

---

## **La dynamique des masculinités : ethnographie de couples hétérosexuels atteints d'une dysfonction érectile ou implantés d'une prothèse pénienne en Belgique francophone.**

**Auteur :** Jonniaux, Nathan

**Promoteur(s) :** Massart, Guy; Andrienne, Robert

**Faculté :** Faculté des Sciences Sociales

**Diplôme :** Master en anthropologie, à finalité approfondie

**Année académique :** 2020-2021

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/13644>

---

*Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

NOM : JONNIAUX

Prénom : Nathan

Matricule : s161017

Filière d'études : Anthropologie

## Mémoire de fin d'études

La dynamique des masculinités : ethnographie de couples hétérosexuels atteints d'une dysfonction érectile ou implantés d'une prothèse pénienne en Belgique francophone.

Promoteur : Guy Massart

Co-promoteur : Robert Andrianne

Lecteur : Patrick Govers

Lectrice : Elsa Mescoli

La réalisation de ce mémoire a été rendue possible par l'intervention de nombreuses personnes à qui j'aimerais communiquer mes remerciements les plus sincères et ma plus profonde gratitude :

En premier lieu, ma compagne Florence, qui m'a soutenu matériellement et émotionnellement tout au long du processus d'écriture et qui m'a aidé à la relecture. La réalisation de mon mémoire n'aurait pas été possible sans son implication active dans toutes les tâches quotidiennes qui forment la vie d'un couple et la vie de parents et que je n'ai pu assumer entièrement pendant plus de deux mois. L'amour qu'elle me porte et qu'elle porte à nos enfants a été un moteur considérable ;

Mon promoteur Guy Massart, pour son temps, ses remarques avisées, et pour m'avoir inculqué la passion de l'anthropologie. Chacun de nos échanges a été décisif dans l'orientation prise par mon mémoire ;

Mon promoteur Robert Andrianne ainsi que toute l'équipe du CETISM, pour leur confiance, tant en ce qui a concerné ma présence sur leur lieu de travail qu'en ce qui a concerné la mise en relation avec les patients dont ils et elles s'occupent ;

Mes lecteur·rice·s, Patrick Govers et Esla Mescoli, pour leurs commentaires et leurs conseils de lecture qui ont permis de dresser les bases de ce travail ;

L'ensemble du corps professoral de la Faculté des Sciences Sociales de l'Université de Liège, pour les connaissances transmises ces 5 dernières années ;

Tous les hommes et toutes les femmes rencontré·e·s sur le terrain qui ont accepté de répondre à mes questions et qui ont fait confiance à ma démarche ;

Toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la faisabilité de ma recherche ;

L'urologue Pierre Muller, pour m'avoir partagé l'importance que constitue l'urologie en termes de santé publique et pour m'avoir motivé dans mes démarches de recherche ;

Mon père et ma belle-mère, pour s'être occupé de notre fille Mia afin que je puisse avancer dans mon travail et que ma compagne puisse se reposer ;

Ma mère, pour avoir gardé Mia en des moments clés et pour sa pétillance ;

Ma sœur aînée Adeline, pour ses messages de soutien et pour sa bienveillance ;

Ma sœur jumelle Inès, pour être la personne à qui je tiens le plus au monde et pour la force et le courage qu'elle représente ;

Ma fille Mia, pour le bonheur qu'elle m'offre au quotidien, sans lequel une vie d'étudiant serait bien plus morose ;

Mon beau-fils Romàn, pour ses encouragements ;

Mes copains musiciens, Will et Max, pour avoir géré les concerts de cet été 2021 avec moi, pour leur bienveillance et pour leur soutien en pensées.

## Table des matières

<b>Introduction .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Contextualisation d'une ethnographie des masculinités en contexte biomédical .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1. Présentation de la problématique .....</b>	<b>7</b>
1.1.1. Questionnements de départ et démarches préliminaires .....	7
1.1.2. Identité et événement corporel : délimitation théorique.....	10
1.1.3. Notions biomédicales et processus de traitement de la dysfonction érectile.....	12
<b>1.2. Construction de la méthodologie.....</b>	<b>16</b>
1.2.1. De l'objet choisi à l'objet construit.....	16
1.2.2. Croisements interdisciplinaires et imbrications méthodologiques .....	20
1.2.3. Difficultés ethnographiques dans l'élucidation de la sexualité .....	27
<b>2. Des corps façonnés et des corps qui se façonnent .....</b>	<b>30</b>
<b>2.1. Le parcours biomédical, un choix par défaut ? .....</b>	<b>30</b>
2.1.1. La santé sexuelle comme modèle normatif institutionnalisé.....	30
2.1.2. L'abstention thérapeutique et la revalidation mécanique comme seuls traitements de la dysfonction érectile .....	32
<b>2.2. L'implant pénien et la construction du couple .....</b>	<b>38</b>
2.2.1. La capacité érectile comme idéal de jeunesse .....	38
2.2.2. La pénétration comme idéal de couple.....	41
2.2.3. Les rituels sexuels à l'épreuve des traitements de la dysfonction érectile .....	44
<b>2.3. La capacité érectile : une norme autant qu'un produit .....</b>	<b>49</b>
<b>3. Des masculinités dynamiques : priorisation de la sexualité et rapports de pouvoir.....</b>	<b>50</b>
<b>3.1. L'importance relative de la dysfonction sexuelle.....</b>	<b>50</b>
3.1.1. L'incapacité du corps masculin.....	50
3.1.2. L'histoire corporelle de la partenaire .....	53
<b>3.2. La mise en discours de la dysfonction érectile .....</b>	<b>58</b>
3.2.1. Les « foyers locaux de pouvoir-savoir » : armature théorique.....	58
3.2.2. En parler : l'aveu.....	60
3.2.3. Ne pas en parler : le mensonge et le paradoxe .....	65
<b>Conclusion.....</b>	<b>70</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>73</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>78</b>

## **Introduction**

Les recherches portant sur les masculinités constituent un domaine qui m'intéresse depuis plusieurs années. Au cours de mon cursus universitaire, j'ai eu l'occasion de travailler sur diverses thématiques à partir d'une perspective de genre. Je me suis intéressé aux études intersectionnelles en contexte latino-américain [Vigoya, 2015, 2018 ; Joseph, 2017 ; Ribeiro Corossacz, 2017] ainsi qu'aux dynamiques par lesquelles les nations, les nationalismes et les masculinités se co-construisent [Nagel, 1998 ; Vickers, 2013]. Les travaux que j'ai réalisés selon ces thématiques m'ont engagé à approfondir mes connaissances en ce qui concerne les rapports sociaux de sexe. D'une part, j'ai pu comprendre que le concept de genre ne peut être pensé en dehors d'autres concepts tels que la classe ou la race. La confrontation de ces concepts permet de comprendre toute la complexité des rapports de pouvoir. D'autre part, j'ai pu comprendre comment les représentations sociales peuvent être à la fois le produit et la base des rapports de pouvoir qui se jouent entre hommes et femmes et entre les hommes eux-mêmes. Après m'être penché sur d'autres perspectives anthropologiques, je suis revenu en fin d'année 2020 sur des questions propres à la construction des masculinités. C'est à ce moment-là que j'ai pris la décision d'élaborer une recherche portant sur la santé sexuelle des hommes en me focalisant sur des maladies et des interventions chirurgicales urologiques.

Ma recherche a pris place en des espaces qui ont nécessité deux méthodologies différentes. Le premier espace était le service d'urologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Liège. J'y ai réalisé des observations dans les cabinets de deux urologues et d'une psycho-sexologue. Le second espace était celui de l'entretien, qui pouvait se dérouler dans le domicile des individus interrogés, sur leur lieu de travail, par téléphone ou par visioconférence. En tout et pour tout, j'ai réalisé 27 entretiens avec 20 hommes atteints d'affections urologiques diverses. Parmi ces entretiens, 8 sont des entretiens de couple. L'élaboration de ma recherche a été chapeautée par mes deux promoteurs, Guy Massart, anthropologue, et le Professeur Robert Andrienne, urologue. Le Pr Andrienne a tenu une place particulière dans ma recherche car il en a délimité les contours tout comme il en a été le sujet. Je me suis en effet focalisé sur sa propre spécialité dans le domaine de l'urologie : la dysfonction érectile et l'implantation de prothèses péniennes. Il reçoit dans son cabinet de consultation des patients cherchant à revalider leur fonction érectile. J'ai pu m'entretenir avec 11 de ces patients : 9 d'entre eux sont des patients implantés, l'un d'entre eux se faisait implanter au mois d'août 2021 et le dernier était dans un processus de diagnostic de sa dysfonction érectile. La prothèse pénienne constitue une solution de revalidation de la fonction érectile lorsque d'autres traitements ne fonctionnent pas.

Mener une étude ethnographique dans un service d'urologie en s'intéressant à la dysfonction érectile des patients rencontrés a été considérée par mes promoteurs comme une possibilité

d'« ouverture » [Extrait du journal de terrain<sup>1</sup>, 09/04/2021. Rencontre avec mes deux promoteurs, en visioconférence]. Il s'agit tant d'une ouverture à l'interdisciplinarité que d'une ouverture thématique pour de futurs travaux anthropologiques. La dysfonction érectile et l'implantation de prothèses péniennes ont déjà fait l'objet de nombreuses études mais aucune d'entre elles, pour ce que j'ai pu en voir, n'a été menée à partir de méthodes proprement ethnographiques. Le Centre d'Étude et de Traitement des Sexopathologies Masculines (CETISM), qui dépend du CHU de Liège et dont le Pr Andrienne fait partie, a par exemple réalisé diverses recherches auprès de patients les ayant consulté entre 1985 et 1997. Le CETISM est composé d'urologues, de sexologues et de psychologues qui assurent, entre autres, le suivi médical et psychologique de patients implantés d'une prothèse pénienne. Les urologues de cette équipe réalisent des implantations depuis 1982 [Kempeneers *et al.*, 1994a].

Les études menées par le CETISM sont principalement quantitatives. Il s'agit de recherches par questionnaire adoptant des perspectives psychologiques. Elles cherchent à mesurer les taux de satisfaction des patients implantés ainsi que les éventuelles raisons qui les amènent à déprécier l'implant pénien. Par exemple, les patients implantés interrogés indiquent que l'aspect artificiel de l'érection – qui dépend du dispositif mécanique que constitue l'implant pénien – peut être source de « contrariétés » [Kempeneers *et al.*, 1994a]. Il est également admis que l'implantation d'une prothèse pénienne entraîne une légère réduction de la taille du pénis. Urologues et psychologues cherchent alors à comprendre comment cette réduction, objectivement peu significative, acquiert de l'importance chez les patients qui s'en plaignent, et à quelles « dimensions de la virilité » leurs perceptions se rattachent [Kempeneers *et al.*, 2001]. Les recherches essaient également de comprendre pourquoi les patients acceptent ou refusent la solution prothétique. Avant 1992, le coût de l'implant, qui n'était pas remboursé, constituait la principale raison de refus [Kempeneers *et al.*, 1994b]. Cette motivation était généralement couplée chez les patients à d'autres facteurs tels que l'artificialité de l'implant, leur âge ou leur état de santé [*Ibid.*]. Cependant, à partir de 1992, la prothèse pénienne a fait l'objet d'un remboursement à hauteur de 80%. Les patients ne doivent désormais déboursier plus que 1000€ sur les 5000€ de coût [Mormont et Andrienne, 2012]. Enfin, des études cherchent à dresser des profils psychologiques (schizophrénie, dépression, anxiété) qui permettent de constituer des typologies de patients atteints d'une dysfonction érectile [Mormont *et al.*, 1981, 1989]. D'autres articles discutent également du parcours de soin médical et psycho-sexologique dans le cas des traitements de la dysfonction érectile par implantation d'une prothèse pénienne [Andrienne, 2016 ; Debois, 2016].

Les recherches mentionnées ont été intéressantes à parcourir en ce qu'elles m'ont permis d'envisager l'étendue de mon objet de recherche. Elles m'ont également permis de m'accoutumer au vocabulaire médical et psychologique utilisé par les différent·e·s intervenant·e·s sur le terrain.

---

<sup>1</sup> Cela sera désormais référencé EJT.

Cependant, les interprétations psychologiques dont elles font l'objet n'ont pas pu éclairer, du moins dans un premier temps, la perspective anthropologique que je cherchais à construire. Il a donc fallu que je me détache de certains de leurs résultats pour pouvoir mener à bien mon projet. Je n'ai pas trouvé, en Belgique francophone, d'études sociologiques et/ou anthropologiques faisant part d'intérêts similaires aux miens. J'avais néanmoins besoin de me confronter à de la littérature se rapprochant des sujets que je traitais. Je me suis donc tourné vers des études sociologiques françaises.

En France, il existe de larges études pluridisciplinaires qui cherchent à répertorier et analyser les comportements sexuels de la population française. Les années 1970 ont fait apparaître des intérêts sur la sexualité suite à la diffusion de la contraception [Bajos et Bozon, 2008a]. L'épidémie de sida, survenue dans les années 1980, a ensuite constitué un moment clé dans la production de connaissances relatives à la sexualité des individus [Bajos et Bozon, 2008b]. Les études les plus récentes se sont également inquiétées des affects et des rapports de pouvoir que concerne la sexualité en France [*Ibid.*]. Ces études ont des perspectives plutôt sociologiques et se basent sur une méthode quantitative par entretiens téléphoniques. Certaines d'entre elles m'ont été utiles en ce qu'elles proposent des conceptualisations proches de mes perspectives analytiques. Ça a été le cas pour un article d'Armelle Andro et Nathalie Bajos [2008] qui discutaient de la prépondérance de la norme érectile dans les répertoires sexuels des individus interrogés. Ça a également été le cas d'auteurs partageant des points de vue critiques sur la notion de « santé sexuelle » [Bajos et Bozon, 1999 ; Debergh, 2020] qui est fondamentale pour comprendre l'organisation des parcours biomédicaux de traitement de la dysfonction érectile.

En ce qui concerne les approches anthropologiques, je dois dire ne pas avoir trouvé d'ethnographies s'intéressant spécifiquement au domaine de l'urologie. À ses débuts, le champ de l'anthropologie médicale, dans lequel ma recherche se situe, s'est principalement constitué autour des médecines traditionnelles qu'on retrouve en Amazonie, en Afrique et en Asie. L'étude de ces différentes médecines n'est évidemment pas indépendante de l'histoire coloniale des pays correspondants. Elle n'est donc pas non plus indépendante de l'histoire de l'anthropologie elle-même [Weber, 2015]. L'anthropologie médicale s'est nécessairement intéressée à la confrontation des médecines traditionnelles avec la biomédecine, et inversement. Malgré des travaux s'intéressant spécifiquement à la biomédecine, je n'ai pas trouvé de recherches traitant du même objet que le mien. Je me suis donc tourné vers l'anthropologie de la sexualité et j'y ai trouvé quelques bases théoriques et méthodologiques pouvant étayer l'élaboration de ma recherche [Bazin *et al.*, 2000 ; Lyons *et al.*, 2006]. Je me suis inspiré des travaux de Maurice Godelier [2002, 2010] qui m'ont surtout aidé à définir le courant épistémologique dans lequel je m'inscris ainsi que des notions problématiques pour l'anthropologie telles que l'imaginaire et les représentations. De manière plus large, ma recherche s'inscrit également dans le champ de l'anthropologie de la parenté et dans celui de l'anthropologie de l'enfance et de la jeunesse. Ces champs ont eu une certaine influence dans le traitement de mes matériaux mais n'ont pas

été constitutifs de mes approches méthodologiques et théoriques en tant que telles. Sur base de mes matériaux de terrain, j'ai également réalisé une proposition de recherche en anthropologie sensorielle pour le cours de Juliette Salme en cette année académique 2020-2021. C'est une perspective qui pourrait être développée ultérieurement.

Finalement, l'armature théorique de ma recherche a été fortement influencée par les travaux de Michel Foucault [1976]. J'y ai trouvé une manière de lire le social qui m'a été tout à fait utile pour comprendre mes matériaux et pour les mettre en cohérence. La lecture de Foucault m'a en effet permis de m'extraire de perspectives sociologiques structuralistes qui conçoivent le social en termes de grandes oppositions binaires. J'ai pu réconcilier les approches micro et macro-sociales et comprendre leur construction et leurs influences mutuelles. Pour un travail comme le mien, il serait pertinent de s'intéresser également aux travaux de Judith Butler [2006] qui se basent, entre autres, sur ceux de Foucault. Les travaux de Butler proposent de nouvelles perspectives dans les études de genre que je n'ai pas eu l'occasion d'intégrer à la présente analyse.

Les études de genre ont évidemment constitué un fondement de ma recherche. La place qu'elles y occupent fera l'objet d'une mise en contexte dans la première partie de ce travail. Elles ont permis d'intégrer ma problématique dans un champ de recherche féministe duquel elle est indissociable. Ma problématique se décline, dans sa première acception, comme suit : comment les identités masculines évoluent-elles selon l'apparition d'événements corporels urologiques ? Nous verrons que cette question transversale n'est qu'un point de départ qui fera l'objet de précisions, de redéfinitions et de remaniements. Elle a cependant donné naissance à d'autres questions auxquelles il s'agira également de répondre dans ce mémoire : comment le parcours de traitement de la dysfonction érectile se construit-il au sein du rapport conjugal ? Comment l'institution biomédicale se dresse en pourvoyeur de normes corporelles et sexuelles ? Comment les hommes expérimentent leur corps suite à un cancer et comment l'expérimentent-ils lorsque leur partenaire est malade ? Comment, finalement, la (non) mise en discours de la sexualité constitue un enjeu de pouvoir central pour la construction des masculinités ?

Je débiterai cet écrit avec la mise en contexte de mes premières démarches de terrain et des perspectives méthodologiques et théoriques de ma recherche. J'y développerai ce qui a motivé la construction de mon objet ainsi que ce qui en a limité les ambitions. J'expliquerai en effet comment l'objet et la méthode se sont co-construits et en quoi ils ont été dépendants de la délimitation de mon terrain de recherche. Je définirai également ma problématique d'un point de vue tant anthropologique que biomédical. Ensuite, je montrerai comment les parcours de traitement de la dysfonction érectile se construisent aussi bien dans les couples que par l'institution biomédicale. J'y défendrai que ces parcours ne peuvent être compris comme le seul produit de choix rationnels ni comme la résultante de normes sociales absolument contraignantes. Pour finir, j'adopterai une perspective foucauldienne pour analyser la manière avec laquelle les discours produisent des positions de pouvoir qui forment une des bases de la transformation des masculinités. Il s'agira de comprendre comment l'aveu de la dysfonction érectile

et les silences qui l'entourent sont tout autant le résultat et le produit d'idéaux masculins qui placent simultanément les hommes dans des positions de domination et de subordination.

## **1. Contextualisation d'une ethnographie des masculinités en contexte biomédical**

Une recherche ethnographique a ceci de particulier qu'elle ne peut contrôler chaque aspect de son développement. Son élaboration est le fait de nombreux facteurs que le·la chercheur·e ne doit pas espérer maîtriser entièrement. L'ethnographe peut bien sûr partir d'affinités qu'il·elle entretient avec une thématique ou une problématique anthropologique. Généralement, sa recherche est néanmoins liée à des exigences institutionnelles, qu'elles soient universitaires ou gouvernementales. Elle est donc nécessairement politique, tant par les objets qu'elle construit que par les enjeux auxquels elle répond. Plus que de ne pas chercher à maîtriser le déroulement d'une recherche, ethnographier nécessite donc de s'avouer ne pas le pouvoir. L'ethnographe doit jongler avec ce que les individus et groupes qu'il·elle rencontre voudront bien, ou non, lui montrer et lui dire. Il·elle jonglera également avec ce que ces individus et groupes lui demanderont de faire ou d'éviter pour que sa présence soit convenante. Ethnographier, c'est se connecter le temps de quelques mois ou de quelques années à ces individus et groupes avec lesquels on souhaite produire des connaissances. C'est partir du principe que ces connaissances peuvent être produites par l'immersion et que par la rigueur critique de leur analyse elles seront érigées au statut de science. Dans cette première partie, je vais donc présenter comment s'est construite mon immersion de quelques mois auprès d'hommes et de femmes suivant ou ayant suivi un parcours de traitement d'une dysfonction érectile. Et je vais montrer comment cette immersion est le produit tant de choix personnels que de contraintes qui se sont imposées à moi au cours du terrain.

### **1.1. Présentation de la problématique**

#### **1.1.1. Questionnements de départ et démarches préliminaires**

J'ai commencé à m'intéresser aux rapports entre masculinités et soins de santé dans le domaine de l'urologie à la lecture d'une étude de Lucero Barrera Fuentes rapportée par Mara Viveros Vigoya [2018]. Vigoya explique que « des maladies telles que le cancer peuvent être associées à des pratiques à risque comme la consommation de tabac et d'alcool et sont en outre détectées à un stade plus avancé [que chez les femmes], notamment parce que les hommes ne sollicitent pas les services médicaux à temps » [2018 : 90]. Ce constat a été fondateur dans le début de mes questionnements parce qu'il faisait directement écho à mes propres expériences corporelles et médicales. À l'âge de 15 ans, j'ai subi une torsion testiculaire. Il s'agit d'un « accident aigu de torsion du cordon spermatique menaçant la vascularisation du testicule sous-jacent et nécessitant une intervention d'urgence » [Dictionnaire médical de l'Académie de Médecin, 2021]. La torsion s'est caractérisée par une douleur soudaine et intense au testicule droit. Elle est survenue alors que j'étais en cours de sciences, à l'école secondaire. La douleur ne passant pas, j'ai prétexté à la professeure avoir besoin d'uriner et me suis rendu aux toilettes. J'y ai constaté une bourse anormalement gonflée et une douleur permanente. J'ai directement demandé au secrétariat de mon école de passer un coup de fil à mon père pour qu'il vienne me chercher. Au

téléphone, j'ai prétexté un mal de ventre. Une dame du secrétariat se tenait à côté de moi et je n'envisageais pas de dire à voix haute de quel problème j'étais atteint. Ce n'est qu'à l'arrivée de mon père que je lui ai expliqué la vraie raison de mon appel. Je lui ai demandé de m'emmener aux urgences. À l'hôpital, une fois pris en charge, le personnel soignant m'expliqua qu'il était encore temps de m'opérer et d'éviter l'ablation de mon testicule. Si j'étais arrivé à peine quelques heures plus tard, j'aurais probablement perdu mon testicule. Rétrospectivement, je me suis donc posé la question : et si la difficulté que j'avais eu d'annoncer ouvertement mon problème avait impliqué d'arriver trop tard aux urgences ?

C'est en tout cas la réflexion qui m'est venue à la lecture de Viveros. La peur ou la honte de parler d'un problème médical urologique constituait un comportement à risque qui aurait pu mettre en danger ma propre santé. C'est de cette manière que j'en suis venu à me demander si d'autres hommes, en Belgique, pour des raisons similaires, ont tendance à ne pas solliciter à temps leur médecin. Cette intuition m'avait par ailleurs été confirmée par un urologue que j'ai consulté quelques années plus tard pour des douleurs testiculaires liées à des varicocèles<sup>2</sup>. Il m'exprimait son contentement vis-à-vis du fait que je consulte pour une telle raison car il lui était arrivé de recevoir un jeune homme de mon âge atteint d'un cancer testiculaire qui en était décédé du fait d'avoir consulté tardivement. J'ai donc commencé à m'intéresser à cet intervalle de temps entre l'apparition de symptômes et la prise de rendez-vous avec un médecin : est-ce relatif à une crainte ? Les hommes ont-ils une certaine propension à mourir ou à mettre leur vie en danger parce qu'ils ne parlent pas de leurs problèmes médicaux à leur médecin ? parce qu'ils n'en parlent pas entre eux ? parce qu'ils n'en parlent pas à leur partenaire ?

C'est en tout cas une hypothèse qui faisait son chemin à mesure que je parlais de mon projet de mémoire autour de moi. Certains amis n'avaient jamais entendu parler d'« urologie ». Il ne fait aucun doute pourtant qu'ils avaient déjà entendu parler de gynécologie. Nos mères, nos sœurs, nos amies ont toutes consultées un·e gynécologue dès l'arrivée de la puberté. Personne, parmi les proches avec lesquelles j'en ai parlé, n'a contredit le fait que le traitement médical de l'organe génital est totalement différencié selon qu'il soit masculin ou féminin. Il n'existe pas les mêmes préventions, pas les mêmes informations, pas les mêmes injonctions à la consultation selon qu'on soit né·e avec un pénis ou avec un vagin. Quelles conséquences pour la santé des hommes et des femmes ? C'est certainement la question transversale qui motive l'écriture du présent mémoire et qui motivera la réalisation de travaux ultérieurs.

Lorsque j'ai entamé mes premières démarches de terrain, je me suis demandé de manière assez large quel rapport existait « entre masculinités et soins de santé dans le domaine de l'urologie en Belgique ? » [Extrait du journal de terrain, 03/02/2021]. Cette première question était alors déjà teintée

---

<sup>2</sup> « Dilatation variqueuse des veines du cordon spermatique » [Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, 2021].

de deux présupposés. Le premier admettait l'existence d'une pluralité de masculinités et le second admettait qu'entre ces masculinités et les soins de santé urologiques il existait un rapport dont je n'avais encore que de maigres hypothèses. Le présent mémoire a pour ambition de décortiquer les tenants et aboutissants de ce second présupposé. Le premier présupposé provient quant à lui d'influences aussi diverses et complémentaires que les études de genre, les études féministes et l'étude critique des masculinités. L'étude critique des masculinités a été fondée en partie sur les travaux de Raewyn Connell dont l'ouvrage *Masculinities* [2005] a constitué une première grande ébauche. Connell y instaure le concept de « masculinité hégémonique » que Haude Rivoal définit, en résumé, comme « une masculinité en position dominante dans un contexte précis » [Rivoal, 2017 : 142]. Cette masculinité, qui peut également être considérée au pluriel [Connell et Messerschmidt, 2005], se constitue en point d'ancrage « à partir duquel sont analysés les processus de hiérarchisation, de normalisation et de marginalisation d'autres formes de masculinité et de féminité » [Rivoal, 2017 : 142]. Le concept de masculinités est utilisé au pluriel en ce qu'il permet de concevoir, comme le fait le concept de genre, les processus de hiérarchisation et de différenciation qui existent entre hommes et femmes mais aussi ceux qui existent entre hommes. Partir de ce concept me permet donc de m'inscrire dans un courant d'étude spécifique qui ne demande qu'à continuer d'éclorre. J'ai également la volonté d'étudier les hommes comme des sujets genrés et de répondre à une invitation formulée par des auteures féministes, Huguette Dagenais [1987] et Deirdre Meintel [1987]. Elles appellent à s'intéresser aux « représentations masculines des rapports hommes-femmes, de la vie familiale, de la sexualité, de la paternité, du domestique, du "privé" en général » [Dagenais, 1987 : 37]. Les fondements de ma recherche se veulent donc ouvertement féministes, ancrés sur les méthodologies développées depuis les années 1970 et dont l'étude critique des masculinités constitue un prolongement plus récent.

Les perspectives ethnographiques relativement larges que pouvaient accueillir mes premières questions m'ont amené à la nécessité de délimiter progressivement un terrain de recherche. Ne sachant par où commencer, j'ai pensé qu'il serait intéressant de m'entretenir avec des individus ayant été atteints d'une quelconque affection urologique. J'ai alors rendu public un message sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram et WhatsApp). En voici un extrait :

« Je m'intéresse spécifiquement aux maladies (cancer du testicule, cancer de la prostate, troubles de l'érection, IST, etc.) et opérations (vasectomie) qui concernent l'appareil génital masculin. Ce que je cherche à comprendre, c'est comment ces maladies/opérations affectent la vie sociale et intime des personnes qui les subissent, et comment elles affectent également leur identité de genre (en tant qu'homme, ou en tant que femme, cisgenre ou transgenre). » [Extrait du message public, 15/03/2021]

Toujours dans une perspective critique et féministe, il était nécessaire dès le départ de ma recherche de définir un cadre qui ne soit pas essentialiste. Autrement dit, un cadre de recherche qui ne prenait pas en considération les seuls hommes identifiés comme tel par le fait d'avoir un pénis. Je tenais à exprimer mon intérêt pour l'appareil génital « masculin » indépendamment de l'identité de genre des

individus que je rencontrerais. Je voulais par ailleurs concevoir les masculinités dans leur aspect dynamique. Il s'agissait principalement de considérer qu'elles ne sont pas des données naturels ni fixes. Je supposais qu'elles se construisaient au sein des rapports sociaux et que des événements corporels urologiques pouvaient mener à leur transformation. Cependant, à ce moment-là, je n'avais pas encore de réels apports théoriques à ce propos mais quelques discussions avec des professeurs m'ont guidé dans cette direction. Patrick Govers, lecteur de mon mémoire, m'a indiqué au cours d'une rencontre que « les masculinités sont dynamiques et évoluent dans le temps » [EJT, 10/03/2021. Entretien par visio-conférence]. Guy Massart, promoteur de mon mémoire, m'a invité à considérer cet aspect dynamique par le fait qu'on ne peut pas « comprendre la sensibilité d'un homme sans comprendre ses états antérieurs, comment ça évolue. Comment ça se redéfinit. Comment la perception du corps, de l'idéal, évolue » [EJT, 08/03/2021. Conversation avec Guy Massart]. Ces réflexions m'ont finalement aidé à concevoir la problématique transversale qui a accompagné ma recherche. Comme expliqué en introduction, elle a été un point de départ mais pas un point immuable. Pour comprendre comment elle s'est transformée au cours de mon travail, j'aimerais commencer par définir les notions qui la composent.

### **1.1.2. Identité et événement corporel : délimitation théorique**

Bien que je les aie utilisées dès le début de ma recherche, les notions d'« identité » et d'« événement corporel » se basaient sur des appréciations personnelles que je n'avais pas pris la peine de définir. J'envisageais l'identité, de manière assez large, comme le produit d'une négociation entre auto-détermination et détermination de soi par d'autres. J'envisageais l'événement corporel comme une notion me permettant de parler aussi bien de maladies que d'interventions chirurgicales. Ces définitions intuitives n'étaient pas vides de sens et ont été suffisantes pour m'avancer dans mon projet de recherche. Cependant, elles nécessitent à présent d'être confrontées à des perspectives plus théoriques.

Godelier explique qu'il n'existe pas pour les individus « d'« essence » immuable, d'identité inaltérable » [2010 : 38]. Cette acception peut déjà faire l'objet de plusieurs commentaires. Tout d'abord, Godelier entend par-là qu'on ne peut pas concevoir l'identité comme un acquis naturel. Comme je l'expliquais dans la section précédente, cela implique que l'identité de genre n'est pas induite par le fait d'avoir un organe sexuel dit « féminin » ou « masculin ». Ensuite, l'altérabilité de l'identité correspond au fait qu'un même individu ne conserve pas forcément la même identité au cours de sa vie. L'identité ne peut donc être conçue ni comme étant naturelle, ni comme étant permanente. Un exemple relativement accessible à cet égard est l'identité nationale. Elle peut changer au cours d'une vie, au gré par exemple d'un parcours migratoire. Des individus peuvent changer de nationalité ou acquérir une deuxième nationalité en plus de celle se rapportant à la nation qui les a vu naître. Par la migration, ces individus emportent avec eux des pratiques et des croyances. Par leur confrontation avec les modèles du

pays d'accueil, ces pratiques et croyances peuvent elles-mêmes être altérées<sup>3</sup>. Tout comme ses pratiques se transforment, tout individu semble donc amené à se transformer selon ce à quoi il se retrouve confronté au cours d'une vie. Le postulat permanent et immuable de l'identité ne peut donc pas tenir.

Bien sûr, ce qu'il me faut définir dans le présent mémoire est moins l'identité nationale que l'identité de genre. Éric Fassin, dans la préface de l'ouvrage de Judith Butler « Trouble dans le genre », écrit que « le genre n'est pas notre essence, qui se révélerait dans nos pratiques ; ce sont les pratiques du corps dont la répétition institue le genre » [2006 : 14]. Connell propose quant à elle que la masculinité « *is not just an idea in the head, or a personal identity. It is also extended in the world, merged in organized social relations* » [2005 : 29]. Je partirai de ces deux définitions pour comprendre comment les pratiques et les discours des hommes construisent leurs masculinités au sein des rapports qu'ils entretiennent entre eux et avec les femmes. Les rapports hommes-femmes ne peuvent en effet être évacués de l'analyse. Godelier dit de l'identité qu'« aucun groupe ni aucun individu ne peut se définir par rapport à lui-même mais toujours par rapport à d'autres du même sexe ou de l'autre sexe » [Godelier, 2010 : 27]. Pour m'intéresser aux identités masculines, il aurait donc été inadéquat de ne rencontrer que des hommes. Ce qui donne nécessairement à cette perspective théorique des implications méthodologiques. Je ne peux en effet concevoir une étude critique des masculinités uniquement avec des hommes, « *as if women were not a relevant part of the analysis* » [Connell et Messerschmidt, 2005 : 837]. Les corps des hommes comme celui des femmes constitueront, dans mon analyse, autant de points à partir desquels penser les masculinités.

