

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

RAPPORT D'ACTIVITÉS PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU
QUÉBEC À MONTRÉAL

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA MAITRISE EN
SEXOLOGIE

PAR

FRANCINE FISET

IMPACTS D'UNE PROSTATECTOMIE SUR LA
REPRÉSENTATION DE LA SEXUALITÉ MASCULINE

JUIN 1989

REMERCIEMENTS

À Raymond,

Martin

et

Louis-Michel

L'auteure tient à exprimer sa gratitude à tous les hommes qui ont participé aux entrevues non-directives. Leur généreuse collaboration fut pour nous un élément de stimulation important tout au long de la réalisation de ce rapport d'activités.

Elle tient aussi à remercier sincèrement toutes les personnes qui ont collaboré à cette étude: particulièrement, Madame Hélène Manseau, professeure au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal et directrice de ce rapport d'activités, pour son encouragement et son soutien chaleureux et dynamique tout au long de la recherche; l'équipe médicale du C.L.S.C. des Seigneuries pour leur précieuse collaboration à l'expérimentation; Monsieur Lionel Jean, professeur de français du Collège Bois de Boulogne, pour la révision de certains chapitres; Mesdames France Richard et Colette Amyot pour la dactylographie des verbatims et Madame Louise Champagne pour son expertise en matière de traitement de textes.

Finalement, l'auteure tient à exprimer sa reconnaissance à l'égard des membres de sa famille, ses ami(e)s et collègues de travail pour leur patience et leur intérêt soutenu tout au long de la réalisation de cette étude.

RÉSUMÉ

L'objet de cette recherche est d'étudier les effets sur la sexualité des hommes d'une intervention chirurgicale sur leurs organes génitaux.

L'expérience de huit hommes déjà prostatectomisés sera analysée à partir d'entrevues de type non-directif. Le contenu de leur discours a été étudié grâce au processus d'analyse constante propre à la méthodologie qualitative.

Nous avons d'abord pris connaissance des craintes des hommes reliées à la sexualité avant l'opération ainsi que des facteurs âge, vieillissement et stérilité les influençant à ce moment. Nous décrivons ensuite les modifications de la réponse sexuelle après l'opération et traitons des facteurs d'adaptation à cette expérience.

Cette recherche nous a permis de constater que les hommes rencontrés expriment peu de craintes au sujet de leur sexualité avant l'opération, ce qui peut s'expliquer par leur acceptation presque inconditionnelle des effets de l'âge et du vieillissement sur leur sexualité.

Or, les changements de la réponse sexuelle après l'opération se manifestent principalement par des troubles érectiles, de l'éjaculation rétrograde permanente, des modifications variables de la sensation orgasmique et, à plus long terme, d'une baisse de désir sexuel.

L'adaptation à ces changements semble reliée à l'attitude des hommes envers la sexualité, à des facteurs relationnels et à la qualité de l'information sexuelle au sujet des effets de l'opération sur leur sexualité.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
RÉSUMÉ.....	3
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE I : MÉTHODOLOGIE	8
1. LE CHOIX DE LA MÉTHODOLOGIE QUALITATIVE.....	8
2. LES CARACTÉRISTIQUES DE LA MÉTHODOLOGIE QUALITATIVE	9
3. LES ÉTAPES DE L'ANALYSE COMPARATIVE CONSTANTE	10
<i>Le codage.....</i>	<i>10</i>
<i>L'intégration des catégories conceptuelles.....</i>	<i>10</i>
4. LA SITUATION À L'ÉTUDE	11
5. L'ÉCHANTILLON FINAL.....	11
6. LES ENTREVUES DE TYPE NON-DIRECTIF	12
<i>Les préliminaires à l'entrevue</i>	<i>12</i>
7. LES LIMITES DE LA RECHERCHE.....	13
CHAPITRE II : RÉSULTATS	15
INTRODUCTION.....	15
1. CARACTÉRISTIQUES DES SUJETS INTERVIEWÉS.....	15
2. LES CRAINTES	17
3. LES FACTEURS D'ACCEPTATION DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE ET DE SES EFFETS	22
<i>A) L'âge et le vieillissement.....</i>	<i>22</i>
<i>B) La stérilité.....</i>	<i>23</i>
4. L'INFORMATION SEXUELLE RELIÉE À L'INTERVENTION CHIRURGICALE	24
5. LA PREMIERE RELATION COITALE POST-OPÉRATOIRE.....	27
6. LES CHANGEMENTS DE LA RÉPONSE SEXUELLE.....	28
<i>A) L'éjaculation.....</i>	<i>28</i>
<i>B) L'orgasme.....</i>	<i>29</i>
<i>C) L'érection.....</i>	<i>31</i>
<i>D) L'intérêt sexuel.....</i>	<i>32</i>
7. LA COMMUNICATION SUR LES EFFETS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE	34
<i>A) Avec les pairs.....</i>	<i>34</i>
<i>B) Avec la partenaire.....</i>	<i>37</i>
8. LE QUESTIONNEMENT SUR LA NORMALITÉ.....	38
9. L'ATTITUDE MASCULINE ENVERS LA SEXUALITÉ: UN FACTEUR D'INFLUENCE.....	39
10. UNE EXPÉRIENCE PARTICULIERE - CELLE DU SUJET B	40
CHAPITRE III : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES.....	43
1. LES CRAINTES RELIÉES À LA SEXUALITÉ AVANT L'OPÉRATION	43
<i>1.1 Les craintes exprimées par les hommes avant l'opération.....</i>	<i>44</i>
<i>1.2 Des réactions masculines et féminines aux traitements chirurgicaux.....</i>	<i>44</i>
1.2.1 Les réactions des femmes au sujet de l'hystérectomie	45
1.2.2 Des réactions des hommes à l'examen du système génito-urinaire.....	47
1.2.3 Les facteurs influençant les réactions masculines à une intervention chirurgicale sur leurs organes génitaux	48
<i>1.3 Vue d'ensemble</i>	<i>49</i>
2. LES FACTEURS D'ACCEPTATION DES EFFETS DE L'OPÉRATION SUR LA SEXUALITÉ	51
2.1 <i>L'âge</i>	<i>51</i>
2.1.1 L'âge, un facteur facilitant l'acceptation des effets de l'opération.....	51
2.1.2 L'âge, un facteur relié aux changements sexuels chez l'homme	52
2.2 <i>Le vieillissement</i>	<i>53</i>
2.2.1 L'expérience du vieillissement chez les hommes prostatectomisés	53
2.2.2 Les préjugés sexuels reliés au vieillissement	54

2.2.3 L'expérience masculine et le vieillissement, une autre réalité	55
2.3 <i>La stérilité</i>	57
2.3.1 La stérilité, un effet peu important	57
2.3.2 La capacité de procréer, une préoccupation des personnes sans enfant.....	57
2.4 <i>Vue d'ensemble</i>	58
3. LES CHANGEMENTS SEXUELS APRES L'OPÉRATION.....	59
3.1 <i>La capacité érectile</i>	59
3.1.1 L'expérience des modifications de la capacité érectile.....	60
3.1.2 Les modifications de la capacité érectile reliées à la prostatectomie.....	61
3.1.2.1 La prostatectomie, comme source de dysfonctions érectiles.....	61
3.1.2.2 L'évaluation de la capacité érectile	62
3.1.2.3 L'incapacité érectile après l'opération, la perspective des partenaires	63
3.1.3 Intégration des données théoriques et empiriques.....	64
3.2 <i>L'éjaculation</i>	66
3.2.1 L'expérience de l'éjaculation rétrograde.....	66
3.2.2 L'éjaculation rétrograde, aspect physiologique	66
3.2.3 L'éjaculation rétrograde, un effet iatrogénique à long terme	67
3.2.4 L'éjaculation rétrograde et son aspect psychologique.....	69
3.2.5 Intégration des données théoriques et empiriques.....	70
3.3 <i>L'orgasme</i>	70
3.3.1 Les changements décrits par les hommes	70
3.3.2 L'expérience de la première relation coïtale après l'opération	71
3.3.3 L'orgasme et son appréciation subjective.....	71
3.3.4 Intégration des données théoriques et empiriques.....	74
3.4 <i>Le désir sexuel</i>	74
3.4.1 L'expérience des hommes opérés	75
3.4.2 Le désir sexuel, une phase méconnue de la réponse sexuelle	75
3.4.3 Un intérêt constant pour la sexualité?	76
3.4.4 Intégration des données théoriques et empiriques.....	77
3.5 <i>Vue d'ensemble</i>	77
4. L'ADAPTATION AUX CHANGEMENTS SEXUELS APRES L'OPÉRATION	80
4.1 <i>Des facteurs relationnels</i>	81
4.1.1 La communication avec les pairs	81
4.1.1.1 L'expérience des hommes	81
4.1.1.2 Le partage de l'expérience, un effet positif?	82
4.1.1.3 De la difficulté de parler des effets de l'opération sur la sexualité	83
4.1.2 L'attitude compréhensive des partenaires.....	83
4.1.2.1 D'une expérience féminine différente	83
4.2 <i>L'attitude des hommes envers la sexualité</i>	84
4.2.1 Le questionnement des hommes sur la normalité	84
4.2.2 Le contrôle social de la sexualité	85
4.2.2.1 L'expérience des hommes	85
4.2.2.2 De l'adaptation au vieillissement	86
4.3 <i>L'information sexuelle reliée à l'opération</i>	87
4.3.1 L'expérience des hommes en matière d'information sexuelle	87
4.3.2 L'information sexuelle reliée à la chirurgie, un rôle préventif?	88
4.4 <i>Vue d'ensemble</i>	90
CONCLUSION	93
BIBLIOGRAPHIE	102
APPENDICE A	108
INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES ET QUESTIONNAIRE.....	108
<i>INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES</i>	108
<i>CONSIGNES</i>	111
<i>QUESTIONNAIRE</i>	112
APPENDICE B	113
FICHE SIGNALÉTIQUE	113

APPENDICE C.....	114
LEXIQUE.....	114

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : DONNÉES DE BASE CONCERNANT LES SUJETS INTERVIEWÉS	16
TABLEAU 2 : TYPES D'OPÉRATIONS TELS QUE RAPPORTÉS PAR LES SUJETS	16
TABLEAU 3 : FRÉQUENCE DES RELATIONS SEXUELLES AVANT ET APRÈS L'OPÉRATION	110
TABLEAU 4 : INTERDICTION DE RELATIONS SEXUELLES APRÈS L'OPÉRATION ET DURÉE.....	110

INTRODUCTION

Depuis le début des années 80, la sexualité masculine fait l'objet de préoccupations particulières débordant le cadre des dysfonctions et des déviations sexuelles. Cependant, peu d'écrits, particulièrement au Québec, portent sur l'expérience sexuelle des hommes âgés de plus de 50 ans.

Notre préoccupation dans le cadre de cette recherche est de mieux comprendre l'univers et les représentations de la sexualité des hommes suite à une intervention chirurgicale sur leurs organes génitaux.

Nous avons donc choisi d'étudier l'expérience de huit hommes québécois déjà prostatectomisés depuis au moins deux ans. En appliquant une approche qualitative de la recherche, nous avons pris connaissance du témoignage de ces hommes dans le cadre d'entretiens non-directifs. Malgré ses limites, liées tant au trop petit nombre de sujets qu'à l'identité socio-sexuelle de l'intervieweuse, notre étude a eu le mérite de favoriser l'émergence de certaines catégories conceptuelles caractérisant l'expérience des hommes pouvant faire l'objet de recherches ultérieures plus approfondies.

Ainsi, nous verrons que l'expérience d'une opération sur les organes génitaux de ces hommes est intimement liée à leur conception du vieillissement et qu'elle a un impact certain sur leur sexualité.

Le lecteur pourra suivre notre cheminement à travers trois chapitres principaux. Le premier décrit l'approche qualitative privilégiée au cours de notre étude. Le deuxième chapitre fait état des résultats de notre étude portant principalement sur le témoignage de nos sujets. Quant au troisième chapitre, il est consacré à l'analyse et à l'interprétation des données empiriques et théoriques liées à notre objet d'étude.

CHAPITRE I : MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre a pour objet la présentation de notre méthodologie de recherche et des étapes de son application quant à notre objet d'étude, soit: les suites sexologiques chez les hommes d'une intervention chirurgicale sur les organes génitaux.

Dans un premier temps, nous justifions le choix d'une approche qualitative de la recherche et, dans un deuxième temps, nous en décrivons les principales caractéristiques. Par la suite, nous précisons les éléments distinctifs de notre étude, particulièrement au niveau de l'échantillonnage et des entrevues. Nous terminons en informant le lecteur des limites de ce rapport de recherche.

1. LE CHOIX DE LA MÉTHODOLOGIE QUALITATIVE

Le choix de notre méthode de recherche a été guidé par le souci de mieux connaître l'univers et les représentations de la sexualité des hommes suite à une intervention chirurgicale sur leurs organes génitaux.

Consciente, d'une part, d'être particulièrement influencée par une «idée biologique» du phénomène sexuel, tel que décrit par Gratton (1981), et, d'autre part, soucieuse de nous rapprocher du phénomène sexuel au sens de «ce qui apparaît à la conscience, ce qui est perçu»¹, nous avons privilégié le choix d'une approche qualitative, approche traditionnellement inductive (Deslauriers, 1987), permettant une ouverture sur l'aspect global de l'expérience du sujet (Cournoyer, 1987). Nous citons:

La fécondité de l'approche qualitative tient à son ouverture à cette globalité par sa capacité d'expansion progressive vers des dimensions non repérées d'avance

¹ Gratton, H., "La sexologie et le phénomène sexuel", dans *Sexologie contemporaine*, P.U.Q., 1982, p. 50.

mais non moins présentes et que l'on peut rassembler et articuler dans le déroulement du processus d'analyse constante.²

En choisissant une approche qualitative, nous avons aussi pris conscience du débat méthodologique et théorique existant autour de l'approche qualitative et quantitative.³

Nous ne soulèverons pas ici les enjeux du débat mais nous nous permettons de rappeler, comme le fit Pirez (1987), que l'association entre positivisme et quantitatif d'une part et idéalisme (subjectivisme et qualitatif) d'autre part a contribué à entretenir de nombreuses dichotomies.

Pour l'objet de cette recherche, qu'il suffise de rappeler que, selon Pirez (1987), des techniques d'observation, telle l'entrevue non directive, ne peuvent être considérées comme véhicules exclusifs d'une approche méthodologique, ici l'approche qualitative.

2. LES CARACTÉRISTIQUES DE LA MÉTHODOLOGIE QUALITATIVE

La démarche qualitative est d'abord une démarche analytique. Selon Lapierre (1987), c'est une méthode qui vise non pas à vérifier une théorie pré-établie mais à en construire une de façon inductive et systématique à partir de données empiriques.

C'est par l'observation directe d'un processus (situations concrètes et délimitables) et par analyse comparative constante des données recueillies que la méthode qualitative permet l'émergence de catégories conceptuelles et d'hypothèses.

² Cournoyer, M., "Une ouverture particulière sur le réel: approche qualitative et santé", Cahiers de recherche sociologique, vol. 5, no. 2, automne 1987, p. 155.

³ Selon Pirez (1987) et Goodwin (1984), ces deux approches qualitatives et quantitatives sont actuellement de moins en moins considérées comme mutuellement exclusives et autosuffisantes.

Notre rapport de recherche ne vise pas l'élaboration d'une théorie en sexologie mais la procédure d'analyse par comparaison constante utilisée dès le début de la recherche nous permet de dégager des concepts et des catégories susceptibles d'éclairer notre compréhension de l'expérience sexuelle des hommes ayant vécu une prostatectomie.

3. LES ÉTAPES DE L'ANALYSE COMPARATIVE CONSTANTE

L'analyse comparative se fait à partir des similitudes et dissimilitudes entre les diverses observations à l'étude. Elle comporte, selon Lapierre (1987), trois étapes: le codage du matériel recueilli, l'intégration des catégories conceptuelles et leurs propriétés et la délimitation de la théorie.

Le codage

Au cours de notre recherche, nous avons effectué le codage de huit entrevues enregistrées et transcrites sous forme de verbatim. Le codage des données empiriques s'accompagne, d'une part, d'une lecture d'ouvrages proposant une grille d'analyse théorique et, d'autre part, de lecture de documentation pertinente. Dans notre étude, la revue des articles médicaux sur la prostatectomie et ses effets sur la sexualité nous a permis de mieux comprendre l'impact de cette opération sur le système génito-urinaire et sur la réponse sexuelle masculine. En ce qui a trait aux lectures pertinentes, nous référerons principalement aux données globales sur la sexualité masculine. Les écrits de Masters et Johnson (1968), Kaplan (1974), Hite (1983) et Brecher (1983) nous servirent de guides principaux.

L'intégration des catégories conceptuelles

C'est par la rédaction de mémos d'analyse ayant pour objet l'intégration des données théoriques et empiriques que se poursuit l'analyse comparative des données. Selon Manseau (1986), l'objectif de cette phase est d'étudier l'information en fonction de sa capacité à fournir une interprétation-clé du

phénomène étudié. Notre chapitre se rapportant à l'analyse des données fait particulièrement état de cette étape. Le processus d'analyse s'interrompt au moment de la saturation des données recueillies, c'est-à-dire au moment où la comparaison de l'information empirique pour chaque catégorie conceptuelle ne permet plus d'établir des relations nouvelles.

4. LA SITUATION À L'ÉTUDE

Notre étude porte sur les effets au niveau de la sexualité masculine d'une intervention chirurgicale se rapportant aux organes génitaux. Il nous a fallu, en appliquant une approche qualitative, étudier l'expérience d'un groupe d'hommes vivant une situation concrète et délimitable (Lapierre, 1987).

Nous avons privilégié l'expérience des hommes déjà prostatectomisés, ce qui limitait ainsi notre étude, en fonction de l'atteinte d'un organe particulier du système génital masculin, et référait à une expérience antérieure et non récente.

Glaser et Strauss (1967) ont particulièrement recommandé de rencontrer au début de la recherche des personnes appartenant à des groupes assez homogènes. Le critère «avoir été prostatectomisé» aurait pu être davantage précisé en tenant compte du type de prostatectomie, des indications reliées à la chirurgie et du moment de la chirurgie. Cependant, il nous semblait peu pertinent de restreindre ainsi la situation à l'étude, puisque le critère d'homogénéité a principalement pour objet de prévenir l'éparpillement de l'information. La situation nous apparaît suffisamment délimitée pour en étudier le processus, particulièrement au niveau des effets sur la sexualité à long terme.

5. L'ÉCHANTILLON FINAL

Nous avons choisi huit hommes ayant subi une prostatectomie sans égard au type de prostatectomie. Le choix des sujets a été effectué, d'une part, par l'intermédiaire des médecins oeuvrant au C.L.S.C. des Seigneuries, et ce, pour

quatre hommes prostatectomisés. D'autre part, nous avons personnellement rejoint quatre hommes ayant vécu cette expérience. Aucun dossier n'a été consulté par l'interviewer pour valider le traitement chirurgical. C'est ainsi que, selon les dires des hommes prostatectomisés, tous les hommes sauf un ont subi une prostatectomie par voies naturelles (transurétrale). Seul, le sujet F avait subi une chirurgie par voie sus-pubienne⁴. Nous n'avons pas relevé la durée de l'hospitalisation.

6. LES ENTREVUES DE TYPE NON-DIRECTIF

Chacun des hommes participant à notre recherche fut rencontré pour une entrevue de type non-directif d'une durée variant entre 50 et 90 minutes. Toutes les entrevues furent enregistrées et transcrites par la suite.

Quatre des hommes furent rencontrés dans leur milieu naturel, tandis que les autres furent interviewés dans des locaux du C.L.S.C. des Seigneuries.

Les préliminaires à l'entrevue

Nous avons contacté, par appel téléphonique, chacun des huit hommes afin d'obtenir leur collaboration. Aucun des hommes n'éprouva de résistance à l'enregistrement de l'entretien. Tel que suggéré par Legras (1971), nous avons informé chacun des sujets de l'objet de la rencontre en situant notre travail de recherche et notre rôle d'interviewer. L'entrevue terminée, nous demandions à chacun des sujets de compléter un bref questionnaire écrit.

L'aspect confidentiel de l'entretien fut spécifié verbalement et présenté sous forme d'écrit (voir Appendice A). L'entretien non-directif se caractérise par le rôle particulier du sujet interviewé et celui de l'interviewer. Selon Legras (1971), ce dernier joue un rôle de facilitation et non de direction, tandis que le sujet,

⁴ Prostatectomie sus-pubienne transvésicale: en anglais, Suprapubic prostatectomy. Selon Libman et Fichten (1987), technique chirurgicale utilisée autrefois, remplacée de plus en plus par l'approche rétropubienne

pour sa part, est mis en situation de définir lui-même tous les points qui lui semblent importants.

Nous avons donc posé notre question de départ de la façon suivante. Vous avez déjà subi une prostatectomie, quels sont les changements qui sont apparus dans votre façon de vivre votre sexualité après votre prostatectomie?

Par la suite, nous avons suivi le discours des sujets en utilisant parfois des reformulations ou des demandes de précision. Un questionnaire très bref fut proposé à six des sujets interviewés à la fin de l'entrevue.

7. LES LIMITES DE LA RECHERCHE

Au cours de cette étude, nous avons mis en application les deux premières étapes de l'analyse par comparaison constante, la délimitation de la théorie dépassant le cadre de ce travail.

Les balises reliées à la cueillette des données auprès de huit sujets nous ont permis une première organisation conceptuelle. Cependant, nous avons constaté qu'il serait possible d'élargir la situation étudiée en diversifiant le choix des sujets.

Nous croyons que cette diversification du choix des sujets avant et après l'intervention chirurgicale, à court, moyen et long terme, devrait permettre d'atteindre un degré de saturation permettant de préciser davantage les catégories déjà identifiées au cours de la présente étude.

Il nous importe de rappeler ici au lecteur que le choix d'un nombre restreint de sujets, soit huit hommes, constitue une des limites les plus importantes de notre recherche. Il eut été souhaitable de rencontrer une vingtaine de sujets afin d'atteindre un degré plus juste de saturation des catégories conceptuelles déjà identifiées. Et, enfin, une autre limite de cette recherche est liée plus spécifiquement à l'identité féminine de l'interviewer. À ce sujet, nous ne pouvons ignorer que les hommes rencontrés peuvent être influencés par

l'identité de l'interviewer et s'y adapter en modifiant plus ou moins l'expression des diverses dimensions de leur sexualité.

CHAPITRE II : RÉSULTATS

INTRODUCTION

L'objet de cette recherche est d'identifier les suites sexologiques d'une intervention chirurgicale sur les organes génitaux mâles. Huit hommes prostatectomisés furent interrogés sur la perception des modifications de leur sexualité à la suite d'une prostatectomie.

Dans ce chapitre, nous présentons les réponses des sujets interviewés en identifiant d'abord les craintes liées aux effets négatifs de l'opération sur la sexualité, puis les craintes liées aux troubles de la prostate. Par la suite, nous verrons les facteurs favorisant l'acceptation des effets négatifs sur la sexualité de l'homme prostatectomisé. Nous indiquerons aussi l'information sexuelle reçue en phase pré-opératoire ainsi que les changements qui apparaissent au moment de la première relation coïtale. Nous décrirons ensuite les changements concernant la réponse sexuelle. Nous ferons état de la relation de ces hommes avec leurs pairs et leur partenaire. Pour terminer, nous décrirons le questionnement de ces hommes sur la normalité et, enfin, nous présenterons les éléments qui ont influencé leur vie sexuelle.

1. CARACTÉRISTIQUES DES SUJETS INTERVIEWÉS

Les hommes qui ont participé à cette recherche étaient âgés de 42 à 73 ans, la moyenne d'âge étant de 61,7 années. Tous vivaient en couple et ont gardé la même partenaire après l'intervention chirurgicale. Entre l'acte chirurgical et l'entrevue, il s'est écoulé de deux à treize ans, selon les cas. À la date de l'intervention, tous avaient au moins deux enfants vivants. Cinq de ces hommes étaient alors à la retraite et trois étaient encore sur le marché du travail. Tous les sujets, sauf un, ont subi une prostatectomie par voie transurétrale.

