] John Gagnon, *Les scripts de la sexualité. Essais sur les origines culturelles du désir*, Paris, Payot, 2008, *passim*.
- [6] Marcel Mauss, « Les techniques du corps », dans *Journal de psychologie*, n°32, 1936, p. 372.
- [7] Laura Mamo et Jennifer R. Fishman, « Potency in All the Right Places : Viagra as a Technology of the Gendered Body », dans *Body & Society*, vol. 7, n°4, p. 13-35.
- [8] Rose-Marie Lagrave, « Ré-enchanter la vieillesse », *Mouvements*, n° 59, 2009, p. 113-122.

PARTAGEZ L'INFO :

 Facebook  Twitter  Google+  E-mail

◀ Article précédent

Article suivant ▶

POINT[S] D'ACCROCHE

Pensées plurielles féministes
autour du genre, du sexe et des
sexualités

INTERÉAGIR AVEC LA REVUE

Suivre l'actualité de la revue
Contribuer aux Dossiers thématiques
Lire, dire, réagir

LES DOSSIERS

Dossier N°1

THÉMATIQUES

À chaud (4) Archives (2)
Créations (8) Entretien (5)
Genre (11) Hors genre (1)
Nouvelles technologies (1)
Sciences humaines (6)
Société (5) vidéo (1)