Cela me mène alors à la définition de l'événement corporel. Avant d'en venir à cette notion, j'avais proposé au Pr Andriane celle d'« expérience corporelle ». J'entendais par-là différents états par lesquels le corps d'un individu pouvait passer. Me demandant de mieux définir ce que j'entendais par « expérience », le Pr Andriane m'a expliqué parler dans le cadre de son métier d'« intervention » médicale ou d'« événement » médical. C'est de ce dernier terme que je me suis inspiré pour décrire l'apparition soudaine ou progressive d'affections, mais aussi pour décrire toute autre modification du corps induite par une intervention médicale. David Le Breton propose une définition de l'événement corporel en rapport avec la perception de la douleur : « [la douleur] n'est pas une sensation mais une perception, c'est-à-dire pour l'individu la confrontation d'un événement corporel à un univers de sens et de valeur » [Breton, 2009 : 326]. Il s'agit en définitive d'une définition relativement objective bien qu'orientée par un regard proprement biomédical. L'événement corporel, dans cette acception, peut en

---

<sup>3</sup> C'est un processus qui peut s'observer entre autres dans la reconstruction des pratiques alimentaires [Mescoli, 2014]. En Europe, dans des restaurants nord-africains par exemple, des plats jugés exotiques par des Européen·ne·s peuvent être préparés différemment que dans le pays d'origine pour correspondre aux habitudes et aux attentes gustatives du public ciblé [Garnier, 2010]. Ce type de réarrangement se remarque d'autant plus que des migrant·e·s de deuxième ou troisième génération peuvent juger les mêmes plats trop peu épicés par rapport à ce qu'ils·elles attendraient d'une cuisine africaine authentique [Jonniaux, 2021].

effet désigner le mal de tête comme la piqûre de moustique, la brûlure comme l'entorse. J'aimerais cependant proposer de replacer cette notion dans la perspective de genre de ce travail. Certes, l'événement corporel désignera des altérations du corps objectivables d'un point de vue biomédical. Il s'agira en premier lieu de la dysfonction érectile ainsi que toutes les affections (cancer de la prostate, maladie de Lapeyronie, etc.) et opérations (prostatectomie, implantation d'une prothèse pénienne) qui la concernent de manière plus ou moins directe. Mais l'événement corporel sera aussi nécessairement compris dans ce qu'il implique comme discours et pratiques qui entraînent des modifications et des transformations des masculinités.

Mon terrain de recherche se déroulant en grande partie en milieu hospitalier et s'intéressant principalement à des hommes et des femmes rencontrés dans ce contexte, le vocabulaire utilisé pour désigner les événements corporels sera principalement biomédical. C'est à l'éclaircissement de l'usage spécifique qui est fait de ce vocabulaire et de ce qu'il désigne que se voue la section suivante.

### **1.1.3. Notions biomédicales et processus de traitement de la dysfonction érectile**

La dysfonction érectile<sup>4</sup> (DE) est définie comme étant « *the inability to achieve or maintain an erection sufficient for sexual performance* » [Rodriguez et Pastuszak, 2017 : 851]. Les dysfonctions érectiles peuvent être la conséquence de facteurs aussi bien psychologiques que organiques [Debois, 2016 ; Rodriguez et Pastuszak, 2017]. Au cours de ma recherche, je n'ai eu l'occasion de m'intéresser qu'aux dysfonctions liées à des facteurs organiques, d'ordre neurologique ou vasculaire. Selon le Pr Andriane, ces dysfonctions peuvent apparaître de manière « brutale » ou « progressive » [EJT, 05/05/2021. Cabinet du Pr Andriane]. Ne pouvant et n'ayant pas d'intérêt dans ce cadre-ci à développer les multiples causes pouvant mener à une DE, je me contenterai de présenter les quelques cas que j'ai pu recenser au cours de mon terrain. Les DE brutales sont apparues chez des hommes ayant subi une prostatectomie radicale (ablation complète de la prostate). Au cours de cette opération, les nerfs caverneux entourant la prostate, qui permettent l'érection, ne peuvent pas toujours être préservés. La DE apparaît donc suite à l'opération. Les DE qui apparaissent progressivement, aussi appelées « involution des possibilités érectiles » [EJT, 05/05/2021. Consultation d'un patient, cabinet du Pr Andriane], peuvent survenir de différentes manières. Elles peuvent faire suite à un traitement médicamenteux contre l'hypertension, à un traitement par anti-dépresseurs, ou suite à la maladie de Lapeyronie qui consiste en une déviation progressive de la verge. Pour deux des hommes rencontrés, je n'ai pas noté la cause primaire de leur involution mais elle était dans les deux cas accompagnée d'une période d'abstinence sexuelle de plusieurs années. L'abstinence fait partie des facteurs pris en compte par le Pr Andriane en ce que les DE sont souvent, si pas toujours, multifactorielles. Par l'expression « *Use it or lose it* » [EJT,

---

<sup>4</sup> Dans ce mémoire, je n'utiliserai pas le terme « impuissance » pour parler du trouble érectile. Ce terme n'est plus utilisé dans le langage médical. Je le mentionnerai uniquement en tant que terme émique dans des citations d'entretien.

05/05/2021. Cabinet RA] il expliquait à un de ses patients que l'abstinence ne pouvait qu'entraîner des conséquences péjoratives sur la qualité de ses érections.

L'équipe prenant en charge les patients atteints d'une DE au CHU de Liège est composée d'urologues et d'une psycho-sexologue appartenant au Centre d'Étude et de Traitement des Sexopathologies Masculines (CETISM), dont j'ai déjà brièvement parlé. C'est par la consultation des différent·e·s professionnel·le·s composant cette équipe que le Pr Andrienne, sur base de critères médicaux stricts, détermine si les patients peuvent être candidats à un implant pénien ou non.

La prothèse pénienne (PP) peut être définie tant par ses composants et ses aspects techniques que par les objectifs qu'elle tend à remplir. Parmi les multiples prothèses péniennes qui existent et qui ont existé<sup>5</sup>, le modèle implanté au CHU de Liège est une prothèse gonflable hydraulique. Ce système de PP est apparu en 1973 [Rodriguez et Pastuszak, 2017], soit bien avant les médicaments tels que le Viagra®, apparus en 1998. La PP gonflable est composée de deux cylindres en silicone, d'une pompe et d'un réservoir de liquide physiologique (voir annexes 1, 2 et 3). Lors de l'intervention chirurgicale, les cylindres en silicone sont implantés de manière à remplacer les corps caverneux de la verge. Le réservoir de liquide physiologique est implanté dans le bas-ventre et la pompe est placée dans le scrotum entre les deux testicules. L'activation de la PP nécessite une manipulation qui peut être réalisée par la personne implantée ou par son·sa partenaire. L'érection est obtenue par la pression répétée de la pompe qui entraîne le liquide physiologique dans les cylindres et provoque leur rigidité. La désactivation de la prothèse est rendue possible par la pression d'un bouton de dégonflage situé sur le dessus de la pompe et par la pression de la verge. Cela permet au liquide physiologique d'être évacué des cylindres et de retourner dans le réservoir. L'implantation d'une PP est une opération irréversible car les corps caverneux sont détruits. Le patient ne pourra donc plus espérer obtenir une érection dite « naturelle<sup>6</sup> ».

L'irréversibilité de cette intervention enjoint le Pr Andrienne à la réaliser selon des critères finement étudiés. Un nouveau patient venant le consulter se voit poser un certain nombre de questions permettant de faire le point sur son état de santé général et sur sa situation de vie professionnelle, familiale et conjugale. La DE pouvant être due à plusieurs facteurs, l'état de santé général est pris en considération : « *Many chronic conditions including hypertension, metabolic syndrome, diabetes, smoking and hypercholesterolemia can contribute to a vascular cause of ED<sup>7</sup>, and are also associated with coronary artery disease, to which ED is inextricably linked* » [Rodriguez et Pastuszak, 2017 : 851]. En consultation, il est arrivé à plusieurs reprises que le Pr Andrienne commente par exemple le poids des patients. Un poids trop élevé est corollaire d'une tension artérielle élevée et celle-ci ne favorise pas

---

<sup>5</sup> Pour plus de détails sur l'histoire et l'évolution des prothèses péniennes, se référer à Simmons et Montague, 2008 ; Le et Burnett, 2015 ; Rodriguez et Pastuszak, 2017.

<sup>6</sup> En opposition avec l'érection dite « artificielle » [Kempeneers *et al.*, 1994a], symbolisée par l'utilisation d'un implant pénien.

<sup>7</sup> Pour *Erectile Dysfunction*.

le traitement optimal d'une DE. Le Pr Andrienne expliquait à cet égard à un patient que « quelqu'un qui perd 10kg perd 1 chiffre tensionnel » [EJT, 05/05/2021. Cabinet du Pr Andrienne]. Un autre urologue du service du CHU commentait de la même manière l'hyper-tension d'un patient, qui avait décidé d'arrêter son traitement qui était à l'origine de sa DE : « Maîtriser la tension artérielle, c'est important. C'est prioritaire en médecine. Si le cerveau ne va pas, ça ne sert à rien d'avoir une érection » [EJT, 14/06/2021. Consultation du patient]. Les patients concernés sont donc invités à perdre du poids ou à suivre un traitement contre l'hyper-tension, sans quoi le traitement de leur DE ne peut être optimisé.

Avant d'engager le patient dans un processus de traitement, le Pr Andrienne cherche à reconstruire l'anamnèse de sa DE. À quel moment la dysfonction s'est-elle manifestée ou à quel moment a-t-elle commencé à se manifester ? Cela peut varier de plusieurs mois à plusieurs années. Quelle est la fréquence des rapports sexuels avec la partenaire ? Pour obtenir une érection, le patient a-t-il déjà essayé des médicaments par voie orale de type iPDE5<sup>8</sup> ou a-t-il fait l'usage d'injections intracaverneuses (ICI)<sup>9</sup> ? Après avoir répondu à ces questions, le patient est invité à juger de la qualité de son érection. Pour cela, il doit décrire son score de rigidité, ou *Erection Hardness Score* (EHS), à l'aide d'une échelle en 4 paliers. Ces paliers sont matérialisés par 4 coussinets qui imitent différentes rigidités du pénis en érection (voir annexe 4). Le patient doit appuyer avec son doigt sur les coussinets pour identifier la rigidité qui se rapproche le plus de celle de son pénis. Le 1<sup>er</sup> coussinet correspond à une souplesse du pénis ne permettant pas la pénétration et le 4<sup>e</sup> coussinet correspond à une érection tout à fait rigide permettant la pénétration.

Certains patients rendent visite au Pr Andrienne lorsque leur DE a à ce point régressé que les traitements par voie orale ou par injection intracaverneuse ne donnent plus une érection satisfaisante, ou parce que ces traitements ne lui conviennent pas pour des raisons médicales (contre-indications), psychologiques (peur des piqûres) ou d'ordre rituelles (dépréciation de ces méthodes quant à leur utilisation qui retire à l'acte sexuel son aspect spontané). Lorsque ces traitements ne fonctionnent plus ou ne sont pas adéquats pour le patient, l'implant pénien constitue la « solution ultime pour revalider la fonction érectile » [Debois, 2016 : 535]. Cette solution reste cependant soumise à l'obligation de « vérifier que la dysfonction est vasculaire ou neurologique » [EJT, 05/05/2021. Explications du Pr Andrienne dans son cabinet]. Ces causes constituent la preuve que la dysfonction est irrémédiable et que les « traitements moins invasifs » [Andrienne, 2016 : 532] (iPDE5 et ICI) ne peuvent plus apporter d'érections satisfaisantes. Avant de proposer la prothèse pénienne, le Pr Andrienne doit donc vérifier que la capacité érectile ne peut définitivement plus être accompagnée par ces traitements. Pour vérifier

---

<sup>8</sup> Les iPDE5 ou Inhibiteurs de la Phosphodiesterase de type 5, correspondent aux traitements oraux dérivés du Sildénafil commercialisé entre autres sous le nom de Viagra® en 1998 [Simmons et Montague, 2008 ; Rodriguez et Pastuszak, 2017].

<sup>9</sup> ICI pour *Intracavernous Injection*. Il s'agit de l'injection par le médecin ou par soi-même d'une substance, la Prostaglandine, dans les corps caverneux.

la vascularisation de la verge, autrement dit pour « mesurer les paramètres d'entrée et de sortie du sang dans la verge » [EJT, 14/06/2021. Explication d'un urologue, consultation d'un patient], les patients réalisent une échographie Doppler. Cette échographie est réalisée après avoir fait une injection intracaverneuse, qui est censée donner une érection lorsque le système vasculaire de la verge n'est pas atteint. L'échographie Doppler peut montrer une dysfonction avec origine vasculaire : le sang entre dans le pénis mais n'y reste pas, ce qui ne permet pas de maintenir une érection. Les traitements médicamenteux et par injection ne sont alors pas ou plus indiqués pour le patient et il se peut que le Pr Andrienne le désigne comme « candidat à un implant ». Si c'est le cas, il sera invité à prendre rendez-vous auprès de la sexologue du CETISM pour une consultation pré-implantatoire.

La consultation pré-implantatoire est l'occasion pour la sexologue du CETISM de rencontrer le couple ou l'homme célibataire qui va se faire implanter. C'est l'occasion de revenir sur les raisons médicales et conjugales qui les amènent à envisager la PP. C'est l'occasion aussi de discuter de leurs appréhensions par rapport à celle-ci, de rappeler les aspects techniques de la prothèse et enfin de « repérer les ressources du couple à réhabiliter une intimité vivante après l'intervention » [Debois, 2016 : 534]. Si la consultation pré-implantatoire répond à des objectifs propres au domaine sexologique, elle est aussi et avant tout imbriquée dans le parcours de traitement du patient. Le parcours simplifié que j'ai décrit ici, à savoir des consultations avec le Pr Andrienne, accompagnées d'une échographie Doppler et d'une consultation pré-implantatoire lorsque c'est justifié, a pour objectif sous-jacent de remplir un critère qui peut déterminer à lui seul l'issue du processus : « Je n'opère jamais un malade que je ne connais pas » [EJT, 09/04/2021. Explications du Pr Andrienne]. Avoir une « vue holistique des malades » [Ibid.] constitue un enjeu prépondérant dans le traitement des DE, d'autant plus lorsqu'elles aboutissent à une intervention irréversible comme l'implantation d'une PP. Il peut arriver que les couples et les hommes célibataires ne souhaitent pas se rendre à la consultation pré-implantatoire. Cela ne se produit qu'avec des patients qui sont convaincus de cette solution et dont la motivation suffit au Pr Andrienne pour envisager leur implantation.

Brian Le et Arthur L. Burnett définissent la PP comme un appareil « *that substitutes for or supplements the function of the erectile bodies to achieve penile rigidity, thus simulating an erection* » [2015 : 179]. Ils indiquent par ailleurs que les prothèses, de manière plus générale, « *are used to restore function and make the body "whole" again* » [Ibid.]. S'il est évident que la prothèse pénienne permet une « revalidation de la fonction érectile » [EJT, 27/03/2021. Rencontre avec le Pr Andrienne], la question de savoir ce que la prothèse permet de revalider ou non en dehors d'une fonction corporelle constitue un enjeu primordial de ma recherche. Si les prothèses, qu'elles soient péniennes, mammaires ou dentaires, permettent au corps de retrouver un fonctionnement d'ensemble en restaurant des fonctions spécifiques, il ne fait nul doute que les fonctions auxquelles elles s'attachent correspondent à des attentes et des pratiques codifiées et culturellement situées. Ce travail s'attellera à comprendre comment la

prothèse pénienne intervient dans le quotidien des hommes et des couples<sup>10</sup> implantés<sup>11</sup> : à quelles valeurs, à quelles normes et à quelles pratiques répond l'implantation d'une prothèse pénienne.

## **1.2. Construction de la méthodologie**

### **1.2.1. De l'objet choisi à l'objet construit**

Si j'en suis venu à m'intéresser aux hommes atteints d'une DE, je partais initialement d'une volonté plus large de comprendre les implications sociales de diverses affections impliquant directement l'appareil génital masculin. Dans le message partagé sur les réseaux sociaux dont j'ai déjà partagé un extrait, j'indiquais aux personnes susceptibles de me lire que j'étais intéressé de rencontrer des personnes « qui sont actuellement ou qui ont été dans un parcours de soin par rapport à un/des problème(s) situé(s) au niveau de leur appareil génital (masculin toujours) ou qui suivent un parcours de soin dans le cas d'une vasectomie » [Extrait du message, 15/03/2021]. Cette sollicitation m'a permis de m'entretenir avec 9 hommes ayant vécu des événements aussi variés que des cancers testiculaires et prostatiques, des vasectomies, des contraceptions masculines par anneau thermique, des varicocèles et des lésions testiculaires. Afin de ne pas me limiter aux entretiens obtenus par le biais de mon réseau personnel, et avec la volonté de délimiter plus précisément un domaine d'intérêt, j'ai cherché parallèlement des groupes de parole d'hommes étant ou ayant été atteints d'un cancer testiculaire ou de la prostate. J'imaginai de cette manière observer dans quelles circonstances des hommes pouvaient être amenés à parler de leurs expériences et comment ils se constituaient éventuellement en tant que groupe. Après quelques recherches infructueuses sur internet et quelques coups de téléphone, j'ai obtenu pour information que les groupes de parole destinés aux personnes ayant ou ayant eu un cancer sont principalement fréquentés par des femmes. Et ce, même lorsque ces groupes sont ouverts à tous types de cancer. Par ailleurs, là où j'ai pu trouver sans trop de difficulté des associations de prévention du cancer du sein ou de cancers chez l'enfant, je n'ai pu trouver – du moins en Belgique – d'associations similaires pour les cancers de la prostate. Ce type de cancer est pourtant presque aussi répandu que les cancers du sein<sup>12</sup>. En cherchant après des groupes de parole au sein des hôpitaux, je suis entré en contact avec un membre du personnel du CHU de Liège qui m'a immédiatement renseigné auprès d'un urologue présenté alors comme étant le « spécialiste dans votre domaine d'étude » [échange de mail, 16/03/2021]. Il s'agissait du Pr Andrienne. C'est de cette manière que j'ai pris contact avec lui et que nous avons commencé à discuter de la faisabilité de mon travail.

---

<sup>10</sup> Je parlerai de « couple » indépendamment de l'état civil des personnes concernées. Les notions de « couple » ou de « partenaires » seront utilisées pour tout type de relation, qu'il y ait mariage, cohabitation légale, ou simples rapports affectifs et sexuels, et enfin que les personnes vivent dans la même résidence ou non.

<sup>11</sup> La notion de « couple implanté » désignera l'idée que l'implant pénien implique (et est impliqué par) des circonstances qui concernent les hommes comme leur partenaire.

<sup>12</sup> Selon le *Belgian Cancer Registry* [2019], en 2018 la Belgique comptait 9800 cas de cancer de la prostate et 10905 cas de cancer du sein. Ils sont les deux cancers les plus répandus de Belgique.

Lorsque j'ai rencontré le Pr Andrienne pour la première fois, je commençais seulement à m'entretenir avec les hommes rencontrés via mon propre réseau. La relation établie avec le Pr Andrienne a cependant été décisive dans la direction prise par mon terrain de recherche et dans la précision de mon objet. Tout d'abord, le Pr Andrienne est devenu co-promoteur de mon mémoire. La raison initiale était que le Comité d'éthique hospitalo-facultaire du CHU de Liège exigeait que ma recherche soit encadrée par un « professionnel de la santé » [échange de mail avec un membre du Comité, 22/03/2021]. Il s'est finalement avéré que l'observation de consultations dont je faisais la demande nécessitait uniquement l'aval des médecins et patients concernés et non pas celui du Comité d'éthique. Le Pr Andrienne est néanmoins resté mon co-promoteur. C'est à ce titre et au titre de médecin référent des patients rencontrés qu'il a incité ma recherche à prendre une direction spécifique.

Dès le départ, avec l'appui d'un de ses collègues du CETISM, le Pr Andrienne m'a mis en garde sur la pluralité d'affections auxquelles je m'intéressais. Il considérait que le fait de prendre en compte tous types d'événements corporels urologiques était fort ambitieux pour un travail de terrain d'à peine quelques mois. Là où je voyais différentes affections pouvant être comparées les unes aux autres à travers un angle anthropologique, le Pr Andrienne et son collègue voyaient des spécialités urologiques dont l'étude rigoureuse demanderait au moins le temps d'une thèse de doctorat. Si j'ai continué à penser que ces spécialités urologiques ne sont peut-être pas toutes à ce point différentes quant à leurs implications sociales, j'ai trouvé confortable de pouvoir accéder au service d'urologie du CHU en me focalisant, avec les spécialistes concernés, sur des patients atteints d'une DE. Ce focus m'a en effet permis d'approfondir les questions se rapportant aux DE que je n'aurais peut-être pas envisagées dans le cas contraire. Quoiqu'il en soit, la DE étant multifactorielle, j'ai eu l'opportunité de m'entretenir avec des hommes ayant ou ayant eu d'autres affections dont des cancers de la prostate et la maladie de Lapeyronie.

L'immersion progressive dans le milieu hospitalier, que je connaissais en tant que patient mais pas encore du point de vue des médecins, était alors teinté d'une certaine euphorie. Cependant, ma démarche était également semée d'inquiétudes quant aux contraintes et limites qu'un tel terrain allait supposer. Ces inquiétudes étaient principalement relatives à la clarté de mon objet de recherche. Les urologues et patients rencontrés comprenaient-ils ce à quoi je pouvais m'intéresser, en tant qu'anthropologue, pour un tel objet ? Comprenaient-ils de quoi je voulais parler avec eux ? Comprenaient-ils le sens, aussi bien en termes de signification qu'en termes de direction, de ma recherche ? Comprenaient-ils ce que j'entendais par « identité masculine » ? Définir des termes, des notions, des concepts au cours de ma recherche pour la rendre aussi limpide que possible n'a pas été évident. D'autant plus, comme je l'ai expliqué, que je n'avais moi-même pas encore réalisé de délimitations théoriques claires. Les notions d'« identité masculine » et de « masculinité » se sont donc avérées empreintes de bien plus de complexité que prévu une fois confrontées au terrain. Cependant,

dans une certaine mesure, pouvoir définir ces notions moi-même n'aurait pas empêché les multiples interprétations et remaniements dont elles ont fait l'objet.

« Identité masculine » et « masculinité » ont été fréquemment utilisés comme synonymes de la notion de « virilité », tant de la part des urologues que de la part des hommes et femmes rencontrés. La notion de virilité est premièrement apparue au cours des consultations que j'ai pu observer avec le Pr Andriane. En expliquant aux patients la raison de ma présence, le Pr Andriane disait en effet que j'étais un étudiant, ou un étudiant en anthropologie, qui « s'intéresse à la virilité » [EJT, 05/05/2021. Cabinet RA]. Il arrivait qu'il questionne les patients en ce sens :

Pr Andriane : « C'est quoi pour vous la virilité ? »

Patient : « C'est remplir sa fonction d'homme. Si l'érection n'est pas complète, il n'y a pas de plaisir. Ce n'est pas une honte. » [EJT, 05/05/2021. Cabinet du Pr Andriane]

Ou encore, à un patient venant le consulter pour la première fois :

Pr Andriane : « Vous vous sentez atteint dans votre virilité ? »

Patient : « J'étais assez actif. » [EJT, 06/05/2021. Cabinet du Pr Andriane]

Au contraire de l'appréhension qui en est faite d'un point de vue anthropologique, l'identité masculine, ici synonyme de « virilité », a été interprétée dans le vocabulaire de l'urologue par un angle biomédical et naturaliste. Les réponses des patients suivent un angle similaire en ce qu'elles rattachent la virilité à des comportements et pratiques jugées propres aux hommes. Comportements et pratiques dont le dysfonctionnement pourrait engendrer le sentiment d'être « atteint » dans cette virilité. Dans le premier extrait, la « fonction d'homme » se rattache à la capacité reproductrice et pénétrative qui n'est plus rendue possible avec une DE. Dans le deuxième extrait, être « assez actif » renvoie à la fréquence des rapports sexuels, toujours pensés comme pénétratifs, qui ne peuvent désormais plus être aussi réguliers. Un autre patient mobilise cependant une autre dimension de la « virilité » : « Pour moi la virilité elle est définie par votre entourage. (...) Quand on a un problème d'érection, on ne rit plus, on ne fait pas de blague sur le sexe » [EJT, 05/05/2021. Cabinet du Pr Andriane].

Ce patient-ci évoque plutôt la dimension sociale de l'identité masculine. La virilité ne se définirait donc pas uniquement dans des pratiques sexuelles mais aussi dans les rapports sociaux. Le patient considère que la DE a des implications sociales et quotidiennes, avec celles et ceux qui pourraient être des ami·e·s, des voisin·e·s, des proches. Le patient témoigne d'un changement (« on ne rit plus ») mis en perspective avec ce qu'il faisait avant d'avoir une DE (faire des blagues sur la sexualité et en rire). Exception faite de ce témoignage, la notion de virilité renvoie chez patients et urologues à un ensemble de caractéristiques qui m'ont été décrites par un collègue du Pr Andriane :

« Il y a des caractères sexuels secondaires comme la verge, la force, les poils, l'érection, l'éjaculation, le plaisir [qui se rattachent à ce qu'on appelle] la « virilité ». Il y a également l'identité de la reproduction : le fait d'être un homme [se rapporte à] la capacité de fertilité. On peut perdre l'un, l'autre ou les deux. Quelqu'un de 65 ans, son stress n'est pas la procréation.

Certains hommes qui font une vasectomie le vivent mal parce que c'est vécu comme une castration. » [EJT, 05/05/2021. Salle à manger, service d'urologie]

Comme le mentionne cet urologue, les hommes peuvent perdre ou manquer de certains de ces « caractères sexuels secondaires ». C'est le cas lorsque l'éjaculation est précoce, lorsque l'érection n'est pas tout à fait rigide, ou lorsqu'il y a une stérilité. Ces dysfonctionnements sont perçus comme la perte d'une virilité qui peut être revalidée par le traitement médical. La virilité se rattache donc principalement, et de manière essentielle (au sens d'« essentialisme »), à des caractéristiques biologiques appartenant aux hommes cisgenres et se conçoit de manière binaire : l'avoir (par défaut), ou la perdre.

Cette vision naturaliste de l'identité masculine, rattachée *de facto* à la notion de virilité, est à mettre en perspective avec l'acception qui en est faite en sciences sociales. Pour éclaircir l'usage qui est fait des concepts de virilité et d'identité masculine (ou masculinité) et pour en définir leur portée théorique, Rivoal propose de s'écarter d'une définition des hommes conçue par les mouvements féministes comme étant une « masse uniforme de dominants » [Clément, 2014 : 14, cité par Rivoal, 2017 : 142]. Elle propose également de s'écarter de l'association qui est faite entre masculinité et identité virile tant en sociologie et en anthropologie qu'en histoire. Elle définit la virilité comme « une forme d'idéal, somme de représentations liées à l'idée de performances (économique, sociale, sexuelle et corporelle) » [Rivoal, 2017 : 147]. Elle évoque cependant que cette notion ne doit pas être confondue avec celle de « masculinité hégémonique » en ce sens que la virilité ne constitue pas une masculinité à part entière mais plutôt « *un* attribut d'*une* forme de masculinité enrichie d'autres attributs comme la classe, la race, la sexualité, etc. » [*Ibid.*]. Elle explique, finalement, à l'instar de ce que j'ai pu donner comme définition plus tôt, que ce qui distinguerait les masculinités de la virilité serait l'aspect dynamique, évolutif, et pluriel des premières contre l'aspect non-dynamique, figé de la seconde.

Si la distinction décrite par Rivoal permet aux chercheur·euse·s d'éviter la confusion de termes sensiblement différents, cette confusion continue d'exister dans les discours des médecins et des patients. Mon travail a dès lors été de parvenir à distinguer quelle utilisation est faite de chaque terme à un moment donné. Certaines personnes mobilisant la virilité pour parler de leur rapport aux autres, et certaines personnes mobilisant l'identité masculine, ou la masculinité pour parler de caractéristiques biologiques.

J'ai pu remarquer, par exemple, qu'une telle confusion est présente dans les brochures biomédicales destinées aux patients. Ainsi, une brochure récupérée dans le cabinet du Pr Andrianne s'intitule : « Vous n'êtes plus l'homme que vous étiez ? ». Le patient peut y trouver une liste de problèmes médicaux et psychologiques<sup>13</sup> pouvant expliquer son état : « manque d'énergie », « perte du désir sexuel », « surpoids ou obésité », « fatigue », « troubles érectiles », « pensées dépressives »,

---

<sup>13</sup> La brochure mentionne que cette liste se base sur l'article de Dohle *et al.*, *Guidelines on Male Hypogonadism*, EAU 2015.

« troubles du sommeil » et « performances physiques diminuées ». Être un homme se rattacherait donc, à l'inverse, à un corps fonctionnel et tonifié qui aurait la capacité et l'envie d'avoir des rapports sexuels, qui ne serait pas en surpoids, qui aurait un cycle de sommeil sain, *etc.* Ce qui me semble cependant intéressant à retenir avec l'acception biologiste et mécaniste [Bajos et Bozon, 1999] du corps de l'homme, c'est qu'elle admet que l'identité des hommes concernés peut être touchée par des dysfonctionnements. Il y a donc un rapprochement effectué avec la notion d'identité masculine qui suppose, comme nous l'avons vu, un aspect évolutif et dynamique. Cette acception reste cependant essentialiste en ce qu'elle rattache par nature les dysfonctions mentionnées au corps de l'homme. C'est une acception qu'il s'agit donc de dépasser.

Pour finir, il est clair que mon objet de recherche s'est hyper-spécifié en milieu hospitalier, passant d'appréhensions assez larges et aléatoires à une délimitation stricte autour des DE et des PP. C'est bien en ce sens que d'un objet de recherche « choisi » j'en suis venu à un objet de recherche qui s'est construit en fonction d'exigences et d'affinités diverses. Au départ, je craignais que la mésinterprétation de mon objet de recherche induise des biais de compréhension ne permettant pas aux individus de répondre à mes questions de manière éclairée. En réalité, il s'est avéré que l'utilisation confuse de mêmes termes m'a permis de cerner à quelles normes ou idéaux se rattachent les affects, les pratiques et les choix posés par les hommes et les femmes rencontrés. Cela a en effet permis que chaque personne rende compte de ses propres représentations, qu'il s'agisse des urologues ou des patients, des hommes atteints d'une DE ou de leurs partenaires. Je pensais que la notion de virilité porterait un coup fatal à mon objet comme à ma problématique, tant par le fait que je n'en maîtrise pas l'utilisation que par le fait que je n'en maîtrise pas la définition. Mais je me suis rendu compte que cette notion a plus servi ma recherche que ce qu'elle ne l'a contraint. Les concepts n'étant pas « une réalité immuable allant de soi, mais bien des instruments discursifs de *positionnement social et-ou politique* » [Rivoal, 2017 : 145], leur utilisation, aussi confuse soit-elle, éclaire la recherche plus qu'elle ne l'obscurcit. Il est évident que, dans l'enceinte de l'hôpital, j'ai eu en premier lieu le sentiment d'être tributaire de ce qui m'était proposé tant au niveau, nous l'avons vu, de l'objet, qu'au niveau, nous allons le voir, des méthodes. Mais que cela ne soit alors pas vu comme la marque de contraintes qui auraient porté préjudice à mes ambitions initiales. Je verrais plutôt cela comme la marque d'un croisement interdisciplinaire qui a mêlé, par définition, des méthodes et des objets provenant d'univers scientifiques distincts mais complémentaires.

### **1.2.2. Croisements interdisciplinaires et imbrications méthodologiques**

Entrer en dialogue avec des médecins a entraîné dès le départ la difficulté de faire valoir mes intérêts, et ceux des sciences sociales, pour un objet déjà longuement étudié par les urologues et les psycho-sexologues eux-mêmes. Comment prétendre à la scientificité dans une institution qui a recours à sa propre méthodologie pour y parvenir ? Inutile de recourir ici à un débat opposant sciences dures et sciences douces, sciences naturelles et sciences sociales. J'aimerais décortiquer plutôt nos articulations

que nos oppositions, plutôt des manières de collaborer que des manières de se quereller. En bref, ce qui a rendu ma pratique ethnographique possible dans le service d'urologie du CHU.