TABLEAU 1 : Données de base concernant les sujets interviewés

Sujet	Age au moment de l'intervention chirurgicale	Age au moment de l'entrevue	Statut civil	Enfants	Occupation
A	49	51	marié (divorcé ant.)	4 vivants	Enseignant
B	62	65	marié	2 vivants	Cultivateur retraité
C	60	73	marié	3 vivants	Cultivateur retraité
D	39	42	marié	1 décédé 2 vivants	Enseignant
E	64	66	marié	7 vivants	Menuisier retraité
F	62	71	marié	7 vivants 1 décédé	Contracteur forestier retraité
G	54	56	divorcé union libre	2 vivants	Musicien
H	66	70	marié	3 vivants	Enseignant retraité

TABLEAU 2 : Types d'opérations tels que rapportés par les sujets

Sujet	Opération
Sujet A	Prostatectomie par voie naturelle ¹
Sujet B	Prostatectomie par voie naturelle
Sujet C	Prostatectomie par voie naturelle
Sujet D	Cautérisation, ablation des 2/3 de la prostate, voie naturelle
Sujet E	Prostatectomie par voie naturelle Dilatation
Sujet F	Grosse opération ²
Sujet G	Prostatectomie partielle par voie naturelle
Sujet H	Prostatectomie par voie naturelle
1 : Terme utilisé par les hommes pour parler de la prostatectomie transurétrale.	
2 : Terme utilisé par cet homme pour parler d'une prostatectomie sus-pubienne.	

2. LES CRAINTES

Quelles sont les craintes des hommes en ce qui concerne les conséquences de la prostatectomie sur leur vie sexuelle?

Quelques hommes ont précisé que leurs craintes étaient reliées à leur sexualité. La peur d'une blessure au niveau des organes génitaux, la crainte de l'impuissance après l'opération et l'appréhension face à des modifications prévisibles au niveau des relations sexuelles sont trois éléments clairement identifiés par ces hommes.

*Avant l'opération, il faut dire on sait que c'est une opération qui n'est pas dangereuse. On est renseigné avant que les relations après ce n'est pas tout à fait... je ne sais pas... c'est différent. Je pense qu'il n'y en a pas beaucoup qui partent se faire opérer sans y penser.
(Sujet C)*

*Ben, avant l'opération, j'ai eu un petit peu de craintes en me disant que ça changerait peut-être quelque chose, que je serais peut-être plus capable de faire l'amour, tu sais... ça m'a passé dans la tête.
(Sujet A)*

Si cela avait été par les voies naturelles, j'aurais eu peur qu'il me blesse quelque chose. Ça peut arriver, le gars qui a fait des hémorragies, il avait été blessé, lui. (Sujet F)

Le sujet G nous a confié, après l'entrevue, qu'il avait choisi une femme comme chirurgien parce qu'il estimait qu'elle serait plus délicate dans son approche chirurgicale.

Ces craintes spécifiquement reliées à la sexualité masculine nous apparaissent variables cependant et peu prononcées. En effet, si ces hommes craignent que la prostatectomie porte atteinte à l'intégrité de leur vie sexuelle, ils décrivent avec plus d'emphase les craintes reliées aux troubles prostatiques dont ils sont atteints. Deux hommes plus jeunes ont ainsi décrit leur expérience:

Ça fait que t'endures ça le plus possible pis à un moment donné... il y a endurer et endurer... si t'es plus capable d'uriner parce que tu penses que tu pourras plus faire l'amour, t'es plus capable de vivre, minute... t'as pas le choix. (Sujet A)

Parce que le problème d'uriner, c'est un gros problème; j'allais uriner aux 4-5 minutes, en petite quantité. Donc, c'était extrêmement pénible. Je passais des nuits blanches à me promener, à aller aux toilettes. Donc, c'est tout ça ensemble qui faisait... c'est sûr que ça aussi, devait agir sur la situation sexuelle, parce qu'il y avait un épuisement physique. Au niveau de mon travail, ça n'aidait pas non plus parce que j'avais des problèmes à me concentrer, plus la fatigue, tout ça ensemble, c'est pas emballant. Ça fait que la sexualité à l'intérieur de ça, c'est devenu, à ce moment-là, très, très secondaire par rapport à ce que je vivais comme problème. (Sujet D)

Pour deux hommes plus âgés, la décision de subir cette intervention était surtout motivée par la gêne ou l'inconfort vécu au niveau des activités sociales, par le désir de soulager la douleur et de prévenir un «blocage» au niveau urinaire.

[...] peut-être, moi, j'aurais pu endurer ça comme j'étais parce que... le docteur qui m'a opéré m'avait dit... tu pourrais l'endurer encore parce que c'est pas urgent comme tu penses... Moi, j'avais décidé quand je vais en voyage, j'aime pas ça, j'ai peur de ça... de bloquer... j'étais allé en voyage l'année d'avant et j'avais eu de la difficulté en chemin, j'arrêtais pour aller à la toilette... pis ils attendaient après moi... j'venais plus à bout de... be... j'venais plus à bout d'aller uriner (rire) ça allait mal en câline... pis dans ce temps-là, c'est encore pire... quand on voit que les autres attendent après nous autres... bien, j'ai dit, j'endurerai pas ça, câline... j'vais faire quelque chose... c'est d'même que ça m'a décidé de me faire opérer... parce que

j'pense que... il y en a qui se font opérer pis c'est plus urgent que ça... (Sujet F)

Et plus loin,

[...] on va dans les veillées, n'importe quoi... on va au travers du monde, dans des games de hockey, on sait pas si on va être capable d'aller à l'... d'aller à l'eau... ça me demande pis on peut pas y aller, là, c'est inquiétant. (Sujet F)

Pour moi, rendu à ce point-là, je me disais il faut que je passe par là. Si j'étais resté sans pouvoir au point de vue sexuel, il aurait bien fallu que je l'accepte. J'étais pris. Il fallait que je sois opéré. Quand tu sens du mal et puis moi, heureusement j'ai jamais bloqué... j'ai eu connaissance quand mon frère est monté à l'hôpital... lui, il a bloqué. (Sujet E)

Les malaises décrits par ces hommes (douleur, fatigue, insomnie, difficulté à uriner, gêne face aux autres, baisse de l'intérêt sexuel) les amènent à souhaiter fortement un soulagement de leur inconfort. La sexualité semble reléguée au second plan au moment de prendre la décision de subir l'intervention chirurgicale. Cependant, un des hommes a exprimé des doutes sur la pertinence de l'opération. Il constate après coup l'importance des éléments en jeu.

Peut-être que j'aurais pu retarder de quelques années. Si j'avais été plus au courant, peut-être qu'aujourd'hui, ça n'aurait rien changé dans ma vie. Par contre, j'aurais eu quelques années de plus. Peut-être que j'aurais retardé de quelques années.

Des regrets? Avoir su que ce n'était pas une urgence, j'aurais peut-être retardé. Mais franchement, je n'en ai pas souffert pour dire. Je ne peux pas dire que j'en ai souffert pour le regretter à mort. (Sujet C).

Un des hommes interrogés a mis en doute l'efficacité du traitement chirurgical, tout en reconnaissant les progrès de la médecine moderne dans ce domaine. Aucun élément relié à la sexualité n'apparaissait dans son discours, alors que la crainte du «blocage» urinaire était très présente.

[...] c'est un avantage certain d'avoir la technique... mais ce serait encore plus avantageux si on savait, après, arrêter le processus, c'est-à-dire si on savait le faire par des moyens plutôt naturels... c'est un bon point pour la technique, parce que toute cette technique, la mise au point; c'est un bienfait parce que les autres, comme avant, quand ils avaient ça, jusqu'au temps d'Alexandre le Grand, ils faisaient une opération à froid parce qu'il se forme des pierres, la prostate elle bloque tout, elle bloque le canal, l'urètre, les artères, même la vessie... c'est terrible, c'est comme des pierres, tu peux plus évacuer. (Sujet G)

Deux hommes ont souligné aussi l'importance que revêt actuellement la prostatectomie pour la survie masculine. La peur de mourir apparaît ici en filigrane.

C'est pas la majorité du monde mais seulement que c'est assez fréquent. Ah oui! C'est parce qu'autrefois y avait peut-être le même malaise, mais ils l'enduraient, ils n'en parlaient pas.

D'après moi, c'est un peu ça, parce qu'il y en a toujours eu. Y a toujours ces maladies-là. La prostate, tout le monde ont ça. Tous les hommes ont ça. Ça n'a pas changé. Ça fait que peut-être y avait le même malaise, pis qu'y en parlait pas. L'opération était pas la même aussi. Quand y opérait pour la prostate, fallait que ce soit pour la dernière extrémité. Le type était quasiment à moitié mort.

On attendait plus longtemps. Les médecins n'en parlaient pas. Y avait pas les connaissances d'aujourd'hui. (Sujet C)

En tout cas, l'opération... en elle-même... j'pense que c'est une bonne chose... parce que... il y a 50 ans, quand il y avait pas l'opération, il en mourrait beaucoup, des hommes de t'ça. (Sujet F)

Et, finalement, la peur du cancer semble être un élément non négligeable qui influence la décision d'accepter une intervention chirurgicale malgré les conséquences sur la vie sexuelle masculine.

C'est la seule chose, tout de même, pour prévenir des troubles plus tard. J'aimais mieux me faire opérer. On entendait souvent parler du cancer de la prostate, ceux qui attendent trop sont plus sujets à avoir des troubles. (Sujet C)

...J'sais pas si c'est... quelqu'un qui néglige trop ça, p'tet ben que ça peut être dangereux pour être cancéreux... ça je le sais pas (rire). (Sujet F)

...je veux avoir une bonne santé parce que je travaille, pis j'ai besoin d'être en bonne santé; ça c'est tout le monde, mais spécifiquement, moi, je fais ça pour ne pas en mourir, du cancer. Je fais pas exprès; j'y vais parce qu'il faut que j'y aille, pis que je suis bien avec ma femme; je suis bien heureux avec elle, par contre, je t'checke ça pour pas me rendre impuissant...

C'est que surtout, si je fais ça fidèlement, c'est juste pour pouvoir encore, pas me rendre au bout de la chose, pis me faire enlever la vessie, pis devenir impuissant complètement. (Sujet A)

Les craintes quant aux effets négatifs de l'opération sur la sexualité existent donc, mais ne sont pas prédominantes chez les hommes devant subir une prostatectomie. En effet, tout en demeurant conscients des effets négatifs possibles de l'intervention chirurgicale, ils sont surtout préoccupés par la nécessité de soulager les malaises qui portent atteinte non seulement à leur vie sexuelle mais à l'ensemble de leur vie, tant au plan du travail qu'à celui des

loisirs. Ils craignent particulièrement qu'une acceptation trop prolongée de ces troubles prostatiques n'entraîne des complications irrémédiables: cancer, blocage urinaire, mort.

3. LES FACTEURS D'ACCEPTATION DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE ET DE SES EFFETS

A) L'âge et le vieillissement

Tous les hommes interrogés, sauf deux, ont fait référence à l'âge et au vieillissement pour expliquer l'acceptation des effets de cette intervention chirurgicale sur leur sexualité.

Rendu à un certain âge, c'est pas comme quelqu'un qui est plus jeune, peut-être que ça s'accepte mieux. (Sujet B)

Vous savez, rendu à 60 ans, on se fait une raison, on accepte. Il faut accepter. Celui qui se démoralise avec ça, je le trouve bien malheureux. (Sujet C)

Ben, faut bien se soumettre au rôle de la vie. Si t'es rendu à un certain âge tu peux pas te dire que t'as rien que 20 ans. (Sujet E)

On peut pas demander la fin du monde. On n'est pas des jeunes mariés... quand ça fait 45 ans qu'on est mariés. On peut se compter chanceux d'être encore capables d'avoir des relations sexuelles. Il faudrait que tu questionnes un gars d'une quinzaine d'années plus jeune que moi, qui a été opéré, là tu verrais la différence. (Sujet F)

Je ne peux pas m'attendre à faire comme quelqu'un qui a 20 ans, qui a 30 ans. Lorsque j'avais 20 ans, je sais ce que j'avais, mais la différence il faut que je m'en accommode. (Sujet H)

Un homme plus jeune a souligné l'importance de l'âge dans sa façon de réagir face à la sexualité.

Je pense qu'à 30 ans, tu te donnes beaucoup plus d'importance que t'en as vraiment. Tandis que rendu à 50 ans, t'es pas un sage, mais tu t'en vas lentement vers la sagesse. On vit pas chasseur jusqu'à 175 ans pis de toute façon, c'est comme les «chars», ça s'use ces histoires-là. (Sujet A)

B) La stérilité

Trois hommes seulement ont mentionné la stérilité comme conséquence possible de la prostatectomie; leurs commentaires permettent de constater que la fonction reproductrice n'est plus un élément important de leur vie. Chacun des hommes interviewés avait au moins deux enfants.

[...] ça me dérange pas, surtout à cause de la vasectomie qui m'avait déjà enlevé la capacité de faire des enfants, pour moi, ça m'a pas fait de peine là... J'en veux pas! À mon âge, j'en voulais plus d'enfants. (Sujet A)

Il m'a dit... il m'avait dit heu... vous pourrez plus avoir d'enfants... ça je le savais... une personne... Ben moi, j'ai dit à mon âge et ma femme aussi... (rires)... pis mes filles avaient une vingtaine d'années... (Sujet B)

J'ai eu ce qu'on appelle la petite opération si je veux avoir un enfant, je peux en avoir encore. (Sujet G)

On constate que l'âge des hommes interrogés, l'évolution de leur comportement sexuel et la conscience des effets du vieillissement sur leur sexualité sont des facteurs qui facilitent l'acceptation des effets de la prostatectomie sur leur sexualité. De plus, la perte de la fonction reproductrice reliée à la prostatectomie est perçue comme un effet mineur et peu significatif. La possibilité de procréer de chacun des interviewés étant déjà confirmée.

4. L'INFORMATION SEXUELLE RELIÉE À L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Les données recueillies au cours des entrevues permettent d'identifier les principaux éléments d'information sexuelle retenus par les hommes.

Quatre hommes ont décrit ainsi leur compréhension des modifications apportées à l'éjaculation après l'ablation totale ou partielle de la prostate.

[...] d'après ce que je me suis fait expliquer, c'était une espèce d'élargissement avant d'arriver à la vessie... il y a un élargissement, comme ça... puis à l'intérieur, il y a le liquide, le sperme qui fait que tu es fertile ou non, du sperme qui va aller dans la... Et je sais que lorsque je fais l'amour, le sperme s'en va dans la vessie parce que quand j'urine, c'est pas clair, ça passe là-dedans... Je cherche pas tellement, j'ai une vague idée de ça, mais je ne cherche pas tellement... Et ça ne m'intéresse pas tellement. On passe vite là-dessus. (Sujet A)

L'infirmier m'a dit... ben... ça ressemble à un orange ça... pis, ils font ni plus ni moins que la défaire, comme un orange, une pelure d'orange... tandis que quand ils y vont par les voies naturelles, ben... c'est pas mal plus difficile, oui, ils la défont mais ils la défont pas toute, tandis que la prostate... moi, ils me l'ont ôté complètement. (Sujet F)

Et plus loin:

Il y en a beaucoup qui savent pas ça, mais le docteur m'a dit 80% des hommes après cette opération-là, l'éjaculation se fait dans la vessie... puis c'est éliminé par les urines. Je sais qu'il m'avait dit pour l'éjaculation, soyez pas surpris. (Sujet F)

Il m'a dit que faudrait que je pense que ce serait comme ça que ça irait, il n'y a plus rien qui sortirait. (Sujet H)

Il disait sur la feuille qu'il y avait juste ça, le sperme qui allait s'en aller dans la vessie pis à part ça, tout est supposé être assez normal... (Sujet E)

Outre les précisions concernant l'éjaculation rétrograde, les hommes ont reçu d'autres renseignements se rapportant à la capacité d'avoir des relations coïtales, mais d'une façon moins explicite. Ils en ont retenu des données très générales.

Il m'a dit: "Après l'opération, les relations, ça va continuer, ne t'en fais pas. Quand ils faisaient une opération et qu'ils étaient obligés d'ouvrir, là c'était fini parce que... mais par les voies naturelles, ça ne dérange rien". (Sujet C)

Probablement qu'une fois que tu auras été opéré, ça va t'aider beaucoup à ce niveau-là. Ben, il m'a pas parlé plus que ça. (Sujet D)

Il m'avait dit que ça allait rester normal... normal comme une personne qui a été opérée pis qu'y avait pas de problèmes. (Sujet E)

Je me souviens de lui avoir demandé: "Est-ce que ça va changer au point de vue des relations sexuelles?". Il m'a dit: "Peut-être pas de changements... ça dépend des hommes..."

[...] Il a dit vous êtes bien jeune pour une opération de la prostate. J'ai dit je veux rien savoir, si vous me l'enlevez, ça me fera plus après? Est-ce que je vais venir comme il faut? Il m'a dit oui, ça va redevenir correct, mais vous êtes bien jeune... il pensait à la sexualité je suppose, ou en tout cas [...]. (Sujet A)

Ben, le docteur, il m'avait fait voir... à votre âge... pis votre femme vous suit pas mal. (Sujet B)

Quelques hommes interviewés ont aussi mentionné l'effet rassurant de l'information reçue mais sans préciser en quoi cette information les avait rassurés.

J'avais un bon médecin qui m'a renseigné, qui m'a rassuré. C'est une chose importante. (Sujet C)

Après ça, à l'hôpital, la garde de nuit m'a amené ça... vous avez rien qu'à lire... vous aller voir... Ça fait que ça m'a rassuré encore plus. (Sujet E)

Et, finalement, deux hommes plus jeunes et plus scolarisés ont décrit ainsi leur perception du comportement du chirurgien en ce qui concerne l'information sexuelle.

Ils n'élaborent pas longtemps, eux autres. C'est pas leur job. En d'autres mots, c'est des plombiers, ces gars-là. Malgré qu'il est ben fin le médecin... il ne va pas te dire les choses sans que tu les demandes. (Sujet A)

C'est sûr, l'urologue quand il te rencontre et qu'il te parle de ça, c'est avec des pincettes. Parce qu'il n'ose pas approcher le problème directement, s'il voit que tu as la moindre résistance, j'imagine qu'il va commencer à dorer la pilule parce qu'il a peur que tu réagisses, que tu veuilles pas l'opération, surtout à l'âge que j'avais à ce moment-là. (Sujet B)

En résumé, l'information sexuelle reçue par les hommes prostatectomisés a été particulièrement claire et substantielle sur les modifications de l'éjaculation. La majorité des hommes interviewés ont d'ailleurs fait état de l'éjaculation rétrograde dès les premières minutes de l'entrevue.

Par contre, l'information se rapportant au maintien de la capacité érectile est pratiquement inexistante ou abordée implicitement par le chirurgien sous forme de commentaires généraux sur les relations coïtales. Le peu de

précisions retenu à ce sujet par les hommes interviewés explique peut-être leur réaction mêlée de satisfaction et de déception face à l'attitude du chirurgien.

5. LA PREMIERE RELATION COITALE POST-OPÉRATOIRE

Un autre thème fréquemment évoqué par les hommes prostatectomisés est celui de la reprise des activités coïtales post-opératoires. Quatre hommes prostatectomisés ont plus particulièrement décrit leurs expériences lors de la reprise des activités coïtales. Pour trois de ces hommes, les sensations provoquées par cette première expérience sont surprenantes. La première relation peut même être douloureuse. Un seul des hommes interviewés (sujet B) n'a eu aucune relation sexuelle depuis la chirurgie: "Ben après je peux dire que j'ai pas eu de relations".

J'ai eu une sensation pas agréable, ça été une drôle de sensation, ça m'a fait mal; c'est que là, à ce moment-là, l'éjaculation ne se fait pas de la même façon. La première relation, j'ai pas aimé ça; ça s'est replacé après que ça été complètement guéri. Faut s'initier à ça, il devrait renseigner plus que j'étais renseigné. Je ne sais même pas combien il conseille de temps après. Je l'ai jamais su. (Sujet C)

J'ai été au moins six semaines sans avoir de relation sexuelle puis, j'ai été surpris parce que, tu sais, c'était pas comme avant l'opération. Les affaires avaient changé beaucoup. (Sujet F)

Au début, ça m'a laissé un peu pensif puisque j'étais plus comme j'étais. Ça s'est replacé par après. (Sujet H)

En revanche, un des hommes ne rapporte aucune sensation particulière.

J'ai attendu six semaines avant d'avoir des relations, pis ça été tout le temps pareil. (Sujet E)

On peut donc conclure que la première relation coïtale est perçue comme une expérience plus ou moins satisfaisante selon les hommes interviewés. L'absence d'information à ce sujet est fortement critiquée par un seul des hommes prostatectomisés mais son attitude peut être causée par la surprise ou l'inquiétude décrites par les autres sujets.

6. LES CHANGEMENTS DE LA RÉPONSE SEXUELLE

A) L'éjaculation

En réponse à la question de départ, les hommes interviewés ont d'abord commenté les modifications de la réponse sexuelle, affirmant d'abord qu'il y avait peu de changements dans leur vie sexuelle.

Une réflexion, entre autres, a été reprise par la plupart des sujets:

"Moi, ça m'a pas dérangé du tout. Comme homme, ça m'a pas dérangé parce que j'étais pas tout seul avec ce problème-là".

Ces hommes ont aussi, pour la plupart, commenté plus particulièrement les modifications qui concernent l'éjaculation. Celle-ci n'est plus antégrade, mais devient rétrograde. Les sujets ont majoritairement décrit ce changement comme suit:

Non, j'ai plus rien qui sort... C'est pas pareil non plus. (Sujet B)

Ben, l'éjaculation n'est plus la même, il n'y en a presque plus, d'éjaculation. (Sujet C)

Ça été normal, il y avait rien que ça qui a été le changement, le sperme qui sort dans la vessie. (Sujet E)

Cette opération-là, c'est l'éjaculation qui se fait pas en-dehors. (Sujet F)

Maintenant, il y a toujours un inconvénient. C'est qu'après l'opération le sperme ne suit plus le même chemin. On dit que ça va directement dans la vessie, je ne le sais pas, mais y a rien qui sort. (Sujet H)

C'est rien que le jet qui est un peu atténué... c'est rare ça, en général l'opération c'est... disons que l'éjaculation rétrograde, elle va dans la vessie. (Sujet G)

Le sujet D mentionne qu'il parle de ce changement avec ses pairs en disant: "Je tire à blanc".

Il est aussi à remarquer qu'un seul des sujets a exprimé un sentiment personnel sur ce qu'il ressentait par rapport à l'éjaculation rétrograde.

Ça fait que cette affaire-là, il me semble que tu fais l'amour mais tu donnes plus rien. (Sujet H)

Un autre homme a surtout décrit la réaction post-éjaculatoire.

Je te dirai que fort curieusement, ça a rien changé sauf que... il y a un inconvénient. J'ai remarqué que quand je fais l'amour, je vais uriner plus... un peu plus souvent après, puis quand j'urine, ça chauffe un petit peu. (Sujet A)

B) L'orgasme

Cette modification de l'éjaculation entraîne-t-elle une sensation orgasmique différente chez l'homme prostatectomisé? Six sujets ont exprimé leurs réactions. Un seul des sujets (sujet D) a affirmé ne voir aucune différence: "Moi, j'ai jamais rien senti de différent; il n'y a aucune différence". Deux autres sujets ont estimé qu'il existait une différence au niveau du plaisir.

La sensation de l'orgasme n'est plus comme avant. C'est une petite chaleur. Ça finit à rien. Avant c'était plus fort. Plus plaisant. (Sujet B)

Ben, c'est pas tout à fait autant de jouissance que quand c'est normal, mais ça vaut la peine. Il y a un peu moins de jouissance. Il y a des fois que l'on est porté plutôt à brûler par en-dedans... pas toutes les fois mais... de temps en temps. C'était le plaisir pis après ça coupait... t'en as pour 1 ou 2 heures que ça brûle. (Sujet E)

Quand on dit que ça pas changé, ce serait faux. C'est changé un peu, mais on a encore le goût, on atteint l'orgasme. Ça dure moins longtemps. L'orgasme dure moins longtemps. Y a presque pas d'éjaculation, ça compte ça aussi. C'est à peu près ça qui est le pire. (Sujet C)

On dirait que ça vient de plus loin, ça se prépare depuis longtemps et puis là, ça arrive et puis c'est pas toujours égal. Des fois ça dure plus longtemps, d'autres fois, c'est moins longtemps. (Sujet H)

Le sujet A nous a confié «off record» que la sensation orgasmique était aussi bonne qu'avant et parfois même améliorée: "Je ressens une meilleure acuité, intensité (douleur-plaisir) comme la sensation de plaisir que l'on ressent à se gratter à cause d'une démangeaison".

Un autre sujet (Sujet F) a fait état de sa difficulté à décrire clairement le changement ressenti pendant l'orgasme: "Ben, c'est pas la même sensation, j'peux pas l'expliquer. C'est différent".

Un seul des sujets a relaté son expérience de la masturbation:

Aujourd'hui, masturber, y a presque pas d'éjaculation, y sort quelques gouttes.

Fa que, ça atteint l'orgasme quand même.

C'est différent, une manière différente. (Sujet C)

C) L'érection

Parmi les hommes interrogés, cinq des sujets ont décrit l'état de leur capacité érectile après l'intervention chirurgicale.

Trois hommes ont insisté plus particulièrement sur le fait que leur capacité érectile avait été modifiée pendant quelques mois suite à l'intervention chirurgicale.

Ben, je vais dire comme on dit, c'est pas comme avant, hein? L'érection est moins forte... ça a pris du temps avant de se retrouver normal. Depuis l'hiver passé, ça recommence un peu. (Sujet B)

Ben, j'ai commencé au bout d'une couple de mois, les érections reprenaient. (Sujet C)

Tout de suite après, 4 ou 5 mois après, ça marchait... c'était pas la même sensation c'est tout. (Sujet F)

Une autre personne a précisé que sa capacité érectile avait diminué avant l'opération à cause vieillissement.

Il n'y avait pas tellement de changement parce que quelques années avant, au début de la soixantaine, ça avait commencé à diminuer. La puissance sexuelle naturellement n'est pas la même. Ça prend plus de temps à avoir une érection, la libido se fait attendre. (Sujet H)

Un homme plus jeune liait sa diminution de performance avant l'opération à ses troubles prostatiques ainsi qu'à son état de santé général.

Ça a pris au moins trois ans, certainement si c'est pas plus. Je le savais pas que j'avais un problème de prostate, puis ce qui m'a amené à aller voir un médecin, c'est probablement le problème d'uriner et c'est devenu d'ailleurs important. Au niveau sexuel, je me préoccupais pas tellement de ça en soi, parce que j'ai d'autres

problèmes de santé, je me disais ça fait partie de l'ensemble. Pis j'ai jamais été extrêmement performant au niveau sexuel, donc c'est le reste qui progresse tout simplement. (Sujet D)

Deux autres hommes ont, pour leur part, relié la diminution de leur capacité érectile au vieillissement.

La durée de la sensation de l'érection dure moins longtemps. Plus on vieillit, c'est normal que l'érection dure moins longtemps. Il n'y a pas de cachette, ça prend des caresses. C'est sûr, on veut pas l'avouer. Je pense que tant qu'il y a de la vie, il y a de l'envie. Mais le fait d'être opéré... pis en vieillissant, c'est encore pire. (Sujet C)

Là, ça diminue avec l'âge... avec l'âge, on perd notre érection, ça dépend pas de l'opération, ça doit pas. J'ai bien le vouloir mais j'ai pas le pouvoir. (Sujet F)

D) L'intérêt sexuel

Les modifications apportées à la réponse sexuelle, particulièrement à l'éjaculation, ont-elles une influence sur l'intérêt sexuel de l'homme prostatectomisé?

Quatre des hommes ont abordé brièvement ce thème et ils n'attribuent pas nécessairement leur baisse de désir à la prostatectomie. Un de ces hommes, particulièrement atteint au niveau de sa santé (cancer, chimiothérapie et chirurgies multiples), a admis avoir peu d'intérêt sexuel.

Ça fait 32 ans que je suis marié, ça va bien. Ma femme, elle m'a jamais rien dit et moi non plus. On a laissé tomber ça d'un commun accord. (Sujet B)

Les autres hommes expliquent ainsi leur baisse d'intérêt sexuel:

J'ai pas vu de différence, mais je suis plus fatigué et parfois, je propose de faire l'amour et je le fais moins souvent. Ça me tente moins effectivement. Je ne sais pas si c'est parce que je me sens plus vieux. (Sujet A)

Le désir, ça s'éloigne d'une fois à l'autre un peu, peut-être. On n'a pas de désir tous les jours. Peut-être le fait qu'on a besoin d'aide pour avoir une érection. (Sujet C)

Un des hommes a décrit son manque d'intérêt sexuel en le reliant aux problèmes prostatiques pré-opératoires. Il estime que l'opération a été un facteur d'amélioration sur le plan sexuel.

Ça créait des problèmes au niveau de l'érection, ça créait des problèmes au niveau de la stimulation sexuelle et de l'intérêt aussi. Pis après ça, ça m'a aidé beaucoup, pas immédiatement mais quelques mois après, c'était revenu «à la normale». (Sujet D)

En résumé, les hommes décrivent assez clairement les changements qui se rapportent à l'éjaculation rétrograde en y accordant une importance relative. En ce qui concerne l'orgasme, cependant, la sensation leur paraît différente, modifiée en intensité et en durée sans que la plupart des hommes puissent décrire précisément ce changement.

Les hommes remarquent une diminution de leur capacité érectile au cours des premiers mois (jusqu'à cinq mois après l'intervention). Trois des sujets constatent cependant une diminution continue de leur capacité érectile. Ils l'attribuent au vieillissement plutôt qu'à l'opération.

Finalement, quelques hommes interviewés constatent une baisse de fréquence des relations coïtales. Ils attribuent cette baisse à un manque de désir et d'intérêt sexuel provenant du fait qu'ils ont besoin d'aide pour être stimulés et qu'ils se sentent vieux et fatigués.

Aucun des sujets n'a abordé l'importance du rôle des fantasmes dans le désir sexuel et un seul des sujets a commenté son activité masturbatoire.

7. LA COMMUNICATION SUR LES EFFETS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

A) Avec les pairs

L'expérience des hommes prostatectomisés se partage-t-elle? D'après les commentaires recueillis, la plupart des hommes, sauf deux, ont parlé avec d'autres hommes de la prostatectomie et de ses conséquences sur la réponse sexuelle. On constate que la curiosité se mêle à la pudeur quand il s'agit d'aborder les effets de cette opération sur la réponse sexuelle.

Je ne leur ai pas conté que ça chauffait... 4 ou 5 fois... je ne suis pas entré dans les détails. Je vais juste apeurer le monde avec ça. (Sujet A)

Des hommes qui cacheraient ça, ça peut arriver qu'il y en ait, je le sais pas... moi, j'ai jamais caché ça... on criait pas ça sur les toits cependant. (Sujet F)

C'est parce qu'on s'est adonné à parler de ça. Il m'a demandé comment ça va? Ça va bien, j'ai plus les troubles de me lever 4 ou 5 fois la nuit. (Sujet C)

J'ai pas discuté de ça avec personne, pour dire. (Sujet B)

L'humour aide parfois les hommes à exprimer ce qu'ils pensent:

Entre hommes, on faisait des farces avec ça; je suis pas protestataire moi, j'ai été opéré pour la prostate... (Sujet F)

Je revire ça en farce parce que je trouve que ça n'a pas d'importance. (Sujet D)

Puis à un moment donné, il m'a dit: "Pis toi, avec ta poche plate..." - une niaiserie de même, moi j'ai ri tout de suite. (Sujet A)

Deux interventions illustrent les doutes ressentis par les hommes prostatectomisés quant aux commentaires de leurs pairs.

J'ai rencontré un gars qui m'a dit: "j'suis bon comme jamais, depuis que j'ai été opéré..." - mais c'était un farceur. (Sujet F)

Une fois, j'allais voir un gars que je connaissais et j'ai dit j'ai été opéré pour la prostate et ça va bien. Il a dit: "Essayez pas de m'amancher je suis passé par là moi aussi". Ça été fini la discussion. Question de me renseigner, je ne veux pas me faire conter toutes sortes de romances par les autres... c'est déjà arrivé. (Sujet H)

Ces doutes expriment de façon à peine voilée des craintes précises reliées à l'ablation de la prostate. Trois hommes ont décrit plus exactement les préoccupations réelles de leurs pairs au sujet de la prostatectomie.

Oui, ce qu'ils disaient c'est qu'il y avait des troubles d'érection et que ça durait pas. (Sujet C)

Ils m'ont demandé comment ça se passait... si ça fait mal, pis est-ce que la douleur est importante, ensuite, si t'as ben de la misère à uriner? Les gens savent pas, ils pensent que t'as plus de maîtrise sur ton urètre, ils ont l'impression que t'es plus capable d'uriner ou de te retenir... Ensuite, si t'es encore capable d'avoir des enfants... Ou bien si t'es capable de faire l'amour pareil. (Sujet A)

Nécessairement, ils m'ont posé la question après, réussis-tu à avoir des relations sexuelles normales? C'est sûr, quand tu en parles à des confrères de travail, quand j'en parlais à des gens de mon âge: "Tu vas te faire opérer pour la prostate, c'est effrayant". Dans leur

*perception que ce soit les testicules, c'est nécessairement dangereux.
(Sujet D)*

À l'opposé de ces commentaires, un homme rapporte l'aisance avec laquelle un de ses pairs a vécu les suites de sa prostatectomie.

Quand je lui ai parlé de ça, il a dit c'est tout le temps resté pareil, il n'y a rien là. (Sujet E)

Quatre hommes, qui se disent peu influencés par les commentaires de leurs pairs, décrivent ainsi leurs propres réactions:

Ça ne me diminue pas en fait... vis-à-vis moi-même. Si j'avais eu 30 ans, peut-être que j'aurais pas pris ça de même. (Sujet A)

Ça ne me dérange pas du tout. Les questions que j'ai en fin de compte, c'est des gens qui essaient d'exorciser leurs craintes. Ils ont peur que ça leur arrive. (Sujet D)

Ça m'aurait peut-être bien dérangé d'en parler avec d'autres femmes que la mienne... avec les hommes franchement, entre hommes, ça m'a pas dérangé du tout. (Sujet F)

Je suis pas un gars à parler de ces choses-là avec les autres. Je garde ça pour moi... (Sujet H)

Finalement, une intervention du sujet C exprime bien comment l'homme prostatectomisé peut partager et décrire ce qu'il a vécu. Ce commentaire résume l'expérience de cet homme et les progrès de la communication entre le malade et le médecin.

Oui, ben justement, un de mes amis qui est supposé aller voir un spécialiste... se lève 4 ou 5 fois la nuit, à toutes les heures, y est obligé d'aller à la toilette. Ben, j'ai dit, t'as pas d'autre chose à faire, va falloir que tu passes par l'opération. Après, ben c'est pas tout à

fait comme avant. Va falloir que tu t'habitues. Faut dire que le médecin t'en parle. Aujourd'hui y expliquent plus que dans notre temps encore. Ils n'en parlaient pas une affaire effrayante. (Sujet C)

L'expérience d'une prostatectomie suscite des réactions variées de la part des pairs et les hommes prostatectomisés hésitent à expliquer leur expérience en détail, bien que plusieurs affirment que cela ne les dérange pas d'en parler.

Confrontés à quelqu'un ayant vécu cette expérience, les pairs sont partagés entre la curiosité, le désir de connaître l'impact réel de l'intervention sur la vie sexuelle et le besoin d'en dédramatiser les effets négatifs sur la sexualité. Mais il n'en demeure pas moins que les hommes prostatectomisés décrivent leur expérience surtout en termes généraux.

B) Avec la partenaire

La moitié des hommes interviewés ont parlé des réactions de leur partenaire quant à leur prostatectomie. Il appert que la plupart des hommes n'ont pas formulé clairement leurs inquiétudes sur les effets de l'intervention.

Ma femme m'a dit que c'était dans la tête ça, que ça n'arrivait pas de même. Je pense que c'est le fait que ma femme me l'ait dit et après j'ai vérifié avec le médecin et il était d'accord avec ça. (Sujet A)

On n'a pas discuté. Elle est venue à l'hôpital avant que je sois opéré et ils lui ont donné chacun une feuille... tout était expliqué là-dedans, qu'est-ce que ça allait faire après que je sois opéré. (Sujet E)

Ma femme était très compréhensive. On a jamais eu de troubles par rapport à ça. Si elle était inquiète, elle ne voulait pas m'effrayer avec ça. Je ne lui en ai jamais parlé. Peut-être le médecin lui en avait parlé. On était plus des enfants, on savait qu'il y aurait un changement. (Sujet C)

Ma femme s'est jamais plainte. Des fois, elle lisait des articles dans les journaux qui parlaient de ça. Ça avait pas l'air de la déranger. C'est elle qui avait posé des questions au médecin. Il lui avait dit: "Madame, c'est dans la tête si ça marche pas les rapports sexuels... c'est dans la tête". (Sujet F)

Un homme a cependant rapporté un fait relié à l'attitude d'une femme face à l'homme prostatectomisé.

Ma belle-soeur avait dit ça à ma femme: après qu'il a été opéré, elle avait plus d'homme. Ben, elle avait plus de relations sexuelles avec son homme. (Sujet E)

De plus, une femme dont nous avons interviewé le partenaire nous a fait cette réflexion: "Vous en apprendriez plus en questionnant les femmes à ce sujet".

En résumé, les hommes ont apprécié l'attitude compréhensive de leur partenaire, sans faire part d'attentes spécifiques à l'égard de celles-ci. À travers les commentaires, il nous est cependant possible de noter la préoccupation des femmes quant aux effets négatifs de l'intervention sur la sexualité masculine.

8. LE QUESTIONNEMENT SUR LA NORMALITÉ

Si le vieillissement semble faciliter l'acceptation de cette opération et de ses conséquences sur la sexualité, trois hommes n'en demeurent pas moins inquiets: ils s'interrogent sur les critères de normalité du comportement sexuel post-opératoire.

Je ne sais pas si c'est de même pour tout le monde. Ben, je peux poser une question comme ça: Est-ce qu'il y en a après les opérations qui font l'amour avec leur femme pareil? Est-ce que ça fait effet, la même opération, mettons pour 2 ou 3 personnes, est-ce que ça fait la même réaction? (Sujet B)

Moi, c'est resté assez normal, des relations une fois par semaine... pour notre âge... il m'avait dit une relation par mois ou 2 mois. Là, j'sais pas qui c'est qui est pas normal. (Sujet E)

Pour moi, ça c'est un problème d'homme. J'dois pas avoir été tout seul dans ce cas-là. J'sais pas si c'est de même pour tous ceux qui ont été opérés. Par rapport à ma sexualité, je pense que c'est normal, mon affaire. Par normal, je dis c'est moins fréquent que quand j'avais 40 ans. (Sujet F)

En résumé, quelques hommes prostatectomisés se questionnent sur la normalité de la fréquence de leurs relations coïtales après l'opération. Ils établissent leurs critères de comparaison par rapport aux autres hommes prostatectomisés, mais aussi par rapport à leur propre cheminement.

9. L'ATTITUDE MASCULINE ENVERS LA SEXUALITÉ: UN FACTEUR D'INFLUENCE

Pour terminer l'analyse de thèmes, il faut souligner l'importance que les hommes accordent aux facteurs qui ont le plus influencé leur comportement sexuel au cours de leur vie.

Ils ont exploré, chacun selon leur problématique individuelle, les facteurs qui ont influencé leur perception de la sexualité. La plupart d'entre eux ont soulevé l'importance des valeurs religieuses, l'impact de l'instruction ou de l'absence d'instruction sur leur vie sexuelle et sur leur vie de couple. Le silence et le peu de communication entourant la sexualité ont été signalés. La difficulté de trouver les bons mots pour parler de leur sexualité a été présente chez tous les sujets, même chez les plus scolarisés. Et, finalement, nous avons été touchée par la simplicité de ces hommes au cours de l'entrevue et leur désir manifeste d'aider, si possible.

Nos ancêtres avaient des grosses familles, j'ai hérité de ça. On avait pas les méthodes d'aujourd'hui. On n'avait pas la pilule, le condom pis tout ça, tout

ça, c'était caché sous le comptoir à la pharmacie. On a jamais osé demander cela. Pis c'est pas rien que ça. Au point de vue religion. Aie! c'était pas drôle là. On avait pas le droit.

Je pense qu'on en parle plus aujourd'hui qu'on en parlait quand on était jeunes... de notre génération on a été élevés sévèrement pis c'était caché. Des fois on en parlait pas. (Sujet C)

On s'arrangeait comme on pouvait... là-dessus bien moi je dis que... il y a ben des affaires qui ont été faites par ignorance. Il y a des couples qui se sont séparés par ignorance. Parce que premièrement, ça m'a arrivé moi-même, j'étais pas assez instruit de ce côté-là. (Sujet E)

Les éléments ainsi présentés par les hommes prostatectomisés ont surtout été transmis comme une réflexion, l'entrevue non directive leur permettant de faire état de l'ensemble des éléments qui ont influencé le développement et l'actualisation de leur sexualité à travers les âges de la vie. Cette réflexion nous est apparue «libérante» pour la majorité des hommes entendus.

10. UNE EXPÉRIENCE PARTICULIÈRE - CELLE DU SUJET B

Parmi les huit hommes interviewés, nous avons particulièrement retenu le témoignage de l'un d'entre eux atteint du cancer. Nous rapportons ici son questionnement au sujet de la sexualité après l'opération. Mais d'abord, nous décrivons succinctement son état de santé.

Cet homme avait subi, il y a trois ans, une prostatectomie transurétrale suivie quelques mois plus tard d'interventions chirurgicales sur l'estomac, le foie et les poumons et d'un traitement de chimiothérapie.

Au moment de notre entretien, il n'avait eu aucune relation sexuelle avec sa femme, ceci depuis l'opération. Avant celle-ci, il avait observé une baisse dans

sa vie sexuelle: "Avant ça, ça avait diminué un peu, pas comme là (rires). Mais faut pas s'en faire avec ça".

Bien que ses commentaires laissent transparaître une certaine acceptation des modifications de sa sexualité, il se questionnait tout de même sur la normalité des comportements sexuels post-opératoires.

Ben, je peux vous poser une question, comme ça... Est-ce qu'il y en a après l'opération qui font l'amour avec leur femme pareil?

Et plus loin:

Peut-être c'est pas tous pareil, est-ce que ça fait effet, la même opération, mettons 2 ou 3 personnes. Ça fais-tu la même réaction ou si ça change?

Ben, des fois y en a des plus jeunes que moi qui sont opérés... Je sais pas si c'est de même pour tout le monde, je sais pas.

Après avoir perdu tout intérêt pour la sexualité pendant plus de deux ans, il commençait à sentir un changement depuis quelques mois au sujet de son excitation sexuelle.

Oui, avant ça. Tu sais, une personne, elle se réveille la nuit, puis là... c'est plus tranquille (rires). Ça a pris du temps avant de se retrouver normal, depuis l'hiver dernier, ça recommence un petit peu.

Au-delà de son questionnement sur la normalité des comportements sexuels et indépendamment de sa maladie, cet homme s'attendait en vieillissant à ce que tous les aspects de sa sexualité se modifient, sauf l'amour qu'il ressentait pour sa femme. Son témoignage fut particulièrement touchant lorsqu'il décrivit sa relation de couple et l'importance qu'il accordait à la complicité entre les partenaires, la tendresse et la fidélité.

Son témoignage, à cet égard, le différenciait nettement de celui des autres hommes rencontrés.

CHAPITRE III : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES

Dans ce chapitre, nous examinerons les données empiriques et théoriques se rapportant à notre objet d'étude. Pour chaque thème présenté, nous ferons état, dans un premier temps, de l'expérience des hommes rencontrés et, dans un deuxième temps, d'éléments théoriques pouvant y être reliés. Nous terminerons notre analyse par une vue d'ensemble de chaque thème étudié.

Le lecteur notera que le thème central se rapportant aux changements sexuels après l'opération fait l'objet d'un traitement particulier par la présentation d'une étape d'intégration des données empiriques et théoriques

1. LES CRAINTES RELIÉES À LA SEXUALITÉ AVANT L'OPÉRATION

Cette première partie de l'analyse porte essentiellement sur les craintes des hommes reliées à la sexualité avant l'opération.

Tout d'abord, nous discutons des craintes vécues avant l'opération par nos sujets. Afin de pouvoir analyser ces données empiriques, nous considérons d'abord les données théoriques touchant des réactions d'hommes et de femmes à un traitement chirurgical similaire. Par la suite, nous traiterons plus spécifiquement des réactions de femmes relativement à l'hystérectomie. Nous établirons alors un parallèle entre les craintes des hommes et celles des femmes au sujet d'une intervention touchant leurs organes génitaux.

Nous terminerons l'analyse de ce premier thème en abordant des données théoriques qui font état plus particulièrement des facteurs d'influence des réactions des hommes à l'examen du système génito-urinaire, d'une part, et aux interventions chirurgicales sur les organes génitaux, d'autre part.

1.1 Les craintes exprimées par les hommes avant l'opération

À la perspective de subir une prostatectomie, trois hommes ont fait état de leurs inquiétudes quant à leur sexualité. Ils nous ont dit qu'ils ne pouvaient éviter de se questionner à ce sujet. Ils étaient préoccupés du maintien de leur capacité érectile ou craignaient des blessures dans la région des organes génitaux. Ils percevaient également l'opération comme une menace possible à la continuation de leurs relations sexuelles après l'opération.

L'expression des craintes se rapportant à la sexualité varie en intensité selon les individus. Ils ont, pour la plupart, restreint leurs commentaires à ce niveau, décrivant à profusion leurs inquiétudes quant à une détérioration possible de leur état de santé s'ils n'étaient pas opérés. La peur du cancer et du blocage urinaire semble assez forte; mais elle pourrait masquer les craintes reliées à l'atteinte possible de l'intégrité des organes sexuels et du plaisir sexuel.

Nous nous demandons si cette réaction des hommes est différente de l'expérience des femmes subissant une opération aux organes génitaux. Avant de répondre à cette question, nous considérerons d'abord les études concernant les réactions des hommes et des femmes aux traitements chirurgicaux.

1.2 Des réactions masculines et féminines aux traitements chirurgicaux

Selon les études consultées, l'imminence de traitements chirurgicaux peut entraîner des réactions différentes chez les hommes et les femmes.

Dans une recherche récente, Sokol et al. (1987) étudièrent l'impact psychiatrique d'un pontage coronarien chez 538 hommes et 81 femmes. Ces auteurs notèrent chez les hommes un niveau moins élevé d'anxiété et de dépression que chez les femmes en période pré-opératoire.

Par contre, en période post-opératoire, soit après quatre jours, six mois et douze mois, le niveau d'anxiété était à peu près identique pour les deux sexes.

Cette étude basée sur l'utilisation de quatre tests contredit, selon les auteurs, les résultats des recherches antérieures sur le sujet. Les tests utilisés furent le State Anxiety Inventory (Spielberg et al., 1970), le Self-Rating Anxiety Scale (W. Lung, 1971), le Self-Rating Depression Scale (Lung, 1965) et le Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (G.W. Comstock et K.V. Melsin, 1976).

L'étude met donc en lumière une différence importante quant aux réactions des hommes et des femmes avant un traitement chirurgical cardiaque. Mais voyons maintenant comment les femmes réagissent avant un traitement chirurgical touchant leurs organes génitaux.

1.2.1 Les réactions des femmes au sujet de l'hystérectomie

Brouillette (1985)⁵ a rencontré douze (12) femmes, dans le cadre d'une étude portant sur la sexualité des femmes ayant subi une hystérectomie et/ou une ovariectomie. Celles-ci ont, d'une part, éprouvé avant l'intervention diverses réactions émotives et, d'autre part, elles se sont interrogées face à leur sexualité post-opératoire.