Au départ de notre collaboration, le Pr Andrianne m'avait tendu une petite fiche rectangulaire sur laquelle étaient renseignés 7 numéros de téléphone de patients-témoins anonymes. « [Ce sont] des malades [implantés] très contents [qui] veulent aider d'autres hommes. Ce sont des hommes guéris » [EJT, 07/04/2021. Pr Andrianne, salle à manger du service d'urologie]. Les patients candidats à un implant peuvent téléphoner à ces numéros pour poser d'éventuelles questions sur le vécu de l'implant, sa manipulation, son utilisation lors des rapports sexuels, et toutes autres inquiétudes. Prendre contact avec ces patients-témoins a donc été la première étape d'exploration d'un objet de recherche se focalisant sur des hommes ayant une DE et étant implantés. J'ai pu m'entretenir sans trop de difficulté avec 4 contacts sur les 7 qui m'avaient été renseignés. Deux des entretiens se sont déroulés par téléphone, un autre au domicile du patient-témoin et le dernier sur son lieu de travail. La mise en place de ces entretiens constituait une avancée positive dans ma recherche parce qu'elle était, selon moi, le signe d'une confiance réciproque et d'un engagement concret dans la collaboration naissante avec le Pr Andrianne. Elle me permettait en même temps d'élaguer mon objet de recherche pour comprendre ce que la DE et l'implant pénien concernaient dans la vie des hommes, dans leur rapport au corps, dans leurs relations affectives et sexuelles avec leur partenaire, dans leur conjugalité. Après avoir réalisé ces premiers entretiens, j'ai cependant été inquiet de n'avoir été mis en contact qu'avec des hommes implantés depuis plusieurs années. M'intéressant à l'évolution de leur identité en fonction d'événements corporels vécus, je prévoyais initialement de rencontrer autant d'hommes implantés que d'hommes qui ne l'étaient pas encore. Pour cela, il fallait que je rencontre des patients dont le suivi médical était en cours, et sur ce point je dépendais du Pr Andrianne.

Si j'ai formulé une demande d'observation de consultations dès notre première rencontre, le Pr Andrianne m'avait fait part de certaines inquiétudes à ce propos. Parmi ces inquiétudes, qui concernaient ma présence concrète en consultation, il y avait la question du port du tablier blanc. N'étant pas un étudiant en médecine, je n'avais pas de tablier. Le Pr Andrianne m'a expliqué craindre que « ça interpelle le malade » et m'a indiqué ne pas vouloir « mettre mal mes malades à cause de toi » [EJT, 07/04/2021. Service d'urologie, salle à manger]. Crainte sans doute légitime si on se met un instant dans la peau du patient : que penser d'un jeune homme sans blouse blanche assis à côté de l'urologue que je viens consulter pour parler de ma DE ? Que fait-il là ? Le Pr Andrianne, lors d'une rencontre avec Guy Massart, expliquait comment « les gens se jettent avec leurs failles de masculinité » [EJT, 09/04/2021. En visio-conférence]. Il craignait qu'en ma présence, ces hommes n'osent parler entièrement de leurs difficultés. Pour cause, la DE ne concerne jamais uniquement une dysfonction du corps : elle est parfois liée à des abus sexuels subits dans l'enfance, parfois liée à des violences intrafamiliales [*Ibid.*]. En ma présence, les patients oseraient-ils étaler ces événements non seulement intimes mais parfois aussi profondément violents ? Un collègue du Pr Andrianne m'expliquait : « On protège nos malades » [EJT,

07/04/2021. Rencontre RA]. Et sur ce point je ne pouvais de toute évidence que le rejoindre, la protection des personnes rencontrées et de leurs données étant obligatoires dans toute démarche se voulant éthique. Aussi problématique l'introduction d'un formulaire d'information et de consentement puisse être en anthropologie [Bell, 2014 ; Yuill, 2018], la singularité de mon objet de recherche m'avait incité à en présenter aux hommes et femmes rencontré·e·s. Ce formulaire permettait d'expliquer l'attention portée à la protection des données récoltées et permettait également de rassurer les couples quant à leur utilisation. Cette démarche était nécessaire tant les discours à propos de sexualité sont particulièrement de l'ordre du « privé » pour certains d'entre eux.

Toutes ces précautions ayant été prises en amont de ma rencontre avec les urologues du CHU, j'ai pensé qu'elles les rassureraient également quant au déroulement de ma recherche. Les inquiétudes mentionnées, liées à ma présence en consultation, étaient-elles dues à la méconnaissance de l'importance accordée aux questions éthiques dans la discipline anthropologique ? Étaient-elles liées à la méconnaissance de mes méthodes de travail ? Quoi qu'en soit la raison, notre première rencontre et l'explication de mes démarches ne m'ont, dans un premier temps, pas amené à observer des consultations. Me rediriger vers les patients-témoins m'offrait déjà des premières pistes fort satisfaisantes et probablement le confort de ne pas aller trop vite en besogne. Cependant, une fois les entretiens avec les patients-témoins réalisés, j'ai ressenti une envie d'aller plus loin. La méthode par entretien venait se percuter aux exigences d'un mémoire en anthropologie : réaliser une recherche ethnographique.

Jusque-là, je n'avais pas encore palpé ce que j'appellerais la « sensation » de la rencontre ethnographique. Les entretiens duraient tous entre 30 minutes et 1 heure. Il me semblait toujours plus riche de rencontrer les hommes chez eux plutôt que par téléphone. Ne fût-ce que pour observer sans indiscretion l'endroit dans lequel ils vivent, la taille de leur maison ou de leur appartement, la marque de leur voiture, celle de leurs vêtements. Tous ces détails qui, articulés à d'autres informations, permettent de comprendre leur parcours de vie, de leur vie professionnelle à leur retraite, de leur mariage à leur divorce. Mais après 13 entretiens avec 12 hommes différents (en ce compris les patients-témoins), tous affectés de différentes manières par différents maux, je me suis aperçu qu'il me manquait encore quelque chose. Il ne me manquait pas réellement l'ethnographie. Guy Massart m'avait rassuré à plusieurs reprises sur le fait que mes premières démarches constituaient « déjà un terrain » en soi [EJT, 09/04/2021. Rencontre en visio-conférence]. Cependant, il me manquait la vivacité de la relation ethnographique. Celle qui accompagne la relation formelle d'échange d'informations par une relation de confiance, presque intime, qui s'installe entre l'ethnographe et l'informateur. Informateur qui est déjà, alors, bien plus qu'un informateur. Et ce, sous peu que l'un et l'autre parviennent à circuler confortablement sur la fine limite qui sépare l'indifférence et l'impassibilité de la sympathie et de l'engagement. Pour construire de telles rencontres, il me fallait m'interdire de ne m'intéresser qu'à des hommes implantés depuis un certain nombre d'années. Il me fallait m'interdire également de réaliser

mes entretiens par téléphone : il me fallait voyager, prendre la voiture, me déplacer jusqu'à eux. Ce déplacement est une condition presque obligatoire pour tout ethnographe voulant s'approcher au plus près des gens, de leur intimité. Comment être proche en restant chez soi, derrière un téléphone ou un écran d'ordinateur ? Évidemment, c'est une « étape éthique » [EJT, 09/04/2021. Pr Andrienne, en visio-conférence] que d'être chez les gens. Mais c'est certainement par l'éthique que la relation ethnographique est rendue possible. Certes, les entretiens jusqu'alors réalisés répondaient à ma problématique : un regard sur des événements corporels passés permettait d'en cerner les étapes et, rétrospectivement, les vécus. Mais j'avais le sentiment que la compréhension des événements traversés nécessitait plus que l'élaboration d'un discours sur le passé : je voulais comprendre comment la DE se vivait aujourd'hui, comment la décision de se faire implanter se construisait au fil du temps, comment les patients appréhendaient la PP juste avant et juste après son implantation. Toutes des questions qui ne pouvaient trouver un cheminement que par la rencontre d'hommes impliqués à l'heure actuelle dans un processus de diagnostic et de traitement de leur DE.

Le sentiment de manque de relations ethnographiques m'a amené le 27 avril 2021 à insister une nouvelle et une dernière fois auprès du Pr Andrienne sur l'importance que j'accordais à « rencontrer des patients qui comptent prochainement se faire implanter une prothèse pénienne » [Échange de mail, 27/04/2021]. Je lui ai expliqué que « pour une question de rigueur et de compréhension globale du parcours de soin, il serait pertinent et idéal de rencontrer les patients dans les deux cadres, médicaux et domestiques » [*Ibid.*]. Aux craintes que le Pr Andrienne énonçait concernant ma présence en consultation, je disais être « prêt à trouver des solutions pour y remédier » [*Ibid.*]. Il accepta finalement ma demande et j'ai pu observer ses consultations des 05 et 06 mai 2021. C'est au cours de ces consultations que les deux approches scientifiques que nous représentions chacun se sont imbriquées. Le 05 mai, à mon arrivée en service d'urologie, une condition précédemment formulée était incontournable à ma présence en consultation : « trouver un tablier » [EJT, 05/05/2021. Avant le début des consultations]. Mais à quoi le port de ce tablier était-il lié et qu'est-ce qu'il produisait sur le terrain ?

Lors d'une précédente recherche menée avec des enfants pendant un stage d'éveil musical à Liège, je me questionnais : comment l'anthropologue peut-il être cet « homme-caméléon », dont parle David Berliner [2013 : 160], qui aurait la capacité de « se faire oublier » [*Ibid.*] sur le terrain ? Ma question était justifiée par le fait qu'en tant qu'adulte au milieu d'un groupe d'enfants, rien ne me permettait de ne pas être pris à parti, rien ne me permettait de me rendre invisible, et absolument rien ne me permettait de ne pas influencer les interactions en cours. Pour les enfants, j'étais quelqu'un qui les observait en prenant des notes dans son carnet, j'étais aussi un compagnon de jeu, ou encore une figure d'autorité à qui on se réfère pour aller faire pipi. Cependant, une recherche n'est pas une autre, et le milieu hospitalier n'est définitivement pas la cour de récréation. Dans le cas présent, la blouse blanche avait pour rôle précis de me fondre dans le décor. Moi qui pensais que l'homme-caméléon n'était qu'une idée dépassée de ce qui formait la neutralité scientifique en sciences sociales, j'ai été bien surpris de me

rendre compte qu'il existait des contextes dans lesquels il était possible, en tant qu'anthropologue, de se faire discret et de n'influencer le cours des interactions que lorsqu'on y est invité. Certes, la seule présence d'une tierce personne a certainement influencé les interactions médecin-patient. Mais cette influence était moindre en ce que la présence d'un étudiant en blouse blanche aux côtés du médecin semble relativement commune dans un hôpital universitaire : « C'est un étudiant, on est à l'université, ça ne vous dérange pas qu'il soit là ? » [EJT, 06/05/2021. Le Pr Andrienne à un patient, cabinet de consultation]. La blouse blanche attribue à celui ou celle qui la porte une forme de légitimité, d'autorité, ou, pour utiliser les mots du Pr Andrienne, elle indique que son porteur est « agréé » [EJT, 05/05/2021. Avant les consultations]. Pour prétendre à une démarche scientifique en milieu hospitalier, il a donc fallu que je m'adapte à ce qui, aux yeux de tou·te·s, en est la marque la plus visible. Que je sois étudiant en anthropologie ou en médecine, que ce soit le Pr Andrienne qui m'ait prêté sa blouse pendant deux jours ou non, l'important était surtout d'en porter une. En plus de la blouse blanche, j'ai également décidé de me rendre en consultation en ayant retiré mes boucles d'oreilles et en portant des habits sobres (un *t-shirt* et un pantalon noirs). J'ai envisagé de ne pas porter mes boucles d'oreilles après une remarque formulée par le Pr Andrienne lors de notre première rencontre au CHU. Il m'avait en effet indiqué que la présence d'« une personne qui n'a pas de blouse blanche et qui en plus porte des boucles d'oreille » [Extrait d'une note vocale enregistrée *a posteriori*, 07/04/2021] n'était pas adéquate. J'ai donc jugé bon que mon corps soit présenté tel qu'attendu en de telles circonstances.

L'adaptation de mon corps pour rendre possible et convenante ma présence en consultation répondait à un double enjeu. Le premier enjeu, heuristique, était de découvrir par observation participante les discours et pratiques qui s'y produisaient, les interactions médecin-patient et le fonctionnement interne du CETISM. Le second enjeu, ethnographique (duquel l'enjeu heuristique n'est bien sûr pas séparé), consistait à être mis en relation avec des patients pour continuer à explorer ma problématique en dehors de l'hôpital. Il restait cependant à savoir comment cette mise en relation allait se produire. Une heure avant les consultations du premier jour, je prenais une note vocale dans laquelle j'expliquais que le Pr Andrienne et moi-même ne nous étions « pas arrangé » [Extrait de la note vocale, 05/05/2021. Chez moi] sur le fait de savoir comment il me présenterait, s'il comptait me présenter, ou si je me présenterais moi-même aux patients. J'étais, à ce moment-là, embêté de ne pas y avoir pensé plus tôt mais j'avais aussi confiance dans le fait que l'imprévisibilité de la situation faisait partie du jeu ethnographique.

Être présent en consultation a eu ceci de particulier que je ne savais pas si je pouvais prendre la parole. J'ai donc préféré le faire uniquement lorsque j'y étais invité. Ma position était cependant coincée entre une volonté d'observer les interactions telles qu'elles se produisent habituellement et la nécessité d'établir un contact avec les patients. Nul·le ethnographe n'a plus de doute aujourd'hui quant aux implications de sa présence sur le terrain mais celle-ci suppose toujours des positionnements et repositionnements qu'il·elle ne maîtrise qu'en partie [Favret-Saada, 1985]. En ce qui me concerne,

laissant le Pr Andrienne me présenter lorsqu’il jugeait cela utile, j’ai constaté au bout du deuxième jour qu’il ne me présentait qu’aux patients avec lesquels il estimait pertinent de me mettre en contact. Une sélection que je n’avais pas envisagée s’était mise en place et il a été nécessaire de comprendre ce qui la justifiait. Cette sélection a mis en lumière une nouvelle fois l’étonnante articulation d’exigences scientifiques distinctes. Elle a également été à la base d’un problème épistémologique et éthique majeur sur mon terrain.

Les hommes auxquels j’ai été présenté en consultation constituaient, selon le Pr Andrienne, une « population homogène » [EJT, 06/05/2021. Cabinet du Pr Andrienne]. Tous les hommes avec lesquels je me suis entretenu étaient blancs et avaient la capacité de pouvoir « mettre de l’ordre dans [leurs] idées » [EJT, 06/05/2021. Pr Andrienne, explication de la sélection d’un patient]. L’homogénéité de cette population lui semblait nécessaire en ce qu’elle était gage de scientificité. Pour un anthropologue, il ne fait nul doute qu’une telle sélection soulève un certain nombre de questions. L’anthropologie s’attèle en effet à comprendre la diversité des pratiques et des représentations pour un même objet, que cette diversité soit induite par des origines géographiques, par le sexe, par la classe sociale, *etc.* La recherche que j’ai eu pour ambition de mener avait déjà pour biais principal (et nécessaire) de ne s’intéresser qu’à des hommes et des femmes faisant le choix d’un itinéraire biomédical. Ce biais excluait de ce fait toute personne ayant une DE et ne souhaitant pas en parler à un médecin et toute personne faisant le choix d’itinéraires médicaux alternatifs<sup>14</sup> (sourciers, coupeuses de feu, *etc.*). Au sein de la population, déjà très restreinte, d’hommes osant consulter un médecin pour traiter leur DE, je me retrouvai avec un échantillon homogène d’hommes partageant certaines caractéristiques culturelles, corporelles et ayant une certaine facilité à s’exprimer en français. De l’échantillon ainsi constitué étaient exclus les patients Africains, Maghrébins et les hommes rencontrant des difficultés à s’exprimer oralement pour cause, par exemple, d’un handicap. Troublé de constater à quels hommes j’étais présenté et à quels hommes je ne l’étais pas, j’ai questionné le Pr Andrienne. Il m’a expliqué qu’il estimait important de « d’abord bien appréhender avec des indigènes [car] prendre tout de front, [c’est] compliqué » [EJT, 04/06/2021. Cabinet RA]. Pour exemplifier ses explications, il a comparé les hommes « Caucasiens » et les hommes « Africains » selon des différences corporelles (taille du pénis) ou des différences en termes de pratiques sexuelles. J’étais, à ce moment-là, partagé entre la confiance accordée à l’expérience biomédicale du Pr Andrienne (qui pratique des interventions chirurgicales en Belgique tout comme en Afrique) et les critères de scientificité évoqués qui ne rencontraient pas ceux de l’anthropologie. La simple création d’un échantillon homogène d’une population définie appartient plus, tant méthodologiquement qu’au niveau du vocabulaire utilisé, aux sciences quantitatives qu’à la pratique qualitative de l’anthropologie. N’ayant pas assisté à d’autres consultations par après, et déjà fort occupé

---

<sup>14</sup> Le seul couple qui avait recours à des pratiques autres que biomédicales a été rencontré par le biais d’un proche, en dehors du réseau hospitalier.

à m'entretenir avec les patients contactés, j'en suis resté à accepter l'écart épistémologique qui existait entre nos deux disciplines. Je remarque cependant *a posteriori* l'importance qu'il aurait été de pouvoir expliciter de manière plus exhaustive les critères de scientificité propres à l'approche anthropologique. Rencontrer la patientèle du Pr Andrianne dans toute sa diversité aurait été d'une richesse qui me semble aujourd'hui incontournable d'un point de vue tant éthique qu'heuristique.

Finalement, c'est bien par l'imbrication de critères de scientificité distincts que ma pratique ethnographique a été rendue possible dans le service d'urologie du CHU. Ma présence en consultation et la sélection des patients correspondaient à des exigences, des nécessités et des demandes, formulées autant de la part du Pr Andrianne que de la mienne. Elles ont formé la base d'une méthodologie de recherche ayant pour ambition de s'extraire d'elle-même, par la rencontre d'hommes et de couples en dehors du milieu hospitalier et biomédical. Cette extraction s'est produite ultérieurement, lorsque je suis venu au CHU assister à des consultations de patients que j'avais préalablement rencontrés chez eux. Le port de la blouse blanche n'était plus obligatoire en ces moments car je n'avais plus besoin de me fondre dans le décor, ni de montrer une forme d'agrément au milieu scientifique biomédical. J'ai même vécu des situations où les positions de recherche précédemment mentionnées ont été renversées. Cela a été le cas lorsque je me suis rendu à l'échographie Doppler d'un patient, Daniel<sup>15</sup>. Nous avons discuté un instant dans la salle d'attente avant d'être redirigés vers le cabinet correspondant. Là, je me suis assis à ses côtés, et non pas aux côtés de l'urologue. Daniel, qui disait avoir très peur des piqûres, n'était pas du tout à l'aise avec l'injection de Prostaglandine qui devait lui être faite dans la verge. Il a alors expliqué à l'urologue que j'étais son « ange-gardien », que j'étais présent pour lui « tenir la main » [EJT, 14/06/2021]. Trois jours plus tard, Daniel avait rendez-vous avec le Pr Andrianne pour commenter les résultats de l'échographie Doppler et pour estimer s'il était candidat à un implant ou non. Le Pr Andrianne a alors demandé à Daniel si l'érection qu'il avait eue lors de l'échographie Doppler était suffisante que pour avoir un rapport sexuel pénétratif. Daniel lui a répondu qu'il ne savait pas répondre à cette question. Le Pr Andrianne, étonné, lui dit : « C'est rare de ne pas savoir. Les gens, ils rentrent [chez eux] et ils font l'amour à leur femme. On dirait que votre verge est sur la table, et vous, à côté. » [EJT, 17/06/2021. Cabinet du Pr Andrianne]. Le Pr Andrianne, sachant que j'étais présent à l'échographie, m'a alors intégré à la conversation et m'a demandé si l'érection de Daniel était suffisante pour avoir un rapport pénétratif. J'ai répondu que j'avais bien constaté l'érection de Daniel, mais que j'étais incapable d'en juger la qualité.

Ces deux moments, qui se sont produits une dizaine de jours après les premières consultations observées, montrent bien comment les rapports de pouvoir sont situés et comment ils peuvent se transformer. Le port de la blouse blanche que nécessitaient les premières consultations répondait à des

---

<sup>15</sup> Tous les prénoms sont pseudonymisés.

critères de scientificité qui n'ont plus eu besoin d'être démontrés par la suite. La relation établie avec le patient a permis dans un premier temps de renverser la position que j'occupais au sein de ces consultations, passant du statut d'étudiant-chercheur à celui d'accompagnant. Cette même position d'accompagnant a ensuite demandé l'engagement de mes propres perceptions et de mes propres avis, comme le Pr Andrianne l'aurait probablement fait avec la partenaire de Daniel si elle avait été là ou comme il l'aurait fait avec un·e étudiant·e en médecine. Je remarque donc que l'adaptation dont j'ai dû faire preuve lors des premières consultations a permis l'émergence d'une réelle méthodologie ethnographique. En effet, l'imbrication de critères de scientificité distincts m'a amené à intégrer le réseau de relations médecins-patients et à y trouver une place propre, bien que non choisie.

### **1.2.3. Difficultés ethnographiques dans l'élucidation de la sexualité**

La sélection opérée par le Pr Andrianne au cours des premières consultations m'a permis d'entrer en contact avec des patients par le biais de leur numéro de téléphone. Chacun des premiers appels avait pour objectif de fixer un rendez-vous. Je proposais systématiquement aux patients de les rencontrer chez eux ou dans un lieu qui leur convenait. Je leur demandais par la même occasion de prévoir un créneau horaire d'au moins une heure. Cette mise en place a probablement été utile pour des hommes qui n'avaient « pas trop envie de parler de ça devant d'autres personnes » [EJT, 14/06/2021. Premier contact téléphonique avec un patient-témoin]. La prise de rendez-vous leur permettait en effet de s'organiser pour prévoir un moment et un lieu confortable pour parler de DE et d'implant pénien. Pour certains d'entre eux, le fait d'en parler nécessitait par exemple que leurs enfants ne soient pas là. Un homme implanté d'une PP, Quentin, rencontré chez lui pour la seconde fois, m'expliquait en ce sens :

« Ici je voulais que tu viennes le matin parce qu'il [mon beau-fils] est là l'après-midi, j'ai pas envie de parler de ça devant lui. Il ne sait toujours pas pourquoi on m'a opéré. C'est le bas du ventre mais on [sa mère et moi] n'a jamais envisagé même de parler de ça avec lui » [Extrait d'entretien, 16/06/2021. Chez Quentin].

Les seuls entretiens où je n'ai pas été seul avec le patient étaient des entretiens où la partenaire était également présente, à ma demande ou non. La seule exception s'est produite lors d'un appel en visioconférence avec un homme qui me téléphonait depuis chez lui. Il est sorti quelques instants de sa maison pour me partager des informations qu'il ne souhaitait pas partager à sa femme et ses enfants, présent·e·s dans la maison. L'espace de l'entretien constituait donc un espace qui se voulait sécurisé et confortable où les individus en présence pouvaient s'exprimer aussi librement que possible. En début d'entretien, je présentais brièvement un formulaire d'information et de consentement. Ce formulaire a certainement participé à faciliter les conversations. J'expliquais que les prénoms que j'utiliserais dans mon travail seraient des pseudonymes et que toutes les informations récoltées seraient utilisées dans ce cadre strict. Je demandais systématiquement si l'enregistrement vocal de l'entretien ne posait pas de problèmes. Il y a eu quelques réticences mais le formulaire d'information et de consentement permettait

en général de rassurer chacun et chacune. Au fur et à mesure de l'entretien, l'enregistreur tendait d'ailleurs à se faire oublier. Cela a valu quelques tranches de rire lorsque l'une des personnes interrogées se souvenait, en fin d'entretien, avoir raconté des choses qu'elle aurait peut-être annoncées autrement si elle s'était souvenue que sa parole était enregistrée.

La méthode par entretien a donc eu certains avantages heuristiques et organisationnels au cours de ma recherche. Cependant, elle s'est rapidement frottée au problème de la seule récolte de discours. J'avais le sentiment que les discours ne suffisaient pas à rendre compte de la réalité. L'observation de longue durée, l'immersion dans la vie quotidienne des gens, manquait à ma recherche. Il s'agit pourtant d'une réelle nécessité dans l'élucidation des problématiques que pose la sexualité. Discours et pratiques doivent être compris tant que possible dans leurs articulations. Godelier insiste sur le fait que pour s'intéresser aux rapports sexuels, ou de manière plus large à tout ce qui, dans notre société, est à ce point privé et intime, il faut nécessairement « observer, de façon plus large, l'ensemble des rapports sociaux qui existent entre les sexes (entendus alors comme genres), au-delà des rapports sexuels : leurs rapports face au pouvoir, face aux richesses, dans la division matérielle du travail, dans les rites, etc. » [2010 : 161]. Il a donc fallu que je me positionne face à la difficulté d'explorer ma problématique dans un contexte sociétal où la sexualité et les problèmes urologiques sont presque systématiquement ramenés à l'intime, au privé, ou au tabou. J'avais alors pour crainte de ne pas parvenir à construire une démarche proprement ethnographique. Je ne voyais pas comment j'aurais pu, par exemple, suivre des couples dans leur vie quotidienne. Il me semblait en effet inenvisageable de suivre un homme sur son lieu de travail alors qu'il racontait à ses collègues s'être fait opérer du dos et non d'une implantation de PP. Comment justifier ma présence dans un tel contexte ? Aurais-je dû rentrer dans le mensonge, dire que je m'intéresse aux problèmes de dos et à leurs implications sociales ? Une telle démarche aurait évidemment rencontré des problèmes éthiques fondamentaux. Cela aurait nécessité de ne pas faire part de mes réelles intentions aux différent·e·s intervenant·e·s sur le terrain. Et cela aurait engendré un risque de dévoilement des données personnelles et intimes des individus qui m'avaient jusqu'alors accordé leur confiance en entretien.

On voit ici comment l'observation participante partage ses limites avec celles qu'impose l'intimité. L'immersion dans la vie quotidienne des couples implantés n'aurait été possible qu'avec des couples qui parlent librement de leur vie sexuelle à quiconque souhaite la savoir. Même si j'avais focalisé ma recherche sur de tels couples, je dois dire qu'il n'y en a aucun qui ne citait pas au moins une catégorie de personnes à qui ils n'en parlaient pas. L'immersion constitue pourtant une condition nécessaire à une pratique ethnographique visant à « se rendre compte si les individus disent ce qu'ils font et font ce qu'ils disent » [Godelier, 2010 : 56-57]. Mais dans ma recherche, cette acception a été rendue particulièrement difficile, voire impossible, tant ma présence aurait pu mettre en péril l'objet même auquel je m'intéressais. Par ailleurs, il n'était évidemment pas envisageable que les pratiques sexuelles et les nouveaux rituels liés à la PP soient observés. C'est un problème à la fois méthodologique,

éthique et moral qui est discuté par Laurent Bazin *et al.* [2000]. Les auteur·e·s expliquent que dans les débats académiques sur le sujet, les recherches impliquant du voyeurisme ou une participation aux rapports sexuels sont attaquées sur le plan de leur scientificité. Or, les auteur·e·s soulignent que de telles critiques déplacent « le débat d'un niveau méthodologique sur un plan moral et éthique » [*Ibid.* : 8]. Il tend également à nourrir « l'illusion que la légitimité et l'illégitimité scientifiques se fondent dans le terrain lui-même » [*Ibid.* : 8]. Malgré tout, Bazin *et al.* ne manquent pas de rappeler que l'observation participante constitue une méthode globale d'investigation. L'ethnographe ne peut réduire la compréhension des groupes qu'il étudie à un seul ensemble de pratiques, qu'elles soient sexuelles ou non. Au cours de ma recherche, je n'ai pu en l'occurrence me fier qu'à ce qui était dit des pratiques sexuelles. Dans tous les cas, je pense qu'une observation de ces pratiques n'aurait pas eu d'intérêt dans la résolution de ma problématique. Il n'empêche que l'immersion dans le quotidien et dans l'intimité des couples étant rendue impossible, je me suis demandé : à quels types de matériaux ai-je accès ? Les discours sont-ils les seuls à pouvoir m'éclairer ? Sont-ils suffisants ?

De ces discours, j'ai pu tout au plus espérer qu'ils soient aussi désinhibés que possible. Je ne pouvais qu'attendre des intervenant·e·s qu'ils et elles se permettent de rendre compte de leurs nouvelles pratiques sexuelles, des difficultés rencontrées, des déceptions, des frustrations. Ceci sans pouvoir jamais être sûr qu'ils collent tout à fait à la réalité. Mon travail d'ethnographe, pour constituer un discours scientifique, s'arrête-t-il alors à la seule interprétation des vérités produites et avouées par les individus rencontrés ? Ne puis-je rien faire de plus que de « doubler la révélation de l'aveu par le déchiffrement de ce qu'il dit » [Foucault, 1976 : 89] ? Comme le souligne Foucault [*Ibid.*], ce n'est pas tellement le contenu des discours sur la sexualité qui intéresse le chercheur. Il propose plutôt « de prendre en considération le fait qu'on en parle, ceux qui en parlent, les lieux et points de vue d'où on en parle, les institutions qui incitent à en parler, qui emmagasinent et diffusent ce qu'on en dit » [*Ibid.* : 20]. Il faut pouvoir considérer la production de discours sur le sexe en des lieux et moments donnés avec des individus pris dans des rapports de pouvoir. Ces « appareils qu'on a inventés pour en parler, pour en faire parler, pour obtenir qu'il parle de lui-même, pour écouter, enregistrer, transcrire et redistribuer ce qui s'en dit » [*Ibid.* : 47] sont constitutifs de l'organisation de la société et du rapport que les individus entretiennent à la sexualité. En ce sens, avoir eu l'occasion d'assister à des consultations en milieu hospitalier m'a permis de compléter les matériaux récoltés en entretien. Cela m'a permis de voir et de comprendre l'organisation que demande le fait de parler (ou de ne pas parler) de sexualité. En l'occurrence, le cabinet de consultation et le domicile des patients ont constitué des lieux privilégiés pour aborder mon objet de recherche parce que ce sont des lieux où les gens parlent de leur sexualité. Mais il aurait certainement été intéressant d'observer des lieux et des moments où les gens n'en parlent pas, avec toutes les difficultés méthodologiques que cela pose. Sur ce point, je n'ai donc pu m'en tenir qu'à ce que les personnes interrogées en disaient.

L'exploration de mon objet de recherche a évidemment souffert des limites et contraintes qui lui sont intrinsèques. Je pense néanmoins avoir pu récolter des matériaux de qualité qui m'ont aidé à répondre à ma problématique. C'est à la satisfaction de cet objectif que se dédie la suite de ce travail.

## **2. Des corps façonnés et des corps qui se façonnent**

Le point de départ de ma recherche a été de supposer que des événements corporels, en l'occurrence urologiques, pouvaient impacter l'identité masculine des hommes. Je pensais alors pouvoir replacer les événements corporels et l'expression de différentes masculinités sur une ligne du temps. Cette hypothèse supposait qu'entre les événements corporels et les masculinités existe une relation de cause à effet. C'est une hypothèse qui ne peut cependant tenir la route en ce qu'elle ne prenait pas en compte les pratiques et les discours associés à la transformation des masculinités. En outre, les changements qui s'opèrent dans les masculinités ne peuvent être dissociés des représentations qui sont attachées à la DE et à la PP. Selon Godelier, les « représentations ne sont pas seulement des faits de pensées aux conséquences idéelles, il s'agit de faits sociaux aux conséquences réelles » [2010 : 154]. Le corps ne peut donc pas être vu seulement comme une enveloppe animée, mécanique, faite de fonctions et de dysfonctions. Il est bel et bien le lieu d'inscription des rapports sociaux constitués à la fois par « les autres de même sexe ou de sexe différent, mais [aussi par] les autres en tant que source des normes, des représentations et des valeurs partagées » [*Ibid.* : 189]. Les « réalités idéelles » [*Ibid.* : 43] que sont les représentations que se font les hommes et les femmes de l'érection ou de l'anérection ont un impact réel sur les corps. Elles engagent à prendre des médicaments, à s'injecter un produit dans la verge, ou à se faire implanter une prothèse pénienne.

Dans les sections qui suivent, j'aimerais proposer un point de vue critique sur l'institution biomédicale et sur les normes sociales et corporelles qu'elle produit, qu'elle véhicule et qui la composent en même temps. Je vais introduire mon propos par la présentation du cadre institutionnel dans lequel mon terrain a pris place et je vais le poursuivre en montrant comment les couples atteints d'une DE se construisent et se reconstruisent dans ce cadre.