Il est apparu que, dans les cas des femmes déjà averties, la période précédant l'opération fut émotivement difficile pour la majorité d'entre elles: se sont manifestés chez elles des moments de souffrance, des angoisses, des sentiments de perte, des cauchemars, des craintes d'avoir mal, de devenir vieille, de perdre son mari (à cause de problème sexuel), de mourir à cause du cancer ou de «pourriture dans le ventre»

De plus, l'auteure note que trois des femmes interrogées ont retardé de plusieurs mois leur entrée à l'hôpital contre le gré de leur médecin par besoin de réflexion.

⁵ Brouillette, D., Impact de l'hystérectomie sur le vécu sexuel, Rapport d'activités, Département de sexologie, UQAM, 1985, p. 54.

Ces constatations correspondent aux résultats de Sokol et al. (1987) qui ont noté un niveau plus élevé d'anxiété et de dépression chez les femmes avant une opération cardiaque.

En ce qui concerne notre propre recherche, les hommes n'ont mentionné aucune réaction émotive et/ou anxieuse préalablement à l'intervention; ils ont cependant décrit comme les femmes la peur du cancer et de la mort. Ils nous semblent craindre plus que les femmes une détérioration de leur état de santé et accepter plus spontanément le traitement chirurgical proposé. Comme nous le verrons plus loin, le soulagement de leurs malaises généraux apparaît prioritaire en regard des craintes reliées à la sexualité.

Au sujet des craintes spécifiquement reliées à la sexualité chez les femmes, Brouillette (1985) constate aussi que celles-ci concernent différents aspects de leur sexualité.

L'identité sexuelle («peur de ne plus être une femme», «d'être une femme finie sexuellement»), les motivations recherchées dans les relations sexuelles («peur de ne pas être une aussi bonne femme qu'avant»), la fréquence des relations sexuelles («arrêter les relations sexuelles»), la réponse à une excitation sexuelle et à l'orgasme (crainte «de ne pas avoir de jouissance», peur «de ne plus avoir d'orgasmes»)⁶.

Ces craintes reliées à la sexualité correspondent à celles des hommes en ce qui a trait, d'une part, à la fréquence des activités sexuelles après l'opération et, d'autre part, à la réponse à une excitation sexuelle.

Par contre, nous constatons que les hommes participants n'expriment aucune crainte au sujet de leur identité sexuelle, au contraire des femmes rencontrées par Brouillette (1985).

⁶ Brouillette, D., Impact de l'hystérectomie sur le vécu sexuel, Rapport d'activités, Département de sexologie, UQAM, 1985., p. 60.

Notons que la peur de blessures aux organes génitaux a été mentionnée par deux de nos sujets. Voici comment le plus âgé de ces hommes rapporte cette crainte.

Si cela avait été par les voies naturelles, j'aurais eu peur qu'ils me blessent quelque chose. Ça peut arriver, le gars qui fait des hémorragies, il avait été blessé, lui.

Nous n'avons pas relevé de commentaires similaires dans l'étude de Brouillette (1985).

Après avoir traité des craintes reliées à la sexualité tant chez les hommes que chez les femmes, considérons maintenant les facteurs plus généraux qui peuvent influencer les hommes lors de l'examen du système génito-urinaire.

1.2.2 Des réactions des hommes à l'examen du système génito-urinaire

Une autre étude traitant de l'expérience des hommes, celle de Scott et al. (1984), examinait le cas de 30 hommes âgés de 36 à 70 ans et qui souffraient de cancer chronique du système génito-urinaire. Le but de cette étude était d'évaluer le niveau de stress vécu par ces hommes en fonction de la cystoscopie (procédure d'investigation périodique). L'évaluation fut faite à partir des tests suivants: le State-Trait Anxiety Inventory, le Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal Scale, le Social Reading Adjustment Scale et le Coping-Strategy Measure. L'expérimentation eut lieu avant la cystoscopie et également après celle-ci (6-8 semaines). Les auteurs ont constaté que l'hospitalisation de routine reliée au diagnostic était moins stressante pour ces hommes que le travail et les préoccupations familiales et financières. Bien que le niveau d'anxiété du groupe fut considéré dans les limites de la normale, les auteurs constatèrent que 33% des hommes avaient éprouvé un niveau d'anxiété élevé au moins à une occasion au cours de l'expérimentation.

Ce groupe d'hommes plus anxieux manifestaient plus de sentiments dépressifs, se sentaient davantage impuissants et éprouvaient des difficultés à établir des

priorités. Les hommes qui étaient davantage capables de faire face à la situation démontraient une meilleure capacité de solution de problème, un niveau d'éducation plus élevé, un niveau d'anxiété moins élevé et présentaient moins de situations stressantes dans leur vie.

1.2.3 Les facteurs influençant les réactions masculines à une intervention chirurgicale sur leurs organes génitaux

En 1976, Zohar et al. constataient que 16 à 30% des patients prostatectomisés devenaient impuissants après une opération pour hyperplasie bénigne de la prostate. Ils postulaient alors que ce type d'intervention ne devait pas entraîner d'incapacité érectile. Afin de cerner les autres facteurs qui influençaient la réaction des hommes prostatectomisés, ils évaluèrent 15 patients à l'aide d'une entrevue structurée et d'un test de personnalité, le mini-MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). De cette évaluation effectuée un mois avant et six mois après l'opération, émergeaient trois facteurs différenciant les hommes impuissants de ceux ayant conservé leur capacité érectile en période post-opératoire. Le niveau d'anxiété du patient, le fait de recevoir des explications au sujet de la chirurgie et de ses effets ainsi que le degré général de satisfaction de la vie furent les trois éléments qui apparurent déterminants dans l'observation des deux groupes d'hommes.

Zohar et al. allèguent dans leurs conclusions que les hommes présentant un seuil peu élevé d'anxiété et un indice faible de satisfaction de la vie sont davantage susceptibles de souffrir de troubles érectiles en période post-opératoire. Dans le même sens, une étude récente (Alarie et al., 1987) associe l'existence de réactions anxieuses et dépressives aux dysfonctions érectiles tant d'origine biologique que d'origine psychologique. L'évaluation de l'anxiété et de la dépression fut effectuée à l'aide des tests suivants: le State-Trait Anxiety Inventory (Spielberg et al., 1970) et le Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961).

D'autre part, Bolt et al. (1986) ont étudié les effets de la résection transurétrale de la prostate (65 hommes), d'une part, et d'interventions chirurgicales

générales (50 hommes), d'autre part, auprès de deux groupes d'hommes âgés. Le but principal de l'étude était d'évaluer à partir d'entrevues cliniques structurées, la capacité érectile, l'habileté à éjaculer et à engager des relations sexuelles avant et après l'opération.

Contredisant l'hypothèse de Zohar et al., les auteurs concluent que la résection transurétrale de la prostate entraîne une faible incidence d'incapacité érectile comparativement à une intervention chirurgicale générale.

De plus, selon Bolt et al. (1986), le stress relié à la chirurgie et l'âge des sujets sont des facteurs non associés à l'incapacité érectile après l'opération. En effet, cinq des sept hommes éprouvant une incapacité érectile après l'opération présentaient une capacité érectile affaiblie avant l'opération, c'est-à-dire qu'ils pouvaient avoir une érection dont la durée et la rigidité ne correspondaient plus à ce qu'ils avaient connu les années précédentes. L'incontinence et les mictions fréquentes, après l'opération, furent aussi présentées par un sujet comme un facteur débilitant. Chez les sujets opérés pour un traitement chirurgical général, deux hommes présentèrent après l'opération une incapacité érectile reliée, pour un sujet, à un état dépressif et pour l'autre à des problèmes de santé (douleur abdominale et infarctus mineur du myocarde).

1.3 Vue d'ensemble

Les hommes rencontrés au cours de notre recherche ont exprimé des craintes peu marquées au sujet des effets de l'opération sur leur sexualité. Cependant, ces craintes étaient présentes et portaient plus spécifiquement sur le maintien de la capacité érectile, la peur d'être blessé au niveau des organes génitaux et la reprise des activités sexuelles après l'opération.

Lorsque nous comparons les réactions anxieuses des hommes et des femmes (Sokol et al., 1987) à une intervention chirurgicale similaire, nous constatons que le degré d'anxiété chez les femmes se situe à un niveau plus élevé que celui des hommes avant l'opération, ce qui correspond à l'expérience des femmes hystérectomisées (Brouillette, 1985), ainsi qu'à l'expérience des hommes de

notre recherche qui n'ont décrit aucune réaction émotive particulière avant l'opération. Cependant, bien qu'ils aient exprimé, comme les femmes hystérectomisées, des craintes relatives à leur état de santé et particulièrement la peur du cancer et de la mort, ils ont réagi en acceptant plus spontanément que les femmes le traitement chirurgical proposé.

La mise en veilleuse des craintes reliées à la sexualité est, selon nous, un élément qui caractérise de façon particulière l'expérience des hommes interrogés, surtout en regard de l'expérience des femmes qui, elles, se disent touchées dans leur identité sexuelle (Brouillette, 1985) par une intervention affectant leur utérus et/ou leurs ovaires.

De plus, afin de mieux comprendre la réaction de nos sujets masculins, nous avons cru nécessaire d'explorer les facteurs influençant les réactions des hommes. Trois auteurs (Bolt et al., 1986; Scott et al., 1984; Zohar et al., 1976) nous amènent aux constatations qui suivent.

Les hommes qui éprouvent une réaction anxieuse plus prononcée lors de l'examen de leurs organes génito-urinaires manifestent des sentiments dépressifs, se sentent impuissants et éprouvent des difficultés à établir des priorités (Scott et al., 1984). Par ailleurs, les hommes opérés pour une résection transurétrale de la prostate peuvent éprouver des troubles érectiles à la suite de leur intervention, si leur seuil d'anxiété est peu élevé et s'ils sont peu satisfaits dans leur vie (Zohar et al., 1976). Le fait de fournir de l'information au sujet des effets de l'opération sur la sexualité serait un élément-clé pour rassurer le client. Et, finalement, Bolt et al. (1986) confirment par leur recherche que l'existence de troubles érectiles avant l'intervention est un facteur plus déterminant que celui du stress de l'opération et de l'âge de l'homme opéré.

En ce qui a trait à nos sujets masculins, la plupart n'ont fait allusion à aucun des facteurs cités plus haut, au cours de nos entretiens. Seul l'un d'eux, plus jeune et plus scolarisé, a fait état de l'existence de sentiments dépressifs.

Abordons maintenant les facteurs qui ont très probablement davantage influencé nos sujets masculins quant à l'atténuation de leurs craintes relatives à leur sexualité.

2. LES FACTEURS D'ACCEPTATION DES EFFETS DE L'OPÉRATION SUR LA SEXUALITÉ

Cette deuxième partie de notre étude porte sur les facteurs d'acceptation des effets appréhendés de l'opération sur la sexualité.

L'âge de nos sujets peut être considéré comme le premier facteur d'acceptation décrit par les hommes rencontrés. Nous évaluons l'impact de ce facteur en tenant compte des écrits sexo-médicaux décrivant les changements sexuels reliés à l'âge.

Nous abordons ensuite l'expérience du vieillissement décrit par nos sujets. Nous explorons alors les écrits sexologiques décrivant l'impact du vieillissement sur la sexualité des hommes. Et, finalement, nous considérons l'expérience des hommes au sujet de la perte de leur capacité de procréer. L'absence de travaux se rapportant à l'importance de la procréation chez l'homme âgé nous amène à nous référer à l'expérience d'hommes et de femmes sans enfant devant subir une opération similaire. Ce qui nous permet d'expliquer comment ce facteur facilite l'acceptation des effets de l'opération chez les hommes participants.

2.1 L'âge

Les lignes qui suivent traitent d'abord de l'impact de l'âge sur l'expérience de nos sujets et ensuite des études qui décrivent l'impact de l'âge sur la sexualité des hommes.

2.1.1 L'âge, un facteur facilitant l'acceptation des effets de l'opération

Nos sujets masculins ont pour la plupart affirmé qu'ils acceptaient plus facilement les conséquences de la prostatectomie, à cause de leur âge. La moyenne d'âge au moment de la chirurgie était de 55,7 ans et cinq de nos

sujets se situaient dans la soixantaine au moment de la chirurgie. Parmi les trois sujets plus jeunes, deux hommes n'ont aucunement commenté le facteur de l'âge, tandis qu'un dernier remarquait, selon les décennies, une évolution de sa perception de lui-même comme homme. Il nous est apparu que ces hommes pour la plupart s'attendaient en vieillissant à une diminution progressive de leur capacité sexuelle.

2.1.2 L'âge, un facteur relié aux changements sexuels chez l'homme

Selon des études récentes, il existerait effectivement avec l'âge une diminution progressive de la capacité érectile et de la fréquence des activités sexuelles, chez certains hommes.

Bolt et al. (1986), cités précédemment, observèrent deux groupes d'hommes opérés pour une prostatectomie transurétrale (65 hommes), d'une part, et pour une chirurgie générale (50 hommes), d'autre part. L'âge médian des hommes pour les deux groupes était respectivement de 69 et 66 ans. Tout en tenant compte de l'impact de la prostatectomie, ces auteurs ont relevé pour les deux groupes une diminution progressive de la capacité érectile, à partir de 60 ans. Ils ont constaté qu'un pourcentage élevé d'hommes (67%) conservaient leur capacité érectile au cours de leur septième décennie.

Ces résultats concordent avec ceux de Brecher (1983) qui rapportait un déclin progressif des activités sexuelles chez l'homme de décennie en décennie, ceci à partir du début de la cinquantaine.

Plus près de nous, Libman et Fichten (1987) inventorièrent systématiquement les études produites entre 1960 et 1985 au sujet de la prostatectomie. Ils ont constaté qu'un pourcentage élevé (79 à 93%) d'hommes âgés de 60 ans et moins avaient une capacité érectile satisfaisante avant la chirurgie. Au-delà de 60 ans, le pourcentage descendait entre 40 et 50%. Les auteurs ont relevé seulement trois recherches fournissant des données au sujet de la capacité érectile post-opératoire d'hommes ayant une capacité érectile intacte avant l'opération. Ces données indiquent qu'un plus grand nombre d'hommes âgés

de 65 ans et moins conservent leur capacité érectile après la chirurgie. Ces résultats correspondent à ceux de Bolt et al. (1986) qui ont de plus constaté le maintien de la capacité érectile, particulièrement au cours de la septième décennie, ceci pour un pourcentage élevé (67%) d'hommes.

En résumé, la diminution, selon leur âge, de la capacité érectile des hommes interviewés apparaît confirmée par des études médicales et sexologiques récentes. Selon Bolt et al. (1986), Brecher (1983) et Libman et Fichten (1987), les hommes peuvent s'attendre à des changements progressifs de décennie en décennie, particulièrement à partir de l'âge de 50 ans, ceci tant au sujet de la capacité érectile qu'à celui de la fréquence des activités sexuelles. Cependant, il importe de rappeler que même dans la septième décennie un pourcentage assez élevé d'hommes peuvent conserver leur capacité érectile.

2.2 Le vieillissement

Nous verrons maintenant comment l'attitude des hommes devant le vieillissement peut influencer leur adaptation aux changements sexuels reliés à l'âge.

2.2.1 L'expérience du vieillissement chez les hommes prostatectomisés

Au cours de notre recherche, nous avons pu constater que l'expérience des hommes prostatectomisés semble mieux acceptée en raison de l'âge et du vieillissement. Quelques hommes ont expliqué qu'ils ne pouvaient plus s'attendre à se comporter sexuellement comme un homme jeune dans la vingtaine ou la trentaine, sans préciser davantage leur impression. Certains hommes acceptent de se faire une raison et se trouvent chanceux d'être capables d'engager encore des relations sexuelles. En dehors des commentaires se rapportant au comportement sexuel prévu, aucun des hommes ne s'est exprimé davantage sur sa conception du vieillissement. Aucun de nos sujets n'a non plus décrit explicitement sa façon de s'adapter aux changements sexuels générés par le vieillissement.

2.2.2 Les préjugés sexuels reliés au vieillissement

L'expérience des hommes au sujet de l'impact du vieillissement sur la sexualité peut-elle influencer leurs réactions sexuelles après l'opération? Aucune des études se rapportant aux aspects sexo-médicaux de la prostatectomie ne tient compte de ce facteur. Il nous faut revenir aux travaux de Masters et Johnson (1966) pour saisir l'importance d'une conception saine du vieillissement sur la qualité de la vie sexuelle des hommes âgés. Ces auteurs ont particulièrement remis en cause le préjugé de l'impuissance chez l'homme vieillissant en décrivant les modifications physiologiques de la réponse sexuelle chez les hommes âgés. Nous verrons plus loin le sens de ces modifications. Il nous importe ici de rapporter le sens des travaux de Masters et Johnson au sujet de la sexualité et du vieillissement.

Sur le plan physiologique, on différencie mal l'involution naturelle et les phénomènes pathologiques. Comme un petit nombre seulement de spécialistes est spécialisé avec les altérations prévisibles de la fonction sexuelle masculine, on ne peut guère espérer que le grand public parvienne à vaincre les craintes que provoquent ces phénomènes naturels.⁷

Malgré l'existence des travaux de Masters et Johnson, Weg (1983) remarquait que la mythologie des dysfonctions sexuelles selon l'âge est encore très présente dans la culture américaine. De plus, le vieillissement étant associé au rôle de malade, cela permet plus facilement de nier l'existence de la sexualité chez les personnes âgées.

Selon Hite (1983), les hommes de tout âge éprouvent des peurs face au vieillissement. Elle constate en effet que presque tous les hommes qu'elle a interviewés, quel que soit leur âge, étaient hantés par le spectre du vieillissement.

⁷ Masters, W.H. et Johnson, V.E., Les mésententes sexuelles et leur traitement, Marabout, 1971, p. 289.

Nous rapportons ici un commentaire d'un homme de quarante ans au sujet du vieillissement de la prostate.

Un de mes amis, médecin, m'a dit en parlant de ma prostate: "Ne la laisse pas vieillir. Pour qu'elle reste jeune, sers-t'en le plus souvent." Je n'ai pas encore de vrais problèmes de prostate, mais je redoute le jour où on me dira: "Il faut l'enlever". Alors je m'en sers. Si je l'oublie je suppose qu'elle va décrépir jusqu'au point où il faudra m'opérer et la jeter à la poubelle.⁸

Pour résumer, en ce qui concerne l'impact du vieillissement sur la sexualité des hommes, il appert, selon la documentation consultée, que les préjugés demeurent tenaces. Les hommes de tout âge (Hite, 1983) craignent le vieillissement et peuvent, selon notre perspective, l'associer à une détérioration de leur état de santé et leurs organes génitaux.

Les hommes rencontrés ne nous ont pas dit avoir peur du vieillissement, ils adoptaient plutôt une attitude d'acceptation inconditionnelle face au vieillissement et à ses conséquences sur leur sexualité. Le fait d'avoir vécu un problème de prostate nous semble confirmer que les hommes s'attendent à ce que leurs organes génitaux soient touchés par les effets du vieillissement.

Observons maintenant comment cette attitude peut être remise en question lorsque l'on considère d'autres aspects de la sexualité masculine.

2.2.3 L'expérience masculine et le vieillissement, une autre réalité

S'il existe effectivement des préjugés tenaces face à la sexualité de l'homme vieillissant, l'expérience sexuelle de certains hommes va à l'opposé de ces appréhensions.

⁸ Hite, S., Le rapport Hite sur les hommes, Éd. R. Laffont, 1983, p. 752.

Selon Hite (1983), même si les hommes appréhendent les effets du vieillissement, tous ceux qu'elle a interrogés lui ont affirmé que leur vie sexuelle⁹ s'améliorait avec l'âge, sauf dans le cas de ceux qui éprouvent des difficultés relationnelles, et ceci particulièrement au niveau du plaisir sexuel.

De plus, elle note:

Les hommes disent pour la plupart que ce qui est déterminant pour leur plaisir, c'est la connaissance, la compréhension et l'amour, pas la capacité de maintenir une érection.¹⁰

Brecher (1983) a lui aussi constaté que le plaisir sexuel était l'élément de la sexualité masculine qui déclinait le moins abruptement selon les décennies. En effet, la fréquence des rapports sexuels hebdomadaires diminue, chez un groupe d'hommes donnés, de façon assez graduelle à partir de la soixantaine (73% de 893 hommes), tandis que l'on constate que 86% du même groupe dans la soixantaine disent éprouver encore un plaisir sexuel élevé.

Brecher (1983) a aussi rapporté qu'il existait effectivement un déclin progressif des activités masturbatoires et des orgasmes pendant le sommeil ou au réveil. Selon lui, l'ensemble du déclin sexuel observé chez les hommes est surtout un effet du vieillissement plutôt qu'un résultat de défaillances reliées à l'état de santé.

En résumé, l'attitude d'acceptation inconditionnelle des hommes rencontrés au sujet du vieillissement et de ses conséquences sur leur sexualité nous indique qu'ils considèrent le traitement chirurgical de la prostatectomie comme faisant partie du vieillissement. Cette attitude, selon nous, correspond à des préjugés tenaces face au vieillissement (Masters et Johnson, 1966; Weg, 1983) et particulièrement à la difficulté à discriminer entre le processus normal du

⁹ Nous reprenons ici l'expression «vie sexuelle» telle qu'elle a été proposée par l'auteure et ses traducteurs.

¹⁰ Hite, S. Le rapport Hite sur les hommes, Éd. R. Laffont, 1983, p. 782.

vieillesse et les phénomènes pathologiques. Bien que plusieurs aspects de la sexualité déclinent avec le vieillissement, le plaisir sexuel peut demeurer un élément positif de l'expérience sexuelle chez l'homme âgé (Brecher, 1983; Hite, 1983). Nous verrons plus loin que quelques-uns de nos sujets masculins ont confirmé ce fait.

2.3 La stérilité

Il serait bon d'évaluer maintenant l'importance du problème de la stérilité dans les réflexions et les comportements des sujets devant subir ou ayant subi le type de traitement chirurgical qui fait l'objet de cette étude.

2.3.1 La stérilité, un effet peu important

Nous avons pu constater au cours de nos entrevues que la plupart des hommes se préoccupaient peu des effets de l'opération sur leur capacité de procréer. Un seul sujet a mentionné qu'il pouvait encore enfanter. Tous avaient au moins deux enfants et acceptaient facilement le fait de ne plus en avoir.

2.3.2 La capacité de procréer, une préoccupation des personnes sans enfant

Nous ne traitons pas, dans le cadre de cette recherche, des effets sur la sexualité d'un arrêt volontaire de la capacité de procréer. Cependant, il nous apparaît important de faire état de deux constatations particulières relevées dans les recherches que nous avons consultées.

D'abord, Shover (1987) a fait état des préoccupations médicales actuelles au sujet du traitement des cancers urologiques. L'auteur affirme que le maintien de la capacité érectile et celui de la fertilité sont les deux enjeux reliés à ces traitements. Il a cependant constaté que l'infertilité demeurerait une préoccupation seulement pour un sous-groupe d'hommes jeunes et sans enfant.

Brouillette (1985), de son côté, constatait chez quatre femmes nullipares devant subir une hystérectomie qu'elles ne s'étaient pas encore résignées au moment de l'opération à ne pas ou ne plus jamais avoir d'enfant.

En résumé, le fait pour les hommes participants de se considérer stériles à la suite de l'opération n'a pas été perçu comme un facteur négatif. Au contraire, le fait d'avoir déjà eu des enfants semblait les rassurer, ce qui concorde avec les commentaires de Shover (1987) et Brouillette (1985) en regard des hommes et des femmes sans enfant devant subir une opération similaire qui provoquait une stérilisation involontaire.