### **2.1. Le parcours biomédical, un choix par défaut ?**

#### **2.1.1. La santé sexuelle comme modèle normatif institutionnalisé**

Ce que les médecins appellent « fonctions » et « dysfonctions » sexuelles ne constituent pas des réalités naturelles et universelles. La biomédecine est profondément ancrée dans un système de représentations dont le statut de science ne lui fait pas échapper à sa construction socio-historique [Connell, 2005 : 6]. Alain Giami, se référant à Didier Fassin, explique que la médicalisation de la sexualité « est avant tout la redéfinition d'un problème existant dans un langage médical » [1998 : 384]. Si on peut envisager que la DE puisse survenir en tant qu'événement corporel partout dans le monde chez toute personne ayant un pénis, elle se rapporte néanmoins à des enjeux sociaux et symboliques et à des pratiques qui diffèrent certainement d'un contexte à un autre. En ce sens, il est peu envisageable que l'incapacité érectile constitue, partout dans le monde, une « dysfonction » à proprement parler. Les

éléments biomédicaux comme celui-là, et comme ceux relatés au point 1.1.3. de ce travail, appartiennent à un contexte occidental contemporain dans lequel la « santé sexuelle » [OMS, 2021] et le « couple hétérosexuel stable » [Giarni, 1998 : 387] constituent des points de référence normatifs.

La notion de « santé sexuelle » a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités » [OMS, 2021]. Les objectifs menés par le CETISM semblent très proches de cette définition de la santé sexuelle en ce que « le projet le plus important est de reconstituer “une expérience sexuelle satisfaisante” » [Andrienne, 2011 : 2] qui « implique une interaction complexe des facteurs émotifs, relationnels, sociaux et physiologiques » [*Ibid.* : 3]. Seulement, il me semble important de noter que cette définition de la santé sexuelle n'est pas sans lien avec le modèle occidental dominant que constitue l'hétérosexualité pratiquée par des individus cisgenres. Ce modèle sexuel, qui est aussi un modèle de couple, est prévalent dans les sociétés occidentales et correspond à « des conduites sexuelles considérées comme normales et socialement désirables » [Giarni, 1998 : 387]. Je ne pense pas que les liens entre la notion de santé sexuelle et le modèle hétérosexuel soient naturels et inébranlables. Ils sont eux-mêmes les produits de l'histoire sexuelle de nos sociétés. Néanmoins, leur cohabitation dans l'institution biomédicale les constituent en norme dominante.

Cette prépondérance du modèle hétérosexuel dans l'institution biomédicale se remarque par différents biais. On peut la voir par exemple dans les brochures et pages internet qui informent les patients des traitements de diverses affections entravant leur sexualité. Le couple y est toujours présenté, par le biais d'images illustratives, comme hétérosexuel. Cette prépondérance est également présente dans un document de présentation de la prothèse pénienne disponible sur internet et s'intitulant « Implantologie en urologie. Comment arriver à la Prothèse Pénienne ». Conçu par le Pr Andrienne, il était probablement destiné à ce qui pourrait être des médecins ou des étudiant·e·s en médecine. Le document n'envisage que les suivis de couples hétérosexuels et met l'accent sur l'hétérosexualité par des phrases telles que : « Derrière le pénis, il y a un homme. Et à côté de cet homme... il y a une femme » [Andrienne, 2011 : 3].

Au-delà du fait que l'hétérosexualité soit concrètement la seule image considérée publiquement dans le parcours de traitement de la DE, les couples hétérosexuels constituent également la majeure partie de la population prise en charge par le CETISM. La sexologue s'occupant des consultations pré-implantatoires m'expliquait par exemple qu'en 15 ans de travail dans ce service, elle n'a jamais rencontré de couples homosexuels candidats à un implant. Et ce, malgré le fait que le Pr Andrienne m'ait indiqué de son côté qu'il arrivait qu'il implante des hommes homosexuels. La quasi absence de couples homosexuels, comme de patient·e·s transgenres, dans le service d'urologie du CHU s'occupant des DE ne me semble indépendante ni du modèle hétérosexuel prévalent dans l'institution, ni de son organisation. La stabilité des couples fait partie d'une série d'indications qui permettent au médecin de

connaître son patient et de s'assurer que l'implantation d'une prothèse pénienne constitue un projet de couple, aussi appelé une « décision conjugale » [Andrienne, 2011 : 7]. La consultation pré-implantatoire constitue l'étape par laquelle la sexologue pourra juger de cette cohésion au sein du couple. Cette nécessaire stabilité correspond selon moi à une image du couple hétérosexuel traditionnel qui est largement dominante dans les sociétés occidentales. L'institution biomédicale se dresse de cette manière en producteur et reproducteur de normes sociales, sexuelles et corporelles dominantes qui s'incarnent ici par la centralité de l'érection dans les rapports des couples hétérosexuels.

On peut voir que l'importance accordée à la présence de la partenaire en consultation urologique et en consultation pré-implantatoire, si elle est induite par une volonté de connaissance du couple et par l'objectif de rendre le projet de l'implantation commun, induit également une forme de contrôle sur les couples et les corps. En effet, ne se fait pas implanter une prothèse pénienne qui veut et pour n'importe quelle raison. L'implantation est le produit d'enjeux sociaux et médicaux complexes dont le médecin et l'institution médicale sont en grande partie garants. Avec une analyse inspirée par la biopolitique de Foucault et d'auteurs lui faisant suite, Adeline Adam *et al.* expliquent en ce sens que « derrière leur apparente neutralité médico-scientifique, les conceptions de la sexualité et de la santé publique qui émergent à l'époque contemporaine font de la santé sexuelle un rouage essentiel du contrôle des comportements et des populations » [2016 : 7]. Selon les mêmes auteur·e·s, c'est l'introduction et la diffusion massive du Viagra® en 1998 qui a eu pour effet de constituer la sexualité pénétrative, à un niveau international, comme un « idéal de santé sexuelle » [*Ibid.* : 8].

Bien sûr, si les modèles diffusés par l'institution biomédicale jouent un rôle dans la production d'imaginaires qui amènent des couples à se faire implanter, je pense qu'il ne faut pas pour autant retirer à ces couples toute capacité réflexive. S'il y a bien une chose que j'ai pu remarquer au cours de mon terrain, c'est que les couples sont à la recherche de traitements leur permettant de retrouver « une vie sexuelle normale » [EE, 11/05/2021. Chez le couple] incarnée par la pénétration. L'acte sexuel pénétratif constitue dans le cas des couples implantés une pratique dont ils ne pourraient se passer tant elle peut déstabiliser le maintien de leur relation. Cependant, il ne serait pas judicieux non plus de considérer que l'implantation d'une PP résulte uniquement de choix éclairés et rationnels. C'est pourtant ce que le CHU de Liège défend sur son site internet : une fois les patients informés de leurs droits en termes de santé sexuelle, ils seraient libres de choisir de se faire accompagner ou non [CHU de Liège [s. d.]]. Dans la section qui suit, je vais montrer que le parcours des patients est en réalité le produit de mécanismes sociaux qui ne peuvent être dissociés du modèle érectocentré de la « santé sexuelle ».

### **2.1.2. L'abstention thérapeutique et la revalidation mécanique comme seuls traitements de la dysfonction érectile**

Pour montrer que le parcours médical des couples cherchant une solution à leur DE ne peut être vu uniquement comme le résultat de choix, il est nécessaire de regarder comment ce parcours prend

place au sein du couple. Dans quelles circonstances sociales ce parcours apparaît-il ? Quelles sont les possibilités qui existent en dehors du traitement proposé par les médecins ?

Ce qui est significatif dans le parcours de traitement de la DE, c'est qu'en dehors du milieu hospitalier, en dehors de la relation avec le médecin, il n'existe à l'heure actuelle en Belgique aucune prise en charge collective de ses impacts psychologiques, sociaux et conjugaux. Il n'existe en effet aucune association faisant de la prévention et de l'accompagnement d'hommes et de couples qui font face à une DE. Pas de collectivités qui auraient pour objectif, par exemple, de travailler sur l'image de soi, comme cela peut être le cas, en France, d'associations qui accompagnent les femmes et les hommes ayant perdu un ou deux seins suite à une mastectomie (ablation du sein) [Greco, 2016]. L'absence de ce genre de prises en charge, présenté par certaines associations comme indépendantes du travail des médecins mais complémentaires, induit le fait que pour les hommes ayant une DE, il n'existe concrètement que deux possibilités permettant de traiter les difficultés sociales et conjugales qu'ils vivent.

La première possibilité est celle d'accepter la DE en se faisant « une raison » [EE, 14/05/2021. Chez un patient candidat à un implant]. Dans le langage biomédical, c'est ce que Philippe Kempeneers *et al.* appellent la « résignation à l'abstention thérapeutique » [1994a : 34]. Cette résignation, au moment de leur étude, pouvait être motivée par différents facteurs tels que le coût de l'implant ou le « caractère artificiel de l'érection procurée par la prothèse » [Ibid.]. Cependant, depuis 1992, il se peut que ce qui motive la résignation ait changé étant donné que l'implant pénien fait désormais l'objet d'un remboursement [Mormont et Andrienne, 2012]. J'ai tout de même rencontré un patient implanté en 2021 qui évoquait le fait que le coût de l'implant l'avait fait hésiter sur cette possibilité plusieurs mois avant l'implantation. Mais il est probable que le coût ne constitue plus aujourd'hui la première raison pour laquelle les patients ne réalisent pas l'implant, comme c'était le cas en 1994. Au cours de ma recherche, l'éventualité de l'abstention a été énoncée par trois hommes. Un des trois hommes se référait à son ancienne situation de célibat pendant laquelle il aurait pu faire une croix sur la sexualité pénétrative. Les deux autres hommes se référaient au fait que s'ils avaient été célibataires, ils ne se seraient probablement pas fait implanter. Leur implantation a été réalisée dans une situation conjugale où le rapport pénétratif était nécessaire pour maintenir la relation de couple.

La seconde possibilité qui existe pour les hommes atteints d'une DE est de se faire « revalider la fonction érectile » [Debois, 2016 : 535]. Les hommes qui osent parler de leur DE à un médecin se voient prescrire des médicaments par voie orale ou des injections intracaverneuses. En dernier recours, lorsque ces solutions ne fonctionnent pas ou plus, lorsqu'elles ne conviennent pas au patient ou lorsqu'elles sont contre-indiquées, les patients sont redirigés vers la PP. Cependant, il semble que tous les hommes ne soient pas redirigés vers cette dernière solution et ce pour plusieurs raisons. Le Pr Andrienne explique qu'en Belgique, par rapport aux États-Unis (d'où proviennent les PP), il y a proportionnellement cinq fois moins d'implantations réalisées chaque année. Ce qui est mis en cause,

ce sont « différents facteurs dont un manque de promotion et d'information des thérapeutes, un nombre limité "d'implanteurs" expérimentés et une ignorance des patients qui pourraient en bénéficier » [Andrienne, 2016 : 525]. En ce qui concerne le nombre de chirurgiens réalisant cette opération, le Pr Andrienne m'indiquait que sur les 250 implantations réalisées par an en Belgique, ils n'étaient que deux chirurgiens à en pratiquer régulièrement : un urologue travaillant en Flandre et lui-même. Chacun d'entre eux réalise une centaine d'implantations par an. En ce qui concerne la promotion de la PP, le Pr Andrienne m'expliquait qu'en tant que médecin, en Belgique, et au contraire des États-Unis, « on ne peut pas faire de publicité. Le Conseil de l'Ordre des médecins freine la promotion de la médecine individuelle. La déontologie médicale dit qu'il ne faut pas faire de publicité » [EJT, 05/05/2021. Cabinet du Pr Andrienne]. Enfin, en ce qui concerne l'information des médecins et des patients, comme mentionné par le Pr Andrienne, il peut arriver que le médecin traitant, par méconnaissance de la solution prothétique ou par inhabitude de la conseiller, ne présente pas cette solution à son patient. Un patient-témoin, Edouard, m'a ainsi expliqué qu'un urologue l'avait dissuadé de se faire implanter car « il n'en avait pas du tout l'expérience. Il estimait que c'était un gadget ou quelque chose réservé à des pervers » [EE, 23/04/2021. Entretien sur lieu de travail d'Edouard]. Un autre patient-témoin, Laurent, m'expliquait qu'il avait patienté deux ans après une prostatectomie avant que son médecin traitant ne l'envoie chez le Dr Andrienne et le Dr Valé<sup>16</sup> pour traiter sa DE et son incontinence. Pour cause, le chirurgien qui l'avait opéré lui avait conseillé des séances de kinésithérapie pour son incontinence et n'avait rien proposé d'autre malgré leur inefficacité :

« J'ai dit au docteur [le chirurgien] : "écoutez, vous m'avez opéré, je suis resté plusieurs mois avec l'incontinence et sans érection, et après un an et demi de kiné, il ne se passe rien". Je lui ai dit "docteur, si vous vous sentez incompetent en la matière, passez la main à des gens plus compétents", parce que les Dr Valé et Andrienne m'ont dit : "mais comment vous avez fait aussi longtemps sans venir consulter ?". C'est parce qu'on ne m'avait pas renseigné. Le chirurgien qui m'a opéré, lui, il le sait probablement qu'il y a des spécialistes. Et il a reconnu que plutôt que de me faire traîner pendant deux ans, il aurait pu me renseigner auprès de Valé et Andrienne. Je lui ai dit que si on ne se sent plus capable il faut passer la main, et il a été d'accord avec moi. » [EE, 23/04/2021. Appel téléphonique avec Laurent]

Le manque d'information dont disposent les médecins à propos des PP induit donc dans certains cas une prise en charge incomplète des patients. Quoi qu'il en soit, que les patients soient pris dans un parcours médical qui les amène ou non jusqu'au Pr Andrienne, le parcours sera toujours réalisé pour permettre aux patients d'acquérir une érection rigide. En tout cas, dans les limites du possible. Bien sûr, je ne peux pas nier, comme nous le verrons dans la section 2.2., que c'est ce que cherchent les hommes et les couples atteints d'une DE. Cependant, je ne peux non plus passer outre le fait que le modèle

---

<sup>16</sup> Il s'agit d'un nom d'emprunt. Le Dr Valé est urologue, collègue du Pr Andrienne.

érectocentré de la sexualité induit un dilemme au sein duquel le patient n'a que peu de solutions. Il peut soit s'abstenir de sexualité pénétrative et prendre en charge, à ses frais, la résolution psychologique et conjugale qu'implique cette abstention. Soit passer par un parcours biomédical de revalidation de sa fonction érectile. Aujourd'hui, en Belgique, ces deux seules possibilités face à la DE se combinent à une absence d'organisation collective qui pourrait éventuellement permettre aux couples et aux hommes célibataires de reconstruire leur identité autrement que par l'intervention médico-chirurgicale. Comme je l'expliquais, il n'existe aucune organisation accompagnant des hommes atteints d'un cancer de la prostate, pas plus qu'il n'existe de groupes de parole abordant le sujet des cancers masculins. L'absence de traitement des dysfonctions sexuelles masculines dans le monde associatif n'offre dès lors pas la possibilité aux hommes de faire le choix d'un parcours où la DE serait socialement assumée et acceptée. Ce ne sont pourtant pas des organisations impossibles à mettre en place.

Cinzia Greco rapporte l'existence de telles associations s'occupant de femmes ayant subi une mastectomie qui optent pour une « reconstruction » ou une « non-reconstruction » mammaire [2016 : 89]. Elle explique qu'une association française a transformé l'utilisation de la notion de « reconstruction » pour qu'elle désigne également les femmes choisissant de garder et d'assumer un corps asymétrique [*Ibid.*]. Ce sont des femmes qui n'ont donc pas recours à la chirurgie plastique. La reconstruction devient alors une « démarche de réappropriation de son nouveau corps » [*Ibid.* : 90] sans qu'il y ait nécessairement besoin d'une reconstruction chirurgicale. En ce qui concerne la DE, bien que le Pr Andrienne indique lui-même que l'abstention est une possibilité, tout le monde n'étant « pas obligé d'avoir une érection » [EJT, 17/06/2021. Cabinet RA], refuser la revalidation médicale ou chirurgicale implique de ne plus espérer de suivi autre que celui que le patient s'offrira éventuellement lui-même par le biais d'un·e psychologue ou d'un·e sexologue. Le CETISM est concrètement la seule structure belge francophone à proposer un suivi médical et psycho-sexologique aux hommes atteints d'une DE. Mais ses objectifs correspondent, tant au niveau des consultations urologiques qu'au niveau des consultations pré-implantatoires, à la reconstruction mécanique de la DE et jamais à une reconstruction ne passant pas par la chirurgie ou par des traitements moins invasifs. Bien sûr, la revalidation chirurgicale constitue une solution satisfaisante pour les hommes cherchant à retrouver une érection. Un homme me faisait part en ce sens qu'après s'être remis d'une ablation de la vessie et de la prostate, la PP constituait « l'aboutissement de ma reconstitution en tant qu'homme » [EJT, 04/06/2021. CHU, chambre post-opératoire]. Mais qu'en est-il des hommes qui, éventuellement, souhaitent se revalider autrement que par l'intervention médicale et chirurgicale ? Existents-ils seulement ? Ou l'absence de structures associatives empêche les hommes d'envisager des solutions similaires à celles présentées par Greco ? Nous verrons au point 3.2.3. que l'absence de telles structures correspond en fait à un paradoxe qui se constitue au cœur de la mise en discours de la sexualité. Néanmoins, ce sont évidemment des questions qu'il serait intéressant d'approfondir ultérieurement. En attendant, j'aimerais continuer à concevoir le

cadre dans lequel les hommes atteints d'une DE se trouvent et comment ce cadre lui-même induit un dilemme duquel il est difficile de se dépêtrer.

Un homme atteint d'une DE, de ce que j'en sais sur base des entretiens réalisés, va soit se refermer sur lui-même par peur d'en parler, soit contacter son médecin généraliste, soit faire des recherches sur internet<sup>17</sup>. La peur d'en parler mène à une abstention que j'appellerais difficilement thérapeutique tant elle est individualisée et tant elle peut être difficile à assumer financièrement. Quant aux deux autres possibilités, elles s'inscrivent dans une démarche de résolution de la DE par l'institution biomédicale. Par le médecin ou via internet, les hommes sont renvoyés vers de la prise de médicaments, vers des injections intracaverneuses, ou vers l'implantation d'une PP. Contacter son médecin généraliste s'inscrit nécessairement dans une démarche volontaire de résolution biomédicale. Quant aux recherches sur internet, qui pourraient ouvrir la porte à d'autres possibilités (si elles existaient), elles n'engagent jamais les personnes qui se renseignent sur des pistes non biomédicales. Les recherches internet sont loin d'être des sources scientifiques valables, mais elles constituent certainement une pratique incontournable à notre époque, et en ce sens un matériau intéressant pour l'anthropologue. C'est dans cet esprit que j'ai moi-même réalisé quelques recherches sur internet, à partir de mots-clés se rattachant à la DE.

Les recherches « dysfonction érectile » ou « impuissance<sup>18</sup> » sur Google<sup>19</sup> renvoient à une page de recherche munie d'un encadré intitulé « impuissance sexuelle. Synonyme : Dysfonction érectile ». Cet encadré permet de trouver des renseignements exclusivement biomédicaux faisant part de différentes informations. On peut y retrouver une définition de la DE, ses symptômes, ses traitements, et les spécialistes qui s'en occupent (médecins traitants, psychologues cliniciens, psychiatres, et urologues). Concernant les traitements, l'individu prenant des renseignements est renvoyé automatiquement vers deux types de solution. Il s'agit de la piste médicamenteuse ou de l'auto-traitement. L'auto-traitement s'appuie sur des représentations biomédicales de la bonne santé : ne pas

---

<sup>17</sup> Ces possibilités sont évidemment non exhaustives et mutuellement non exclusives. Elles peuvent survenir à différents moments selon que les hommes s'apprêtent à intégrer un processus de traitement ou non.

<sup>18</sup> Il est probable que les personnes concernées fassent une recherche avec le mot-clé « impuissance », car il s'agit d'un terme couramment utilisé bien qu'il ne le soit plus dans le vocabulaire biomédical.

<sup>19</sup> Il est difficile de citer les sources à partir desquelles ce moteur de recherche rassemble les informations mentionnées. La source principale citée par Google est Mayo Clinic, une fédération hospitalo-facultaire américaine. Pour le reste, Google explique que « Les renseignements médicaux que vous trouvez sur Google proviennent de sites Web de confiance, de professionnels de la santé et de résultats de recherches » [Onglet *Rechercher des informations sur Google* dans leur Centre d'aide]. Il y est également noté que « Les informations médicales sur les symptômes et les traitements ne sont disponibles que dans certains pays », ce qui implique que les recherches sur internet réalisées en Belgique sont dépendantes d'un contexte socio-politique et culturel spécifique, en l'occurrence occidental. Il serait intéressant de voir comment ces informations sont traitées par Google dans d'autres pays. Il se peut par ailleurs que les résultats mentionnés soient différents selon le moteur de recherche utilisé. J'ai opté pour Google car je considère qu'il s'agit d'un moteur de recherche très répandu.

fumer et faire du sport. En ce qui concerne les spécialistes répertoriés, je suis renvoyé vers des solutions psychologiques ou médicales.

À la question « comment vivre avec une dysfonction érectile », je ne trouve sur internet que la liste des traitements de la DE. Si ma question était de savoir s'il était possible de vivre avec une DE sans la traiter, je ne suis redirigé que vers des solutions supposant un traitement médical. Lorsque je recherche les mots-clés « faire le choix de l'abstention sexualité masculine », je ne suis amené principalement que sur des articles de presse parlant de l'abstention de vote en France, à l'exception d'un site qui présente le témoignage d'hommes et de femmes qui vivent relativement mal leur abstinence sexuelle. La recherche plus large d'« abstinence sexuelle » introduit des sites discutant tantôt de ses merveilleux avantages, tantôt de ses terribles inconvénients, n'incitant la personne qui se renseigne qu'à confirmer ce pour quoi elle était peut-être déjà convaincue.

Si j'ai pris la peine de m'attarder sur ces recherches, c'est parce qu'il me semble intéressant d'envisager vers quelles informations quelqu'un qui chercherait à savoir comment vivre avec une DE serait renvoyé. Le fait est que vivre avec une DE constitue vraisemblablement un problème ne pouvant être résolu que par les parcours médicaux et psycho-sexologiques. L'abstention thérapeutique étant, de ce que j'ai pu en voir, peu recommandée par les médecins et pas du tout considérée comme une réelle solution sur les forums et sites internet discutant des traitements de la DE. La DE et l'abstinence sexuelle ne semblent en tout cas pas perçues comme des conditions de vie normales. L'absence d'accompagnement collectif dans l'abstinence thérapeutique et la prévalence de la revalidation mécanique constituent la marque d'un modèle individualisé d'une santé sexuelle masculine érectocentrée [Bajos et Bozon, 1999 ; Debergh, 2020]. Dans le processus de revalidation biomédicale de la DE, le corps de l'homme intègre une représentation médicalisée du corps humain qui constitue la capacité érectile et pénétrative en norme dominante. Les consultations chez le Pr Andrienne, l'échographie Doppler et les consultations pré-implantatoires, constituent un programme qui oriente le corps dysfonctionnant vers un corps idéal et normatif. Bien sûr, l'analyse foucauldienne du contrôle des corps par un ensemble de normes institutionnalisées ne doit pas retirer aux individus leur pouvoir d'action. J'aimerais donc montrer comment le façonnement des corps n'est ni l'unique produit de choix individuels posés par les patients, ni l'unique produit de lois qui s'imposent à eux. Il s'agit de considérer le fait que si les normes corporelles et sexuelles produisent des comportements et des institutions, il n'en est pas moins que les comportements et institutions produisent en même temps des modèles sexuels normés et normatifs.

Les trois points de la prochaine section viseront à comprendre comment les logiques sociales qui sous-tendent les itinéraires médicaux des hommes implantés ou candidats à un implant impliquent d'une certaine manière que leur corps et leur couple soient déjà façonnés par des idéaux sexuels et corporels. Il s'agira en effet de voir que le modèle érectocentré proposé en clinique urologique ne s'impose pas aux couples indépendamment de leurs attentes. Il y a une concordance, un cadre de

référence commun entre les attentes des couples et les objectifs de la clinique. Les couples viennent chercher une solution pour retrouver des rapports pénétratifs et la seule chose pouvant éventuellement les surprendre est la manière par laquelle l'urologue accomplira leur souhait. Le premier point abordera la référence à l'âge et à l'idéal corporel et sexuel que constitue la jeunesse dans le discours des couples rencontrés. Le deuxième point présentera la manière avec laquelle l'érection et la pénétration se constituent en idéaux de couple menant à l'implant pénien. Enfin, j'aimerais montrer quelle place occupe les rituels sexuels des couples dans leur processus de traitement de la DE.

## **2.2. L'implant pénien et la construction du couple**

### **2.2.1. La capacité érectile comme idéal de jeunesse**

Au cours de mon terrain, la question de l'âge a été mobilisée à plusieurs reprises par les hommes et femmes rencontrés. Pour certains hommes, le parcours médical pour récupérer leur capacité érectile semblait tenir à la représentation selon laquelle ils étaient trop jeunes que pour ne plus avoir de rapports pénétratifs. À 47 ans, Quentin, implanté en avril 2021, considère que la sexualité pénétrative fait encore partie de la vie quotidienne du couple. Il explique ceci : « je suis encore un peu jeune pour me contenter de savoir que je suis bien avec ma femme » [EE, 11/05/2021. Chez lui]. Son explication induit l'idée que lorsqu'on est jeune, un bon rapport de couple est une relation de laquelle la sexualité pénétrative ne peut être évacuée. Elle fait partie d'un ensemble de plaisirs qui construisent le couple, tels que, dit-il, l'affection, les voyages, ou les bons repas. À l'inverse, le fait d'être plus âgé, à partir de la soixantaine, correspond pour Quentin à la possibilité de vivre une relation de couple épanouie sans qu'il n'y ait de rapports sexuels pénétratifs : « J'aurais eu quelques années de plus, approché de la soixantaine, je me serais fait une vie [sans sexe]. J'avais la preuve par les parents que même sans sexe tu peux avoir une vie épanouie » [*Ibid.*].

Si l'approche de la cinquantaine et l'approche de la soixantaine constituent pour Quentin des classes d'âge [Peatrik, 2020] au cours desquelles il n'accorderait pas la même valeur et la même importance aux pratiques sexuelles, cette représentation est tout à fait relative. Une étude menée en France auprès de 254 hommes implantés entre 1996 et 2005 montre que la moyenne d'âge de ces hommes était de 58,6 ans [Ménard *et al.*, 2007]. Les tranches d'âge les plus implantées étaient les 50-60 ans (119 implantés soit 42,5%) et les 60-70 ans (98 implantés soit 35%) tandis que les 40-50 ans constituaient 11,1% de l'échantillon avec 31 patients implantés. Les tranches d'âge les moins implantées étaient les 30-40 ans (8 implantés, 2,9%) et les 70-80 ans (24 implantés, 8,6%)<sup>20</sup>. Compte tenu de ces informations, il semble difficile de considérer que la soixantaine constitue pour tout homme atteint d'une DE une période de la vie où il est envisageable de se passer de rapports pénétratifs. Se sentir trop jeune

---

<sup>20</sup> L'augmentation du nombre d'implantés selon l'avancée de l'âge est probablement due à une augmentation de la probabilité d'avoir une DE en vieillissant. Les DE apparaissent entre autres avec des maladies chroniques et des cancers dont la probabilité d'apparition augmente avec l'âge [Van der Heyden et Charafeddine, 2019].

que pour s'abstenir de tels rapports peut encore survenir une fois la barre des 60 ans dépassée. En témoigne un ancien patient du Pr Andrienne, Pierre, qui s'est fait implanté à l'âge de 62 ans. Aujourd'hui âgé de 73 ans, il m'expliquait que lorsqu'il s'est fait implanter, il était encore « un peu jeune pour être en panne de ce côté-là » [EE, 27/04. Appel téléphonique]. Mais comment la notion de jeunesse est-elle utilisée pour intégrer la perception d'un corps malade ou vieillissant ?

Selon Anne-Marie Peatrik, la jeunesse « désigne un âge de la vie différencié des autres âges (enfance, adulte, vieillesse), et le jeune désigne la personne caractérisée par les attributs distinctifs de la jeunesse » [2020 : 7]. Comment expliquer alors qu'à l'âge adulte, différencié *a priori* de la jeunesse, les hommes et femmes que j'ai rencontré se réfèrent à leur sentiment de jeunesse pour expliquer leur parcours de revalidation sexuelle ? Il semble justement que certains « attributs distinctifs » soutiennent jusqu'à un certain âge une représentation de la vie de couple comme étant indissociable des rapports sexuels pénétratifs. Parmi ces attributs, qu'hommes et femmes cherchent à retrouver via les traitements de la DE, je citerais : la capacité à maintenir une érection rigide, qui s'oppose aux « pannes » [EE, 23/04/2021. Entretien avec un patient-témoin] du corps malade et/ou vieillissant ; la fréquence et l'intensité des rapports sexuels ; la confiance en soi quant à la capacité d'avoir des rapports de qualité. Ces attributs trouvent donc leur valeur dans les représentations que les individus formulent vis-à-vis de leur âge. Dans de telles représentations, l'âge des individus comme l'âge du couple peuvent être mobilisés. C'est ce qu'Hélène et Manu, un couple non implanté, m'expliquaient à propos de leur sexualité. Manu, depuis une prostatectomie et des séances de radiothérapies suivies en 2019, n'a pas récupéré de capacités érectiles. Alors qu'il m'expliquait que la sexualité restait importante dans leur vie, sa compagne Hélène a répondu :

« Ça fait partie de la vie quoi. Surtout que ça ne fait quand même pas 20 ans qu'on est ensemble, ça fait 12 ans. C'est comme si on était un jeune couple et puis on se retrouve comme un vieux couple qui n'a plus de relations sexuelles. Enfin, plus comme avant. Plus aussi intenses qu'avant. » [EE, 29/04/2021. Chez le couple]

Il existe donc une sorte de porosité entre l'âge adulte et la jeunesse. Une imbrication qui tient à des attributs érigés en idéaux corporels, performatifs et relationnels. Le corps jeune et en bonne santé, capable de rapports sexuels de qualité et plus ou moins fréquents, se dresse en objectif à atteindre pour le corps qui dysfonctionne. Mais, comme l'indique Connell à propos de la masculinité hégémonique, on peut se demander : « Qu'y a-t-il de "normatif" dans une norme que quasiment personne ne parvient à incarner ? » [Connell, 2014 : 64, citée par Rivoal, 2017 : 150]. Le corps idéal peut-il jamais être atteint ?

Si le jeune corps est marqué par ses performances sexuelles, le corps vieillissant est marqué par les maladies, par l'augmentation de la fréquence de rendez-vous médicaux, par la difficulté à se remettre d'événements corporels tels que la prostatectomie et l'implantation d'une PP. Si, pour certains, la notion de jeunesse est mobilisée pour justifier l'implantation, la notion de vieillesse peut quant à elle être mobilisée pour justifier l'éventuelle abstention sexuelle. C'est le cas de Renaud et Anne, qui ont

respectivement 75 ans et 63 ans. Renaud m'expliquait au cours de l'entretien que j'ai réalisé avec eux que l'absence de pratiques sexuelles pénétratives lui posait moins de problèmes qu'à Anne. Implanté en mars 2021, il explique avoir fait l'opération pour satisfaire les demandes de sa partenaire. Au cours de l'entretien, ils ont échangé ces mots :

Renaud : « Je l'ai fait pour toi Loulou [l'implantation]. »

Anne : « Oui ça c'est sûr mais toi, tu ne l'aurais pas fait donc ? »

Renaud : « Moi je ne l'aurais pas fait. » (...)

Anne : « Et toi-même, est-ce que ça te fait plaisir maintenant de retrouver un sexe en érection ?

Après autant d'années ? Ou tu t'en fous ? »

Renaud : « Je ne vais pas dire que je m'en fous mais pour moi, à notre âge, j'ai quand même 75 ans, ce n'est plus un truc fondamental. Mais pour Anne, bien. C'est pour ça que je me suis fait traiter. (...) L'appétence sexuelle diminue avec l'âge. Maintenant, elle se revalorise. Loulou, j'ai quand même 11 ans de plus que toi. » [EE, 13/05/2021. Chez Anne]

Dans cet échange, on peut constater comment la PP se constitue en solution par laquelle un couple peut espérer se rapprocher de l'idéal sexuel qu'il s'est formé. Mais cet idéal peut causer des troubles au sein de la relation tant il est difficile à atteindre dans les premières semaines suivant l'opération. En effet, si les patients-témoins, tous implantés depuis plusieurs années, font part d'une certaine satisfaction quant à leur vie sexuelle<sup>21</sup>, je ne peux pas en dire autant de couples récemment implantés. Le temps d'attente post-opératoire avant de reprendre des rapports sexuels est de 6 semaines et les médecins et sexologues avertissent les patients que leur satisfaction ne sera en général pas complète avant 6 mois ou un an. Ce à quoi les couples récemment implantés sont confrontés, c'est à des attentes non rencontrées, à un idéal sexuel qui semble inatteignable dans les premières semaines après l'opération. En bref, une jeunesse qui s'incarne difficilement dans un corps âgé. En l'occurrence, Renaud et Anne se sont séparés 3 mois après l'implantation. Cette rupture a été impliquée, entre autres, par l'insatisfaction procurée par la PP. Cette insatisfaction était due à la difficulté de sa manipulation ainsi qu'aux pratiques sexuelles idéalisées qui avaient peu de prise avec la réalité corporelle de Manu, et qui ont donc été difficiles à réaliser.

Finalement, si l'idéal sexuel que représente la jeunesse permet aux couples de motiver leur processus de traitement, il se construit également en une contrainte pouvant peser sur leur vie relationnelle, affective et sexuelle. Et ceci peut être impliqué par le fait que le corps représenté ne peut être compris en dehors du corps vécu. Selon ce qui en est dit, le corps vécu, matériel, peut être la manifestation de représentations contradictoires. Par un jeu de langage métaphorique, Manu et Hélène ont par exemple intégré simultanément des attributs de l'enfance et de la vieillesse dans le corps de

---

<sup>21</sup> Gardons évidemment à l'esprit que leur position de patient-témoin suppose qu'ils ont une certaine satisfaction quant à l'implant pénien.

Manu. Son corps malade, qui se remet petit à petit d'une prostatectomie et d'une radiothérapie, est autant celui d'un « vieux peye<sup>22</sup> » qui ne peut plus « marcher correctement » que celui d'un « petit gamin » incapable d'avoir une verge dure, longue, et éjaculant de manière précoce [EJT, 01/06/2021. Chez Manu et Hélène]. Cette dualité dans un même corps renforce à mon sens la représentation de la jeunesse qui se situe simultanément avant et après des périodes propres et propices à l'incapacité sexuelle.

Les réalités idéelles de jeunesse offrent une perspective intéressante de compréhension de la construction des masculinités. Elles sont également au cœur des parcours de traitement dans lesquels les couples s'engagent. Cependant, même si elles ont des implications concrètes, elles ne permettent pas à elles seules de comprendre comment ces parcours se construisent au sein des couples. Pour comprendre cela, il faut pouvoir les replacer dans les parcours de vie de chacun·e des partenaires.

### **2.2.2. La pénétration comme idéal de couple**

Les matériaux déjà présentés nous permettent d'admettre que les couples qui en viennent à envisager l'implant pénien considèrent la pénétration comme caractéristique prépondérante de leur satisfaction sexuelle. Cependant, on ne peut pas admettre pour autant que cette caractéristique est toujours un critère commun. On pourrait croire que les hommes désirent retrouver une érection parce qu'elle est le symbole par excellence de leur virilité. Une erreur serait alors de chercher dans le vécu de leur DE le malaise profond qu'elle induit. Or, tous les hommes ne la vivent pas comme un problème individuel fondamental. Se focaliser sur le vécu du couple permet de briser cette image de l'homme prêt à tout pour continuer à avoir une érection. Cela permet aussi de mettre en perspective la construction interindividuelle de l'identité masculine. Pour illustrer comment l'injonction à l'érection s'imbrique avec la construction du couple, j'aimerais présenter le parcours d'un couple qui devait se faire implanter au mois d'août 2021, et celui d'un homme qui s'est fait implanter en 2018 alors qu'il était célibataire.

Le premier cas de figure concerne un homme qui était suffisamment satisfait de son parcours de vie que pour ne pas ressentir la nécessité, passé un certain âge, d'être capable d'avoir une érection. La sexualité semble en effet reléguée au second plan lorsqu'Albert, 73 ans, m'explique avoir « bien vécu » [EE, 14/05/2021. Chez lui]. Et pour cause, il s'agissait de quelqu'un de passionné par la photographie, qui s'est formé en tant que céramiste, qui a fait de la peinture, qui a beaucoup voyagé, et qui a vécu avec passion de son métier de psychothérapeute. Atteint d'une DE depuis le début des années 2000, il expliquait avoir déjà pensé faire le deuil de sa sexualité, tout comme finalement il expliquait ne plus craindre la mort. Il avait en tout cas fait une première fois le deuil de sa sexualité tandis que sa femme, atteinte d'une sarcoïdose pulmonaire depuis 1994, n'avait progressivement plus été capable d'avoir de rapports sexuels jusqu'à son décès en 2013. Après 2013, Albert a rencontré différentes femmes avec lesquelles il n'a pas cherché à avoir de rapports pénétratifs. Il expliquait que la sexualité, « c'est comme

---

<sup>22</sup> Locution brusseleir « similaire à “ket” sauf qu'il est utilisé pour désigner une personne plus âgée [sic] », « ket » désignant quant à elle « un garçon, un jeune homme ». [Brussels Life, 2021]

au tennis, si vous jouez avec un partenaire qui ne sait pas jouer, ce n'est pas gai, aux échecs ce n'est pas gai non plus. C'était ça, j'avais des partenaires qui n'étaient pas fort intéressées, donc je n'ai rien entrepris à ce moment-là » [*Ibid.*]. Si sa vie bien remplie l'amenait à relativiser l'importance de sa DE, il estimait néanmoins « que le besoin sexuel de l'homme peut tomber aussi selon avec qui il se trouve » [*Ibid.*]. Et il s'est avéré que ne pas rencontrer de femmes intéressées par la sexualité, et l'espoir éteint d'en trouver jamais une, pesait bien plus en faveur de l'abstinence que le fait d'avoir « bien vécu ». Cela s'est d'autant plus vérifié qu'en début d'année 2021, il a rencontré une femme, Béatrice. Il m'expliquait que Béatrice est « vraiment très demandeuse, très sexuelle. Avec elle, ça marche, mais mal pour moi parce que j'ai ce problème de perte veineuse<sup>23</sup>. Pour elle, c'est très important la sexualité. Donc j'ai repensé au Dr Andriane, j'y suis allé et il m'a décrit l'intervention » [*Ibid.*]. Albert avait déjà rencontré le Pr Andriane en 2004 mais jusque-là, rien n'avait motivé un second rendez-vous pour traiter sa DE. Ce qui l'a persuadé cette fois-ci à engager les démarches pour se faire implanter, c'est que l'impossibilité des rapports pénétratifs constituait un risque de rupture avec Béatrice. En entretien, Béatrice m'expliquait que pour elle « un rapport sexuel n'est pas complet s'il n'y a pas de pénétration » [EE, 06/07/2021. Chez Albert]. De son côté, Albert exprimait sa difficulté initiale d'envisager la PP du fait qu'au cours de leurs premiers mois de relation il avait pu « donner du plaisir [sexuel] sans pénétration » [*Ibid.*].

On voit comment le rapport pénétratif s'impose dans le couple malgré la volonté de Béatrice de laisser Albert choisir librement de se faire implanter ou non. Elle ne voulait effectivement pas « prendre cette responsabilité » [*Ibid.*] mais reconnaissait que la « décision personnelle » [*Ibid.*] que ça impliquait mettait en jeu leur relation de couple. C'est dans de tels dilemmes que le choix libre et éclairé, à l'instar de celui défendu par le CHU sur son site internet (voir supra, point 2.1.1.), me paraît le plus subtil à cerner dans les discours tant il renvoie en réalité à des contraintes, des normes et des injonctions diverses. Dans le cas d'Albert et Béatrice, la sexualité pénétrative s'impose comme critère incontournable du maintien de la vie de couple. Et ce sont précisément les couples façonnés par cet idéal sexuel qui ont le plus de propension à incorporer le processus de traitement du CETISM. Mais il est important de souligner que le modèle érectocentré n'a rien de naturel. Il est bel et bien le produit d'une construction ayant lieu au sein des rapports (en l'occurrence) hommes-femmes.

Le second cas de figure est celui d'Éric, 72 ans. Comme je le mentionnais, il a pris la décision de se faire implanter en 2018 alors qu'il était célibataire. Opéré d'une prostatectomie en 2012, sa DE s'est manifestée deux ans plus tard. À cette période, l'état de santé de sa compagne le préoccupait et a impliqué outre mesure une baisse de fréquence de leurs rapports sexuels. Il m'expliquait qu'à ce moment-là, leur couple « vivait bien sans faire l'amour » [EE, 19/05/2021. Chez Éric]. Suite au décès de sa compagne en 2016, il a traversé une période de deuil jusqu'en 2018. Durant ces deux années, sa

---

<sup>23</sup> La perte veineuse est l'explication qu'Albert donne à sa DE pour désigner un afflux sanguin qui entre et sort de la verge sans maintenir une érection rigide.

DE a commencé à lui poser des problèmes qu'il n'avait jusqu'alors pas rencontrés. Au cours de notre premier entretien, mené seul avec lui, il m'a présenté deux de ces problèmes. Le premier concernait la difficulté d'entretenir des rapports sociaux :

« J'avais le sentiment d'être moins quelqu'un. D'être moins quelqu'un qui était capable d'exister dans une relation. D'être quelqu'un qui allait être pris en considération. (...) C'était pas tellement un manque de confiance en moi, mais voilà. Je me disais : qui je suis pour que l'autre m'accorde de l'importance ? » [EE, 19/05/2021. Chez Éric].

Malgré l'invisibilité de sa DE, Éric sentait qu'elle impliquait en lui une altérité. Un changement par rapport à ce qu'il avait pu être auparavant : un homme confiant qui prenait facilement la parole en public, qui affirmait ses idées. Le second problème qui se posait à Éric concernait proprement la relation de couple. Ce qui l'a particulièrement motivé à se faire implanter, c'était le fait de considérer que sans capacité érectile il ne pourrait jamais retrouver une telle relation avec quelqu'un. L'interrogeant sur l'importance qu'il accorde à la sexualité dans le couple, il m'a répondu :

« [C'est] le plus important. Je crois qu'il n'y a pas de couple s'il n'y a pas de sexualité. Ça paraît peut-être contradictoire par rapport à ce que je viens de dire avec ma compagne [avant son décès] mais non, je ne crois pas que ce soit contradictoire. Parce qu'il n'y a pas de couple sans sexualité pour un nouveau couple. Mais quand un couple existe depuis 25 ans, les choses se posent différemment. Je dois dire que j'ai eu peur, c'est vrai, que ma situation implique que je reste seul. » [EE, 19/05/2021. Chez Éric].

On peut voir dans son témoignage comment la place de la sexualité dans le couple peut varier selon les circonstances considérées. Une fois de plus, la centralité de la pénétration n'a rien de naturel mais fait bien l'objet d'une construction dépendante d'un contexte de vie, de l'état des corps, du parcours des couples. Là où deux partenaires peuvent s'aimer et maintenir leur couple de longue date sans rapports pénétratifs, le jeune couple a besoin de cette sexualité pour se rencontrer. C'est en cela que le modèle érectocentré de l'hétérosexualité n'est en rien un cadre absolument contraignant et immuable mais bien un cadre normatif. C'est-à-dire à la fois un cadre auquel les individus se réfèrent en diverses circonstances pour juger de la normalité de la situation et pour éventuellement agir sur elle, et un cadre qui est sous-jacent à leurs comportements. Particulièrement en tant que célibataire, c'est la référence à un idéal de couple ayant des rapports pénétratifs qui motive et modélise l'implantation d'Éric. D'autant plus que le fait de se faire implanter ne témoignait pas chez lui d'une nécessité de retrouver quelqu'un, mais plutôt d'une nécessité de s'en donner la possibilité. Éric ne cherchait pas forcément à fonder un nouveau couple mais, comme j'ai pu l'interpréter au cours de notre entretien, « avoir cette capacité [érectile], c'est retrouver une situation normale dans laquelle tout peut arriver » [EE, 19/05/2021. Chez Éric], en ce compris rencontrer quelqu'un. Cette possibilité, Éric la mentionne au cours de l'entretien réalisé avec sa compagne Charline, et montre bien comment les deux problèmes induits par la DE n'auraient pas été résolus sans l'implantation d'une PP :

Charline : « Nous, on n'a pas pris ensemble la décision [de se faire implanter] mais si on s'était connu auparavant on l'aurait prise ensemble. »

Éric : « Oui mais peut-être qu'on s'est rencontré grâce à ça [l'implantation]. »

Charline : « On ne s'est pas connu à cause de ça mais on a été plus loin grâce à ça. »

Éric : « Moi je n'aurais pas répondu à tes avances. Certainement pas. J'aurais fait comme un animal malade, je me serais caché. (...) si moi je ne m'étais pas fait poser un implant pénien, je n'aurais pas eu l'audace [de répondre aux avances de Charline]. Donc on n'aurait jamais été ensemble. Je me serais vécu comme un impuissant. » [EE, 02/07/2021. Chez Charline]

De tels échanges montrent à quel point la représentation dominante que constitue la pénétration dans le couple hétérosexuel a des implications très concrètes, qui sont relationnelles, matérielles et corporelles. Ce n'est pas seulement au sein de la relation de couple que l'injonction à l'érection se construit et s'impose, comme dans le cas d'Albert et Béatrice. C'est aussi l'image du couple comme indissociable d'une sexualité pénétrative qui induit cette injonction. Car selon Éric et Charline, une relation homme-femme sans sexualité, ce n'est pas un couple, « c'est de l'amitié » [EE, 02/07/2021. Charline, chez elle]. On peut voir alors que les réalités idéelles dont je parlais plus tôt ne peuvent être dissociées des conditions réelles dans lesquelles elles sont mobilisées.

Pour revenir sur l'exemple d'Albert et Béatrice, l'importance que Béatrice accorde à la sexualité pénétrative est par exemple relative à son histoire de jeune fille qui découvre la sexualité après un mariage avec un homme qui ne s'y intéressait pas. Autant la nécessité d'avoir des rapports pénétratifs s'impose à Albert qui aurait pu s'en passer, autant je ne peux interpréter la norme érectocentrée comme s'imposant à Béatrice tant la sexualité pénétrative est pour elle un plaisir et une nécessité qui s'est construite dans son histoire personnelle. Je dirais alors que la norme sexuelle érectocentrée qui s'impose au couple ne peut être dissociée de son contexte d'apparition et ne peut être dissociée des expériences des corps en présence. D'ailleurs, parmi ces expériences, certains couples m'ont fait part des impacts que la DE et ses différents traitements ont pu avoir sur leurs rituels sexuels. Ces rituels semblent former une autre base à partir de laquelle les couples s'orientent progressivement vers l'implantation d'une PP.

### **2.2.3. Les rituels sexuels à l'épreuve des traitements de la dysfonction érectile**

Plusieurs patients du Pr Andriane m'ont fait part des inconvénients pratiques et organisationnels qu'impliquait l'usage des traitements par voie orale et par injection intracaverneuse. Ces traitements semblent en effet impacter les rituels sexuels des couples et limiter la satisfaction de leurs rapports, particulièrement lorsqu'ils se veulent pénétratifs.

Un rituel est vu par Claude Rivière comme un « ensemble de conduites et d'actes répétitifs et codifiés, souvent solennels, d'ordre verbal, gestuel et postural, à forte charge symbolique » [1997 : 81]. Si la notion de rite ou de rituel est particulièrement utile dans le champ de l'anthropologie du religieux, il n'en est pas moins qu'elle peut accompagner mon propos de manière tout à fait pertinente. La première chose à prendre en considération, c'est que n'est pas religieux uniquement ce qui a trait aux religions. On peut voir du religieux dans tous les comportements, comme indiqué par Rivière, qui se chargent de

sens par leur répétition et par la valeur qui leur est accordée. En l'occurrence, les pratiques sexuelles sont faites de gestes et de postures répétées dans un certain ordre. Et à cet ordre, les couples semblent accorder une certaine importance. Les pratiques sexuelles peuvent par exemple se produire en des moments et des lieux spécifiques. L'acte sexuel avant de dormir, dans le lit de la chambre à coucher, constitue une pratique sexuelle probablement répandue et en tout cas stéréotypée. Mais le rapport sexuel peut aussi se produire dans d'autres circonstances, que les couples prévoient ou qui sont parfois spontanées. Certains couples me parlaient ainsi d'autres pièces de la maison, ou de la voiture sur l'autoroute des vacances. J'ai en tout cas eu pour témoignage que le rapport sexuel n'est pas toujours inscrit dans le calendrier et que dans ces cas-là, l'usage des traitements médicamenteux ou par injection posent particulièrement problème.

La DE produit déjà, en tant que telle, un bouleversement dans les pratiques sexuelles des couples. Il semblerait donc logique que les patients attendent des traitements correspondants qu'ils réintègrent une sexualité dite « normale » dans leur vie. Larry, un patient-témoin implanté en 2019, me racontait l'ordonnance de sa première injection intracaverneuse qui se réalise obligatoirement chez un urologue : « là je m'en souviens très bien, il ferme à 18h [l'urologue]. Bon, faut avoir envie de baiser à 18h » [EE, 19/04/2021. Chez Larry]. L'injection intracaverneuse pose dans ce cas-là le double inconvénient de ne pas être spontanée et de dépendre du geste médical du médecin. Cependant, comme me l'a expliqué Bertrand, implanté en mars 2021, après la première injection pratiquée par l'urologue, le patient peut s'injecter le produit lui-même. Mais bien que le fait de s'injecter soi-même permette de ne pas dépendre des horaires de l'urologue, Bertrand m'expliquait que l'auto-injection comportait d'autres inconvénients :

« Il faut faire ça 5 minutes avant l'acte mais limite il faut se promener avec sa seringue sur soi car l'envie de l'homme et de la femme peut arriver n'importe où. (...) te promener avec ça, c'est comme si j'avais un briquet dans ma voiture, dans ma salle de bain, non. Là tu aurais dû avoir la même chose que le briquet mais une seringue à tous les endroits de la maison, dans la voiture. Puis t'es avec madame : "attends une seconde, je me pique, je reviens vers toi". C'est instantané, dès qu'on te pique tu bandes tout de suite mais ce n'est pas le but. On n'est pas accroc au sexe non plus. (...) la pulsion de l'homme et de la femme ça peut être prévu mais... dans la vie de tout le temps, les petites surprises... » [EE, 15/05/2021. Entretien par visioconférence avec Bertrand]

Pour Bertrand, le fait de prendre le temps de s'injecter avant un rapport sexuel portait le problème de briser la spontanéité qui est chère à son couple. L'injection comporte un geste qui pourrait faire l'objet d'une ritualisation mais ce serait au détriment des « petites surprises » de la vie, c'est-à-dire les rapports sexuels non prévus, qui peuvent arriver dans les moments les plus incongrus comme les plus quotidiens.

Si l'injection pose des problèmes dans les habitudes des couples, d'autres traitements comme la médication par voie orale peuvent parfois même empirer la situation de DE par des effets secondaires non désirés. Manu m'explique par exemple comment l'usage de médicaments permettant l'érection est

« encore plus handicapant » que la DE elle-même. En effet, le médicament le rend malade, il en attrape des palpitations et cela l'empêche de dormir [EJT, 01/06/2021. Chez Manu et Hélène]. Un autre patient, Quentin, mentionne le fait que suite à la prise d'un médicament, il avait eu une érection légèrement plus dure que d'habitude mais elle était accompagnée de maux de tête. Il m'expliquait que « si c'est pour avoir mal la tête, ça me coupe toute envie » [EE, 11/05/2021. Chez Quentin]. Dans le cas de Manu et Quentin, l'érection qu'offre le médicament n'a alors aucun intérêt du fait qu'il rend tout le reste du corps incapable d'avoir des rapports sexuels.

Lorsque les traitements ne fonctionnent pas ou sont contre-indiqués, il arrive que les patients soient renvoyés par leur médecin ou se tournent eux-mêmes vers d'autres pratiques sexuelles telles que l'utilisation de *sex-toys*. Albert me faisait part en ce sens de son expérience d'utilisation d'un godemichet :

Albert : « Oui, j'ai acheté un gode. Mais je suis quelqu'un de très classique à ce niveau-là. C'est pénétration ou rien du tout. Pas rien du tout, je joue avec ma partenaire, je la caresse beaucoup avant de faire l'amour, je la prépare quoi, puis voilà mais... c'est un peu la décadence de l'empire romain. »

Nathan : « Le gode, ça n'avait pas quelque chose de satisfaisant. Pour quelle raison ? »

Albert : « Pour la partenaire c'est assez satisfaisant mais c'est très réducteur je trouve. Je n'y pensais pas souvent à utiliser ce gode, ça ne me dit pas grand-chose. Au début c'est excitant, puis ça devient très mécanique, ce n'est plus très intéressant. » [EE, 14/05/2021. Chez Albert]

L'insatisfaction procurée par les traitements de la DE et par les alternatives à l'acte sexuel pénétratif constitue une condition valable pour amener patients et médecins à envisager la PP. Si l'implantation d'une PP dépend toujours de conditions médicales précises sans lesquelles le Pr Andrienne ne proposerait pas aux patients de se faire implanter, il n'en est pas moins que certains patients sont demandeurs de cette solution. Elle porte l'avantage supposé de permettre un retour à la normale des pratiques sexuelles. La recherche du rapport sexuel normal, ritualisé, semble finalement guider le couple dans son processus de traitement, qu'il utilise des médicaments, des injections, ou qu'il se fasse implanter. C'est en tout cas ce que laisse entendre leur déception face au manque de spontanéité qu'induisent les médicaments et les injections, autant en termes de prévision du rapport qu'en termes d'utilisation le moment venu. Qu'en est-il alors de la PP ? Permet-elle de se rapprocher des rituels sexuels que les couples connaissaient avant la DE ?

L'intégration de l'implant pénien dans les rituels sexuels des couples commence à partir du moment où le Pr Andrienne leur offre l'exemplaire d'une pompe détachée du reste de l'implant. Cela permet au couple de se faire à l'objet, de le palper, de voir cette partie de l'implant qui sera située dans le scrotum et qu'il devra manipuler. Au point 1.1.3. de ce travail, j'expliquais que la partenaire était invitée aux consultations pré-implantatoires afin d'estimer la motivation et l'implication du couple à se faire implanter. Pour les mêmes raisons, la présence de la partenaire est souhaitée lors des consultations post-opératoires. Six semaines après l'opération, le Pr Andrienne réalise une démonstration de

l'activation de la PP du patient implanté. Au cours de cette consultation, la partenaire a l'occasion de voir comment s'opère l'activation et la désactivation de la prothèse. Sa présence aux différentes étapes pré et post-opératoires a donc pour objectif de l'impliquer non seulement dans le processus de traitement mais aussi dans ce qui constituera la nouvelle sexualité du couple. Mais si son implication est recommandée par le Pr Andriane, cela ne va pas nécessairement engager la partenaire à manipuler la pompe lors des rapports sexuels. Le geste mécanique que demande la manipulation de la pompe peut en effet rappeler un côté artificiel que les partenaires veulent parfois éviter. Ce geste s'éloigne en effet des rituels qu'ils connaissaient avant la DE. Kempeneers *et al.* remarquent à cet égard que « le bénéfice d'une prothèse réside avant tout dans la possibilité de vivre une sexualité proche des circonstances *naturelles* antérieures à l'impuissance ; bien plus en tout cas que dans le parti à tirer de potentialités érectiles nouvelles en même temps qu'*artificielles* » [1994a : 28]. Pierre, un ancien patient du Pr Andriane, illustre ce rapport à l'activation de la PP :

Nathan : « Concernant le rapport sexuel, comment est-ce que vous introduisez le mécanisme [de la PP] dans le rapport ? Le mécanisme est-il manipulé par votre femme ? »

Pierre : « Non pas du tout, elle ne saurait même pas [le manipuler], il faut quand même une certaine force. Je le fais moi-même, avant les préparatifs. C'est moi-même qui l'actionne. »

Nathan : « Qu'est-ce que vous entendez par préparatifs ? Il y a un moment avant le rapport ? »

Pierre : « Ah ben oui, on n'arrive pas comme ça tout de suite avec ma verge au garde-à-vous. Ça se fait petit à petit. Je ne sais pas si vous me comprenez, je n'arrive pas comme ça avec... »

Nathan : « Je me demandais si par préparatifs vous vouliez dire que vous arriviez en érection ? »

Pierre : « Non, non. Ça se fait petit à petit, d'une main... »

Nathan : « Vous le faites discrètement pendant le rapport ? »

Pierre : « Oui. Je n'arrive pas comme ça... » [EE, 27/04/2021. Entretien téléphonique avec Pierre]

Le fait d'activer la PP tout en réalisant des pratiques sexuelles préliminaires avec sa partenaire rend l'érection de Pierre probablement assez proche des conditions d'érection qu'il connaissait avant d'avoir une DE. La recherche de ces conditions antérieures est un facteur important pour les couples et Pierre semble indiquer que la PP permet de les retrouver. De la même manière, Bertrand, qui m'expliquait que l'injection intracaverneuse posait le problème de toujours devoir avoir une seringue sur soi s'il voulait pouvoir avoir des rapports spontanés avec sa partenaire, exprime aujourd'hui le fait qu'avec la PP il n'y a « plus ce problème-là, donc tu peux reprendre une vie bien, une vie de couple tout à fait correcte » [EE, 15/05/2021. Entretien par visioconférence].

L'implantation d'une PP semble donc contenir certains avantages vis-à-vis du relatif retour à la normale qu'elle permet. Cependant, d'autres patients m'ont rapporté aussi son lot d'inconvénients. Comme me l'expliquait Éric à plusieurs reprises lors de nos entretiens, avec la PP, « il y a à boire et à manger » [EE, 19/05 et 02/07/2021. Chez Éric et chez Charline]. Parmi les inconvénients mentionnés,

Béatrice, compagne d'Albert, m'expliquait un mois avant l'intervention chirurgicale quelques craintes quant à l'intégration de la PP au sein de leurs rapports sexuels :

« Pour une femme, quand elle est en intimité avec son homme et qu'on *flirte*, il est très agréable de voir que l'homme commence à avoir une érection. Il répond à vos caresses. Tandis qu'avec l'implant, si on n'active pas la pompe, rien ne se produira. Ça ramène à la mécanique. » [EE, 06/07/2021. Chez Albert]

Pour ce couple non implanté, la crainte énoncée se rattache à l'artificialité de l'érection lorsqu'elle est rendue possible par l'implant pénien. Évidemment, Béatrice reconnaît que c'est une inquiétude invérifiable tant qu'Albert n'aura pas été implanté. Elle considère en même temps qu'elle sera très heureuse de pouvoir donner du plaisir à son compagnon et qu'elle prendra elle-même du plaisir à le voir en érection et à lui donner des orgasmes. Chose qui ne s'était pas encore produite dans ce jeune couple lorsque je l'ai rencontré.

Si la crainte formulée par Béatrice n'a pas empêché le couple à s'engager dans une démarche implantatoire, d'autres couples déclinent cette possibilité. Selon Kempeneers *et al.*, cette résignation se rapporte justement à « la connotation artificielle de ce "remède" à l'impuissance [qui] s'avère incompatible avec leur épanouissement sexuel » [1994a : 26]. Il s'agit des résultats d'une recherche menée auprès de 444 patients qui avaient été pris en charge par le CETISM entre 1985 et 1990 [*Ibid.*]. Si des couples qui se sont abstenus mentionnent l'artificialité comme raison principale ou secondaire, Kempeneers *et al.* expliquent que cette artificialité peut être également mentionnée par des hommes implantés. Des facteurs psychologiques peuvent expliquer ce phénomène mais j'aimerais me focaliser sur le fait que l'intégration de la PP peut induire des changements peu attrayants dans les rituels des couples. En effet, le fait que l'érection soit provoquée par un geste mécanique et non par un effet « naturel » d'excitation implique des doutes sur le désir que l'homme peut éprouver envers sa partenaire. Le rapport pénétratif devenant finalement « tellement facile » [EE, 06/07/2021. Béatrice, chez Albert], l'érection perd sa valeur symbolique qui est rattachée à sa spontanéité lors de la stimulation sexuelle. De telles inquiétudes renvoient à l'impression que peuvent avoir certains patients de ne plus être qu'un *sex-toy* humain. Mais ce que je remarque, c'est que le caractère mécanique de l'érection incite les couples à trouver des subterfuges pour conserver tant que possible leurs rituels. C'est ce dont Pierre témoignait : il ne gonfle pas sa PP dès le début du rapport. Il la gonfle petit à petit, pour simuler une érection naturelle qui monte progressivement.

Au-delà du fait de retrouver des habitudes sexuelles antérieures, les couples peuvent également adapter leurs rituels en fonction de la manipulation de la PP, ou encore réinventer leurs pratiques sexuelles. Larry m'expliquait ainsi que pour son âge, à 67 ans, il considère être « au-delà de la moyenne » [EE, 19/04/2021. Chez lui] en termes de fréquence et de qualité des rapports sexuels. Edouard m'expliquait quant à lui qu'aujourd'hui, grâce à l'implant, il était passé d'un état d'impuissant à un état de « surpuissant » [EE, 23/04/2021. Sur son lieu de travail]. Cette surpuissance est induite par

le fait d'avoir la possibilité de contrôler manuellement une érection qu'il ne contrôlait pas auparavant et du fait de pouvoir la maintenir autant de temps que cela est rendu nécessaire pour satisfaire sa partenaire.

Les exemples susmentionnés indiquent que la PP n'est pas seulement un dispositif permettant de revalider la fonction érectile mais également un dispositif permettant de reconstruire la vie sexuelle et la vie de couple. Bien sûr, une rupture du couple peut être impliquée lorsque les partenaires ne parviennent pas à l'intégrer à leurs pratiques, ou lorsqu'ils n'ont pas la patience d'apprendre à le manipuler correctement. Mais pour les couples qui parviennent à l'intégrer, la PP permet de se rapprocher des rituels sexuels qui avaient été fortement impactés par la DE et qui n'avaient pas trouvé de solution dans les traitements moins invasifs.

### **2.3. La capacité érectile : une norme autant qu'un produit**

Le fait de n'avoir rencontré que des couples hétérosexuels et cisgenres m'avait initialement fait penser que ma recherche comportait un biais duquel j'aurais aimé m'extraire. Comme j'ai pu l'aborder dans le point 1.2.2., l'homogénéité de la population rencontrée relevait en partie d'un problème éthique induit par l'imbrication de différentes exigences scientifiques. Pourtant, que le Pr Andriane homogénéise la population à laquelle j'allais m'adresser ou non, il semble qu'une certaine homogénéité existe déjà parmi les personnes qui entrent dans un processus de traitement de leur DE. Évidemment, cela n'empêche pas le fait qu'il serait intéressant et nécessaire de rendre compte des réalités de couples non blancs, de couples qui n'ont pas les mêmes facultés discursives, *etc.* Mais comme nous avons pu le voir, l'institution biomédicale et les expériences des couples ne peuvent être dissociées d'un cadre de référence commun qui place les rapports pénétratifs au centre des idéaux corporels et conjugaux. Ces idéaux se rattachent à des notions telles que la santé sexuelle et la jeunesse. Et ces notions ont un impact réel sur l'organisation des parcours de traitement qui est autant le fait de l'institution biomédicale que le fait des couples. Le modèle dominant érectocentré n'est pas une bulle idéale systématiquement contraignante. Les parcours de traitement suivi par les couples ne sont pas naturellement déterminés par ce modèle. Mais ils ne sont jamais non plus le seul résultat de choix. Pour les couples dont la relation dépend de pratiques sexuelles pénétratives, le CETISM constitue une institution dont l'organisation et les pratiques correspondent, avec une certaine proximité, à leurs attentes. Les corps se façonnent donc tout autant qu'ils sont façonnés. Et ce, de manière simultanée, dans le couple, par l'institution biomédicale et par les réalités idéelles qui leur sont attachées et qu'ils produisent et véhiculent réciproquement. Le modèle érectocentré n'est finalement rien de plus qu'une construction socio-historique qui trace les contours des parcours de traitement de la DE, qui accompagne la construction des couples et qui gagne ou perd en importance selon des circonstances variées. Dans la section suivante, je vais en effet montrer comment l'injonction à l'érection ne peut être dissociée des situations conjugales et corporelles très spécifiques dans lesquelles elle apparaît. Et je montrerai également que cette même injonction est au cœur de la mise en discours de la sexualité, qui constitue un acte central dans la dynamique des masculinités.

### **3. Des masculinités dynamiques : priorisation de la sexualité et rapports de pouvoir**

Arrivé à ce point de mon travail, je me suis posé une question qui a demandé de revenir sur la définition de ma problématique. Je me suis demandé ce qu'il pouvait y avoir d'évolutif dans les masculinités d'hommes qui cherchent à retrouver la situation de vie sexuelle et conjugale qu'ils connaissaient avant leur DE ? Finalement, qu'entendais-je, dès le début de ma recherche, par « évolution » ? À quel schéma de pensée ce terme se référerait-il ? À quelles hypothèses, à quels *a priori* se rattachait-il ? Au vu de l'armature théorique qui s'est construite tout au long de ce mémoire, je pense qu'il est temps d'abandonner l'idée d'« évolution » pour lui préférer l'idée de « dynamique », déjà mentionnée en plusieurs endroits. L'idée d'« évolution » correspond à une conceptualisation linéaire des masculinités qui me semble réductrice. Au début de ma recherche, j'envisageais en effet des masculinités qui partaient d'un point A pour arriver à un point B, le passage de l'un à l'autre étant causé par un événement corporel. Les événements corporels constituaient un point d'ancrage à partir duquel les identités masculines pouvaient changer du tout au tout, faisant des hommes de nouveaux hommes. Ce point de vue est finalement très biomédical. En témoigne le titre d'une brochure dont je parlais plus tôt (« Vous n'êtes plus l'homme que vous étiez ? »). Continuer à exercer un point de vue critique sur les conceptions naturalistes qui jonchent tant les discours recueillis que l'élaboration de ma recherche me semble donc essentiel.