2.4 Vue d'ensemble

Parmi les facteurs susceptibles d'influencer l'acceptation des effets de l'opération sur leur sexualité, nos sujets masculins ont présenté l'âge et le vieillissement comme des facteurs facilitant et, selon notre perspective, presque rassurants. En effet, ces hommes s'attendaient à une diminution de leur capacité sexuelle en vieillissant. Plusieurs auteurs (Bolt et al., 1986; Brecher, 1983; Libman et al., 1987) ont d'ailleurs confirmé le fait que des changements sexuels progressifs apparaissent, chez la plupart des hommes, de décennie en décennie, et cela à partir de 50 ans. Ces changements portent surtout sur la capacité érectile et la fréquence des activités sexuelles.

Par contre, il est important d'observer que l'attitude des hommes interrogés correspond à certains préjugés tenaces relatifs aux changements concernant la réponse sexuelle chez l'homme âgé, surtout au sujet de la capacité érectile. La peur du vieillissement chez les hommes de tout âge ne correspond pas, selon Hite (1983), à l'expérience de certains hommes âgés qui semblent éprouver un plaisir sexuel plus grand avec les décennies.

Et, pour terminer, nous constatons que la stérilité est acceptée facilement par les hommes que nous avons rencontrés, puisque leur progéniture était déjà assurée. Nous postulons que des hommes, comme des femmes, plus jeunes et

sans enfant pourraient réagir différemment à une opération similaire (Brouillette, 1985; Shover, 1987).

Nous verrons maintenant quelles sont les modifications sexuelles décrites par les hommes après leur opération.

3. LES CHANGEMENTS SEXUELS APRES L'OPÉRATION

Cette troisième partie de l'analyse porte sur l'aspect central de notre recherche, soit les changements sexuels éprouvés après l'opération. Tout d'abord, nous présenterons les modifications à court et à long terme observées par les hommes interviewés au sujet de leur capacité érectile. Nous traiterons aussi des recherches décrivant les représentations que se font les hommes et femmes au sujet des troubles érectiles.

Ensuite, nous aborderons le changement le plus évident subi par les hommes prostatectomisés, soit l'éjaculation rétrograde. Nous discuterons dans un premier temps de l'impact de l'éjaculation rétrograde sur la sensation subjective de l'orgasme et dans un deuxième temps nous commenterons l'impact de l'éjaculation rétrograde sur la première relation coïtale post-opératoire de nos sujets masculins.

Par la suite, nous traiterons de l'impact de l'opération sur le désir, première phase de la réponse sexuelle.

3.1 La capacité érectile

Les considérations qui suivent ont pour objet les modifications de la capacité érectile et son rapport à l'opération, tant chez nos sujets que chez d'autres hommes.

3.1.1 L'expérience des modifications de la capacité érectile

Tous nos sujets, sauf un, avaient subi une résection transurétrale de la prostate. Un seul a subi une résection sus-pubienne. Ils ont tous également, sauf un opéré par résection transurétrale, conservé leur capacité érectile après l'opération. Cinq hommes ont commenté l'état de leur capacité érectile, soit à court ou à long terme, après la chirurgie.

Trois hommes nous expliquèrent qu'ils vécurent à court terme une reprise progressive de leur capacité érectile après une prostatectomie transurétrale.

Cette reprise, selon eux, s'étalait sur plusieurs mois (entre deux et cinq mois). Deux de ces hommes associaient aussi la diminution progressive de leur capacité érectile au vieillissement.

Deux autres sujets avaient constaté une diminution de leur capacité érectile avant l'opération. Le plus âgé attribuait cette diminution au vieillissement, tandis que le plus jeune l'expliquait par ses troubles prostatiques. Ce dernier considérait l'opération comme une intervention aidant à retrouver la capacité érectile. Finalement, un des sujets, atteint de cancer et opéré par voie transurétrale, constatait, après trois ans, un réveil partiel de sa capacité érectile, sans envisager cependant la reprise des relations coïtales.

Aucun des hommes interviewés n'a mentionné avoir discuté avec sa partenaire des modifications de leur capacité érectile après l'opération. De même, il ne semble pas que ce thème ait été abordé de façon précise avec d'autres hommes.

Finalement, pour parler de leur capacité érectile, c'est-à-dire de leur réponse à l'excitation sexuelle, ils utilisaient les expressions suivantes: «érection», «puissance sexuelle», «libido» et «performant au niveau sexuel». Cette constatation nous amène à penser qu'il semble exister une certaine confusion, chez nos sujets, en ce qui concerne les diverses phases de la réponse sexuelle.

3.1.2 Les modifications de la capacité érectile reliées à la prostatectomie

Nous traiterons maintenant du problème des dysfonctions érectiles reliées aux prostatectomies.

3.1.2.1 La prostatectomie, comme source de dysfonctions érectiles

L'existence de dysfonctions érectiles à la suite d'une prostatectomie a été constatée par Masters et Johnson (1970) et par Kaplan (1974). Masters et Johnson (1970) présentèrent deux cas d'impuissance¹¹ secondaire consécutive, pour un cas, à l'ablation de la prostate par voie périnéale et, pour l'autre, à une prostatectomie suspubienne entraînant par la suite un choc psychologique. Ils constatèrent qu'aucun des deux hommes n'avait été prévenu des répercussions éventuelles de leur opération.

Kaplan (1974) considère, parmi les causes physiques des dysfonctions érectiles, deux types de prostatectomie, soit la prostatectomie radicale périnéale et parfois la prostatectomie sus-pubienne. Selon Kaplan, ces deux types d'intervention portent atteinte à l'intégrité des fibres nerveuses des organes génitaux, entraînant ainsi des troubles érectiles sans perte de libido.

Libman et Fichten (1987) ont inventorié les études se rapportant à la prostatectomie et la fonction sexuelle. Cet inventaire met en lumière l'impact des diverses procédures chirurgicales de la prostate sur la sexualité masculine particulièrement, entre autres, sur la capacité érectile. Selon ces auteures, il n'existe pas de différence majeure, quant aux effets sur la sexualité, entre les prostatectomies transurétrale, sus-pubienne et rétropubienne. En effet, 69 à 95% des hommes conservent leur capacité érectile après ces chirurgies. Cependant, l'étude de Bolt et al. (1986), citée précédemment, réaffirme la croyance que la résection transurétrale de la prostate peut entraîner des troubles érectiles, indépendamment de l'âge et du stress de la chirurgie. Le

¹¹ Le terme «impuissance» largement utilisé dans le langage populaire est considéré inadéquat par Kaplan (1974). Le terme «dysfonction érectile» décrit plus justement les troubles du réflexe érectile.

critère d'évaluation de la capacité érectile retenu par les auteurs était l'habileté à entrer en érection. Ces auteurs ont observé chez les hommes capables d'engager une relation coïtale avant l'opération que 88% des sujets n'ont pas été affectés par la résection transurétrale, tandis que 97% des hommes opérés pour une intervention chirurgicale générale n'ont pas été affectés par le type d'opération.

En ce qui a trait à la prostatectomie périnéale radicale, selon Libman et Fichten (1987), l'incidence d'incapacité érectile est plus élevée et se situe entre 66 et 71%. Au sujet de la récupération de la capacité érectile après une prostatectomie radicale rétropubienne, deux éléments d'importance sont rapportés par Libman et Fichten (1987).

Premièrement, l'amélioration de cette technique chirurgicale par Walsh et ses collègues permet maintenant de préserver les ramifications du plexus pelvien innervant les corps caverneux. Walsh et Leport (1987) rapportent que sur 60 patients suivis pour une période minimale d'un an après la chirurgie, la capacité érectile a été conservée dans 70% des cas. Ces auteurs définissent la capacité érectile par une érection suffisante pour la pénétration vaginale et l'orgasme.

Deuxièmement, chez les hommes atteints d'un cancer de la prostate, Libman et Fichten (1987) ont constaté qu'un pourcentage élevé de ces hommes peuvent éprouver une incapacité érectile trois mois après la chirurgie. Elles notent cependant une récupération substantielle de la capacité érectile dans une période d'un an. Constatant ces dernières données, elles suggèrent d'en informer explicitement les hommes subissant une prostatectomie radicale. Cette récupération de la capacité sexuelle peut s'établir longtemps après les mois de récupération physique générale.

3.1.2.2 L'évaluation de la capacité érectile

L'étude de Libman et Fichten (1987) permet de saisir la grande variabilité des critères de mesure de la fonction sexuelle. Elles constatent, en effet, que le

critère «capacité érectile» est fréquemment utilisé tout en étant défini de façon variable et peu cohérente. Parmi les études inventoriées, certaines associent la «capacité sexuelle» à la «capacité érectile» uniquement, tandis que certaines y ajoutent la libido. D'autres études incluent l'orgasme et la fréquence des relations sexuelles dans leur définition de «capacité sexuelle» et, finalement, certaines associent exclusivement la «capacité sexuelle» aux résultats du N.P.T. (Nocturnal Penile Tumescence), en français pléthysmographie pénienne nocturne. Selon ces auteurs, il s'avère important de définir plus précisément, quand on effectue des recherches dans ce domaine, ce qu'on entend par «capacité». Il est aussi important de préciser davantage ce qu'on entend par bon ou mauvais fonctionnement sexuel, ce que les études inventoriées ne font pas. Ce dernier élément rappelle aussi la portée d'un autre élément relevé par Libman et Fichten (1987), soit l'évaluation de la capacité érectile avant et après l'opération.

Ces auteurs soulignent, en effet, la nécessité d'évaluer l'état de la capacité érectile des sujets avant l'opération plutôt que rétrospectivement. Les hommes seraient davantage susceptibles de subir des troubles érectiles immédiatement ou à court terme avant et après l'opération (6 mois).

3.1.3.3 L'incapacité érectile après l'opération, la perspective des partenaires

Dans une étude prospective portant sur les comportements sexuels des couples après une prostatectomie, 90 couples ont été suivis sur une période de 3 et 6 ans. Les auteurs, Cytron et al. (1987), ont constaté une diminution importante de fiabilité (97,7% à 66%) dans les réponses de la partenaire en période post-opératoire.

Ces auteurs voulaient cerner la problématique de l'incapacité érectile en interviewant les deux partenaires avant et après la chirurgie. L'entrevue fut effectuée par le même médecin et les partenaires furent interviewés séparément. Tous les hommes avaient été renseignés avant l'opération à l'aide de techniques audio-visuelles et de rencontres avec le médecin. Libman et

Fichten (1987), pour leur part, proposent de rechercher les causes socioculturelles et physiologiques pouvant influencer les modifications de la réponse érectile chez l'homme âgé.

Les thèmes abordés furent: l'information personnelle, l'information se rapportant à la capacité érectile pendant les rapports sexuels, la présence d'éjaculation antégrade du sperme, l'atteinte de l'orgasme, la libido (le désir des relations sexuelles) et une évaluation personnelle de la coopération et de la fiabilité du couple par le médecin. La moyenne d'âge des hommes prostatectomisés était de 72,2 ans, et 33% des patients sont devenus impuissants après la chirurgie.

Avant l'opération, la fiabilité des réponses des deux partenaires était de 97,7% identique; 77,7% des patients (70) jouissaient de leur capacité érectile avant l'opération et ceci était confirmé par la partenaire. Entre six et douze mois après l'opération, un certain nombre de patients sont devenus impuissants, mais le fait fut confirmé par la partenaire seulement pour 60% des hommes. Les auteurs n'ont trouvé aucune explication à ce phénomène et ont attribué cet état de choses à d'autres changements dans la vie du couple.

Cette étude confirme les constatations de Libman et Fichten (1987) et de Bolt (1986) au sujet de la perte de la capacité érectile chez les hommes âgés, après la prostatectomie.

Que plusieurs hommes perçoivent une perte ou une diminution de la capacité érectile après l'opération et que ce fait ne soit pas confirmé par la partenaire, cela s'explique difficilement mais peut indiquer que la représentation que se font les hommes de leur capacité érectile diffère à la fois de leur expérience sexuelle et de la représentation que se font leur partenaire de celle-ci.

3.1.3 Intégration des données théoriques et empiriques

La majorité des hommes participant à notre recherche ont récupéré progressivement leur capacité érectile quelques mois après une prostatectomie

transurétrale pour hyperplasie de la prostate. Ces résultats correspondent aux constatations de l'étude de Libman et Fichten (1987) révélant que de 69 à 95% des hommes conservent leur capacité érectile après une prostatectomie transurétrale. Ils confirment aussi leur hypothèse concernant l'existence de troubles érectiles à court terme avant et après l'opération.

Cependant, selon ces auteurs, les critères permettant d'évaluer la fonction sexuelle et plus précisément la «capacité érectile» pré et post-opératoire sont très variables et ne donnent pas une image précise de l'expérience sexuelle des hommes en ce qui a trait à l'état de leur capacité érectile avant et après la chirurgie.

Aussi, il faut remarquer que les modifications de la capacité érectile à plus long terme furent associées, par deux hommes plus âgés, au vieillissement, ce qui correspond, comme nous l'avons vu précédemment, aux travaux de Bolt et al. (1986). De même, les modifications de la capacité érectile avant l'opération sont présentées par deux hommes comme un élément atténuant l'impact des modifications érectiles après l'opération, ce qui nous semble contredire l'opinion de Bolt et al. (1986) au sujet de l'impact négatif après l'opération d'une capacité érectile affaiblie avant l'opération.

Et, en terminant, nous constatons que nos sujets n'ont pas dit avoir discuté avec leur partenaire des modifications de leur capacité érectile après l'opération. Cette absence de propos nous semble refléter une attitude évasive des hommes face aux modifications de la capacité érectile. Elle tend à corroborer les résultats de Cytron et al. (1987) indiquant qu'il est possible que le témoignage de la partenaire ne corresponde pas exactement aux dires de l'homme prostatectomisé, particulièrement au sujet de troubles érectiles après l'opération.

L'expérience de modifications érectiles après la prostatectomie demeure, selon nous, une question ouverte, surtout chez l'homme âgé. En effet, la nécessité de distinguer la réponse à l'excitation sexuelle des autres éléments de la réponse

sexuelle, ceci tant pour les intervenants que pour les hommes opérés, apparaît être une exigence fondamentale pour mieux comprendre l'expérience sexuelle de ces derniers.

3.2 L'éjaculation

Nous examinerons maintenant les caractéristiques physiologiques et psychologiques de l'éjaculation rétrograde. Mais d'abord, revoyons l'expérience de nos sujets quant à cette modification de l'éjaculation.

3.2.1 L'expérience de l'éjaculation rétrograde

Après nous avoir affirmé, pour la plupart, qu'il y avait peu ou pas de changement dans leur vie sexuelle, nos sujets ont présenté spontanément le changement relatif à l'éjaculation comme le changement le plus évident. La plupart de ces hommes ont décrit leur expérience de l'éjaculation rétrograde, précisant surtout "qu'elle ne se fait plus par en dehors". Deux hommes ont relaté le fait que l'éjaculation se fait dans la vessie. Ces commentaires décrivaient en termes succincts le mécanisme de l'éjaculation rétrograde et l'absence d'éjaculation antégrade.

3.2.2 L'éjaculation rétrograde, aspect physiologique

Selon Kaplan (1983), l'éjaculation rétrograde est un trouble de la phase orgasmique masculine qui se manifeste lorsqu'il y a résection de certaines fibres du système nerveux autonome responsables du réflexe de fermeture du sphincter interne de la vessie. Trois procédures chirurgicales peuvent provoquer l'éjaculation rétrograde, à savoir les prostatectomies transurétrale, sus-pubienne et rétropubienne. Ces procédures ont pour objet principal de traiter l'hyperplasie bénigne de la prostate ou une obstruction vésicale reliée à un cancer de la prostate. La résection du sphincter interne de la vessie a pour conséquence de projeter le liquide séminal dans la vessie, entraînant ainsi une sensation d'éjaculation sèche chez l'homme prostatectomisé. Le liquide séminal sera par la suite évacué par les urines. Cette modification de la trajectoire du

liquide séminal serait indolore. Outre les procédures chirurgicales mentionnées plus haut, la plastie du col de la vessie pratiquée fréquemment chez les jeunes garçons peut aussi entraîner une éjaculation rétrograde à long terme.

On peut se demander si le phénomène de l'éjaculation rétrograde est complètement irréversible et s'il existe à un même degré chez tous les hommes prostatectomisés.

3.2.3 L'éjaculation rétrograde, un effet iatrogénique à long terme

Une étude de Meyhoff et al. (1985), portant sur l'évaluation des résultats à long terme de deux types d'opération (T.V.P. et T.U.R.P.)¹², comprenait 75 patients souffrant d'une hyperplasie obstructive bénigne de la prostate. L'évaluation des résultats à long terme permit de mesurer l'incidence de l'éjaculation rétrograde sur une période de cinq ans. Ces auteurs constatèrent que cinq ans après la chirurgie il y avait éjaculation rétrograde chez 60% des patients ayant subi une TVP et chez 50% des patients ayant subi une TURP. De plus, ils observèrent dans ces deux groupes une faible diminution du nombre de patients sexuellement actifs après cinq ans. Une récupération de l'éjaculation fut observée à long terme chez quatre patients opérés par TURP et chez un patient traité par TVP. Cette récupération peut être expliquée selon les auteurs par un rétrécissement du col de la vessie relié à une sténose obstructive de celui-ci ou à un rétrécissement de la cavité prostatique. Ceci permet aux auteurs de conclure qu'il existe peu de différences entre les deux types de chirurgie quant aux effets sur la réponse sexuelle, mais que la résection transurétrale de la prostate apparaît une technique chirurgicale plus douce.

Au cours de nos entrevues, les hommes prostatectomisés ont décrit l'existence à long terme de l'éjaculation rétrograde. Deux hommes ont rapporté une diminution importante du volume de liquide séminal et aucun n'a mentionné une récupération de l'éjaculation antégrade.

¹² T.V.P. = en français, prostatectomie transvésicale; T.U.R.P = prostatectomie transurétrale

En ce qui a trait aux modifications du volume du liquide éjaculatoire, Meyhoff et al. (1983) avaient observé chez une population de 75 hommes prostatectomisés par TVP et TURP, six mois après la chirurgie, une réduction du volume de liquide éjaculatoire chez 18% des hommes du groupe TVP et chez 36% des hommes du groupe TURP. Respectivement, 7% et 12% des hommes des groupes TURP et TVP ne présentèrent aucun changement quant au volume, six mois après la chirurgie.

Ainsi, selon Meyhoff et al. (1983), les modifications de l'éjaculation sont de deux ordres, soit principalement l'éjaculation rétrograde chez la majorité des sujets, d'une part, et le maintien de l'éjaculation antégrade avec une diminution du volume du liquide éjaculatoire, d'autre part, pour un groupe plus restreint. Nous verrons plus loin l'impact de ces modifications sur la réponse orgasmique.

Si l'éjaculation rétrograde est une conséquence très probable d'une prostatectomie, nous pouvons par ailleurs constater que des efforts sont entrepris depuis quelques années pour réduire cet effet iatrogénique sur la réponse sexuelle.

En effet, dans la lignée des travaux d'Orandi (1973 et 1985), Hellström et al. (1986) effectuèrent une recherche portant sur la réduction de l'éjaculation rétrograde. À cet effet, ils comparèrent l'efficacité de deux techniques chirurgicales sur un groupe de 24 hommes souffrant d'obstruction urinaire reliée à une augmentation bénigne de la prostate. Les effets de l'électroréssection transurétrale de la prostate furent comparés à ceux de l'incision du col de la vessie.

Aucun cas d'éjaculation rétrograde ne fut observé chez 11 patients traités par incision du col de la vessie. Ce type d'opération est donc présenté comme un traitement simple et rapide de l'hypertrophie bénigne de la prostate impliquant un minimum de risque d'éjaculation rétrograde.

Ainsi, elle est particulièrement recommandée par les auteurs pour les hommes de moins de soixante ans souffrant d'une hypertrophie bénigne de la prostate et menant une vie sexuelle active. Par contre, la résection transurétrale de la prostate est recommandée chez l'homme plus âgé.

3.2.4 L'éjaculation rétrograde et son aspect psychologique

L'impact psychologique de l'éjaculation rétrograde a été très peu étudié. L'étude de Zohar et al. (1976), décrite précédemment, a permis de constater qu'il est important d'informer adéquatement les hommes prostatectomisés de l'apparition de l'éjaculation rétrograde après la chirurgie. Sur un groupe de 15 patients, 7 hommes furent renseignés avant la chirurgie. Outre les renseignements se rapportant à l'ensemble des procédures pré, per et post-chirurgicales, les hommes furent rassurés sur le maintien de la capacité érectile en dépit de l'éjaculation sèche. On avait alors pris soin de souligner que l'éjaculation rétrograde était le seul effet prévu quant à la réponse sexuelle. Aucun des 15 hommes n'éprouvait de troubles érectiles avant la chirurgie et les 7 patients informés conservèrent leur capacité érectile, tandis que 5 des 8 hommes non informés subirent des troubles érectiles. Considérant que la population étudiée était très restreinte, les auteurs ont vérifié la validité de leurs résultats par t test. Ils ont constaté que le facteur «explication» était indépendant de la capacité érectile et que la seule différence significative entre les deux groupes d'hommes fut le fait que le groupe n'ayant pas de troubles érectiles après l'opération avait bénéficié d'une explication pré-opératoire. Les conclusions de cette recherche nous apparaissent positives relativement à l'information se rapportant à l'éjaculation rétrograde. Cependant, comme nous l'avons souligné précédemment, l'hypothèse voulant que la prostatectomie par TURP ne provoque pas de troubles érectiles a été remise en question par une étude de Bolt (1986).

Les résultats de notre propre recherche démontrent que l'expérience de l'éjaculation rétrograde n'apparaît pas traumatisante pour nos sujets.

3.2.5 Intégration des données théoriques et empiriques

L'éjaculation rétrograde est une conséquence iatrogénique de la prostatectomie transurétrale qui peut transformer de façon permanente la physiologie de l'éjaculation. Les hommes interviewés au cours de notre recherche nous ont semblé bien informés de cet effet de l'opération et semblaient accepter pleinement ce fait. Les recherches actuelles tendent à expérimenter des techniques chirurgicales qui seraient moins dommageables pour l'éjaculation, particulièrement dans les cas des hommes de 60 ans et moins demeurant sexuellement actifs. Selon Zohar et al. (1986), mal comprise ou mal interprétée, cette modification de l'éjaculation peut avoir des conséquences sur d'autres aspects de la réponse sexuelle.

Nous allons maintenant considérer l'impact de l'éjaculation rétrograde sur la sensation orgasmique.

3.3 L'orgasme

Étudions maintenant les transformations provoquées directement ou indirectement par l'intervention chirurgicale sur la réponse orgasmique de l'homme. Mais d'abord, examinons les changements décrits par nos sujets quant à leur sensation orgasmique.

3.3.1 Les changements décrits par les hommes

L'exploration d'un traitement chirurgical réduisant les effets iatrogéniques de la prostatectomie transurétrale laissent présupposer que la modification de l'éjaculation peut porter atteinte à l'intégrité de la réponse orgasmique masculine.

Les hommes interviewés au cours de notre propre recherche ont, pour la plupart, constaté un changement en ce qui concerne la sensation subjective de l'orgasme. À long terme, les modifications de l'intensité et de la durée de l'orgasme sont les deux faits principalement décrits. Quelques hommes ont attribué la baisse de l'intensité à une diminution de volume du sperme. Un des

hommes n'éprouva aucun changement et deux hommes ont rapporté des changements positifs quant à la sensation de l'orgasme.

Nous verrons maintenant comment cette sensation a été modifiée au moment de la première relation coïtale.

3.3.2 L'expérience de la première relation coïtale après l'opération

Trois des hommes interviewés se souvenaient avoir reçu une consigne concernant la reprise des activités sexuelles coïtales après l'opération. Deux hommes avaient reçu la consigne d'attendre six semaines et un troisième un mois. Les autres hommes n'ayant pas reçu d'indications à ce sujet attendirent une période de deux à cinq mois.

L'expérience de la première relation a été qualifiée de surprenante par quelques hommes. De même, un homme a éprouvé une sensation douloureuse après l'orgasme. Même si peu d'hommes se sont exprimés à ce sujet, ceux-ci ont insisté sur l'aspect surprenant de l'expérience. Un de nos interlocuteurs aurait aimé être prévenu de ce qui l'attendait. Nous constatons que cette première relation coïtale est possiblement le premier moment où ces hommes prostatectomisés ont expérimenté l'éjaculation rétrograde. Aucun des hommes n'a parlé de ses réactions à une activité masturbatoire avant cette première relation coïtale.

3.3.3 L'orgasme et son appréciation subjective

Brecher (1983) a aussi recueilli les commentaires d'hommes ayant subi une chirurgie de la prostate au sujet des effets de celle-ci sur la sexualité masculine. Selon cet auteur, certains hommes n'indiquent aucun changement relatif à la réponse sexuelle, tandis qu'un bon nombre se plaignent des effets de l'éjaculation rétrograde en exprimant une diminution de la satisfaction au niveau de l'orgasme et du plaisir sexuel.

Selon les commentaires, cette insatisfaction est principalement reliée à l'absence ou à la diminution de volume du liquide séminal au moment de l'orgasme. L'âge des sujets n'est cependant pas mentionné.

Un homme exprime sa difficulté de la façon suivante:

Avant la chirurgie prostatique, l'orgasme et l'éjaculation coïncidaient. Depuis l'opération, je n'éjacule plus. Cela a diminué le plaisir sexuel.¹³

Ces constatations de Brecher (1983) nous incitent à considérer plus attentivement l'importance de l'éjaculation par rapport à la sensation orgasmique.

Masters et Johnson (1966) ont étudié l'aspect subjectif de la perception de l'orgasme en interrogeant 417 hommes âgés de 18 à 89 ans. Ces hommes ont décrit les sensations reliées aux deux étapes de l'éjaculation.

Ainsi, chez l'homme jeune, la première étape de l'éjaculation (émission) est caractérisée par la contraction des organes accessoires et l'expansion involontaire du bulbe urétral. La contraction provoque l'impression de «sentir venir l'éjaculation». Cette sensation s'installe progressivement pour culminer au moment où le liquide séminal s'amasse dans l'urètre prostatique. C'est à ce moment que l'homme ressent l'inévitabilité de l'éjaculation. La contraction du sphincter interne de la vessie empêche à ce moment le liquide séminal d'entrer dans la vessie par éjaculation rétrograde. L'expansion double ou triple du bulbe urétral à la fin de la phase en plateau peut contribuer à l'impression d'inévitabilité de l'éjaculation. Au cours de la seconde étape, celle de l'éjaculation proprement dite, le liquide séminal est propulsé de l'urètre prostatique jusqu'au méat urétral. L'intensité de la sensation subjective de l'orgasme est reliée, d'une part, aux contractions expulsives et, d'autre part, au volume du sperme éjaculé.

¹³ Brecher, E.M., Rapport sur l'amour et la sexualité après 50 ans, Éd. du Jour, 1984, p. 280.

Nous rapportons ici un commentaire recueilli par Hite (1981) décrivant la sensation subjective de l'orgasme masculin:

Je sens tous les organes subsidiaires, la prostate, l'urètre, qui se contractent, jusque dans mon pénis, je sens mes muscles qui se contractent. Quand vient l'orgasme, c'est comme si quelque chose coulait hors de mon corps, et c'est très agréable. Il y a eu des fois, quand j'avais un orgasme vraiment très fort en me masturbant où j'ai eu l'impression qu'on tirait à travers mon corps et à travers mon pénis une corde de velours.¹⁴

Par contre, selon Masters et Johnson (1968), chez l'homme âgé, la sensation d'inévitabilité de l'éjaculation n'a habituellement pas lieu de façon aiguë. Il est cependant possible que les organes accessoires se contractent de façon spasmodique plutôt que sous forme de contractions régulières. Ces contractions spasmodiques pourraient provoquer une sensation violente de l'inévitabilité de l'éjaculation, mais l'émission du liquide séminal peut ne pas se produire. Cette dernière réaction n'est cependant pas constante chez tous les hommes âgés.

En ce qui a trait à la deuxième étape de l'éjaculation, l'homme âgé qui a maintenu son éjaculation assez longtemps peut avoir l'impression d'un suintement plutôt que d'une expulsion de liquide séminal.

De plus, si des modifications de la sensation orgasmique semblent s'installer progressivement avec l'âge, le plaisir sexuel n'en serait pas nécessairement amoindri. Shire Hite (1981) a constaté ce fait chez des hommes âgés de 50 ans et plus. Ces hommes ont en effet témoigné du maintien de la qualité de leur plaisir sexuel jusqu'à 70 ans, même si les réactions physiques sont différentes de celles expérimentées au cours de leur jeune âge. La santé et un bon état général apparaissent déterminants pour continuer à éprouver du plaisir au-delà de 70 ans. À cet âge, les orgasmes sont moins réguliers et moins

¹⁴ Hite, S., Le rapport Hite sur les hommes, Éd. R. Laffont, 1981, p. 421.

prévisibles mais les activités sexuelles demeurent appréciées avec ou sans coût. Aussi, selon Hite (1981), chez les hommes de 80 ans et plus, l'orgasme est moins fréquent mais les hommes qu'elle a interrogés disent, en général, que le plaisir ne diminue pas forcément. Avec l'âge, la qualité de la relation affective avec la partenaire prend progressivement une place de plus en plus importante dans la qualité du plaisir sexuel.

3.3.4 Intégration des données théoriques et empiriques

Les hommes participant à notre recherche ont été particulièrement surpris lors de l'expérience de leur première relation coïtale post-opératoire. Cette réaction transitoire a été suivie, pour quelques-uns d'entre eux, de modifications de la sensation orgasmique à plus long terme tant au niveau de l'intensité que de la durée.

Quelques commentaires correspondent aux témoignages recueillis par Brecher (1983) en ce qui concerne l'impact négatif de la diminution du volume de sperme. Quant aux autres, ils font état de modifications parfois très satisfaisantes, certainement moins dramatiques, que celles décrites par Masters et Johnson (1968). De même, les hommes rencontrés continuent à apprécier leur plaisir sexuel, malgré les modifications apportées à l'éjaculation, ce qui correspond aux témoignages recueillis par Hite (1981) auprès des hommes de 50 ans et plus. Nous croyons, par contre, que la prostatectomie, en provoquant une modification de l'éjaculation et de l'orgasme, peut accentuer l'impression d'un vieillissement prématuré de la réponse sexuelle chez certains hommes, compte tenu de la description faite par Masters et Johnson (1968) de la diminution du volume de liquide séminal et de la modification de la sensation d'inévitabilité liée au vieillissement.

3.4 Le désir sexuel

Le désir sexuel s'avère une dimension non négligeable dans le cadre de cette recherche. Voici les données empiriques et théoriques que nous avons pu recueillir sur le sujet.

3.4.1 L'expérience des hommes opérés

Compte tenu de l'arrêt des activités sexuelles en phase de convalescence, nous pouvons nous demander si la prostatectomie a influencé le désir sexuel des hommes à court terme, après l'opération. Nos sujets semblent s'être accommodés assez facilement de la consigne médicale interdisant les relations sexuelles à court terme. À plus long terme, ils expliquaient leur baisse d'intérêt sexuel par la fatigue, l'âge et le vieillissement. Un homme plus jeune constatait une amélioration de l'intérêt sexuel quelques mois après la chirurgie. Il considérait la chirurgie comme un facteur positif quant à l'intérêt sexuel.

3.4.2 Le désir sexuel, une phase méconnue de la réponse sexuelle

Aucune des études consultées au sujet des effets de la prostatectomie sur la sexualité masculine n'aborde la question du désir ou de l'intérêt sexuel des hommes. Cette phase du désir n'a pas été identifiée par Masters et Johnson (1966), ceux-ci décrivent seulement les phases suivantes de la réponse sexuelle: excitation, plateau, orgasme et résolution. Selon Leiblum et Rosen (1988), deux auteurs ont contribué à introduire cette phase de la réponse sexuelle. Kaplan a remodelé le concept de la réponse sexuelle en trois phases principales: le désir, l'excitation et l'orgasme. Elle affirme que chacune des trois phases relève du système neurophysiologique et qu'elles sont séparées mais interreliées. Pour sa part, Lief sépara le cycle de la réponse sexuelle en cinq phases (désir, excitation, vasocongestion, orgasme et résolution). Aussi, Leiblum et Rosen (1988) reconnaissent l'existence d'un aspect fondamental de la réponse sexuelle, soit la motivation et l'inclinaison à «être sexuel».

Il nous apparaît difficile dans le cadre de cette recherche d'explorer plus avant le concept du désir. Nous retenons cependant la conception de Levine (1984):

*Sexual desire is the product of the mind's capacity to integrate three reasonably separate elements: drive, wish, and motive.*¹⁵

Nous traduisons:

Le désir sexuel résulte de la capacité mentale d'intégrer trois éléments distincts: la pulsion, le souhait et la motivation.

Ces éléments illustrent la complexité du désir sexuel et permettent de rendre compte du peu de rapport existant entre la fréquence des activités sexuelles et le désir sexuel. Cependant, nos sujets ont constaté une baisse d'intérêt et de l'activité sexuelle situationnelle reliée à l'opération. Il faut souligner que celle-ci ne porte aucunement atteinte aux substrats biologiques hormonaux du désir sexuel. Slob (1988) reconnaît que la pulsion sexuelle peut diminuer progressivement avec l'âge chez l'homme, compte tenu d'une diminution possible des niveaux de testostérone. Cependant, selon ce chercheur, une diminution hormonale ne serait qu'un facteur parmi d'autres contribuant au déclin des activités sexuelles chez l'homme âgé. Selon nous, les deux autres composantes du désir (identifiées par Levine, 1988), soit le souhait et la motivation, mériteraient d'être explorées chez l'homme âgé et prostatectomisé.

3.4.3 Un intérêt constant pour la sexualité?

Lors d'une présentation en 1988, Zwanikken souligna l'importance des variations individuelles dans la sexualité des personnes âgées. Il avance l'hypothèse que les personnes âgées peuvent se désintéresser de la sexualité, si celle-ci ne constitue pas un élément positif dans leur vie. Outre l'intérêt subjectif, l'état de la réponse sexuelle et la disponibilité d'un partenaire sont les deux autres facteurs pouvant conditionner l'intérêt sexuel des personnes âgées.

¹⁵ Levine, S.B. "Intrapsychic and individual aspects of sexual desire", in *Sexual desire disorders*, Guilford Press, 1988, p. 24.

Les sujets de notre recherche, sauf un, n'avaient aucunement perdu leur intérêt face à la sexualité. Ils avaient tous une partenaire de longue date et, malgré les modifications reliées à l'éjaculation, ils adoptaient une attitude positive et intéressée face à leur sexualité.

3.4.4 Intégration des données théoriques et empiriques

En résumé, la plupart des hommes interviewés ont constaté une baisse de désir sexuel qu'ils attribuaient à l'âge, au vieillissement ou à la fatigue. Effectivement, selon Slob (1988), la pulsion sexuelle peut diminuer avec l'âge, compte tenu d'une diminution possible des niveaux de testostérone. Il est donc possible que la baisse de désir ne soit pas reliée, comme le disent ces hommes, aux effets de l'opération mais plutôt au vieillissement. Par contre, nous avons pu constater au cours de nos rencontres qu'ils faisaient état d'un intérêt manifeste et soutenu pour la sexualité, ce qui peut être considéré, selon Zwanikken (1988), comme un facteur conditionnant l'intérêt sexuel.

Pour expliquer leur baisse de désir, il nous faut donc envisager d'autres éléments tels les composantes du désir proposées par Levine (1988). Le souhait et la motivation au sujet de la sexualité pourraient être explorés plus à fond auprès des hommes âgés.

3.5 Vue d'ensemble

L'analyse des entrevues nous a permis de constater que les huit participants de cette recherche ont observé des modifications de leurs réponses sexuelles après leur opération. Les changements les plus apparents concernant l'excitation sexuelle, l'éjaculation et l'orgasme se sont manifestés à court terme. À plus long terme, le désir et l'intérêt sexuel semblent aussi se modifier.

Dans un premier temps, les modifications de l'excitation sexuelle se sont caractérisées, selon les témoignages de la majorité des hommes, par une reprise progressive de la capacité érectile, s'étalant sur plusieurs mois. Ces données correspondent aux écrits de Libman et Fichten (1987) et de Bolt

(1986). En effet, selon ces derniers, la majorité des hommes subissant une prostatectomie transurétrale ou sus-pubienne conservent, d'une part, leur capacité érectile après l'opération et, d'autre part, peut éprouver des troubles érectiles pour une période de six mois.

Nous avons cependant constaté que les hommes interviewés ne décrivaient pas très précisément cette reprise progressive de leur capacité érectile. De multiples expressions, telles érection, puissance sexuelle, libido, performant sexuellement et «j'ai bien le vouloir mais pas le pouvoir», étaient associées à cette période. Il nous semble que cette variété d'expressions correspond aux constatations de Libman et Fichten (1987) au sujet du manque de précision et de cohérence relatifs aux critères de recherche définissant la fonction sexuelle et plus précisément la «capacité» érectile.

De plus, en ce qui concerne l'état de la capacité érectile avant l'opération, deux sujets ont commenté leur expérience en la reliant au vieillissement.

Selon les constatations de Libman et Fichten (1987), il importe dans le domaine de la recherche d'accorder une attention particulière au moment de l'évaluation de la capacité érectile avant et après l'opération. Selon ces auteurs, les troubles érectiles sont davantage susceptibles d'être présents peu de temps avant et après l'opération, ce qui peut influencer les données recueillies 6 mois avant et/ou après l'opération.

En ce sens, les témoignages recueillis nous donnent peu d'indices sur l'état de la capacité érectile à plus long terme avant l'opération. Par contre, les commentaires de reprise progressive de la capacité érectile sur une période de quelques mois semble corroborer l'opinion de Libman et Fichten (1987).

D'autre part, deux hommes plus âgés ont associé à plus long terme les modifications de leur capacité érectile après l'opération au vieillissement, ce qui correspond à l'opinion de Bolt et al. (1986) au sujet du vieillissement associé au déclin de la sexualité.

Une autre modification de la réponse sexuelle décrite par les hommes a été celle relative à l'éjaculation. L'expérience de l'éjaculation rétrograde a été décrite très spontanément comme l'élément de changement le plus évident par les hommes interviewés.

Plusieurs auteurs ont traité de cette modification de l'éjaculation (Hellström et al., 1986; Kaplan, 1983; Meyhoff, 1985; Orandé, 1973, 1985) pour en décrire l'aspect physiologique. L'évaluation du liquide séminal dans la vessie (éjaculation rétrograde) et la diminution de volume de l'éjaculation antégrade sont les deux modifications décrites par ces auteurs. Seule, l'étude de Zohar et al. (1976) accorde une importance particulière à l'impact psychologique de cette modification. Ces auteurs ont particulièrement souligné l'importance d'une information précise et sans ambiguïté pour prévenir les troubles érectiles chez les hommes prostatectomisés.

En ce qui concerne le témoignage de nos sujets, nous avons pu constater qu'il n'existait pas d'ambiguïté au sujet de cette modification. Cette attitude nous a semblé reliée au fait qu'ils avaient été bien informés de ce changement. Cependant, en ce qui concerne l'orgasme, les hommes nous ont semblé moins bien préparés à faire face au changement.

Ils nous ont dit être particulièrement surpris de l'expérience de leur première relation coïtale, laquelle a été perçue par quelques hommes comme une expérience surprenante, parfois désagréable et même douloureuse. Aucun des écrits que nous avons consultés ne faisait état de cette conséquence de la prostatectomie.

Par contre, bien qu'ils aient observé des changements au niveau de la sensation orgasmique tant au niveau de l'intensité que de la durée, la plupart des hommes rencontrés continuaient à apprécier le plaisir sexuel, ce qui nous semble correspondre aux commentaires recueillis par Hite (1983) auprès de hommes de 50 ans et plus.

Il nous apparaît cependant, comme nous l'avons indiqué plus tôt, que ces modifications de l'éjaculation et de l'orgasme peuvent accentuer l'impression de vieillissement chez certains hommes prostatectomisés. En effet, le vieillissement entraîne une modification de la sensation d'inévitabilité de l'éjaculation ainsi qu'une diminution du volume de liquide séminal (Masters et Johnson, 1968).

Cette impression, nous semble-t-il, peut se traduire à long terme par une baisse de désir et d'intérêt sexuel. Les observations de nos participants à ce sujet confirment que les hommes rencontrés attribuent leur baisse de désir à long terme soit à la fatigue, soit à l'âge ou au vieillissement plutôt qu'à l'opération.

En soi, l'opération ne porte pas atteinte au substrat biologique de la pulsion sexuelle, bien que le vieillissement puisse être relié à une baisse de testostérone (Slob, 1988). Aussi, nous faudrait-il explorer d'autres composantes du désir, comme le souhait et la motivation (Levine, 1988), pour mieux saisir le sens de cet effet à long terme de l'opération.

De plus, l'intérêt pour la sexualité peut se modifier chez les personnes âgées, si cette expérience ne s'avère pas un élément positif (Zwanikken, 1988) et nous croyons que particulièrement chez les hommes qui ont participé à notre recherche il existait encore un intérêt soutenu pour la sexualité ce qui contredit leurs témoignages au sujet de la baisse de désir.

La poursuite d'entrevues auprès d'un plus grand nombre d'hommes pourrait sans doute nous permettre d'éclairer davantage notre opinion à ce sujet.

4. L'ADAPTATION AUX CHANGEMENTS SEXUELS APRES L'OPÉRATION

Cette dernière partie de notre analyse concerne l'ensemble des éléments contribuant à l'adaptation des hommes aux changements sexuels après l'opération. À ce sujet, trois volets seront principalement considérés, soit la

dimension relationnelle, l'attitude des hommes envers la sexualité et l'information sexuelle reliée à l'opération.

Le premier volet concerne les facteurs relationnels. Nous décrirons alors l'importance accordée, par les hommes interviewés, à la communication avec leurs pairs. Par la suite, nous considérerons des données théoriques décrivant, d'une part, l'effet positif du partage de l'expérience et, d'autre part, la difficulté de parler des effets d'une opération sur la sexualité.

Ensuite, nous ferons état d'un second facteur relationnel, soit l'attitude des partenaires. Nous verrons alors que cette attitude facilite l'adaptation aux changements sexuels, ce qui contraste avec l'expérience des femmes hystérectomisées.

Le deuxième volet concerne l'attitude des hommes envers la sexualité. Tout d'abord, nous examinerons le questionnement des hommes sur la normalité de leurs activités sexuelles. Ensuite, nous ferons état de l'importance de certains éléments du contrôle social sur le développement de leur représentation de la sexualité. Nous traiterons alors de l'impact de ce dernier élément sur l'adaptation aux effets du vieillissement sur la sexualité.

Quant au troisième et dernier volet, il rend compte de l'expérience des hommes face à l'information sexuelle. Nous y verrons aussi l'importance accordée tant par les hommes opérés que par les intervenants, ceci à partir de l'étude de Zohar et al. (1976).

4.1 Des facteurs relationnels

Les relations avec les pairs, les échanges avec les proches ou avec la partenaire devraient constituer une donnée importante dans l'expérience des hommes prostatectomisés. Voyons ce qu'il en est dans les faits.

4.1.1 La communication avec les pairs

4.1.1.1 L'expérience des hommes

Les effets de la prostatectomie sur la sexualité masculine suscitent chez les autres hommes une certaine curiosité. Cependant, les hommes prostatectomisés ont constaté qu'il n'est pas nécessairement facile de parler clairement de leur expérience avec leurs pairs. Les commentaires exprimés nous laissent entrevoir une hésitation des hommes non prostatectomisés à aborder la question de l'impact sexuel de l'opération. Il nous semble que pour dédramatiser leurs appréhensions face à des effets négatifs possibles, plusieurs ont recours à l'humour. Les hommes prostatectomisés, pour leur part, s'expriment de façon vague et utilisent des termes généraux.

Malgré ces constatations, l'abondance des commentaires exprimés au sujet des contacts avec les pairs nous porte à penser que les hommes éprouvent le besoin de partager entre eux l'expérience de la prostatectomie et de ses effets sur la sexualité. Cependant, l'absence de documentation à ce sujet nous incite à considérer l'expérience d'hommes ayant vécu un autre type d'opération.

4.1.1.2 Le partage de l'expérience, un effet positif?

Kulik et al. (1987) ont étudié le comportement pré et post-opératoire de 27 hommes subissant un pontage coronarien. Ces hommes avaient partagé avant la chirurgie leur chambre avec un compagnon ayant déjà été opéré. Les résultats de l'étude indiquent que les hommes ayant vécu cette expérience étaient moins anxieux en période pré-opératoire, circulaient davantage après la chirurgie et ont été libérés plus tôt de l'hôpital. La similarité ou la dissimilarité en ce qui concerne le type d'opération n'a eu aucun effet significatif. Il nous apparaît plausible que le fait de partager une expérience commune avec les pairs, sans entrer dans le détail de l'expérience, peut faciliter l'adaptation au changement chez les hommes subissant une opération.

Les hommes que nous avons rencontrés n'ont pas exploré cet aspect de leur expérience au cours des entrevues, sauf pour mentionner qu'ils avaient vu d'autres hommes opérés pour la même opération. Ils étaient aussi prudents

dans leur conversation avec leurs pairs au sujet de tous les changements sexuels qu'ils avaient expérimentés à la suite de l'opération.

4.1.1.3 De la difficulté de parler des effets de l'opération sur la sexualité

Brecher (1983), dans son rapport sur l'amour et la sexualité, affirme que "les gens parlent souvent de leurs opérations, mais parlent rarement des effets subséquents - ou de l'absence d'effets - sur la sexualité"¹⁶.

Cette attitude, selon l'auteur, entretient le mystère et les appréhensions au sujet des changements sexuels appréhendés après une opération. Bien que les hommes rencontrés se soient exprimé avec prudence sur leur sexualité, le partage de leur expérience, comme nous l'avons vu avec Kulik et al. (1987), peut favoriser leur adaptation aux changements.

Nous allons maintenant considérer un autre facteur contribuant favorablement à l'adaptation des hommes aux changements sexuels, soit l'attitude de leur partenaire.

4.1.2 L'attitude compréhensive des partenaires

La moitié des hommes interviewés ont parlé des réactions de leur partenaire. Selon quelques hommes, les femmes paraissent intéressées par l'expérience chirurgicale de leur mari, particulièrement quant à ses effets sur la sexualité. Cependant, nos sujets n'ont pas exprimé d'attentes spécifiques à l'égard de celle-ci, tout en semblant satisfaits de constater l'intérêt de leur partenaire. Il appert que la majorité des hommes n'ont pas discuté de leurs craintes avec leur partenaire. Ils ont apprécié cependant que celle-ci adopte une attitude compréhensive à leur égard.

4.1.2.1 D'une expérience féminine différente

¹⁶ Brecher, E.M., Rapport sur l'amour et la sexualité après cinquante ans, Éd. du Jour, 1984, p. 262.

Il appert que cette attitude de leur partenaire est un facteur facilitant l'adaptation des hommes aux changements sexuels, ce qui vient en contradiction avec l'expérience des femmes ayant subi une hystérectomie (Brouillette, 1985). En effet, l'attitude des partenaires de ces femmes n'était pas vécue comme un facteur facilitant l'adaptation aux changements sexuels, puisque ceux-ci avaient soit de la difficulté à décrire leur expérience par rapport à l'opération de leur femme, soit qu'ils ne réussissaient pas à la convaincre de leurs sentiments (réaction de protection, de fuite ou négation).

En résumé, il appert que l'attitude compréhensive des partenaires, d'une part, et le fait d'aborder le sujet avec des pairs, d'autre part, sont deux facteurs contribuant à l'adaptation des hommes interrogés.

Cependant, comme le constate Brecher (1983), il n'est pas facile de parler des effets d'une opération sur la sexualité. Aussi, n'est-il pas surprenant, pour nous, d'avoir relevé, chez les hommes interviewés, un questionnement sur la normalité de leurs comportements sexuels après l'opération; c'est de ce sujet que nous allons maintenant traiter.