L'idée d'« être » ou de ne « plus être » un homme se base sur des critères principalement biologiques qui ne constituent pas à eux seuls les identités masculines. L'idée que ces identités soient dynamiques permet par contre, comme nous avons pu le voir, de les concevoir dans leurs aspects relationnels, au sein de rapports de pouvoir. Elle permet de voir non pas comment les identités « évoluent » mais plutôt comment et à quoi elles sont confrontées. À quelles contraintes elles répondent. Comment, finalement, à travers les pratiques et les circonstances, elles font l'objet d'adaptations et de transformations. Il semble clair que la PP permet au corps et à la vie sexuelle de retrouver un semblant de « *statu quo ante* » [Kempeneers *et al.*, 1994a : 28]. Et ce, malgré le fait qu'elle modifie matériellement le corps et qu'elle entraînent des aménagements dans les rituels sexuels des couples. Mais la PP ne permet pas aux masculinités de rester fixes. Elle est entraînée par du changement et elle entraîne du changement elle-même. C'est pourquoi j'aimerais présenter dans les sections suivantes comment l'aspect dynamique des masculinités se traduit concrètement dans la vie des hommes que j'ai rencontré. Comment d'autres événements corporels que la DE et l'implantation d'une PP les impactent. Et comment la mise en récit de la DE constitue un enjeu central de la construction des masculinités.

#### **3.1. L'importance relative de la dysfonction sexuelle**

##### **3.1.1. L'incapacité du corps masculin**

Ce que l'hyper-spécification de mon objet de recherche a permis, c'est de me focaliser sur une seule affection urologique dans un service unique en Wallonie. Ce qu'elle n'a par contre pas permis dans un premier temps, c'est de m'extraire des événements corporels spécifiques que constituent la DE

et l'implantation d'une PP pour m'intéresser aux autres affections corporelles qui touchent les hommes que j'ai rencontré. Chez certains hommes, la DE n'a pas constitué un événement particulièrement troublant en comparaison à d'autres événements corporels et non corporels survenus plus tôt dans leur vie. Pourtant, on pourrait penser que la DE constitue pour les hommes un événement particulièrement difficile à vivre tant le pénis en érection est le symbole par excellence de la force et du pouvoir masculin. Cependant, cette représentation idéale et stéréotypée me semble avoir peu de prises avec le réel. Certes, la capacité érectile fait partie des attributs que les hommes que j'ai rencontré conçoivent comme étant caractéristiques de leur virilité. Mais il n'en est pas moins qu'à ces attributs correspond un ordre de valeur et que l'érection n'y occupe pas toujours la place la plus importante ni la plus prioritaire. C'est du moins le cas pour certains hommes qui ont été traité d'une maladie, telle que le cancer, qui a eu un impact global sur leur corps.

Le cancer constitue une de ces maladies qui, par ses traitements, induit un certain nombre de modifications dans le corps et *in fine* dans la vie quotidienne (conjugale, sociale, professionnelle) des hommes qui en sont atteints. Les conséquences sont particulièrement importantes suite à des traitements tels que la radiothérapie ou la chimiothérapie. Plusieurs hommes m'ont expliqué ne plus pouvoir se déplacer, ne plus pouvoir travailler, ne plus pouvoir faire du sport. Et ce, pendant une période pouvant aller jusqu'à plusieurs mois voire plusieurs années après les interventions médicales. La première inquiétude de ces hommes n'a dès lors pas été de récupérer leurs facultés sexuelles. Dans un premier temps, suite à l'annonce du cancer par le médecin, le patient se retrouve dans une situation existentielle le renvoyant à la question de la vie ou de la mort. Lorsqu'il se sait tiré d'affaire, il doit encore pouvoir retrouver un tas de facultés corporelles avant de s'inquiéter de son éventuelle DE. Cela a été le cas pour trois hommes rencontrés, Denis, Manu et Jacques<sup>24</sup>. Ils rapportent tous les trois de manière relativement similaire la manière avec laquelle ils priorisent la reconstruction de leur corps.

Denis a vécu un cancer testiculaire en 2010. Avec une ablation du testicule gauche et des séances de chimiothérapie, il a dû arrêter son travail qui lui demandait beaucoup de déplacements. Il m'explique que pendant la période qui avait précédé la chimiothérapie, tout ce à quoi il s'était préparé, c'était à ne pas mourir. Une fois l'ensemble de son traitement terminé, les rapports sexuels étaient encore loin d'être une priorité :

« T'as pas envie [d'avoir de rapports sexuels]. Faut déjà que tu te retrouves, l'envie de faire du sport, de revivre, de dire que t'as un espoir, tout ça quoi. Le sexe devient secondaire. » [EE, 24/03/2021. Entretien par visio-conférence]

Manu et Jacques, qui ont tous les deux subi une prostatectomie, faisaient part de vécus similaires. Manu, qui se remet toujours en 2021 de séances de radiothérapie réalisées en 2019, disait que

---

<sup>24</sup> Contrairement à Jacques, Denis et Manu n'ont pas suivi de traitement au sein du CETISM.

sa priorité, encore aujourd'hui, est de « récupérer » sa « démarche, marcher correctement » [EJT, 01/06/2021. Chez Manu et Hélène]. Il expliquait que c'est « plus important de récupérer le physique, de pouvoir me mouvoir » [*Ibid.*]. Il aimerait, par exemple, recommencer à se promener et faire du vélo sans avoir besoin de l'assistance d'un vélo électrique. Jacques, quant à lui, m'expliquait qu'avant de se faire implanter une PP en juin 2021, il s'agissait de « se retaper, se requinquer », « retrouver ses marques dans son corps, retrouver son corps » [EE, 25/06/2021. Entretien sur son lieu de travail]. Une fois ce corps en partie récupéré, ces hommes ont tous émis le souhait de retrouver une capacité érectile.

En ce qui concerne Denis, retrouver cette capacité était important pour sa propre image tout comme pour la stabilité de son couple. Il n'a pas eu besoin de passer par un processus médical pour retrouver sa capacité érectile. Il est probable que ce soit dû au fait que l'ablation d'un testicule n'a pas de conséquences directes sur la fonction érectile au contraire d'une ablation de la prostate. En ce qui concerne Manu et sa compagne, ils s'abstiennent de rapports pénétratifs depuis 2018. Jusqu'ici, ils n'ont eu recours qu'à des médicaments par voie orale dont ils se sont peu servis car ils produisent peu d'effets. Cela montre bien que l'injonction à l'érection, bien qu'ils appréciaient tous les deux beaucoup leur sexualité pénétrative, est construite au sein du couple et peut être mise de côté en différents cas. Les quelques jeux sexuels et l'affection qui leur restent suffisent à maintenir la stabilité de leur couple. Manu estime cependant qu'il retrouvera sa capacité érectile une fois que le reste de son corps sera valide.

En ce qui concerne Jacques, c'était principalement l'image qu'il avait de lui-même qui l'a motivé à accorder à nouveau de l'importance à sa capacité érectile. Il m'a expliqué que la PP constituait « l'aboutissement » de sa « reconstitution en tant qu'homme » [EJT, 04/06/2021. Dans sa chambre d'hôpital le lendemain de son opération]. Parlant de son pénis incapable d'avoir une érection, il me disait que « quand tu te retrouves au soir, que tout est pendant, que tu n'as plus aucune réaction, tu te dis, c'est pour toi que tu fais ça » [EE, 25/06/2021. Sur son lieu de travail]. Dans son cas, on voit donc bien comment la flaccidité de la verge renvoie une image de soi parfois difficile à accepter, même en dehors du rapport sexuel. Il lui importait, par exemple, de retrouver un minimum de rigidité lorsqu'il urine. Par ailleurs, la PP lui permettra de régler un autre inconvénient lié à sa prostatectomie : son incontinence nocturne.

L'incontinence, j'ai pu l'entendre chez différents hommes, constitue un événement corporel parfois plus difficile à supporter que la DE. Cela est impliqué par le fait qu'elle demande une organisation quotidienne incommode. Devoir mettre des couches en journée et pendant la nuit est perçu comme dévalorisant. Ne pas en mettre peut cependant poser le problème de rendre l'incontinence visible par le fait de tacher le pantalon. La PP permet dans certains cas de régler ce problème. Légèrement gonflée, elle peut en effet empêcher l'accident de survenir. Pour Jacques, ne plus être incontinent représente quelque chose de presque plus important que de retrouver une capacité érectile. En me parlant des bienfaits de la PP, il me dit :

« Ce n'est pas seulement l'érection, ça peut aussi diminuer les problèmes urinaires de nuit. Si tu peux combiner les deux, c'est très bien. Mais surtout ne plus mettre de pampers la nuit c'est pas mal. Changer tes draps et faire ta lessive deux slips par nuit, faut accepter, quand ce n'est pas tes draps [, quand je dors chez ma compagne]. Si ça tu peux diminuer, c'est quand même exceptionnel de pouvoir dormir à côté de quelqu'un sans mettre ton pampers. » [EE, 25/06/2021. Sur son lieu de travail]

Finalement, ce que des événements corporels tels que le cancer ou l'incontinence nous montrent c'est qu'aux hommes, leur DE ne les importe que d'une manière tout à fait relative et circonstanciée. Les traitements contre le cancer impactent leur vie sous une multitude d'aspects, ne se confinant pas à la sphère sexuelle du couple. L'incontinence, par sa visibilité, déborde de la sphère privée et intime, et constitue un événement d'autant plus difficile à vivre du fait qu'il puisse être constaté en public. La DE, lorsque d'autres événements corporels impactent la vie des hommes et des couples, ne constitue alors qu'un aspect de la vie parmi d'autres. Sa résolution ne devient importante qu'en dernière instance, lorsque les autres dysfonctions corporelles ont été résolues ou lorsque ces dysfonctions peuvent être résolues en même temps que l'implantation d'une PP. Les dysfonctions du corps de l'homme, les maladies qu'il traverse, ne sont en revanche pas les seules à impacter l'ordre des priorités dans lequel les rapports sexuels se situent. Les maladies traversées par leur partenaire impactent cet ordre de manière relativement similaire.

### **3.1.2. L'histoire corporelle de la partenaire**

Nous l'avons vu, les masculinités ne se jouent pas en dehors des rapports sociaux. En l'occurrence, la relation conjugale est au cœur des questions que pose la sexualité et donc au cœur de la dynamique des masculinités. Ma problématique de départ se focalisait sur les événements corporels traversés par les hommes et cherchait à savoir quels changements ceux-ci engendraient dans leur vie. Cependant, le déroulement de ma recherche m'a indiqué à plusieurs reprises le biais heuristique et méthodologique que serait le fait de négliger l'expérience des femmes. Le parcours de vie de chacune des partenaires implique des envies et des attentes qui peuvent parfois être distinctes au sein d'un même couple. J'ai déjà brièvement abordé ce sujet au point 2.2.2. lorsque j'ai montré comment l'importance de la pénétration pour Béatrice avait motivé Albert à se faire implanter une PP. À présent, j'aimerais donc dépasser la seule considération que j'avais initialement pour l'expérience des hommes en envisageant comment les événements corporels subits par les femmes impliquent tout autant du changement dans les rapports de genre.

Au point 2.2.1., je partageais un échange entre Renaud et Anne dans lequel on comprenait que Renaud ne s'était pas fait implanter pour lui-même mais pour sa partenaire. L'importance que chacun d'entre eux accorde à la sexualité pouvait alors se comprendre à la lumière des représentations qu'ils accordent respectivement à leur âge. Néanmoins, la spécificité de leur parcours de vie permet également d'éclairer cette répartition différenciée de l'importance de la sexualité. Pour commencer par Renaud, il exprimait un sentiment similaire à celui d'Albert, mentionné au point 2.2.2., vis-à-vis du fait d'avoir

« bien vécu ». Renaud m'expliquait en effet que le fait d'accepter sa DE et son abstinence sexuelle correspondait à des considérations qui n'étaient pas strictement corporelles mais qu'il liait plutôt au prestige de son parcours professionnelle. Il considère qu'il a été tout à fait comblé par ce parcours, là où, à son âge (75 ans), « la plupart des gens ont des frustrations quant à leur carrière professionnelle » [EE, 13/05/2021. Chez Anne]. Il a été, entre autres, professeur dans l'enseignement supérieur, président de cercles professionnels, et en charge de la gestion de grosses quantités d'argent pour des services publics belges. La satisfaction de son travail compensait vraisemblablement la moindre satisfaction de sa vie sexuelle. Dans notre société, les hautes positions professionnelles et les emplois à hautes responsabilités peuvent se rattacher à un idéal masculin particulièrement dominant et privilégié. Cette position sociale implique, chez Renaud, un désintérêt pour la sexualité qui constitue pourtant un autre aspect masculin dominant. Quant à sa compagne, Anne, elle exprimait un certain intérêt dans le fait de retrouver une vie sexuelle pénétrative. Elle m'expliquait en entretien que lors de son premier et seul mariage, elle a été une femme battue et violée. Elle a vécu avec un homme qui ne s'intéressait pas au corps de sa femme et qui n'en respectait pas le rythme ni les envies. Elle explique la sexualité de ce mariage comme relevant du « devoir conjugal » [EE, 13/05/2021. Chez Anne]. Après avoir divorcé, elle a découvert un épanouissement sexuel avec un autre homme. Elle parle de lui comme quelqu'un qui lui a fait se sentir « femme » [Ibid.]. Anne entendait par-là que l'épanouissement découvert avec cet homme lui avait donné l'envie « de se faire belle, [de mettre] des décolletés un peu plus profonds » [Ibid.]. À l'inverse, pendant son mariage, elle avait « la coupe garçon, très peu de maquillage » [Ibid.]. En rencontrant Renaud, elle s'attendait à retrouver un épanouissement sexuel similaire à celui qu'elle avait connu. La DE de Renaud n'a cependant pas rendu cela possible. Ce sont donc les envies d'Anne, qu'elle explique être liées à son passé, qui ont incité Renaud à trouver un traitement pour sortir de son abstinence sexuelle.

Dans ce couple, c'est moins l'histoire corporelle de l'homme que celui de la femme qui engendre des changements dans leur vie commune. L'histoire corporelle de la partenaire implique la nécessité d'une implantation. Cependant, à l'instar des cancers vécus par les hommes, des événements corporels traversés par les femmes peuvent aussi impliquer l'abstinence sexuelle du couple.

L'éventuelle dysfonction sexuelle de la partenaire constitue une information non négligeable tant dans ma recherche que dans le parcours de traitement proposé au CETISM. La consultation pré-implantatoire sert entre autres à diagnostiquer une telle dysfonction chez la partenaire qui peut mériter d'être prise en charge tout autant que la DE de son compagnon. Je n'ai pas rencontré de couples dont les partenaires étaient concernés simultanément par une dysfonction sexuelle. J'ai néanmoins rencontré Quentin et Isabelle, qui m'ont fait part de ce que la dysfonction sexuelle avait impliqué chez chacun d'entre eux à différents moments de leur vie conjugale.

J'ai rencontré Quentin lors d'une consultation post-implantatoire avec le Pr Andrienne. Il s'est fait implanter une PP en avril 2021 suite à une DE causée par la maladie de Lapeyronie. Sa verge avait

commencé à dévier en février-mars 2019. Pensant que c'était un problème anodin qui se résoudrait de lui-même, les rapports pénétratifs n'étant pas trop espacés lors des premiers mois, Quentin m'expliquait ne pas s'en être vraiment inquiété. Un an plus tard, les rapports pénétratifs n'étaient plus du tout possibles et le couple s'est engagé dans un processus de traitement. Quentin m'expliquait qu'avec sa compagne Isabelle, ils suivaient systématiquement le parcours médical de l'un et de l'autre : « On fait toujours tout ensemble. On partage vraiment notre bonheur comme notre malheur à deux » [EE, 16/06/2021. Chez le couple]. Quelques années avant la DE de Quentin, Isabelle avait en effet elle-même subi une maladie gynécologique. Il s'agissait d'une endométriose hémorragique avec varices utérines<sup>25</sup>. Cela entraînait semble-t-il des pertes de sang anormalement régulières. Alors qu'Isabelle me disait que Quentin n'avait pas changé d'attitude en ayant une DE, elle a abordé comparativement sa situation gynécologique :

« Dans son attitude envers moi, [lors de la DE] il n'a pas été distant. L'affection [qu'on avait l'un pour l'autre] est restée la même. Quand ça n'allait pas comme il faut, quand on voulait avoir un rapport, on en discutait et il se rabaisait un peu et tout ça mais j'étais toujours là pour le rassurer. Que ce n'était pas grave, que je ne lui en voulais pas. (...) [S'adressant à Quentin, elle dit :] Ça a été aussi toi dans l'autre sens quand j'ai eu mes soucis. J'ai eu des problèmes gynécologiques et ça a été aussi l'inverse avant. Tu as été aussi là pour moi, tu comprenais qu'on ne savait pas non plus [avoir de rapports pénétratifs]. » [EE, 11/05/2021. Chez le couple]

La maladie qui atteint le corps de l'autre montre comment ce corps est en fait partagé. Le corps n'est pas individuel ni individuellement touché par diverses affections. Il est pris dans les rapports qu'il entretient avec d'autres corps. Lorsque le corps dysfonctionne, il entraîne un dysfonctionnement social, un bouleversement des pratiques quotidiennes. Ce dysfonctionnement social peut être plus ou moins accepté par les individus qui en partagent l'expérience. Dans le cas de Quentin et Isabelle, leurs dysfonctions sexuelles respectives les engageaient à être attentif l'un envers l'autre et à ne pas s'inquiéter de la dérégulation de leur vie sexuelle.

C'est un comportement que j'ai remarqué également chez Albert et chez Éric, alors qu'ils me parlaient tous deux d'une période spécifique de leur vie où la sexualité a perdu en importance. Comme j'ai déjà pu l'aborder, Albert expliquait son abstinence sexuelle par le fait d'avoir « bien vécu ». Il s'agissait probablement d'une raison pour laquelle il acceptait de vivre avec sa DE mais ce n'est pas ce qui a provoqué son abstinence dans un premier temps. Albert, comme Éric, avant de rencontrer leurs compagnes actuelles et d'envisager l'implant pénien, ont tous les deux connu le décès de leur précédente compagne. Laure, compagne d'Albert, et Marie, compagne d'Éric, ont été atteintes d'une maladie qui

---

<sup>25</sup> L'endométriose est une « prolifération anormale de l'endomètre en dehors de la cavité utérine » [Dictionnaire Le Robert en ligne 2021]. Les varices utérines, autrement appelées varices pelviennes, « sont des dilatations veineuses des veines génitales (utérus, ovaires) et/ou développées à partir des veines drainant les autres viscères pelviens ou la paroi pelvienne » [*American Hospital of Paris*, [s. d.]].

s'était manifestée plusieurs années avant leur décès et qui avait progressivement rongé leur état de santé. Albert et Éric ont tous les deux énoncé le fait que cette régression avait doucement rendu tout rapport sexuel impossible. D'autant plus impossible qu'au moment où Laure et Marie étaient malades, les deux hommes souffraient déjà d'une DE. Cependant, l'abstinence sexuelle entraînée par la maladie de leur compagne comme par leur DE semble ne pas avoir posé de problèmes essentiels au sein de leur relation de couple. Il reste néanmoins que ces affections, qui ont cohabité simultanément le corps de ces deux hommes et de ces deux femmes, n'ont pas eu des implications strictement sexuelles. Dans le cas d'Éric, sa propre DE était relativisée dans la situation de couple mais elle a eu d'autres implications lorsque sa compagne est décédée. Dans le cas d'Albert, la maladie de sa compagne a également eu des implications matérielles.

Concernant Éric, j'ai déjà présenté la nécessité dont il faisait part de se faire implanter. Célibataire, veuf, il n'imaginait pas pouvoir retrouver une situation conjugale sans avoir de capacité érectile. Alors que je lui demandais si la question de la DE avait été abordée avec sa compagne avant qu'elle ne décède, il m'a répondu :

« Non je n'aurais même pas eu le besoin d'aborder cela. Enfin si, je lui disais : "écoute, il semble que je ne bande plus". Mais on n'avait plus de vie sexuelle les deux der[nières années]. Elle était vraiment mal, c'était impossible. Non, à la limite, ce problème n'a pas posé tellement de problème dans ma vie. Mais il a posé un problème dès qu'elle est... après le décès de ma compagne car là je me suis retrouvé tout seul. Je vais peut-être paraître bizarre en disant ça mais quand ma compagne vivait, c'est vrai que je n'avais plus de capacités érectiles dans les derniers moments mais ça ne posait pas de problème car notre vie sexuelle était nulle » [EE, 19/05/2021. Chez Éric]

À l'instar de la période de maladie et de convalescence qui suit l'apparition d'un cancer chez les hommes, la maladie de la partenaire implique une moindre attention accordée à la DE. Pour Éric, la DE est cependant revenue au centre de ses préoccupations alors qu'il sortait progressivement du deuil de sa compagne. J'expliquais déjà au point 2.2.2. que sa DE, bien qu'invisible, est devenue embarrassante dans certaines situations sociales : « si je parle avec quelqu'un dans une conversation, je vais être différent si je n'ai pas la capacité d'avoir une érection » [EE, 19/05/2021. Chez Éric]. Au cours de notre échange, il m'expliquait également qu'il n'aurait probablement pas vécu sa DE de la même manière si elle était apparue quand il avait 30 ans. À l'âge qu'il a aujourd'hui (72 ans), il expliquait que la DE n'était pas fondamentale et qu'il se sentait « autant homme » [Ibid.] qu'auparavant. Je lui ai expliqué que je trouvais intéressant qu'il estime que par son âge il se sentait toujours être un homme, même avec une DE. Il m'a alors répondu :

« Oui mais il faut peut-être nuancer. C'est-à-dire que je me sentais homme dans mon couple. Lorsque je me suis retrouvé seul, là c'est vrai qu'après un certain temps de deuil, je me suis peut-être dit, je ne me rappelle plus bien mais, sans doute que là je me suis dit "tu n'es plus un homme".

Mais lorsque j'étais avec Marie, impuissant ou non, j'étais un homme. » [EE, 19/05/2021. Chez Éric]

On retrouve dans le discours d'Éric cette appréhension du corps partagé. Ce qui faisait de lui un homme n'était pas l'absence ou la présence d'une DE mais son traitement au sein de la relation conjugale. L'état de santé global de Marie étant atteint par la maladie, la DE d'Éric et la sexualité ont été relayées à des préoccupations de moindre importance. Tout du moins, jusqu'à ce que la DE ne revienne au-devant de la scène dans la situation de veuvage, et donc de célibat qui a suivi le décès de la partenaire. Le rapport que les hommes entretiennent à leur propre corps est donc mis en balance avec la gravité de la situation corporelle de leur compagne. Le passage d'une situation de couple à une situation de célibat renverse et réarrange l'ordre de valeurs qui est accordé à la DE.

Dans la conversation entretenue avec Éric, le récit des implications de la maladie de Marie s'est arrêté à ce réarrangement. Il aurait cependant été intéressant que je me renseigne sur les autres implications que la maladie de sa partenaire produisait. Je ne me suis rendu compte de l'intérêt de cette question qu'*a posteriori*, lorsqu'elle a été spontanément abordée par Albert.

Albert a vécu une régression de la sexualité assez similaire à celle d'Éric. Il m'expliquait qu'après un espacement de plus en plus prononcé des rapports sexuels avec sa compagne, il avait voulu ne « plus l'embêter ni la mettre mal à l'aise avec ça » [EE, 14/05/2021. Chez Albert]. C'est alors que la sexualité a commencé « à passer au second plan » [*Ibid.*]. À côté de la sexualité, d'autres aspects de leur vie de couple se sont également transformés. La compagne d'Albert étant alitée toute la journée, elle ne pouvait plus s'occuper des tâches qu'elle réalisait dans leur maison en tant que femme au foyer. Albert avait alors progressivement diminué ses activités professionnelles pour pouvoir s'occuper d'elle et de leur maison :

« Ma femme adorait sa maison. C'était une très bonne ménagère, elle ne savait plus rien faire. (...) donc c'est moi qui faisais tout. La cuisine, la lessive. Heureusement je sais le faire mais... j'ai dû prendre son travail quoi. Donc moi j'ai diminué ma clientèle et j'ai arrêté quand j'avais 65 ans. » [EE, 14/05/2021. Chez Albert, psychothérapeute à la retraite]

L'événement corporel traversé par la compagne induit donc une réorganisation de la réalisation des tâches domestiques. Les implications sont matérielles. Évidemment, il s'agit là d'une piste intéressante à approfondir qui pourrait faire l'objet de travaux ultérieurs. Elle permet, par exemple, de dépasser les conceptions théoriques des rôles de genre, qui étaient populaires dans les années 1980 [Rivoal, 2017]. Ces théories rapportaient le sexe biologique à des rôles stéréotypés dans la société. Le fait qu'Albert ait dû « prendre » le travail domestique de sa compagne montre qu'on ne peut ignorer les « contextes sociaux singuliers dans lesquels ces rôles sont incarnés » [Hagège, Vuattoux, 2014 : 9, cités par Rivoal, 2017 : 151].

Aussi différentes les situations des couples susmentionnés soient-elles, ce que le corps du partenaire comme de la partenaire traverse ne peut être négligé dans l'analyse. Le passage de périodes d'abstinence sexuelle à des périodes sexuellement actives et inversement n'est pas le seul fait

d'injonctions à la norme érectile et pénétrative. Cette injonction survient et se dissimule successivement selon des circonstances qui la rendent plus ou moins importante. Et cette priorisation d'autres aspects de la vie sur la sexualité est visible aux niveaux interindividuel, conjugal, comme aux niveaux sociétal, institutionnel. La crise sanitaire entraînée par la pandémie de Covid-19 a par exemple eu certaines conséquences sur cet ordre de priorité. En témoigne Quentin, pour qui l'implantation d'une PP devait initialement se réaliser en octobre 2020. Le contexte épidémiologique avait alors obligé un report de son opération, comme cela a d'ailleurs pu être le cas pour d'autres interventions chirurgicales jugées non vitales. L'opération de Quentin devait alors se produire le 20 mars 2021, mais en raison d'une formation qu'il devait suivre au même moment pour trouver un nouvel emploi, il avait demandé de la déplacer à nouveau. Elle a finalement eu lieu le mois suivant. L'importance de la sexualité semble donc définitivement dépendante du contexte social. Tout comme elle est dépendante des contextes professionnels, conjugaux, et corporels. Évidemment, tout ceci ne signifie pas que la sexualité n'a aucune importance. Les hommes et femmes qui souhaitent revalider leurs rapports pénétratifs continuent de rencontrer des médecins qui souhaitent les y « aider » [EJT, 18/05/2021. Entretien avec Daniel]. Mais le degré d'importance qu'hommes, femmes et médecins accordent à la sexualité semble appartenir à des circonstances matérielles, corporelles, relationnelles et épidémiologiques plus ou moins stables. C'est en ce que ces circonstances sont changeantes que les masculinités sont dynamiques. Il n'existe pas de masculinités figées à jamais comme il n'existe pas de réels retours « à la normale ». La normalité s'inscrit dans le corps par l'implantation d'une PP comme elle peut s'inscrire dans l'acceptation d'une abstinence sexuelle. Elle est donc relative. Mais quoi que les couples fassent, à partir du moment où ils s'engagent dans un parcours de traitement de la DE, il y a un aspect de leur vie qui se transforme et qui ne peut espérer retrouver les conditions antérieures. Cet aspect de leur vie, c'est le passage par la mise en discours de la DE.

### **3.2. La mise en discours de la dysfonction érectile**

#### **3.2.1. Les « foyers locaux de pouvoir-savoir » : armature théorique**

La question de la mise en récit et de la mise sous silence de la sexualité constitue le point central du premier tome de l'Histoire de la sexualité de Foucault [1976]. Dans cet ouvrage, il s'oppose à la thèse répressive de la sexualité. Cette thèse chercherait à comprendre la sexualité par les interdits dont elle fait l'objet. Elle se constituerait par ce qui la réprime. Prohibition de l'inceste, ignorance volontaire de la sexualité des enfants, condamnation de pratiques sexuelles déviantes, perverses. Foucault défend au contraire que tous les appareils mis en place pour empêcher, réguler, interdire, sont en fait au cœur de la production de la sexualité elle-même. D'autant plus que ces appareils sont aussi ceux-là même qui incitent à parler du sexe, ceux qui cherchent à en récolter la parole. Foucault parle à cet effet de la relation entre le médecin et l'adulte, entre le psychiatre et l'enfant, entre le prêtre et le croyant.e. À qui l'on parle de son impuissance, à qui l'on parle de violences intrafamiliales, à qui l'on vient confesser

ses péchés. Plutôt que d'une « censure massive », il s'agirait d'une « incitation réglée et polymorphe aux discours » sur le sexe [1976 : 47].

J'ai parlé dans la partie 1.2.3. du cabinet médical et du domicile comme des « lieux privilégiés » pour discuter de sexualité avec les hommes et les femmes que j'ai rencontré. Foucault propose quant à lui l'idée de « “foyers locaux” de pouvoir-savoir » [*Ibid.* : 130]. Il inclut dans cette notion tous les rapports sociaux, entendus comme des rapports de force, au sein desquels se jouent et se transforment constamment les positions de pouvoir qu'occupent les individus. Selon lui, il n'existe pas de séparation naturelle entre des dominant·e·s et des dominé·e·s. Le pouvoir n'appartient pas naturellement à un ou des groupes, à des institutions, à l'État. Il n'émane pas d'eux pour s'écraser sur d'autres de manière verticale et descendante. Foucault parle du pouvoir en ce qu'il est omniprésent. Il se produit en tout lieu et en tout instant. Il se déploie. Il forme « chaîne ou système » [*Ibid.* : 122] et il produit finalement une cohérence d'ensemble : « de larges effets de clivage qui parcourent l'ensemble du corps social » [*Ibid.* : 124]. Foucault ne nie pas l'existence de dominations hégémoniques mais il en explique la production par les relations de pouvoir « locales » et « immédiates » [*Ibid.* : 128] dans lesquelles elles s'ancrent. Et il comprend à l'inverse le fonctionnement de ces relations par les logiques sociales dans lesquelles elles s'inscrivent.

Mobiliser Foucault à ce point de mon travail s'est avéré nécessaire. L'armature théorique qu'il propose me semble la plus adéquate pour mettre en cohérence les matériaux récoltés sur le terrain. Un des défis inhérents à ma recherche a été de chercher les logiques sociales qui sous-tendaient les comportements et les parcours de vie spécifiques de chacun des couples rencontrés. Comment ce groupe diffus, d'hommes atteints d'une affection similaire mais qui ne se croisent jamais, fait-il cohérence ? À quelles contraintes ces hommes font-ils face ? Quel est le type de masculinité minimal qui se donne à voir ? Quelles sont ses logiques ? Ce sont autant de questions qui me sont venues ou qui m'ont été posées lorsque j'en partageais l'inquiétude. Et ce sont autant de questions auxquelles je vais tenter de répondre. Pour cela, il faut encore comprendre ce que le discours occupe comme place dans les relations que j'ai observées ou qui m'ont été racontées.

Ce que propose Foucault, c'est de se refuser une lecture du social fondée sur des rapports d'oppositions binaires. Il voit plutôt le social comme un immense plateau de jeu au sein duquel les rapports de pouvoir se renforcent, s'inversent, bref, se transforment [*Ibid.* : 131]. Ceci, sans que le plateau soit considéré comme une abstraction mais bien plutôt comme le produit de l'enchaînement de ces modifications. Dans ces rapports de force, le discours est « à la fois instrument et effet de pouvoir, mais aussi obstacle, butée, point de résistance et départ pour une stratégie opposée » [*Ibid.* : 133]. De la même manière, « le silence et le secret abritent le pouvoir, ancrent ses interdits ; mais ils desserrent aussi ses prises et ménagent des tolérances plus ou moins obscures » [*Ibid.*]. Le pouvoir ne peut donc pas être une force qui contrôle, interdit ou autorise les discours. Ce sont plutôt les discours et les silences qui sont à sa base même. Ils permettent aux individus d'assumer des positions différentes dans les foyers

locaux que forment leurs relations sociales. Positions qui peuvent changer d'une relation à une autre mais qui peuvent aussi se transformer au sein d'un même rapport.