4.2 L'attitude des hommes envers la sexualité

Considérons maintenant le poids social relié aux manifestations et à l'exercice de la sexualité chez les sujets de notre recherche. Mais d'abord, considérons leur questionnement sur la normalité.

4.2.1 Le questionnement des hommes sur la normalité

Quelques hommes ont exprimé clairement leur questionnement par rapport à la normalité de leur activité sexuelle et par rapport aux autres hommes prostatectomisés. Ce questionnement semble refléter une inquiétude normale, compte tenu du peu d'information qui circule ouvertement au sujet de la prostatectomie et de ses effets sur la sexualité.

Il nous importe ici de rapporter les constatations de Brecher (1983) auprès d'un groupe de 302 hommes prostatectomisés.

En dépit des effets négatifs de la chirurgie prostatique, des proportions substantielles d'hommes sont sexuellement actifs (83%), font l'amour au moins une fois par semaine (64%) et font état d'un plaisir sexuel élevé (81%).¹⁷

En résumé, les hommes interviewés semblent peu renseignés au sujet des comportements sexuels «normaux» après l'opération. Cependant, selon Brecher, ceux-ci peuvent s'attendre, pour la plupart, à demeurer actifs sexuellement, à faire l'amour une fois par semaine et à éprouver un plaisir sexuel élevé.

L'absence de réponse objective à cette question a amené les hommes rencontrés à se questionner sur les facteurs qui ont influencé leur attitude dans le domaine de la sexualité au cours de leur vie.

4.2.2 Le contrôle social de la sexualité

4.2.2.1 L'expérience des hommes

Une entrevue non directive a incité les hommes à explorer les facteurs sociaux qui ont influencé leur attitude au sujet de la sexualité. Le silence, l'absence de discussion sur la sexualité dans le couple, les contraintes religieuses, l'absence de liberté sexuelle et le manque de connaissances furent les éléments de contrôle social les plus fréquemment cités par les hommes interviewés. Le plus jeune des sujets fit état, pour sa part, de l'importance de sa réflexion philosophique sur sa compréhension de la sexualité.

Nous avons observé chez tous les hommes interviewés un effort de réflexion au sujet de notre question de départ. Par la suite, la plupart d'entre eux ont fouillé plus avant les facteurs d'influence précédemment mentionnés sur le développement et l'expression de leur sexualité. Ils ont aussi situé la place de la sexualité dans leur vie par opposition à leur travail et à leur rôle de

¹⁷ Brecher, E.M., Rapport sur l'amour et la sexualité après 50 ans, 1983, p. 282-283. [Nous y avons ajouté les pourcentages]

pourvoyeur. Finalement, ils ont, pour la plupart, fait état de l'importance de leur vie de couple comme élément essentiel de leur qualité de vie actuelle.

4.2.2.2 De l'adaptation au vieillissement

Les commentaires de nos sujets relativement au tabou de la sexualité dans leur vie correspondent à certains commentaires recueillis par Brecher (1983). Celui-ci a constaté que les couples qui n'arrivent pas à discuter aisément de la sexualité sont beaucoup plus susceptibles d'être malheureux. Pour leur part, les hommes de notre recherche déplorent le manque de communication au sujet de la sexualité, particulièrement au début de leur vie de couple. La majorité apparaissait satisfaite de sa vie de couple actuellement.

Par ailleurs, Fleming (1988) soulignait les effets d'un manque d'éducation sexuelle ainsi que l'impact des messages négatifs au sujet de la sexualité à tous les âges de la vie, particulièrement chez les personnes âgées. Il a observé une plus grande difficulté d'adaptation aux effets du vieillissement sur la sexualité des personnes n'ayant pas reçu d'éducation sexuelle. La réflexion de nos sujets concorde avec l'opinion de Fleming en ce qui concerne les effets du manque d'information, mais ces effets négatifs apparaissent avoir été ressentis plus tôt au cours de leur vie de couple.

Par contre, leur questionnement sur la normalité de leurs comportements sexuels fait poindre une zone d'insatisfaction sexuelle qui pourrait sans doute être partagée avec leur partenaire, facilitant ainsi l'adaptation aux changements sexuels.

En résumé, nos sujets nous ont dit se questionner sur la normalité de leurs activités sexuelles après l'opération. L'absence de renseignements les amène à considérer l'importance du contrôle social sur leur représentation de leur sexualité. Bien qu'ils nous aient affirmé être satisfaits de leur vie de couple, leur attitude «victorienne», c'est-à-dire leurs craintes d'aborder directement leur questionnement sur la normalité avec leur partenaire ou avec leurs pairs, nous apparaît un élément pouvant nuire à leur relation de couple (Brecher, 1983) et

à leur adaptation aux changements sexuels que ceux-ci soient liés à l'opération ou au vieillissement.

4.3 L'information sexuelle reliée à l'opération

La constatation qui précède nous amène maintenant à traiter de l'importance de l'information sexuelle reliée à l'opération. Mais nous examinerons d'abord l'expérience des hommes en matière d'information sexuelle.

4.3.1 L'expérience des hommes en matière d'information sexuelle

Deux attitudes différentes peuvent être dégagées des commentaires des hommes au sujet de l'information sexuelle reliée à la chirurgie. D'abord, les hommes de 60 ans et plus ont adopté une attitude passive, c'est-à-dire qu'ils ont apprécié le fait que le médecin ou l'infirmier les ait informés. Les plus jeunes, pour leur part, ont exprimé une attitude plus dynamique, recherchant l'information si nécessaire.

Les commentaires de nos sujets font aussi état du peu d'aisance manifesté, tant par les intervenants que par eux-mêmes, relativement à la question des changements sexuels appréhendés après l'opération. Cependant, à ce sujet, deux thèmes plus fréquents sont abordés, soit celui de l'éjaculation rétrograde, d'une part, et celui des relations coïtales, d'autre part. Les autres thèmes soulevés ont été la normalité des activités sexuelles après l'opération, l'importance de l'âge et l'apparition de changements sexuels.

Les informations au sujet de l'éjaculation rétrograde ont été abordées plus largement et précisément par les répondants que celles retenues au sujet des autres thèmes. Il nous est apparu aussi que l'information a produit un effet rassurant pour quelques hommes. Nous citons: "J'avais un bon médecin qui m'a renseigné, qui m'a rassuré. C'est une chose importante" (Sujet E).

Et, finalement, malgré la peur du cancer de la prostate, aucun des hommes n'a abordé l'auto-exploration de la prostate, l'intervention chirurgicale étant vue comme un moyen préventif à cet égard.

4.3.2 L'information sexuelle reliée à la chirurgie, un rôle préventif?

Depuis le début des années 80, plusieurs écrits traitent de la nécessité d'informer les hommes prostatectomisés. Ces écrits se rapportent tant à la préparation chirurgicale, aux conséquences post-opératoires sur la santé, à la fonction urinaire qu'à la sexualité après l'opération (Bunker, 1983; Clark et al., 1984; Demoya, 1980; Okajma, 1982; Shaw, 1981; Watson et al., 1982). D'autres écrits portent aussi sur l'aspect préventif des troubles prostatiques et sur la prise en charge par les hommes de cette prévention (Ferguson, 1983; Mitchell, 1987).

Bunker (1983) souligne que 79% des hommes prostatectomisés âgés de 70 ans et moins désirent discuter des effets de l'opération sur leur vie sexuelle. Son étude avait pour objet de mesurer, d'une part, l'information fournie à un groupe d'hommes opérés pour résection transurétrale de la prostate et, d'autre part, d'identifier les informations que ceux-ci considéraient importantes. L'auteur constate que 80% de ces hommes auraient aimé lire un dépliant informatif avant l'opération. De plus, l'information souhaitée par le plus grand nombre de patients (83%) concernait la durée possible de l'hospitalisation. Le deuxième point le plus important concernait la sexualité.

Zohar et al. (1976), déjà cités précédemment, ont constaté que les hommes prostatectomisés ayant reçu une information rassurante au sujet de l'éjaculation rétrograde avant la chirurgie ne présentaient pas de troubles érectiles après la prostatectomie. Cette étude portant sur un petit nombre de patients (15) n'a pas été reprise depuis. Les auteurs précisait qu'une explication valable, d'une durée de sept minutes, devait porter sur la routine hospitalière, la procédure chirurgicale et la phase de convalescence. Le patient doit aussi recevoir l'assurance qu'il pourra reprendre une vie sexuelle active après la chirurgie. Il doit aussi être particulièrement réassuré au sujet du fait que l'éjaculation sèche est le seul effet attendu sur la réponse sexuelle. Nous avons vu précédemment que l'étude de Bolt et al. (1986) vient contester cette dernière affirmation, ce qui remet en perspective la nécessité de nuancer

l'information sexuelle se rapportant aux effets de la prostatectomie transurétrale sur la capacité érectile.

De leur côté, Libman et Fichten (1987), également cités précédemment, ont aussi soulevé l'importance de la prévention des dysfonctions sexuelles par un programme d'information adéquate. Les auteures constatent cependant la faiblesse méthodologique des recherches effectuées entre 1960 et 1985 sur les effets de la prostatectomie. Elles proposent, entre autres, d'améliorer les critères se rapportant à la définition de la capacité et des troubles érectiles. Selon ces auteures, la plupart des études ne distinguent pas les divers aspects de la réponse sexuelle. Quelques études, tout en référant à la «capacité» sexuelle, font état de la libido, de l'éjaculation, de l'orgasme, de la fréquence des relations sexuelles, de la tumescence pénienne nocturne et de la capacité érectile diurne. Cette difficulté des intervenants à préciser un concept comme celui de la capacité sexuelle ou érectile fait état d'une difficulté qui peut transparaître lorsque le client est informé des suites de la prostatectomie. Une telle attitude peut rendre plus difficile la prévention de troubles érectiles après l'opération.

Et, finalement, un autre aspect de l'information sexo-médicale concerne la prévention des troubles prostatiques et particulièrement du cancer de la prostate. L'auto-exploration mensuelle de la prostate est présentée comme un moyen important de prévention, compte tenu de l'augmentation de l'incidence de cette maladie chez les hommes (Mitchell, 1987).

Sans préciser les raisons pour lesquelles cet auto-examen est ignoré par les hommes, Ferguson (1983) a suggéré d'explorer l'attitude des hommes face à cet examen, lequel, selon lui, ne serait pas plus difficile à exécuter que l'examen vaginal chez les femmes. Mitchell (1987), quant à lui, a décrit plus précisément la procédure de cet auto-examen, tout en mentionnant que sa popularité n'atteindrait probablement pas celle de l'auto-sexamen des seins chez les femmes.

Bien que l'aspect préventif du cancer de la prostate ne concerne pas l'objet de notre étude, nous y accordons une certaine attention, puisque les hommes rencontrés ont exprimé, d'une part, leurs peurs du cancer et, d'autre part, ont présenté l'intervention chirurgicale comme le seul moyen de prévention.

Nous formulons l'hypothèse que l'attitude des hommes face à l'auto-exploration du corps et particulièrement des organes génitaux concerne l'identité masculine et mériterait d'être explorée lors de recherches sexologiques subséquentes; ce qui pourrait, selon nous, élargir le champ d'intervention sexologique à l'aspect préventif et non seulement curatif de la santé sexuelle chez l'homme.

4.4 Vue d'ensemble

Les hommes participant à notre recherche ont fait état de trois éléments importants contribuant à leur adaptation aux changements sexuels après l'opération.

Le premier élément concerne la dimension relationnelle touchant surtout leur expérience prudente de communication avec leurs pairs et l'attitude compréhensive de leur partenaire à leur égard. L'attitude prudente de nos sujets confirme l'existence d'une difficulté à aborder les effets ou l'absence d'effets de l'opération sur la sexualité (Brecher, 1983). Aussi, même si le partage de l'expérience avec les pairs apparaît, selon Kulik et al. (1987), un facteur positif d'adaptation pour une personne devant subir une opération, les hommes participant à notre recherche n'ont pas exploré cette avenue, sauf pour mentionner qu'ils avaient vu d'autres hommes ayant subi la même opération. Quant à l'attitude compréhensive de leur partenaire, elle fut accueillie positivement par les hommes interviewés. Cette attitude contraste avec l'expérience négative des femmes hystérectomisées (Brouillette, 1985) relativement à l'attitude de leur partenaire envers elles.

Le deuxième élément présenté par nos sujets fut celui de leur attitude au sujet de la sexualité. En effet, ils se questionnaient sur la normalité de leurs activités

sexuelles par rapport aux autres hommes ayant subi une prostatectomie. Selon Brecher (1983), à la suite d'une prostatectomie, une proportion substantielle d'hommes peuvent demeurer sexuellement actifs, faire l'amour une fois par semaine et éprouver un plaisir sexuel élevé. En l'absence de cette information, les hommes ont exploré plus avant l'effet de certains aspects du contrôle social sur le développement et l'expression de leur sexualité. Le tabou victorien de la sexualité demeurerait un élément très marquant de leur expérience sexuelle.

De même, bien qu'ils nous aient affirmé être satisfaits de leur vie de couple actuelle, leur questionnement au sujet de la normalité de leur comportement sexuel laisse paraître le besoin de discuter des changements de leur sexualité reliés tant à l'opération qu'au vieillissement. Il est possible qu'ils subissent ici l'influence négative du manque de communication avec la partenaire (Brecher, 1983) et de l'absence d'éducation sexuelle (Fleming, 1988).

Ce dernier point nous amène à considérer le troisième et dernier élément pouvant contribuer à l'adaptation aux changements, soit l'information sexuelle reliée à l'opération. À ce sujet, tous les participants ont fait part du peu d'aisance manifesté tant de leur part que de celle des intervenants, lorsqu'il s'agissait de parler des changements sexuels appréhendés après l'opération.

Malgré ce fait, les informations les plus largement et les plus précisément abordées furent celles de l'éjaculation rétrograde. Les autres thèmes traités très globalement furent la normalité des activités sexuelles après l'opération, les relations coïtales, l'importance de l'âge et l'apparition de changements sexuels après l'opération.

Bien que les hommes âgés aient adopté une attitude plus passive que les hommes jeunes au sujet de l'information sexuelle, la majorité a semblé apprécié l'information sexuelle. Ce qui confirme l'étude de Bunker (1983) révélant que les hommes âgés de 70 ans et moins souhaitent discuter des effets de l'opération sur leur vie sexuelle.

Ce désir des hommes soulève, selon Zohar et al. (1976), la nécessité de la qualité de l'information sexuelle avant l'opération ainsi que l'importance des effets de cette information. Ces auteurs ont particulièrement mis en relief l'importance de la précision et de la réassurance au sujet des changements appréhendés à la réponse sexuelle chez les hommes prostatectomisés.

Dans le même sens, l'étude de Libman et Fichten (1987) fait état de la nécessité de mieux cerner les éléments se rapportant à la capacité érectile afin de prévenir l'apparition de dysfonctions érectiles par un programme d'information sexuelle adéquat.

CONCLUSION

Cette étude avait pour objet d'explorer l'expérience d'un groupe de huit hommes québécois ayant été prostatectomisés. Nous avons pris connaissance de leur expérience au sujet des effets de cette opération sur leur sexualité à l'aide d'entrevues de type non-directif ainsi que d'un questionnaire succinct administré à la fin de l'entrevue. L'analyse de ces données empiriques nous a permis de dégager les caractéristiques de l'expérience de ces hommes avant l'opération ainsi qu'à court et à long terme après cette intervention chirurgicale.

Dans le cadre d'une approche qualitative de la recherche, nous avons tenté de saisir comment ces hommes se représentent leur sexualité lorsqu'ils ont à vivre des modifications de leur réponse sexuelle, suite à l'opération.

Pour ce faire, nous avons analysé leurs commentaires à la lumière principalement des écrits sexo-médicaux traitant des effets de la prostatectomie sur la sexualité. Ces lectures nous permirent surtout de reconnaître l'importance accordée par ces chercheurs à la compréhension des problèmes des dysfonctions érectiles reliées à ce type d'intervention chirurgicale (Bolt et al., 1986; Kaplan, 1974; Libman et Fichten, 1987, Masters et Johnson, 1970; Walsh et Leport, 1987).

Cependant, le témoignage de nos sujets faisant état de peu de craintes reliées à des modifications de leur réponse sexuelle, il nous est apparu nécessaire d'élargir notre compréhension du phénomène étudié en tenant compte à la fois de l'expérience d'hommes et de femmes ayant vécu une intervention chirurgicale similaire touchant ou non leurs organes génitaux.

Et, finalement, compte tenu de la moyenne d'âge de nos sujets, nous avons aussi relevé des écrits sur la sexualité des hommes âgés et vieillissants. Ce dernier aspect de notre revue de littérature nous amène à rendre compte des limites de notre étude.

En tout premier lieu, en l'absence d'ouvrages francophones portant sur notre objet d'étude, nous avons choisi des écrits portant sur des populations d'hommes nord-américains, alors que les hommes participants originent pour la majorité d'une culture canadienne française et judéo-chrétienne; ce qui singularise leur expérience et limite à cet égard les conclusions de notre recherche.

En deuxième lieu, nous convions le lecteur à considérer l'importance de l'identité socio-sexuelle de l'interviewer dans le cadre de cette recherche. En effet, les hommes furent rencontrés par une jeune femme sexologue, ce qui nous apparaît être une limite prépondérante de notre recherche. Nous croyons que les propos avancés par Bergeron et Gaudreau (1985) au sujet de l'importance de l'identité sexuelle en intervention sexologique s'applique tant à la recherche qu'à l'intervention clinique. En ce sens, tant l'interviewé que l'interviewer, en recherche qualitative, peut être influencé par des impératifs culturels reliés à leur conception de la sexualité féminine et de la sexualité masculine.

D'autre part, selon notre brève expérience de chercheure, le contexte de disponibilité et d'ouverture créé par l'utilisation de l'entrevue non-directive et par l'analyse par comparaison constante permettent de reconsidérer cette conception; ce qui nous apparaît être un résultat non négligeable de ce processus de recherche.

Le lecteur pourra témoigner de son opinion à ce sujet après la lecture des conclusions suivantes au sujet des changements reliés à la sexualité suite à une prostatectomie.

Les éléments essentiels qui se dégagent de notre analyse de données empiriques font état avant l'opération de craintes peu prononcées de quelques hommes au sujet des effets de l'opération sur leur sexualité. Ils ont dit, pour la plupart, accepter les conséquences possibles de l'opération sur leur sexualité,

compte tenu de leur âge, de leur attitude face au vieillissement et aussi du fait qu'ils ne souhaitent plus avoir d'enfants.

Quant aux changements observés après l'opération, ils touchaient à court terme des modifications transitoires de la capacité érectile, pour la majorité des sujets. Chacun d'eux a aussi témoigné d'une transformation permanente de la physiologie de l'éjaculation accompagnée, pour certains, d'une altération transitoire de la sensation subjective de l'orgasme, particulièrement ressenti au moment de la première relation coïtale après l'opération. Des modifications au sujet de l'intensité et de la durée de la sensation orgasmique ont été observées aussi à plus long terme par la plupart des hommes. Et, finalement, la plupart des hommes ont fait état d'une baisse de désir à long terme qu'ils n'attribuaient pas cependant à l'opération.

L'adaptation aux modifications de la réponse sexuelle a été soumise aux difficultés des hommes à parler des effets ou de l'absence d'effets de l'opération sur leur sexualité. Bien qu'ils aient apprécié l'intérêt de leur partenaire à ce sujet, ils n'ont pas discuté avec elle des changements apparus après l'opération. Ils ont éprouvé la même difficulté avec leurs pairs, ce qui nous amène à constater qu'ils subissent l'influence négative de l'absence d'éducation sexuelle ainsi que l'effet négatif à long terme du tabou de la sexualité.

Lorsque nous considérons les données théoriques, nous constatons qu'il existe une relation entre les réactions peu anxieuses des hommes avant l'opération et l'information sexuelle reçue, ce qui correspond à l'étude de Zohar et al. (1976). En effet, les hommes participant à notre recherche apparaissaient bien informés quant aux effets de l'opération sur leur éjaculation et ils ont d'ailleurs commenté largement leur expérience à ce sujet faisant état de connaissances assez précises sur la physiologie de l'éjaculation rétrograde.

Aussi, les craintes des hommes, même si elles étaient peu prononcées, concernaient principalement le maintien de leur capacité érectile et de leur capacité d'avoir des relations sexuelles après l'opération. Les informations sur

ce sujet étaient plutôt générales et, malgré cela, les hommes n'ont pas éprouvé de réactions émotives importantes avant l'opération, sauf en ce qui a trait à la peur du cancer. Contrairement aux femmes hystérectomisées (Brouillette, 1985), qui, elles, se sont dites touchées dans leur identité sexuelle et ont exprimé de fortes réactions d'anxiété, allant jusqu'à retarder leur opération, les hommes de notre recherche ont plutôt accepté spontanément l'intervention chirurgicale percevant celle-ci à la fois comme un traitement des malaises ressentis, qu'ils soient d'ordre sexuel ou autre, et comme un moyen de prévention face à une détérioration de leur état de santé.

Cette réaction moins anxieuse des hommes par rapport à celle des femmes correspond aux résultats de recherche de Sokol et al. (1987), ce qui ne signifie pas nécessairement que les hommes n'éprouvent aucune anxiété. À cet effet, notre analyse des données théoriques démontre que certains hommes sont davantage susceptibles de présenter une réaction anxieuse soit au cours d'examens de leurs organes génitaux (Scott et al., 1984) ou après une prostatectomie (Zohar et al., 1976).

Un autre aspect intéressant des résultats concerne cette fois-ci l'acceptation presque inconditionnelle des effets de l'opération sur leur sexualité, compte tenu de l'âge et du vieillissement. Selon notre perspective, en vieillissant, ces hommes s'attendaient à des changements d'ordre sexuel sans trop préciser lesquels, sauf celui concernant la capacité d'avoir des relations sexuelles. L'opération semble venir confirmer, pour eux, l'installation de ces changements et signé par le fait même le vieillissement.

Cette appréhension de changements sexuels liée à l'âge et au vieillissement apparaît conforme aux données de Bolt et al. (1986), de Brecher (1983) et de Libman et Fichten (1987). Selon eux, les hommes peuvent s'attendre à des changements progressifs de décennie en décennie, particulièrement à partir de l'âge de 50 ans, ceci tant au niveau de la capacité érectile que de la fréquence des activités sexuelles.

Cependant, cette attitude des hommes rencontrés peut aussi être le reflet de préjugés tenaces concernant les changements sexuels reliés au vieillissement (Weg, 1983) et peut aussi confirmer une difficulté à discriminer entre ce qui appartient au processus de vieillissement normal et au phénomène physiopathologique (Masters et Johnson, 1966).

Le fait que trois de nos sujets n'aient constaté aucun changement au niveau de la fréquence des relations sexuelles avant et après l'opération et qu'un autre plus jeune ait constaté une amélioration de la fréquence des relations sexuelles tend plutôt à confirmer que l'attitude des hommes consistant à associer l'opération au vieillissement et à une diminution de leur capacité d'avoir des relations sexuelles relève de préjugés tenaces.

Pour ce qui est de la perte de la capacité de procréer, nos résultats indiquent que l'attitude positive des hommes à cet égard est reliée, d'une part, au fait d'avoir déjà eu des enfants et, d'autre part, de ne plus éprouver le désir d'en avoir. Les préoccupations reliées à la stérilité après l'opération concernent, selon la littérature, d'autres populations cibles, soit les hommes et les femmes jeunes et sans enfant (Brouillette, 1985; Shover, 1987).

Tel que mentionné précédemment, les hommes rencontrés ont subi des changements au niveau de leur réponse sexuelle après l'opération. D'abord, la reprise progressive de la capacité érectile après l'opération s'est effectuée pour la plupart sur une période de 2 à 5 mois, ce qui confirme les données de Libman et Fichten (1987) et celles de Bolt et al. (1986) au sujet du maintien de la capacité érectile après une prostatectomie transurétrale chez une majorité d'hommes.

Elle confirme aussi l'hypothèse de Libman et Fichten (1987) au sujet de l'existence de troubles érectiles à court terme (6 mois) après l'opération. De plus, les modifications de la capacité érectile avant l'opération, qu'elles soient reliées au vieillissement ou aux troubles prostatiques, sont présentées par les

participants comme un élément atténuant l'impact des changements sexuels prévus ou observés après l'opération.

Ces dernières données nous semblent contredire l'opinion de Bolt et al. (1986) au sujet de l'impact négatif après l'opération d'une capacité érectile affaiblie avant l'opération. Elles soulèvent, comme le suggèrent Libman et Fichten (1987), aussi l'importance de l'évaluation de la capacité érectile avant l'opération plutôt que rétrospectivement, ainsi que la nécessité de préciser les critères se rapportant à la définition de la «capacité» et des «troubles» érectiles.

Finalement, deux hommes âgés de plus de 70 ans ont associé les modifications de leur capacité érectile à plus long terme au vieillissement plutôt qu'à l'opération; ce qui correspond aux données de Bolt et al. (1986) ainsi qu'à celles de Libman et Fichten (1987) au sujet d'une diminution progressive de la capacité érectile à partir de 60 ans.

Pour terminer notre analyse des modifications de la capacité érectile, nous attirons l'attention du lecteur sur le fait, d'une part, que les hommes n'ont pas discuté avec leur partenaire ou leurs pairs des modifications de leur capacité érectile après l'opération et, d'autre part, que certains définissaient très largement leur capacité érectile, y associant, outre l'érection, la libido, la puissance sexuelle et la performance sexuelle.

Cette difficulté, d'une part, à aborder les troubles érectiles et, d'autre part, à les définir dans le cadre de la réponse sexuelle tend à corroborer l'étude de Cytron et al. (1987) indiquant qu'il est possible à ce sujet que le témoignage de la partenaire ne corresponde pas exactement aux dires de l'homme prostatectomisé après l'opération.

Suivant par ordre d'importance les modifications de la capacité érectile, les changements le plus largement et précisément décrit par les hommes fut celui de l'éjaculation rétrograde. Nos données, en ce sens, confirment les écrits de plusieurs auteurs (Hellström et al., 1986; Kaplan, 1983; Meyhoff, 1983; Orandi, 1973, 1985) sur l'existence à long terme de l'éjaculation rétrograde

suite à divers types de prostatectomies. Ce mode éjaculatoire entraîne soit l'absence d'éjaculation antégrade ou la diminution du volume de sperme.

Condisérant, pour la plupart, cette modification de la réponse sexuelle comme un changement mineur, les hommes rencontrés ont cependant décrit les modifications au sujet de l'orgasme en y accordant une attention particulière. Ainsi, les résultats de notre analyse font état de réactions plus ou moins satisfaisantes de la part des hommes à ce sujet.

D'abord, certains font état de leur surprise et de la différence de sensation, parfois désagréable et même douloureuse, au moment de leur première relation coïtale. Ils nous ont semblé, pour certains, être très peu préparés à vivre ce changement. D'ailleurs, la littérature sexo-médicale est silencieuse à ce sujet.

Cette modification transitoire fut suivie pour la plupart de changements à plus long terme tant au niveau de la durée que de l'intensité de la sensation orgasmique. Certains commentaires faisaient état d'une insatisfaction reliée à la diminution de volume du liquide séminal. Ces commentaires correspondent à ceux recueillis par Brecher (1983). De même, nous postulons que certains hommes peuvent interpréter cette diminution de volume et la sensation moins satisfaisante qui l'accompagne comme un signe de vieillissement, puisque, nous l'avons vu, Masters et Johnson (1968) ont associé au vieillissement la perte de sensation d'inévitabilité ainsi que la diminution de volume du sperme.

Finalement, le désir sexuel apparaît modifié à long terme pour la plupart de nos sujets et ils ont relié cette baisse non pas à l'opération mais, là aussi, à l'âge, au vieillissement ainsi qu'à la fatigue. Bien qu'il soit possible, selon Slob (1988), que le vieillissement entraîne une diminution de testostérone et, par conséquent, une baisse de désir, ce facteur, selon cet auteur, n'en serait qu'un parmi d'autres contribuant au déclin des activités sexuelles chez l'homme âgé. Les hommes de notre recherche n'avaient aucunement perdu leur intérêt face à la sexualité, ils avaient tous une partenaire de longue date et semblaient relativement satisfaits de leur réponse sexuelle. Aussi, nous est-il difficile

d'expliquer leur témoignage au sujet de la baisse de désir. Certaines composantes du désir sexuel (Levine, 1988) mériteraient d'être davantage explorées chez l'homme âgé.

Ainsi, les résultats de notre recherche confirment l'existence de changements sexuels reliés à l'opération. Ces changements sont aussi souvent associés au processus de vieillissement par les hommes âgés. Leur adaptation à cette situation est reliée, selon leurs commentaires, à leur attitude prudente et évasive, lorsqu'ils abordent le sujet avec leurs pairs. Cette attitude réservée nous semble correspondre à la difficulté de parler de l'effet ou de l'absence d'effet d'une opération sur la sexualité (Brecher, 1983).

Par contre, l'attitude compréhensive de leur partenaire est appréciée par les hommes, ce qui contraste avec l'expérience négative des femmes hystérectomisées quant à l'attitude de leur partenaire envers elles (Brouillette, 1985).

De même, les hommes ont de la difficulté à parler des effets de l'opération sur leur sexualité. Ils souhaiteraient savoir si leur comportement sexuel est semblable à celui d'autres hommes ayant subi la même opération. Selon Brecher (1983), à la suite d'une prostatectomie, une proportion substantielle d'hommes peuvent demeurer sexuellement actifs, faire l'amour une fois par semaine et éprouver un plaisir sexuel élevé.

Cependant, l'influence de certains éléments de contrôle social, tels les consignes religieuses, le silence autour de la sexualité ainsi que l'absence d'éducation sexuelle, semble avoir eu un impact, particulier sur le développement et l'expression de la sexualité de nos sujets. Aussi, la difficulté qu'ils éprouvent à aborder leur adaptation aux changements sexuels liés soit au vieillissement ou à l'opération rend compte de l'importance et du besoin d'une information sexuelle adaptée à leur situation. Ce que confirme d'ailleurs l'étude de Bunker (1983) révélant que les hommes âgés de 70 ans et moins souhaitent discuter des effets de l'opération sur leur vie sexuelle.

En terminant, il nous semble important de suggérer certains éléments pouvant sous-tendre une intervention clinique adaptée aux changements sexuels appréhendés suite à l'opération.

Tout d'abord, l'implication de la partenaire nous apparaît un élément pouvant favoriser l'adaptation aux changements et nous croyons qu'il serait nécessaire d'impliquer celle-ci en intervention sexologique avant et après l'opération.

De même, un partage avec d'autres hommes déjà prostatectomisés pourrait répondre au questionnement sur la normalité des comportements sexuels après l'opération.

Aussi, nous croyons qu'une intervention sexologique serait appropriée si elle avait pour objectif de permettre aux hommes prostatectomisés de s'approprier de nouvelles attitudes envers la sexualité dans le but de favoriser l'adaptation aux modifications de la réponse sexuelle, liées tant à l'opération qu'au vieillissement.

Et, finalement, une intervention clinique auprès d'hommes plus jeunes pourrait se préoccuper de développer une attitude d'autonomie face à l'exploration des organes génitaux incluant l'auto-exploration de la prostate.

Pour conclure, il nous importe de rappeler que le désir sexuel chez l'homme âgé demeure une phase de la réponse sexuelle peu connue méritant sans nul doute une exploration plus approfondie.

BIBLIOGRAPHIE

ALARIE, P., CAMPBELL, M., RAVART, M., The assessment of psychological determinants of erectile dysfunctions, 8th World Congress for Sexology, Heidelberg, June 1987, p. 86.

BACHELOR, A., JOSHI, P., La méthode phénoménologique de recherche en psychologie, Québec: P.U. Laval, 1986.

BARLOW, D.H., "Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference", Journal of consulting and clinical psychology, vol. 54, no. 2, 1986, p. 140-148.

BERGERON, A., GAUDREAU, L., Identité sexuelle et intervention en sexualité humaine, Cahiers de sexologie clinique, vol. 11, no. 67, 1985.

BOLT, J.W., EVANS, C., MARSHALL, V.R., "Sexual dysfunction after prostatectomy", British journal of urology, vol. 58, 1986, p. 319-322.

BRECHER, E.M., Rapport sur l'amour et la sexualité après 50 ans, Montréal: Éd. Le jour, 1983.

BROUILLETTE, D., Impact de l'hystérectomie sur le vécu sexuel, Rapport d'activités, Département de sexologie, UQAM, 1985, 237 pages., 847 pages

BUNKER, T.D., An information leaflet for surgical patients, Ann. R. Coll. Surg. Engl., 65(4), July 1983, p. 242-243.eto U

BUSH, R.W., "Slected psychological effects of vasectomy", Dissertatation abstracts international, vol. 35, no. 11B, 1974.

BUTLER, P.M., ABRAMSON, P.R. "The science of sex research: Some methodological considerations", Archives of sexual behavior, vol. ??, no. ??, 19??.

CANNELL, C.F., KALTH, R.L., "L'interview comme méthode de collecte", dans Les méthodes de recherches dans les sciences sociales, P.U.F., 19??.

CHARTHAM, R., "Ante- and post-prostatectomy supportive therapy", Practice of medicine, vol. 226, nov. 1982, p. 1965-1967.

CLARK, N., O'CONNELL, P., "Prostatectomy, a guide answering your patient's unspoken questions", Nursing, vol. 14, No. 4, avril 1984, p. 48-51.

CONTE, H.R., "Multivariate assessment of sexual dysfunction", Journal of consulting and clinical psychology, vol. 54, no. 2, 1986, p. 149-157.

COURNOYER, M., "une ouverture particulière sur le réel: approche qualitative et santé", Cahiers de recherche sociologique, vol. 5, no. 2, aut. 1987.

CYTRON, S. et al., "Changes in the sexual behavior of couples after prostatectomy, a prospective study", Eur. Urol., vol. 13, 1987, p. 35-38.

DESLAURIERS, J.P., L'analyse en recherche qualitative, Cahiers de recherche sexologique, vol. 5, no. 2, aut. 1987, Département de sociologie, UQAM.

FERGUSON, T., Prostate problems: The big three, Medical self-care, no. 20, Spring 1983, p. 16-20.

FERRESTER, D.A., "Myths of masculinity, impact upon men's health", Nursing clinics of North America, vol. 21, no. 1, mars 1986, p. 15-20.

FINKLE, A.L., WILLIAMS, R.D. "Sexual potency before and after radical prostatectomy", The western journal of medicine, vol. 143, oct. 1985, p. 474-475.

GLASER, B.G., STRAUSS, A.L., The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research, Chicago: Aldine, 1967.

GOODWIN, L.D., GOODWIN, W.L., "Qualitative vs quantitative research or qualitative and quantitative research?", *Nursing research*, vol. 33, no. 6, nov./déc. 1984, p. 378-380.L

GRATTON, H., *La sexologie et le phénomène sexuel*, in *Sexologie contemporaine*, P.U.Q., 1982.P

HELLHAMMER, D.H. et al., "Male infertility: Relationship among gonadotropins, sex steroids, seminal parameters, and personality attitudes", *Psychosomatic medicine*, vol. 47, no. 1, janv./fév. 1985, p. 58-65.

HELLSTRÖM, P., LUKKARINEN, P., KONTTURE, M., "Bladder neck incision or transurethral electroresection for the treatment of urinary obstruction caused by a small benign prostate?", *Scand. J. Urol. Nephrol*, vol. 20, 1986, p. 187-192.

HERBERT, F., REISS, H., NORTHUP, J.D., "Physical basis of emission, ejaculation and orgasm in the male", *Urology*, vol. XIX, no. 4, avril 1982, p. 341-350.

HITE, S., *Le rapport Hite sur les hommes*, Paris: Édition Robert Laffont, 1983.ec

JAMESON, M.R., "Impotence and prostatectomy", *Practice of medicine*, vol. 226, nov. 1982, p. 1969.

JAMESON, R.M., "Impotence and prostatectomy", *Practice of medicine*, vol. 226, no. 1982, p. 1969.

JETER, K.F., "Sex and the cystectomized male: A lack of communication, a need for education", *Sexuality and disability*, vol. 15, no. 2, été 1982, p. 82-97.

JONAS, P., LINDNER, A., OHRV, A., "Post prostatectomy impotence in elderly patients", *Gériatries*, vol. 38, no. 9, septembre 1983, p. 113-117.

KAPLAN, H.S., *The new sex therapy*, 6^e édition, Bruner Mazel, 1974., p. 31-41

KARPENKO, V.S. et al., "Prostatic sclerosis and copulative function", *Urologia i nefrologiia* (Mosk), vol. 5, 1981, p. 44-49.

KRANE, R.J., SIROKY, M.B., "Neurophysiology of erection", *Urologic clinics of North America*, vol. 8, no. 1, fév. 1981.

KULIK, J.A., MAHLER, H.I., Effects preoperative roommate assignment on preoperative anxiety and recovery from coronary-bypass surgery, *Health psychology*, vol. 6, no. 6, 1987, p. 525-543.

LAPIERRE, A., "Les méthodologies qualitatives: de la théorie à la pratique", *Cahiers de recherche sociologique*, vol. 5, no. 2, aut. 1987.

LAPIERRE, A., "Pour une construction empirique de la théorie: la nouvelle école de Chicago", *Sociologie et sociétés*, vol. XIV, avril 1982.

LEGRAS, D., "Quelques contributions à la méthodologie de l'entretien non directif d'enquête", *Bulletin du C.E.R.P.*, vol. XX, no. 2, p. 181-141.

LEIBLUM, S.R., ROSEN, R.C., *Sexual desire disorders*, N.Y.: The Guilford Press, 1988, 470 pages.

LEVINE, S.B., *Intrapsychic and individual aspects of sexual desire*, in *Sexual desire disorders*, Guilford Press, 1988.

LIBMAN, E., FICHTEN, C.S., *Prostatectomy and sexual function*, *Urology*, vol. XXIX, no. 5, 1987, p. 467-478.

MADORSKY, M.L., ASHAMALLA, M.G., SCHUSSLER, I., LYONS, H.R., MILLER, G.H., "Prostatectomy impotence", *The journal of urology*, vol. 115, avril 1975, p. 401-403.

MANSEAU, H., *Les abus sexuels d'enfants au Québec: analyse de leur définition en tant que problème social à partir d'un modèle de processus définitionnel élargi*, Thèse de doctorat, École de criminologie, Université de Montréal, 1986.

MASTERS, W.H., JOHNSON, V.E., Les mésententes sexuelles et leur traitement, Marabout, 1971.

MASTERS, W.H., JOHNSON, V.E., Les réactions sexuelles, Paris: Éd. Robert Laffont, 1968.

MEYHOFF, H.H., NORDLING, J., "long term results of transurethral and transvesical prostatectomy", Scand. J. Urol. Nephrol., vol. 20, 1986, p. 27-33.

MEYHOFF, H.H., NORDLING, J., HALD, T., "Clinical evaluation of transurethral versus transvesical prostatectomy", Scand. J. Urol. Nephrol, vol. 18, 1984, p. 201-209.

MITCHELL, A.M., Why and how to examine your own prostate, 8th World COngress for sexology, Heidelberg, June 1987, p. 29-31.er

ORANDI, A., "Transurethral incision of prostate (TVIP): 646 cases in 15 years - A chronological appraisal", British journal of urology, vol. 57, 1985, p. 703-707.

PIRES, A.P., "Deux thèses erronées sur les lettres et les chiffres", Cahiers de recherche sociologique, vol. 5, no. 2, aut. 1987.

SCHAIN, W.S., "Role of the sex tharapist in the care of the cancer patient", Front. Radiat. Thes. Onc., vol. 15, 1981, p. 168-183.

SCOTT, D.W., OBERST, M.T., BOOKBINDER, M.I., Stress-coping response to genitourinary carcinoma in men, Nursing research, vol. 33, no. 6, 1984, p. 325-329.

SHOVER, L.R., Sexuality and fertility in urologic cancer patients, Cancer U.S., vol. 1, no. 60, 1987, p. 553-558.

SIKKEL-BUFFINGA, A.J., "Coïtus afeter operation for prostatic hypertrophy", Ned. T. Geneesk, vol. 124, no. 9, 1980, p. 302-304.

SLOB, A.K., Endocrine aspects of sexuality in the elderly, 8th World Congress of sexology, Heidelberg, June 1987, p. 72.

SOKOL, R.S., FOLKS, D.G., HERRICK, R.W., FREEMAN, A.M., Psychiatric outcome in men and women after coronary bypass surgery, Psychosomatics, vol. 28, no. 1, 1987, p. 11-16.

WALSK, P.C., LEPOR, H., "The role of radical prostatectomy in the management of prostatic cancer", Cancer, vol. 60, 1987, p. 526-537.

WEG, R.B., Sexuality in the later years, roles and behavior, Academic Press, 1983, 299

WILLIAMS, D. et al., "Masculinity - femininity and the desire for sexual intercourse after vasectomy: A longitudinal study", Social psychology quaterly, vol. 43, no. 3, 1980, p. 347-352.

ZOHAR, J. et al., "Factors influencing sexual activity after prostatectomy: A prospective study", The journal of urology, vol. 216, sept. 1976, p. 332-334.

ZWANIKKEN, W., Age related changes in subjective importance of sexuality. Paradise lost or a good riddance?, 8th World Congress of sexology, Heidelberg, June 1987, p. 74. EN10381, 429 pages

APPENDICE A

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES ET QUESTIONNAIRE

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Afin de recueillir des informations complémentaires au sujet de l'expérience des hommes, nous leur avons demandé de répondre à un questionnaire écrit.

Nous avons ainsi, pour six de nos sujets, vérifié la fréquence des relations sexuelles avant et après l'opération (voir le Tableau 3). Pour trois de nos sujets, aucun changement n'est observé, tandis que nous constatons une baisse de fréquence importante pour trois autres hommes. Un seul, le sujet D, présente une augmentation de la fréquence après l'opération.

Aussi, au sujet des types d'activités sexuelles après l'opération, deux hommes (sujets A et D) utilisent tant la masturbation que les contacts hétérosexuels, tandis que trois autres hommes (sujets C, E et H) ont uniquement des contacts hétérosexuels. Finalement, le sujet B pratique uniquement la masturbation. Nous avons aussi vérifié la consigne reçue par nos sujets au sujet des relations sexuelles après l'opération.

Les réponses à ce sujet sont diversifiées. En effet, deux sujets, A et C, n'avaient reçu aucune consigne en ce sens, tandis que trois autres (sujets D, E et H) avaient reçu une consigne d'interdiction d'une durée de quatre à six semaines. Finalement, le sujet B avait reçu une consigne d'interdiction très large, soit l'interdiction de relation après la sortie de l'hôpital sans limite au niveau de la durée.

Pour terminer, nous avons voulu aussi recueillir des précisions quant aux sensations éprouvées par les hommes lors des relations sexuelles. Cinq des six sujets ont alors commenté ainsi leurs sensations générales. Leurs

commentaires touchaient les caractéristiques de l'excitation sexuelle et de l'orgasme. Un des sujets aborda aussi les réactions de sa partenaire.

Un peu douloureux après l'opération mais tout est revenu dans l'ordre un mois plus tard. (Sujet A)

Au réveil, c'est pas pareil, pas de capacité, ça nous le dit pas. Le pénis n'est plus aussi rigide. (Sujet B)

Il ne faut pas attendre trop longtemps pour la pénétration, l'érection dure moins longtemps. (Sujet C)

Retour aux activités normales, satisfaction. (Sujet D)

Ça vaut la peine de le faire pareil. Après un certain âge, si tu jouis avant, il faut prendre des moyens pour que la partenaire jouisse. C'est important de la faire jouir. (Sujet E)

Et, pour terminer, ces cinq hommes ont aussi décrit leurs sensations au moment de l'orgasme. Ils ont alors commenté la durée et l'intensité de l'orgasme. Un seul sujet a fait état du relâchement global du corps.

Aussi bonne, des fois meilleure acuité, intensité (douleur, plaisir). (Sujet A)

La sensation de l'orgasme n'est plus comme avant; il y a une petite chaleur, ça finit à rien. Avant, c'était plus fort, plus plaisant. C'est pas bon. (Sujet B)

Le plaisir dure moins longtemps, l'érection tombe tout de suite. (Sujet E)

Aucun changement. (Sujet D)

Avant le gonflement du pénis était plus normal. Depuis l'opération, ça force plus la circulation du sang. On ne sent rien au moment de

l'éjaculation, ça ne va pas en dehors. Pas trop désappointant. Le relâchement du corps est pareil comme avant. (Sujet E)

En résumé, cinq hommes nous ont fourni une information plus détaillée au sujet de leur sensation générale et de leur sensation orgasmique au cours des relations sexuelles. La plupart avait déjà abordé le sujet au cours de l'entrevue. Le sixième sujet nous y a d'ailleurs référée, constatant qu'il y aurait répétition.

TABLEAU 3 : Fréquence des relations sexuelles avant et après l'opération

Sujet	Avant	Après
A	1 fois par mois	1 fois par mois
B	2-3 fois par semaine	0
C	2 fois par semaine	2 fois par mois
D	1 fois par mois	1 fois par semaine
E	1 fois par semaine	1 fois par semaine
H	2 fois par mois	2 fois par mois

TABLEAU 4 : Interdiction de relations sexuelles après l'opération et durée

	SUJET	DURÉE
Interdiction	B	Après la sortie de l'hôpital
	D, E	6 semaines
	H	4 semaines
Absence de consigne	A, C	

CONSIGNES

C'est avec plaisir que je me suis entretenue avec vous au sujet de votre sexualité suite à une opération de la prostate.

Cependant, il m'apparaît important de recueillir des informations complémentaires et en ce sens, je vous saurais gré de bien vouloir répondre brièvement à ce questionnaire.

Je me porte garante de conserver l'anonymat de ce questionnaire et d'en assurer la confidentialité au cours de ma recherche.

Merci de votre précieuse collaboration.

Francine Fiset

QUESTIONNAIRE

1. Votre chirurgien vous a-t-il proscrit les relations sexuelles après votre opération?

OUI , NON ,

Si oui, précisez la durée: _____

2. Les modifications de votre réponse sexuelle suite à l'opération:

a) Fréquence de la réponse sexuelle: _____

b) Type de réponse sexuelle

Masturbation ,

Contact hétérosexuel ,

Contact homosexuel ,

Autres ,

c) Sensations générales:

d) Sensations au moment de l'orgasme:

3. Quelle était la fréquence de vos rapports avec votre conjoint avant l'opération?

APPENDICE B

FICHE SIGNALÉTIQUE

Âge au moment de l'entrevue: _____

Âge au moment de l'opération: _____

Statut civil: _____

Enfants: _____

Occupation: _____

Type d'opération: _____

Indications: _____

Lssg[L=====

APPENDICE C

LEXIQUE

Prostatectomie : Ablation totale ou partielle de la prostate.

Prostatectomie radicale : Ablation de la prostate et des vésicules séminales par voie périnéale ou rétropubienne¹⁸.

Prostatectomie rétro-pubienne pré vésicale : Ablation de la prostate par une incision abdominale basse. On rejoint la prostate entre la symphyse pubienne et la vessie (la vessie n'est pas ouverte).

Prostatectomie transvésicale sus-pubienne : Ablation de la prostate par une incision abdominale. La prostate est enlevée par une ouverture pratiquée dans la vessie.

Prostatectomie transurétrale : Ablation du tissu prostatique à l'aide d'un résectoscope introduit dans l'urètre, jusqu'à la prostate, que l'on visualise directement.

Sources de références:

Walsh, P.C. et Lepor, H., The role of radical prostatectomy in the management of prostatic cancer, *Cancer*, 60: 526-537, 1987.

Libman, E. et Fichten, C.S., Prostatectomy and sexual function, *Urology*, May 1987, vol. XXIX, no. 5, 467-478.

¹⁸ L'auteur réfère le lecteur à l'article de Walsh et Lepor (1987) pour la discussion des avantages et inconvénients de ces deux voies d'approche chirurgicale.