C'est une acception du pouvoir qui me permet de penser avec plus de précision les places qu'occupent simultanément les hommes dans la société. Elle permet par exemple de s'extraire d'un paradigme essentialiste et déterministe qui renverrait tous les hommes cisgenres, hétérosexuels et blancs à un bloc dominant uniforme et permanent [Rivoal, 2017]. En effet, de tels hommes, dont ma recherche est composée sans exception, n'ont pas l'air de correspondre à la figure dominante à laquelle ils sont censés coller. Si tous les hommes correspondaient à cette figure, comment penser alors ceux qui se jettent en consultation « avec leurs failles de masculinité » [EJT, 09/04/2021. Pr Andrienne, en visio-conférence] ? Bien entendu, contre une image essentiellement dominante des hommes il ne s'agit pas non plus de leur opposer une image de victime. J'aimerais plutôt comprendre comment les hommes que j'ai rencontré occupent simultanément, dans des espaces et des instants précis, des positions qui peuvent être plus ou moins dominantes ou subordonnées. Parce que selon Foucault, il ne s'agit pas de savoir qui détient le pouvoir et qui n'y a pas accès. Ou qui, à propos de la sexualité, « a le droit de savoir, et qui est maintenu de force dans l'ignorance » [1976 : 131]. Il n'existe pas une répartition fixe du pouvoir et du savoir. Il faut donc chercher quels types d'effets les discours ont sur le pouvoir et le savoir et dans quelles circonstances, dans quels rapports de force, dans quels foyers locaux ils se manifestent.

### **3.2.2. En parler : l'aveu**

Dès le début de ma recherche, je me suis inquiété de savoir ce qui faisait que des hommes ne consultaient pas rapidement, voire pas du tout leur médecin traitant ou un urologue. Qu'est-ce qui, en cas de gênes, de douleurs, de symptômes quelconques justifie de ne pas prendre rendez-vous ? De ne pas en parler au médecin ? Je pourrais me baser sur Luc Boltanski [1971] pour proposer une lecture en termes de classes sociales. Il explique que les individus des « classes populaires » [1971 : 219], pour différentes raisons<sup>26</sup>, ont tendance à ne pas consulter en comparaison aux individus des « classes supérieures » [*Ibid.* : 221]. Je ne peux malheureusement en attester du fait que je ne me sois intéressé qu'à des hommes qui ont effectivement consulté un médecin généraliste et/ou un urologue. Je peux par contre dire que les hommes présents en consultation provenaient de toutes « classes » confondues, encore que cette notion puisse être interprétée de multiples manières<sup>27</sup>. L'appartenance de classe ne me

---

<sup>26</sup> Boltanski [1971] explique que les individus de classes populaires iraient moins directement chez le médecin parce qu'ils ne veulent pas risquer une incapacité de travail qui leur ferait perdre en rendement économique. Les individus de classes supérieures seraient à l'inverse très à l'écoute de leur corps, capables d'en discerner les maux. Cela s'apparenterait aussi à un vocabulaire plus étendu.

<sup>27</sup> Pierre Bourdieu [1984] explique qu'il existe deux manières de construire des classes sociales. La première, la « classe-en-soi » [*Ibid.* : 5], est une construction des chercheur·euse·s. Elle se définit par des « conditions objectives » [*Ibid.*] : le statut (patron·ne, salarié·e, intérimaire, indépendant·e), le niveau d'étude, les revenus nets par an, *etc.* La seconde, la « classe-pour-soi » [*Ibid.*], est subjective et se base sur un sentiment de collectivité et sur des stratégies politiques partisans. De nos jours, les catégories décrites par Boltanski sont d'autant plus

permettrait donc pas d'expliquer une tendance à consulter ou son inverse. Je risquerais par ailleurs de tomber dans des présuppositions quantitatives qu'il s'agit d'éviter [Lejeune, 2015].

L'analyse de classe ne me semble donc pas suffisante pour la présente analyse parce qu'elle n'indique rien sur ce qui pousse les hommes à parler ou non de sexualité dans des moments et des endroits spécifiques. Chacun des hommes que j'ai rencontrés parle de sa DE et de son implantation à un ensemble plus ou moins restreint de personnes. Chacun d'entre eux cache ces événements à d'autres ensembles de personnes. La plupart des hommes rencontrés n'en parlent qu'avec leur compagne, leur médecin et quelques amis ou membres de la famille soigneusement choisis. Ils sont professeurs surdiplômés, ouvriers de production, fossoyeurs, médecins, *etc.* Je n'ai rencontré que deux hommes qui en parlaient ouvertement à leurs enfants et à un ensemble plus large de connaissances regroupant famille et amis. Un de ces deux hommes est artisan ébéniste et l'autre est un psychologue à la retraite. Ces hommes viennent tous de milieux sociaux différents sans qu'il semble y avoir une cohérence dans la distribution de l'acte discursif. Autrement dit, le fait de parler de sexualité, de ne pas en parler, et à qui, n'est pas le fait de la classe sociale. En tout cas, la classe sociale ne suffit pas à expliquer ces comportements. Alors, comment expliquer la mise en discours et son contraire ? Ou plutôt, comment la mise en discours et le silence se rattachent à l'aspect dynamique des masculinités ?

J'aimerais introduire mon propos par la présentation de trois hommes – Daniel, Quentin et Bertrand – qui ont témoigné de la difficulté que représentait la mise en discours de leur DE. Pour rappel, Bertrand et Quentin sont respectivement implantés depuis mars et avril 2021. Daniel était quant à lui, au mois de juillet 2021, en train de passer les différents examens permettant d'établir s'il peut être candidat à un implant ou non. Lorsque Bertrand et Daniel ont commencé à se rendre compte de leur DE, ils n'ont pas immédiatement pu en parler à leur partenaire ni à leur médecin. Dans la relation de couple, la DE n'est pourtant pas ce qu'il y a de plus facile à dissimuler. Mais même lorsqu'elle est évidente, lorsque les couples ne parviennent pas à avoir de rapports pénétratifs, la DE ne constitue pas forcément un sujet dont les partenaires discutent.

Daniel m'explique que dans un premier temps il n'en avait pas vraiment parlé avec son épouse, Camille. Ce qui concernait la DE constituait plutôt des non-dits. Il semble que son épouse « voyait bien » que le fait de ne pas parvenir à avoir d'érection le dérangeait [EE, 18/05/2021. Sur le lieu de travail de Daniel]. La DE était constatée mais ne faisait pas pour autant l'objet de discussions. Le fait de ne pas en parler entraînait chez Daniel un cycle de frustrations sexuelles dont il était difficile de s'extraire. Plus sa dysfonction progressait, plus il craignait ne pas parvenir à réaliser la pénétration. Et plus il s'en inquiétait, moins il y arrivait :

---

réductrices qu'elles ne permettent pas de prendre en compte les « classes moyennes », catégorie qui regroupe une large partie de la population qui n'est ni totalement précarisée ni tout à fait riche.

« Au moment où tu commences des préliminaires ou quelque chose, tu te demandes déjà si tu vas être en possibilité de pénétration ou pas. Et ça a un impact. Parce que quand tu sens que c'est prêt et que c'est maintenant, que tu vas pour une pénétration et que tu te dis "il faut que ça tienne comme ça", on n'est plus dans le truc. Donc c'est la peur que l'érection retombe, donc on n'est plus dans cette sensation de plaisir. On essaye d'arriver au bout en se concentrant sur le fait d'être en érection. Ce n'est plus du tout la même chose. Plus ce stress vient, moins ça marche. » [EE, 18/05/2021. Sur son lieu de travail]

Dans le cas de Daniel, le fait de ne pas verbaliser ces difficultés avec sa compagne a pu se rattacher au départ à l'espoir que la dysfonction se règle toute seule. C'est une croyance qui peut survenir dans des cas de dysfonctions progressives parce que la DE peut être vue comme un problème de passage qui finira par se résoudre de lui-même. C'est en tout cas ce qu'envisageait Daniel. Sa dysfonction prend ses origines dans l'administration d'un médicament anti-dépresseur que son médecin traitant lui avait prescrit en 2018. Se rendant compte du lien entre ce médicament et sa DE, Daniel avait arrêté de le prendre. Sa capacité érectile était alors revenue « comme avant » [EE, 18/05/2021. Sur le lieu de travail de Daniel]. Plus tard, Daniel a suivi un traitement contre l'hyper-tension. Sachant qu'il ne le prendrait pas s'il savait que le médicament engendrerait probablement une DE, son médecin n'a pas jugé bon de l'en informer. Lorsqu'il s'en est rendu compte, Daniel a voulu arrêter le médicament, mais sa capacité érectile ne s'est jamais revalidée toute seule.

Des attentes similaires avaient été formulées par Quentin, dont la DE, je le rappelle, s'est manifestée suite à la maladie de Lapeyronie. Sa verge avait commencé à dévier en février 2019 et ce n'est qu'un an plus tard que sa compagne et lui se sont décidés à consulter un médecin. Quentin m'expliquait qu'il pensait « qu'il y avait un problème mais pas que ce serait irrémédiable » [EE, 11/05/2021. Chez le couple]. Il pensait « que ça allait se régler tout seul » [*Ibid.*]. Cette croyance, accompagnée du fait que ce ne soit pas un sujet facile à aborder pour lui, implique comme chez Daniel de ne pas consulter un médecin dès les premiers signes de dysfonction.

Le non-dit peut donc constituer un comportement mettant en danger la santé des hommes. D'autant plus que la DE est parfois liée à des problèmes plus généraux comme l'hypertension, qui ont des répercussions sur d'autres fonctions du corps humain. Parmi d'autres comportements à risque qui m'ont été rapportés, Bertrand me faisait part, sur le plan de la santé, de ses premiers achats de pilules, et sur le plan conjugal, du rapport qu'il entretenait avec sa compagne, Alice, vis-à-vis de leur sexualité. La première fois qu'il a acheté des pilules de type iPDE5, Bertrand n'avait encore jamais parlé de sa DE, ni à sa compagne ni à son médecin. N'ayant pas d'ordonnance médicale, il s'est tourné vers des pilules achetées en *sex-shop*. Seulement, si elles permettaient une érection, ces pilules avaient l'inconvénient de produire un « brûlant phénoménal » [EE, 15/05/2021. Entretien par visioconférence], un mal de ventre qui a duré plus d'une demi-journée. Son médecin traitant lui apprendra plus tard que ces produits sont tout à fait déconseillés à cause des graves conséquences qu'ils peuvent entraîner.

Du fait de n'en parler à personne, Bertrand a également dû se confronter aux conflits conjugaux que l'absence de rapports pénétratifs entraînait. Au départ, il cachait son incapacité derrière des « excuses » [*Ibid.*], telles que la fatigue ou le fait d'avoir bu un verre de trop. Il essayait d'aller se coucher le plus tard possible, le temps que sa compagne s'endorme, pour ne pas devoir faire face à une demande de rapports sexuels. Mais Alice a commencé à interpréter les refus de son compagnon par le fait qu'il devait probablement avoir une relation adultère. Les tensions que cela a provoqué ont amené Bertrand à faire la part des choses. « Il y a un moment, entre ta virilité et le fait que tu n'es pas fidèle, non » [*Ibid.*]. L'éventuelle menace de rupture que supposait l'accusation d'adultère a passé un seuil de gravité supérieur à celui de devoir avouer une DE.

L'aveu constitue un moment transitoire dans la vie de ces hommes. Il concrétise un mal être et il produit une rupture. Sans que cela ne soit forcément un comportement systématique, j'ai constaté que le premier aveu de Bertrand et Daniel a été formulé en présence de leur médecin traitant. La conversation ne s'est présentée avec leurs compagnes que lorsqu'ils s'étaient déjà engagés dans un processus de traitement médical. L'aveu a constitué dans les deux cas une rupture vis-à-vis de leur « virilité ». Bertrand l'a exprimé en disant ceci : « Faut oser dire que, ben ouais t'es un homme, mais sur le coup malheureusement tu es un petit garçon » [EE, 15/05/2021. Entretien par visioconférence]. Comme nous l'avons vu, la jeunesse constitue idéalement une période foisonnante de la vie sexuelle. Mais elle se situe entre l'enfance, incarnée ici par le petit garçon, et l'homme dont le corps vieillit. Deux périodes où la virilité est soit inexistante soit mise en péril. Les sentiments auxquels fait face Bertrand rendent l'annonce de sa DE particulièrement difficile. Un homme est « censé être le pilier de la famille » [*Ibid.*], qui n'a « peur de rien » [*Ibid.*]. Peur de rien, sauf, dit-il, de rentrer dans son lit. L'aveu vient briser l'image de l'homme et du père de famille. Il doit alors pouvoir accepter d'incarner quelqu'un qui n'est pas inébranlable.

Daniel exprime quant à lui cette rupture par un sentiment de fierté dont il faut se défaire. Il m'a parlé tout d'abord du fait que se rendre à l'hôpital pour traiter sa DE constitue « une raison qui, pour un homme, n'est pas facile de développer » [EE, 18/05/2021. Sur son lieu de travail]. À la question de savoir pourquoi ce n'était pas facile, il m'a répondu que l'érection est « une fierté masculine » [*Ibid.*]. Lorsque je l'ai rencontré dans le cabinet du Pr Andrianne, il s'agissait de son premier rendez-vous en urologie et une des premières fois qu'il se rendait à l'hôpital en tant que patient. Lorsque le Pr Andrianne lui a demandé ce qui l'amenait, Daniel a difficilement verbalisé sa raison :

Daniel : « J'ai des problèmes... [moment d'hésitation, bafouillage] »

Pr Andrianne : « ... D'érection. »

Daniel : « Oui, on va dire ça comme ça. » [EJT, 06/05/2021. Cabinet du Pr Andrianne].

À ce stade, Daniel avait déjà consulté son médecin traitant. Il n'avait annoncé la prise en charge médicale de sa DE à son épouse que la veille du rendez-vous pris avec le Pr Andrianne. Lorsqu'il est revenu du CHU, Camille l'attendait d'ailleurs avec « impatience » [*Ibid.*]. C'est à ce moment-là, muni

de fascicules informatifs, que Daniel a discuté avec son épouse des possibilités qui s’offraient à lui. Probablement que la discussion avec Camille était facilitée par le parcours de soin dans lequel il s’était engagé. Mais le parcours de soin engage nécessairement l’aveu de la DE. Et cela ne se produit pas toujours avec les personnes auxquelles on s’attend. Après le premier rendez-vous avec le Pr Andrianne, Daniel a dû en effet rencontrer une infirmière pour fixer un autre rendez-vous. Nous en avons brièvement discuté :

Daniel : « Je me suis retrouvé dans un bureau comme avec vous, avec une femme que je ne connais pas, que je n’avais jamais vue, qui a commencé à m’expliquer ce qu’on allait me faire. Je me suis dit : “ta fierté elle est partie, faut qu’on y aille”. »

Nathan : « Qu'est-ce qu'il se passe à ce moment-là quand la fierté est partie et qu'il faut y aller ? »

Daniel : « Mettre ma fierté de côté. J'ai un souci qui peut être résolu d'une manière ou d'une autre. Faut que je le fasse. » [EE, 18/05/2021. Sur le lieu de travail de Daniel]

Le sentiment de rupture avec sa fierté regroupe donc au moins deux acceptions. Premièrement, la fierté d’être capable d’avoir une érection rigide permettant le rapport pénétratif est perdue. Il y a une dimension corporelle, un rapport à son propre corps qui se transforme. Ensuite, la fierté s’écrase définitivement lorsqu’il se retrouve face à une femme, autre que son épouse, qui est tout à fait au courant de sa situation et qui l’enjoint à prendre un rendez-vous pour son échographie Doppler. Il y a une dimension sociale, le rapport à l’autre. Ce rapport est d’autant plus significatif qu’il s’agit d’une personne du sexe opposé. S’il n’était pas facile de consulter le Pr Andrianne, il était d’autant plus difficile de devoir partager son expérience avec une infirmière.

Aussi difficile l’aveu puisse-t-il être pour les deux hommes, Bertrand m’a cependant partagé un sentiment de soulagement. Ce sentiment a suivi l’annonce de sa DE à sa compagne. Il était combiné avec le fait qu’Alice trouve ça « grand » [EE, 15/05/2021. Entretien par visioconférence] de sa part d’avoir été capable d’en parler à un médecin et puis de lui en parler à elle. Finalement, Bertrand explique lui-même avoir eu le sentiment de « grandir », du fait d’être passé « au-dessus » d’un « truc aussi honteux » [Ibid.]. L’aveu produit donc une sorte de confusion. D’une part, on trouve une masculinité en rupture avec elle-même. D’autre part, on trouve sa reconstruction sur un modèle qui reste finalement assez proche du précédent. Celui d’être « grand », de ne pas perdre la face, ou du moins de la retrouver.

Ce qu’il y a de particulier dans les cas de Bertrand, Quentin et Daniel, c’est que leur DE n’est pas apparue de manière brutale mais de manière progressive. Cela implique une manière très différente de la considérer que dans le cas d’hommes ayant subi une prostatectomie. En effet, les hommes concernés par cette intervention sont généralement informés par leur chirurgien de l’éventuel DE qui en résultera. Certaines interventions permettent de conserver les nerfs érectiles mais il est communément considéré qu’en cas de cancer de la prostate, « il ne se passe plus grand-chose » [EE, 02/07/2021. Charline, entretien chez elle avec Éric]. Cela indique que l’aveu peut se formuler de deux manières différentes. La première manière de formuler l’aveu correspond à sa dimension directe. Il s’agit de l’aveu au médecin, qui est nécessaire pour le traitement médical. Il s’agit également de l’aveu à la

compagne, nécessaire pour le maintien de la vie conjugale. Cela peut, enfin, être l'aveu à un·e proche, qui permet de « se décharger » [EE, 11/05/2021. Quentin, chez lui]. La deuxième manière qu'à l'aveu de se formuler, c'est avec sa dimension indirecte. Il s'agit de l'aveu qui se formule d'un tiers à un tiers, ou qui se déduit d'une situation sans qu'il soit nécessaire d'en parler. Il peut s'agir, par exemple, du lieu de consultation. En effet, il n'était pas nécessaire que les patients disent qu'ils avaient une DE pour que je le sache, étant donné qu'il s'agit de la spécialité du Pr Andrienne. Il peut s'agir également de l'annonce du cancer de la prostate, qui suppose, dans le sens commun, que l'homme qui en est atteint n'a ou n'aura plus de capacité érectile. Il est donc probable que les hommes ayant subi un cancer de la prostate ne doivent pas faire face à la difficulté d'un passage à l'aveu. Ni avec leur médecin, ni avec leur partenaire, ni avec leurs ami·e·s et leurs enfants. De père en fils, l'annonce du cancer de la prostate et de la DE peuvent alors même constituer une forme de prévention. Chose qui, de ce que j'ai pu en voir, est relativement improbable dans le cas d'hommes atteints d'une DE progressive.

Les deux dimensions de l'aveu sont à la base de ce qui incite à parler ou non de la DE. Pour les hommes atteints d'une DE progressive, nous allons voir que la dimension directe de l'aveu leur permet de maîtriser en partie les positions de pouvoir dans lesquelles ils se trouvent en diverses situations. Nous verrons également que cette dimension est constitutive d'un paradoxe empêchant ces hommes de partager leur vécu avec d'autres hommes.

### **3.2.3. Ne pas en parler : le mensonge et le paradoxe**

Pour entrer dans un processus de traitement de leur DE, les hommes doivent nécessairement mettre en discours leur sexualité. Pour certains hommes atteints d'une DE progressive, l'aveu marque un changement dans leur appréhension de la sexualité qui est généralement vue comme étant « privée ». Cette notion est revenue dans la plupart de mes entretiens. Je m'inquiétais systématiquement de savoir à qui les hommes parlaient de leur processus de traitement et qui en était au courant. En effet, les personnes qui le savent ne sont pas forcément celles avec qui les hommes en parlent. Et certaines sont volontairement maintenues dans l'ignorance, justement sous couvert de l'idée qu'il s'agit de quelque chose de privé. Mais que recouvre la notion de « privé » ? Que concerne-t-elle réellement ?

Bertrand et Quentin m'ont rapporté avoir conçu un « mensonge » pour éviter de devoir parler de leur intervention chirurgicale d'implantation d'une PP. Bertrand a eu besoin de l'usage d'un mensonge pour justifier une incapacité de travail prolongée et une incapacité de réaliser certains travaux au sein de son métier de fossoyeur. Il a expliqué à ses collègues s'être fait opérer du dos, ce qui justifie par exemple son incapacité à creuser des trous pour les tombes. Quant à Quentin, il a eu besoin d'un mensonge pour justifier une absence que certaines personnes savaient être due à un séjour à l'hôpital. Pour construire son mensonge, il s'est rattaché à un autre événement corporel connu de tou·te·s : un anévrisme survenu il y a quelques années qui lui vaut toujours aujourd'hui des migraines intenses. Les passages à l'hôpital ont donc une histoire publique assez ordinaire et passe-partout. Cette histoire ne porte pas le désavantage de l'aveu, celui qui est formulé au médecin. Celui qui est parfois honteux, du

moins pour Bertrand, et qui n'est en tout cas pas une fierté pour Quentin. Mentir, ce n'est donc pas seulement protéger la vie privée et intime du couple, celle qui ne regarde personne. C'est aussi garder la face, protéger son image propre. C'est ne pas risquer d'être subordonné à d'autres hommes ni à d'autres femmes. C'est, finalement, rester dans une masculinité relativement complice<sup>28</sup> [Connell, 2005] avec le modèle hégémonique. C'est continuer à rigoler des blagues sexuelles des copains tout en sachant que de ton côté, « ta vie sexuelle elle est pourrie depuis un moment » [EE, 11/05/2021. Quentin, chez lui]. C'est même raconter de faux exploits sexuels pour garder la face dans un groupe d'amis. Et ensuite c'est se sentir « tout petit » [EE, 15/05/2021. Bertrand, en visio-conférence] du fait d'avoir menti aux autres mais surtout de s'être menti à soi-même. Quentin m'expliquait que le tabou qui entoure l'abstinence sexuelle induite par la DE était dû au fait qu'un couple, par définition, doit avoir des rapports pénétratifs :

« Les gens dans leur imaginaire, un couple, tu as des relations, chacun sa fréquence, tous les jours, tous les deux jours, une fois par semaine, mais la logique des choses c'est que les gens ensemble ont des rapports sexuels. » [EE, 11/05/2021. Chez Quentin]

Cette image dominante du couple hétérosexuel enjoint d'autant plus ces hommes à ne pas rendre publique leur vie sexuelle catastrophée. Cela peut aller, pour Bertrand, jusqu'à l'achat de ses traitements par voie orale dans une pharmacie située en dehors de son village, dans une ville avoisinante. Il s'agissait pour lui d'« éviter d'avoir l'air con » [EE, 15/05/2021. En visio-conférence] dans son village, « même que la pharmacienne ne peut rien dire » [*Ibid.*]. Le simple fait d'aller chercher ses médicaments impliquerait un aveu indirect de sa DE dont il n'a pas envie de faire la publicité. Et ce, particulièrement dans son village, qui est « très familial, très copains » [*Ibid.*]. Mais comment expliquer cette volonté de dissimulation de la DE ?

Les situations qui nécessitent de produire un discours sur la sexualité et les situations où ce discours est évité ou dissimulé ne peuvent être comprises indépendamment les unes des autres. Foucault le formule ainsi : « Le mutisme lui-même, les choses qu'on se refuse à dire ou qu'on interdit de nommer, la discrétion qu'on requiert entre certains locuteurs, sont moins la limite absolue du discours, l'autre côté dont il serait séparé par une frontière rigoureuse, que des éléments qui fonctionnent à côté des choses dites, avec elles et par rapport à elles dans des stratégies d'ensemble » [1976 : 38]. Il faut prendre en compte les individus en présence et le contexte de rencontre pour comprendre comment le discours et le silence renforcent le pouvoir. Mais il faut également comprendre comment le discours « le mine, l'expose, le rend fragile et permet de le barrer » [1976 : 133]. Ainsi, le fait qu'il y ait une mise en récit

---

<sup>28</sup> La masculinité complice fait partie d'une typologie proposée par Connell [2005]. Cette masculinité fait référence à une position de bénéfice dans l'ordre du genre, qui se base sur la domination des autres types de masculinité ainsi que sur la domination des femmes. La masculinité complice se définit par le fait de ne pas revendiquer ce rapport de domination, tout en retirant les mêmes bénéfices sociaux qu'une masculinité hégémonique. La typologie de Connell comprend aussi la masculinité subordonnée et la masculinité marginalisée.

de la sexualité avec le médecin mais pas avec les enfants, avec la compagne mais pas avec les amis, n'est pas le fruit du hasard. Dans chacune de ces situations, les hommes occupent des positions de pouvoir différentes que la mise en discours renforce ou transforme. Ce qui peut être renforcé peut aussi bien être une position dominante dans le rapport de force qu'une position de subordination. Dans le foyer local médecin-patient, l'aveu du patient renforce une masculinité subordonnée. Ce moment concrétise la rupture avec une masculinité dominante constituée par la capacité érectile. Le rapport au médecin se définit par un moment critique d'acceptation de cette position. J'aimerais donc suggérer que le fait de ne pas en parler aux enfants, aux copains, aux voisins, permet d'éviter de se retrouver avec eux dans la position de subordination que la mise en discours produit.

Cette position de subordination se produit parce que les conditions nécessaires à la virilité [Corbin *et al.*, 2011] ne sont pas remplies. Avoir une DE pourrait renvoyer à l'image d'un homme efféminé [*Ibid.*] qui peut faire l'objet d'une dévalorisation dans certains contextes. Gaëtan, 24 ans, qui faisait des démarches pour utiliser une contraception par anneau thermique, m'en a témoigné. Il m'expliquait que ses démarches, « les mecs voient ça comme une faiblesse », comme le fait d'être « pédé » [EJT, 26/03/2021. Chez Gaëtan]. Dans des groupes d'hommes hétérosexuels, l'homosexualité peut être particulièrement perçue comme se rattachant à une masculinité subordonnée [Connell, 2005]. Il est donc fréquent que certaines pratiques, certains comportements, soient jugés « gay ». L'homosexualité présumée se constitue en insulte et produit des hiérarchies entre les hommes virils du groupe et les hommes jugés faibles. Si certains hommes ne parlent pas de leur DE, c'est justement parce que leur discours produirait une dévalorisation dans « l'ordre du genre » [Braverman, 2019 : 12]. Ils évitent ainsi que cette dévalorisation se reproduise à nouveau, là où elle a déjà existé dans les premiers rapports avec le médecin. Ce n'est bien sûr pas le médecin qui introduit cette dévalorisation à coup d'insultes et de remarques dénigrantes. Les hommes se sentent eux-mêmes dévalorisés de devoir avouer leur dysfonction à un autre homme, qui occupe par ailleurs une position sociale d'autorité. C'est une position inconfortable que certains hommes préfèrent probablement ne pas produire dans d'autres rapports sociaux, dans d'autres foyers locaux. Pour cette raison, certains hommes m'ont expliqué n'en parler qu'à des personnes de confiance qui ne les jugeront pas. Quentin en parle par exemple avec son cousin, avec qui il a toujours partagé ses soucis intimes, et inversement. Qu'est-ce qui induit alors que certains hommes parviennent à en parler entre eux mais pas avec d'autres ?

Chez certains hommes, le mutisme peut être paradoxalement accompagné d'une volonté de témoigner de leur DE. Plusieurs hommes m'ont rapporté le fait que, de la DE, on n'en parle pas assez. Que c'est un sujet sur lequel on devrait être plus prévenus et informés. C'est en partie ce qui a pu motiver les patients sélectionnés par le Pr Andrianne à accepter que je prenne contact avec eux. La plupart de ces hommes estimaient que c'était important de répondre à mes questions parce que le sujet que j'aborde, « c'est notre avenir » [EJT, 06/05/2021. Daniel, cabinet du Pr Andrianne], ou parce qu'ils estiment important d'aider à faire avancer la science, ou d'aider un jeune à réaliser son projet. Je me suis alors

retrouvé dans la situation particulière de faire partie d'un cercle très restreint de personnes ayant connaissance de la DE des hommes rencontrés. En témoignait Daniel, au cours d'un bref échange :

Nathan : « Ici, concrètement, il n'y a que votre femme et votre médecin qui sont au courant [de votre dysfonction érectile]. »

Daniel : « Oui. Et vous. [rires] »

Nathan : « Il faut que je m'inclue dedans. [rires] » [EE, 18/05/2021. Sur son lieu de travail]

Le fait que je sois un « étranger » [EE, 11/05/2021. Quentin, chez lui], que j'ai appris la DE des hommes par un aveu indirect et que leur parole était enregistrée dans le cadre strict d'une recherche scientifique ont probablement facilité leur mise en récit. Mise en récit qui, pour certains, est une réelle nécessité. Bertrand m'expliquait par exemple qu'il accordait de l'importance au fait de conseiller la PP et de prévenir la dangerosité des pilules achetées en *sex-shop* : « Je suis le premier à témoigner pour ce genre de choses parce que je suis persuadé qu'il y a des hommes qui ont ce problème et qui restent dans leur coin » [EE, 15/05/2021. En visio-conférence]. Ce qu'il faut comprendre de ses propos, c'est qu'il est le premier à en témoigner mais uniquement dans les situations où sa DE est déjà dévoilée, de manière directe ou indirecte. Ces situations se réduisent donc, dans son cas, à sa médecin traitante, au Pr Andriane, à sa compagne et à moi. Il ne formulerait pas le même témoignage à quelqu'un qui ne serait pas concerné par le traitement de sa DE et qui ne lui assurerait pas la sécurité d'une anonymisation ou d'une pseudonymisation. Et c'est à cet endroit précis qu'un paradoxe émerge.

Quentin, Bertrand et Daniel m'ont tous les trois fait comprendre au cours de leur entretien que si un autre homme atteint d'une DE abordait ce sujet avec eux, alors ils en parleraient. Ce qu'il se produirait dans un tel cas de figure, ce serait un équilibre dans les positions de pouvoir occupées au moment de la mise en discours. C'est ce que Quentin vit avec son cousin : ils parlent tous les deux de leurs dysfonctions, de leur intimité, et ce malgré que son cousin n'ait pas de DE. Aucun d'entre eux n'est alors subordonné à l'autre parce qu'ils sont tous les deux susceptibles de faire part de leurs problèmes les plus intimes, ceux qui portent le plus de risques de subordination. De la même manière, un homme atteint d'une DE serait quelqu'un à qui Bertrand, Quentin ou Daniel ne seraient pas subordonnés dans l'ordre du genre. Mais le paradoxe survient du fait que pour avouer, il faut soit que la personne tierce l'apprenne de manière indirecte, soit que les hommes concernés par une DE acceptent de risquer une position de subordination. Or, c'est exactement ce que ces hommes veulent éviter. Dans ce schéma, il semble donc impossible de rencontrer quelqu'un avec qui en parler. Quentin témoigne de ce paradoxe :

« J'aurais du mal à en parler avec mes voisins ou même mes copains. Par contre, je connaîtrais une personne dans mes proches qui en parlerait, là, partageant le même problème, je n'aurais aucun mal à en parler. Parce que ça fait toujours du bien de pouvoir en discuter avec quelqu'un qui comprend ton problème. » [EE, 11/05/2021. Chez Quentin]

Mais un tel homme constitue presque une chimère dans l'entourage proche de Quentin, Bertrand ou Daniel. Pour qu'un tel homme prenne la parole, il faudrait soit qu'il fasse l'aveu direct de sa DE

progressive, soit qu'il n'ait pas besoin de faire cet aveu parce que sa DE serait induite par un cancer de la prostate. Or, les hommes atteints d'une DE progressive semblent tous formuler l'impossibilité pour eux de risquer la position de subordination que supposerait un aveu direct à d'autres hommes. Bertrand explique en effet qu'il imagine mal ses collègues et ses copains, ces « gros castards<sup>29</sup> », « balancer ça à leur femme » [EE, 15/05/2021. En visioconférence]. De la même manière, il estime que ses amis racontent leurs exploits sexuels alors qu'ils sont peut-être eux-mêmes atteints d'une DE. Tout comme il a pu raconter de faux exploits auparavant pour préserver une position dominante dans le groupe. À moins que des hommes atteints d'une DE brutale suite à un cancer de la prostate rencontrent des hommes atteints d'une DE progressive, il semble donc y avoir peu de chance que ces derniers en parlent un jour à d'autres hommes.

Le fait est que les hommes que j'ai rencontré qui parlent de leur DE à des cercles relativement larges d'individus sont tous des hommes ayant subi une prostatectomie. Évidemment, cela ne me permet pas de formuler des généralités. Je ne peux être certain que tous les hommes ayant subi une telle intervention parlent de leur DE avec plus de facilité que les hommes atteints d'une DE progressive. Je ne peux non plus partir du principe que tous les hommes atteints d'une DE progressive vivent avec l'impossibilité d'en parler. J'ai pu rencontrer, au cours de mon terrain, des jeunes hommes qui parlent de leurs dysfonctions sexuelles avec au moins un groupe d'amis. Il pourrait s'agir d'un effet générationnel mais c'est une hypothèse que je ne saurais vérifier en l'état. Cependant, l'existence de tels groupes permet de supposer qu'il existe des hommes qui parlent de leur DE progressive entre eux. Quoiqu'il en soit, le fait est que les hommes rencontrés qui rattachent le fait de ne pas parler de leur sexualité à un aspect privé de leur vie conjugale sont tous des hommes atteints d'une DE progressive. À l'inverse, les hommes qui n'ont pas mentionné de telles justifications sont des hommes ayant subi une prostatectomie. Cela ne signifie pas que ces hommes n'ont aucune notion de vie privée et qu'ils annoncent leur DE à qui veut l'entendre. Cela signifie en revanche qu'ils abordent ce sujet avec moins de difficulté parce que ce qui prime dans leur condition n'est pas le fait d'avoir une DE mais le fait d'avoir eu un cancer. L'aveu du cancer ne produit pas, dans l'ordre du genre, et au contraire de la DE, une position de subordination dans les foyers locaux. Cela peut être dû au fait qu'au contraire d'une DE, le cancer constitue un événement corporel qu'il n'est pas possible de dissimuler aux proches. En effet, il peut impliquer en premier lieu un risque de décès qu'il s'agit d'annoncer. Ensuite, il se rattache à des interventions médicales lourdes dont les conséquences corporelles ne peuvent pas toujours être dissimulées. Enfin, le cancer implique l'arrêt d'activités professionnelles et sportives qui peut être constaté de manière plus ou moins évidente. Lorsque le risque de décès est écarté, dans le cas du cancer

---

<sup>29</sup> Expression belge désignant un homme « fort, vigoureux », ou « solide, résistant » [Dictionnaire Le Robert en ligne, 2021].

de la prostate, l'annonce de la DE n'est plus nécessaire tant elle fait partie d'un imaginaire entourant ce type de cancer. L'aveu de la DE est, dans ce cas, formulé de manière indirecte. Pour Éric, la DE est dès lors devenue un sujet duquel il parle et rigole aisément :

Éric : « Tout le monde savait que j'avais des problèmes d'érection. Enfin, tout le monde, j'en parlais pas mais... Un exemple : j'ai eu pendant longtemps, pendant le covid, des contacts assez fréquents avec un beau-fils et une fille de ma compagne, Florent et Fanny. Et Florent me disait, en voyant une belle fille à poil à la télévision : "Éric, lorsque tu vois cette fille-là, ça ne te fait pas bander?" Donc on était dans ce dialogue-là quoi. Je veux dire par-là que tout le monde savait qu'après ma prostate j'ai eu des problèmes à avoir des érections quoi. Et je crois que si je vis relativement bien ce qui s'est passé, c'est parce que j'ai vraiment dit tout. Mes neveux et nièces sont au courant. Mon frère le sait, sans doute qu'il l'a dit à sa copine aussi. »

Nathan : « Et le fait que le beau-fils de votre compagne vous dise des choses comme ça au moment où vous n'étiez plus en capacité, est-ce que c'est quelque chose qui passait mal pour vous ? »

Éric : « Non ça passait pas mal, j'étais même content qu'il me dise ça car je me disais : "c'est assez bien d'avoir une relation ainsi." (...) Je me demande si j'aurais osé dire ça. Peut-être ne se rendait-il pas compte, il y en a qui auraient réagit très mal à ça. Pas moi. » [EE, 19/05/2021. Chez Éric]

Comme le mentionne Éric, même sans en faire l'aveu, sa DE est connue de tous. Pour lui, il n'existe pas de possibilité de préserver entièrement l'aspect privé de sa sexualité. Cet aspect a été, au moins en partie, dévoilé. À l'inverse, les hommes atteints d'une DE progressive ont la possibilité de préserver leur vie privée. La subordination vécue ou imaginée par ces hommes dans des foyers locaux spécifiques est en effet relative à un type de DE qui permet sa propre dissimulation. Pour les hommes atteints d'une DE progressive, le fait d'en parler au médecin produit une subordination dans un rapport de pouvoir homme-homme. Pour les hommes atteints d'une DE brutale suite à une prostatectomie, le médecin est déjà au courant de la condition érectile. Le rapport médecin-patient ne suppose donc pas une subordination de l'un par rapport à l'autre. Ce constat peut être appliqué de la même manière aux rapports de force qui s'instituent avec la compagne, comme avec les enfants et toutes autres personnes à qui il est nécessaire, ou non, d'annoncer l'événement corporel considéré. Pour les hommes atteints d'une DE progressive, le fait de ne pas en parler dans d'autres rapports homme-homme et homme-femme permet donc de conserver une position sociale non subordonnée, voire complice.

## **Conclusion**

Le présent mémoire avait pour objectif de déterminer comment les masculinités d'hommes cisgenres évoluent selon l'apparition d'événements corporels urologiques. Répondre à cette problématique a nécessité de réaliser un terrain de recherche ethnographique. Cette recherche a été menée dans le service d'urologie du CHU de Liège et s'est basée sur des entretiens avec des couples hétérosexuels atteints d'une DE et ayant réalisé ou souhaitant réaliser l'implantation d'une PP. La

méthodologie ethnographique a nécessité d'être combinée à de tels entretiens en ce que l'objet de recherche contraignait l'élaboration d'une observation participante. L'immersion de longue durée auprès des couples implantés ou candidats à un implant pénien a en effet été rendue difficile du fait que la sexualité comprend des enjeux sociaux que la présence du chercheur pouvait gravement altérer. Ces enjeux sociaux se sont avérés être au centre des questions anthropologiques que la problématique posait.

En effet, la méthodologie qu'a nécessité la présente recherche est indissociable des rapports de pouvoir que je cherchais à décortiquer par le développement de mes questions de départ. Les entretiens réalisés n'ont pas été seulement la source de matériaux empiriques. Ils ont aussi constitué, par leur élaboration, un matériau en eux-mêmes. La distribution que les hommes font de leur discours sur la DE constitue un dispositif social de pouvoir-savoir [Foucault, 1976] dans lequel j'ai été pris à mes dépens. Cela n'est pas sans rappeler les expériences de Favret-Saada [1985] dans le bocage français. Ce dispositif social est à la base de ce que j'appellerais la « dynamique des masculinités ». La dynamique des masculinités serait l'ensemble des logiques sociales concrètes qui, dans une société donnée, amènent les masculinités à se performer localement. Cette dynamique est donc autant le produit des discours et des silences qui produisent la sexualité que le produit de pratiques, de normes corporelles et de normes conjugales qui construisent, dans le cas présent, le parcours de traitement biomédical des couples atteints d'une DE. Une telle acception a nécessité l'abandon de l'hypothèse de masculinités évolutives. Cette hypothèse considérait les masculinités comme pouvant s'inscrire sur une ligne du temps à tour de rôle selon qu'un événement corporel venait les altérer. Finalement, il se trouve que les masculinités s'inscrivent dans des rapports de force hyper-spécifiques, hyper-localisés qui peuvent exister simultanément. Au sein des parcours de traitement de la DE, ces rapports de force prenaient place, de ce que j'ai eu la possibilité de voir et d'entendre, entre médecins et patients, entre infirmières et patients, entre partenaires sexuels et conjugaux, entre hommes (entre eux) et entre hommes et femmes au sein de la famille ou au sein de groupes d'amis. Chacun de ces rapports de force est susceptible de voir les masculinités qui s'y jouent se transformer, se renforcer ou se briser.

Les masculinités sont donc le produit de circonstances qui se construisent réciproquement dans et par l'institution biomédicale, dans et par les couples et dans et par la production et la diffusion simultanées des normes qui se rattachent à ces entités. Ces normes peuvent être l'idéal corporel et sexuel que représente la jeunesse. Elles peuvent être le cadre juridique et politique qu'englobe la notion de santé sexuelle. Elles sont donc certainement le modèle érectocentré et pénétrocentré de l'hétérosexualité. Ces modèles, ces idéaux, sont indissociables des rituels sexuels et des choix posés de manière plus ou moins contrainte par les hommes et les femmes cherchant à reconstruire leur sexualité. Je ne peux dire qu'ils contraignent entièrement le comportement des individus, au quel cas ce serait se résoudre à un déterminisme réducteur. Je ne peux pas non plus dire des individus qu'ils posent des choix tout à fait libres tant les dispositifs sociaux dans lesquels ils vivent ont pour contraintes celles-là même qu'ils produisent par l'enchaînement de leurs propres interactions. Les logiques sociales hégémoniques ne

peuvent ainsi être comprises en dehors de la production concrète des rapports de force interindividuels, et inversement [Foucault, 1976]. C'est dans cet ensemble social que je propose de comprendre comment la DE et ses traitements biomédicaux impactent indirectement les masculinités. Indirectement parce que je ne peux considérer que les événements corporels – qu'ils soient subits par les hommes ou par leurs partenaires – aient une incidence naturelle sur les masculinités. Ils ne peuvent être pensés en dehors du cadre biomédical dans lequel ils existent tout comme les masculinités ne peuvent être pensées comme la somme de caractéristiques biologiques inscrites sur les corps.

L'implantation d'une PP, événement central dans la présente recherche, fait l'objet de véritables enjeux, tant sociaux que conjugaux. Les enjeux conjugaux ne sont évidemment pas dissociables des enjeux sociaux mais ils jouent un rôle spécifique dans le traitement social et médical de la DE. Le couple est au centre d'idéaux, de comportements, de réalités corporelles qui, liés les un·e·s aux autres, mènent les partenaires vers deux moyens d'envisager la sexualité en cas de DE : l'abstention sexuelle ou le traitement biomédical. Ces deux moyens sont les seuls que j'ai pu répertorier en Belgique en 2021. Cela ne signifie pas qu'il n'existe aucune autre piste de traitement de la DE, mais la prépondérance de ces deux possibilités est symptomatique de l'injonction sociale que constituent l'érection et l'acte sexuel pénétratif. Il serait intéressant, dans des travaux ultérieurs, de chercher l'existence d'autres possibilités par le biais d'itinéraires non biomédicaux. Si rien d'autre que l'abstention ou le traitement biomédical n'existe, il s'agirait dans ce cas de juger avec des acteur·rice·s de terrain, des associations, de l'importance et de la faisabilité de la mise en place de collectivités traitant des sujets se rapportant à la DE. En ce compris, par exemple, le cancer de la prostate, qui est le deuxième cancer le plus répandu en Belgique et qui ne fait pourtant pas l'objet de débats publics, du moins pas comme peuvent l'être les cancers du sein.

Certes, l'abstention sexuelle et le traitement biomédical de la DE se rapportent au fait de s'écarter ou d'intégrer un modèle de sexualité de couple axé sur la pénétration. Il n'en est pas moins que l'inexistence d'alternatives à ces deux modalités me semble indissociable du paradoxe par lequel les hommes atteints d'une DE attendent des autres hommes qu'ils en parlent en premier. Il semble en effet peu envisageable qu'un homme atteint d'une DE décide seul de mettre en place une association tant la DE fait l'objet de silences desquels il n'est pas évident de s'extraire. L'absence de telles associations est-elle le miroir grossissant de l'incapacité des hommes à assumer une position sociale subordonnée ? Il ne s'agit pas de mettre tous les hommes qui ont une DE dans le même sac mais il s'agit de comprendre en quoi les positions de pouvoir instituées par la (non) mise en discours du sexe impliquent des phénomènes sociaux larges. En témoigne, par exemple, le fait que des médecins généralistes et des urologues eux-mêmes ne connaissent parfois pas ou sont méinformés de la solution prothétique que constitue l'implant. Un urologue considérant qu'il s'agit d'une intervention réservée à des pervers n'incarne-t-il pas, par ce discours, une position dominante dans l'ordre du genre ? Son discours n'a-t-il pas des effets normatifs concrets qui se réfèrent eux-mêmes à une norme genrée constituant l'érection

naturelle comme témoin capable à lui seul de juger de la (non) déviance des hommes ? La relation médecin-patient est en tout cas constitutive du parcours de traitement des hommes atteints d'une DE. L'aveu de la DE constitue une rupture avec les idéaux masculins sur lesquels certains hommes se forment (virilité, fierté). Il est d'autant plus significatif lorsque cette DE est progressive. Qu'en est-il alors lorsque les hommes s'avouent dysfonctionnels et que l'oreille médicale qui les écoute renforce le rapport inégal déjà induit par le seul statut de médecin ? Le Pr Andriane, dans sa volonté explicite d'« aider » les patients, amoindrit en ce sens le choc que produit l'aveu. Les hommes se sentent soutenus par leur urologue. Cela permet à certains d'entre eux d'en ressortir « grandi », ce qui montre bien comment les discours transforment les masculinités. D'une masculinité subordonnée imaginée et vécue par l'aveu, les patients peuvent ensuite retrouver un relatif équilibre. Le soulagement que procure l'aveu, qu'il soit formulé au médecin, à la compagne ou à l'ami, est induit en effet par un équilibrage des masculinités dans l'ordre du genre. Parler avec quelqu'un qui écoute et qui partage les mêmes dysfonctions semble donc être d'une certaine utilité psychologique et relève des enjeux de santé publique. Comme le mentionnait Bertrand, la prévention et l'information permettraient d'éviter aux hommes d'adopter des comportements à risque tels que la consommation de médicaments de traitement de la DE non soumis à des prescriptions médicales.

Pour approfondir la recherche ainsi menée, il serait dès lors intéressant, comme me le proposait mon promoteur Guy Massart, de réaliser des entretiens en *focus group*. Cela permettrait aux hommes, s'ils sont volontaires, de partager leurs expériences de DE entre eux. Il s'agirait d'offrir un cadre sécurisé dans lequel les hommes ne risqueraient pas l'inconfort de la subordination. La connaissance anthropologique ne pourrait par ailleurs être qu'enrichie de la mise en place de telles rencontres. Les rencontres en non-mixité choisie qui existent dans les mouvements de luttes féministes remplissent ce même objectif : se retrouver entre individus d'une même minorité pour pouvoir partager des expériences en limitant l'intervention d'individus risquant de reproduire des logiques de domination. Cette non-mixité, qui peut se produire par exemple entre femmes, entre individus racisés, entre femmes noires, a l'avantage de créer des espaces où la subordination généralisée peut se transformer et créer de l'*empowerment*. Certes, il ne serait pas forcément évident de défendre la création de réunions d'hommes blancs hétérosexuels et cisgenres tant chacune de ces positions sont *a priori* dominantes dans l'ordre social. Cela serait uniquement rendu possible par la considération que les hommes sont autant des sujets genrés que les femmes, et qu'aucun d'entre eux n'est à l'abri de subir la subordination ou de la produire vis-à-vis de quelqu'un d'autre. La non-mixité serait d'autant plus intéressante si elle pouvait intégrer des individus transgenres ayant un pénis et étant de ce fait tout aussi susceptible d'être atteint-e de DE. Les réalités transgenres constituent à cet égard une piste de recherche supplémentaire que je souhaiterais explorer dans de futurs travaux.

## Bibliographie

ADAM Adeline, DUPLAN Karine, GALLOT Fanny, GONZALEZ-QUIJANO Lola, ROUCOUX Guillaume, et VALZEMA Marie-Sherley, 2016, « Le sexe sous contrôle médical », *Cahiers du Genre*, vol. n° 60, n° 1 : 5-14.

ANDRIANNE Robert, 2011, « Implantologie en urologie. Comment arriver à la Prothèse Pénienne », CHU de Liège.

ANDRIANNE Robert, 2016, « Traiter la dysfonction érectile avec l'implant pénien », *Louvain Médical*, vol. 135 : 527-533.

ANDRO Armelle et BAJOS Nathalie, 2008, « La sexualité sans pénétration : une réalité oubliée du répertoire sexuel », in *Enquête sur la sexualité en France*, La Découverte : 297-314.

BAJOS Nathalie et BOZON Michel, 1999, « La sexualité à l'épreuve de la médicalisation : le Viagra », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 128, n° 1 : 34-37.

BAJOS Nathalie et BOZON Michel, 2008 a, « Sexualité, genre et santé : les apports de l'enquête "Contexte de la sexualité en France" », in *Enquête sur la sexualité en France*, La Découverte : 579-601.

BAJOS Nathalie et BOZON Michel, 2008b, *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, La Découverte.

BAZIN Laurent, MENDES-LEITE Rommel, et QUIMINAL Catherine, 2000, « Déclinaisons anthropologiques des sexualités », *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, n° 82-83 : 9-24.

BELL Kirsten, 2014, « *Resisting Commensurability: Against Informed Consent as an Anthropological Virtue* », *American Anthropologist*, vol. 116, n° 3 : 511-522.

BERLINER David, 2013, « Le désir de participation ou Comment jouer à être un autre », *L'Homme. Revue française d'anthropologie*, n° 206 : 151-170.

BOLTANSKI Luc, 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales*, vol. 26, n° 1 : 205-233.

BOURDIEU Pierre, 1984, « Espace social et genèse des "classes" », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 52, n° 1 : 3-14.

BRAVERMAN Louis, 2019, « La sexualité des hommes après un cancer de la prostate : âge, genre et pouvoir », *Sciences sociales et santé*, vol. Vol. 37, n° 3 : 5-30.

BRETON David Le, 2009, « Entre douleur et souffrance : approche anthropologique », *L'information psychiatrique*, vol. Volume 85, n° 4 : 323-328.

BUTLER Judith, 2006, *Trouble dans le genre*, Paris, La Découverte.

CONNELL Raewyn W. et MESSERSCHMIDT James W., 2005, « *Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept* », *Gender & Society*, vol. 19, n° 6 : 829-859.

CONNELL Raewyn W., 2005, *Masculinities, Second Edition*, Cambridge, Polity Press.

- CORBIN Alain, COURTINE Jean-Jacques, et VIGARELLO Georges, 2011, *Histoire de la virilité. L'invention de la virilité. De l'Antiquité aux Lumières*, Paris, Editions du Seuil.
- DAGENAIS Huguette, 1987, « Méthodologie féministe et anthropologie : une alliance possible », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 11, n° 1 : 19-44.
- DEBERGH Marlyse, 2020, « Cahiers du Genre, “La production de la santé sexuelle” », *Nouvelles Questions Feministes*, vol. Vol. 39, n° 1 : 153-156.
- DEBOIS Christine, 2016, « Accompagnement psycho-sexologique pré-implantatoire en cas de dysfonction érectile », *Louvain Médical*, vol. 135 : 534-539.
- FAVRET-SAADA Jeanne, 1985, *Les mots, la mort, les sorts*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT Michel, 1976, *Histoire de la sexualité, tome 1 : La Volonté de savoir*, Gallimard.
- GARNIER Julie, 2010, « “Faire avec” les goûts des autres. La petite restauration africaine, une nouvelle venue dans les villes moyennes en France », *Anthropology of food*, n° 7.
- GIAMI A., 1998, « La médicalisation de la sexualité : Aspects sociologiques et historiques », *Andrologie*, vol. 8, n° 4 : 383-390.
- GODELIER Maurice, 2002, « Sexualité et société : propos d'un anthropologue », *Bulletin d'histoire politique*, vol. 10, n° 2 : 21-32.
- GODELIER Maurice, 2010, *Au fondement des sociétés humaines : Ce que nous apprend l'anthropologie*, France, Flammarion.
- GRECO Cinzia, 2016, « Vivre avec un corps asymétrique. Mastectomie, résistances et réappropriation », *Cahiers du Genre*, vol. n° 60, n° 1 : 81-99.
- JONNIAUX Nathan, 2021, « Travail dans le cadre du cours d'anthropologie des mondes contemporains. “Cuisine-fusion”, une recherche d'exotisme culinaire et d'authenticité ».
- JOSEPH Rose-Myrlië, 2017, « De l'invisibilisation des travailleuses domestiques haïtiennes », *Journal des anthropologues*, vol. n° 150-151, n° 3 : 85-105.
- KEMPENEERS Philippe, ANDRIANNE Robert, et MORMONT Christian, 1994a, « La prothèse pénienne : Contrariétés d'une virilité artificielle », *Sexologies : Revue Européenne de Santé Sexuelle*, vol. 3, n° 13.
- KEMPENEERS Philippe, ANDRIANNE Robert, et MORMONT Christian, 1994b, « La prothèse pénienne dans le traitement de l'impuissance : La décision du patient », *Cahiers de Sexologie Clinique*, vol. 20, n° 124.
- KEMPENEERS Philippe, ANDRIANNE Robert, MORMONT Christian, JEANMART Fabian, et BLOCHOUSSE Laurence, 2001, « Prothèses péniennes : taille du pénis implanté et dimensions de la virilité », *Cahiers de Sexologie Clinique*, vol. 27, n° 149.
- LE Brian et BURNETT Arthur L., 2015, « Evolution of penile prosthetic devices », *Korean Journal of Urology*, vol. 56, n° 3 : 179-186.

LEJEUNE Christophe, 2015, *Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer*, 1re édition, Louvain-la-Neuve, De Boeck.

LYONS Andrew P., LYONS Harriet D., et THÉROUX-BÉNONI Lori-Anne, 2006, « La nouvelle anthropologie de la sexualité », *Anthropologica*, vol. 48, n° 2 : 159-164.

MEINTEL Deirdre, 1987, « Dix ans plus tard... les études féministes en anthropologie », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 11, n° 1 : 1-8.

MÉNARD Johann, TRÉMEAUX Jack-Charles, FAIX Antoine, et STAERMAN Frédéric, 2007, « Prothèses péniennes : évaluation multicentrique des pratiques : résultats d'une série de 282 implantations », *Prog Urol*, n° 17 : 229-234.

MESCOLI Elsa, 2014, *Entre recettes du Soi et recettes de l'Autre. Ethnographie de pratiques culinaires marocaines à Sesto San Giovanni (Milan, Italie)*, Université de Liège, Liège, Belgique.

MORMONT Christian et ANDRIANNE Robert, 2012, « La consultation psychologique dans l'indication d'une prothèse pénienne : une expérience originale de complémentarité médicopsychologique », *Andrologie : Journal Officiel de la Société d'Andrologie de Langue Française*, vol. 22.

MORMONT Christian, ANDRIANNE Robert, BEAUJEAN M., et LEGROS Jean-Jacques, 1989, « Sémiologie psychopathologique dans l'impuissance », *Cahiers de Sexologie Clinique*, vol. 15, n° 92.

MORMONT Christian, LEGROS Jean-Jacques, SERVAIS Jean-François, et VON FRENCKELL Rémy, 1981, « L'examen psychologique de l'impuissant : Perspectives typologiques », *Cahiers de Sexologie Clinique*, vol. 7, n° 38.

NAGEL Joane, 1998, « *Masculinity and nationalism: gender and sexuality in the making of nations* », *Ethnic and Racial Studies*, vol. 21, n° 2 : 242-269.

PEATRIK Anne-Marie, 2020, « Pour une anthropologie des jeunes en Afrique », *Ateliers d'anthropologie. Revue éditée par le Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative*, n° 47.

RIBEIRO COROSSACZ Valeria, 2017, « Lutte des travailleuses domestiques au Brésil », *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, n° 150-151 : 159-180.

RIVIÈRE Claude, 1997, *Socio-anthropologie des religions*, Paris, Armand Colin.

RIVOAL Haude, 2017, « Virilité ou masculinité ? L'usage des concepts et leur portée théorique dans les analyses scientifiques des mondes masculins », *Travailler*, vol. n° 38, n° 2 : 141-159.

RODRIGUEZ Katherine M. et PASTUSZAK Alexander W., 2017, « A history of penile implants », *Translational Andrology and Urology*, vol. 6, n°5 : 851-857.

SIMMONS M. et MONTAGUE D. K., 2008, « *Penile prosthesis implantation : past, present and future* », *International Journal of Impotence Research*, vol. 20, n° 5 : 437-444.

VAN DER HEYDEN Johan et CHARAFEDDINE Rana, 2019, « Enquête de santé 2018 : Maladies et affections chroniques », *Sciensano*, Bruxelles.

VICKERS Jill, 2013, « *Gendering Nations, Nationalisms and Nation-Building: A Systematic Comparative Approach* », in , Columbia University : 1-35.

VIGOYA Mara Viveros, 2015, « L'intersectionnalité au prisme du féminisme latino-américain », *Raisons politiques*, vol. N° 58, n° 2 : 39-54.

VIGOYA Mara Viveros, 2018, *Les couleurs de la masculinité. Expériences intersectionnelles et pratiques de pouvoir en Amérique latine*, La Découverte.

WEBER Florence, 2015, *Brève histoire de l'anthropologie*, Flammarion.

YUILL Cassandra, 2018, « *Is Anthropology Legal ? Anthropology and the EU General Data Protection Regulation* », *Berghahn Books and the Association for Anthropology in Action*, vol. 25, n° 2 : 36-41.

« Castard », définition dans le Dictionnaire Le Robert en ligne, <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/castard>, consulté le 3 septembre 2021.

« Endométriose », définition Dictionnaire Le Robert en ligne, <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/endometriose>, consulté le 1 septembre 2021.

« Les 10 tumeurs les plus fréquentes par sexe, Belgique 2018 », 2019 dans *Belgian Cancer Registry*, [https://kankerregister.org/Les\\_chiffres\\_du\\_cancer](https://kankerregister.org/Les_chiffres_du_cancer), consulté le 10 août 2021.

« Peyre », dans *Brussels Life*, <https://www.brusselslife.be/fr/article/revisez-vos-expressions-bruxelloises-en-une-lecon>, consulté le 10 août 2021.

« Santé sexuelle », Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>, consulté le 10 août 2021.

« Torsion de testicule », définition dans le Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, <https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=testicule%20%28torsion%20de%29>, consulté le 28 août 2021.

« Varices pelviennes de la femme », dans *American Hospital of Paris*, <https://www.american-hospital.org/pathologie/les-varices-pelviennes-de-la-femme>, consulté le 28 août 2021.

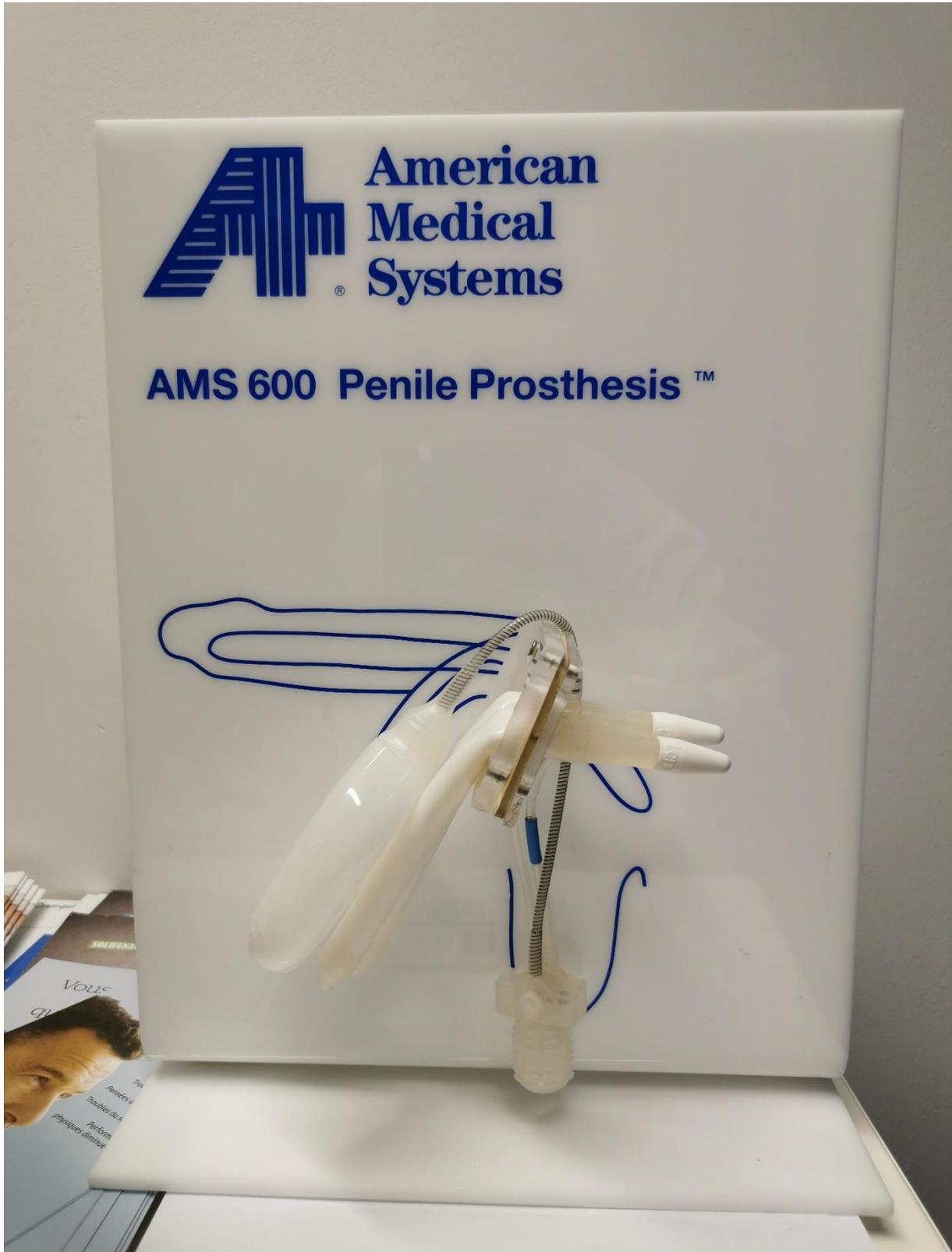
« Varicocèle », définition dans le Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, <https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=varicoc%C3%A8le>, consulté le 1 septembre 2021.

« Vivre sa sexualité après le cancer », CHU de Liège, [https://www.chuliege.be/jcms/c2\\_19716778/fr/institut-de-cancerologie-arsene-burny/vivre-sa-sexualite-apres-le-cancer](https://www.chuliege.be/jcms/c2_19716778/fr/institut-de-cancerologie-arsene-burny/vivre-sa-sexualite-apres-le-cancer), consulté le 10 août 2021.

## Annexes

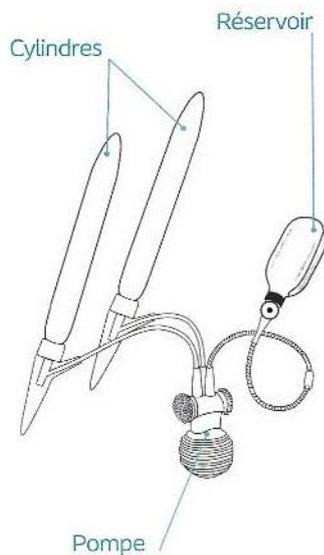
Annexe 1.

Exemplaire d'une prothèse pénienne gonflable présentée dans le cabinet de consultation du Pr Andrianne.



Annexe 2.

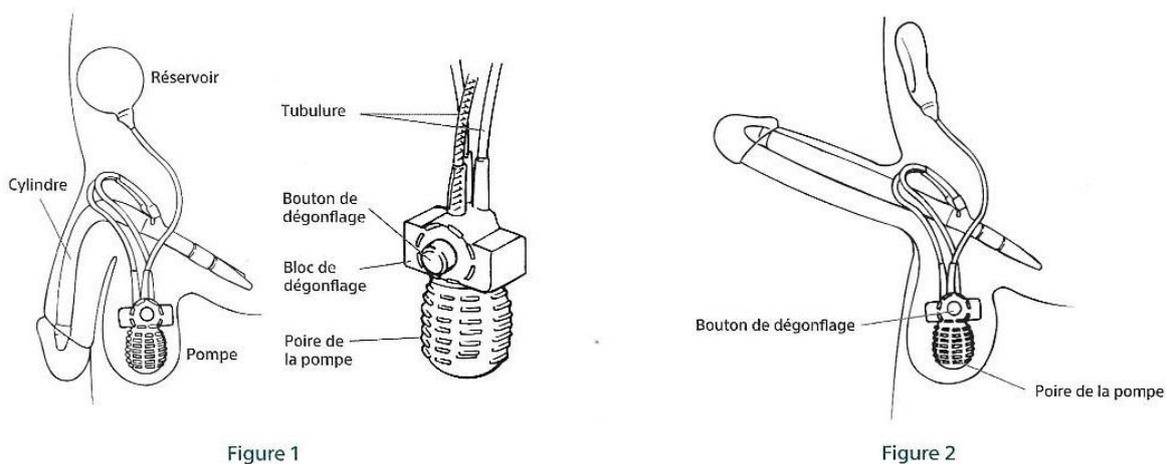
Les différents composants de la prothèse pénienne gonflable.



Source : Brochure « Dysfonction érectile », par Coloplast.

Annexe 3.

Les différents composants de la prothèse pénienne gonflable et leur répartition dans l'appareil génital masculin.



Source : Brochure « AMS 700<sup>TM</sup> avec MS Pump<sup>TM</sup> (Pompe MS). Gamme de prothèses péniennes », par Boston Scientific.

Annexe 4.

Les 4 coussinets permettant de juger du score de rigidité du patient en dysfonction érectile.  
Photographies prises dans le cabinet du Pr Andrienne.

