

Claude Crépault

Sexologue, professeur au département de sexologie, UQÀM

(1985)

# “La sexualité aujourd’hui”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,  
Professeur sociologie au Cégep de Chicoutimi  
Courriel: [jean-marie\\_tremblay@uqac.ca](mailto:jean-marie_tremblay@uqac.ca)

Dans le cadre de "Les classiques des sciences sociales"

Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une bibliothèque fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay, sociologue

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque  
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de soins infirmiers retraitée de l'enseignement au Cégep de Chicoutimi

Courriel: [jean-marie\\_tremblay@uqac.ca](mailto:jean-marie_tremblay@uqac.ca)

à partir du texte de :

Claude Crépault, "**La sexualité aujourd'hui**". Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, **Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie.** Chapitre 36, pp. 733-742. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, 1985, 1245 pp.

M. Claude Crépault est sexologue, professeur au département de sexologie, UQÀM.

[Autorisation formelle de l'auteur accordée le 9 novembre 2005.]



Courriel : [claude.crepault@videotron.ca](mailto:claude.crepault@videotron.ca)

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 16 mai 2006 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



## Claude Crépault

Sexologue, professeur au département de sexologie, UQÀM

### “La sexualité aujourd’hui”



Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, **Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie**. Chapitre 36, pp. 733-742. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, 1985, 1245 pp.

# Table des matières

[Introduction](#)

[Sexualité et médecine](#)

[Les dysfonctions sexuelles](#)

[La santé sexuelle](#)

[Bibliographie](#)

Claude CRÉPAULT,

“La sexualité aujourd'hui”.

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*. Chapitre 36, pp. 733-742. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, 1985, 1245 pp.

## Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Éros n'est pas un dieu comme les autres. Il fascine et fait peur ; tantôt il est le symbole de la vie, tantôt il est le messager de la mort. Il exprime à la fois la force et la faiblesse, la fusion et la défusion, l'amour et la haine. Ses lois sont celles de la déraison. Il échappe à la logique du réel. Il se métamorphose et se dérobe au fur et à mesure qu'on essaie de le comprendre. Le chercheur qui tente de le saisir d'une façon rationnelle doit s'attendre aux pires déceptions ; lui-même sous son emprise, il le déforme et le trahit ; lorsqu'il le découvre à travers les autres, il risque de ne trouver que l'accessoire. Éros est dans chacun de nous et, en même temps, il n'est nulle part.

Éros est immortel. On peut le mépriser mais non le tuer. Lorsqu'on s'acharne à le détruire, il resurgit plus puissant que jamais. C'est ce qui s'est passé dans les sociétés occidentales. Après avoir été presque enseveli à l'époque victorienne, il a ensuite envahi graduellement le champ social et s'est posé en tant que maître. Les attitudes face à la

sexualité et aux rôles sexuels se sont alors profondément transformées. De nouvelles normalités sexuelles se sont développées.

Aujourd'hui, le plaisir orgastique est considéré par plusieurs comme le but ultime de la sexualité. Tant pour la femme que pour l'homme, l'orgasme est devenu le gage d'une sexualité épanouie. On suppose même que l'orgasme est une sorte d'antidote contre la névrose. Reich (1952) a sans doute été l'un des principaux promoteurs de cette idéologie. Dans sa théorie, l'orgasme apparaît comme la condition *sine qua non* de la santé psychique.

L'orgasme est censé avoir un effet libérateur dans la mesure où il s'accompagne d'une décharge tensionnelle. En fait, il s'agit là d'une conception «hydraulique» de la sexualité. On présume que l'excitation sexuelle, si elle n'est pas libérée dans la décharge orgastique, brise l'équilibre psychosomatique. Dans cette problématique, l'excitation sexuelle n'a pas de sens positif en soi : elle ne se justifie que par sa disparition dans l'orgasme. La décharge orgastique est considérée comme un besoin primaire au même titre que boire et manger; on en déduit alors que l'excitation érotique, tout comme la soif et la faim, ne peut se suffire à elle-même. Conception pour le moins limitative de la sexualité humaine. Au fond, on est en présence d'une nouvelle forme de contrôle social. D'un côté, on surexcite l'individu en mettant à sa disposition une quantité importante de stimuli érotiques (revues, films, etc.) ; d'un autre côté, on l'incite à libérer le plus rapidement possible son excitation. Éros devient alors une sorte de dépotoir pulsionnel au service du système social.

L'anormale, c'est donc maintenant la personne anorgastique. À vrai dire, on a toujours reconnu à l'homme le droit à l'orgasme et plus spécialement à l'éjaculation ; de par sa fonction conceptive, celle-ci était vue comme une nécessité de l'espèce. Il en a été autrement pour l'orgasme féminin. À l'époque victorienne, la femme qui se permettait un plaisir orgastique était perçue comme une déviante. Aujourd'hui, c'est exactement le contraire. À la nécessité de ne pas avoir d'orgasme s'est substituée l'obligation d'en avoir. On est passé d'une aliénation à l'autre.

Le culte de l'orgasme, ou ce qu'on pourrait appeler l'« orgas-molâtrie », reflète jusqu'à un certain point l'incapacité de l'homme et de la femme modernes de supporter des tensions. L'accent est mis sur la décharge de la tension au fur et à mesure qu'elle se crée. Au plan sexuel, cela traduit une inaptitude à se laisser envahir par l'excitation érotique. On peut supposer que ce mode de fonctionnement rejoint surtout des besoins masculins, qu'il légitime entre autres la soi-disant puissance phallique.

Il n'est pas prouvé que l'incapacité orgasmique soit habituellement un symptôme névrotique. Il n'est pas prouvé non plus que la satisfaction sexuelle soit assurée par l'orgasme. Certaines personnes ont des orgasmes régulièrement et pourtant elles se disent insatisfaites de leur vie sexuelle. Cette croyance à l'orgasme tout-puissant risque d'ailleurs d'être éphémère. En fin de compte, il est possible que l'orgasme obligatoire devienne éventuellement un critère d'incompétence sexuelle.

La nouvelle normalité sexuelle se repère aussi dans la déculpabilisation du désir. Le fait de ne pas avoir de désirs érotiques ou d'exercer une auto-censure est perçu comme une sorte d'infirmité. Le désir n'a plus le choix d'être non-désir : il doit sans cesse être renouvelé. Et lorsqu'il ne peut être satisfait dans le réel, il l'est à travers l'activité masturbatoire déculpabilisée. Ce qu'on oublie dans tout cela, c'est qu'une sexualité sans interdits est probablement condamnée à un affaiblissement progressif : en la banalisant, on risque de la contaminer. L'érotisme se nourrit en partie de la transgression et du péché. Paradoxalement, une morale puritaine est peut-être le meilleur stimulant de l'érotisme. Si tant de personnes recherchent avidement et parfois désespérément des sensations érotiques de plus en plus fortes, c'est peut-être parce qu'elles ont perdu l'attrait du défendu et du péché. La sexualité est aussi activée par le secret. Une éducation sexuelle formelle et objective risque-t-elle d'appauvrir la sexualité en lui faisant perdre ses secrets ? Certains en sont convaincus. Pour notre part, nous pensons qu'une telle forme d'éducation sexuelle aurait paradoxalement pour effet de vivifier la valeur du secret, de lui donner un plus grand attrait. Peut-être qu'un jour la « paradoxologie » confirmera cette hypothèse ?

## Sexualité et médecine

[Retour à la table des matières](#)

Jusqu'à tout récemment, la médecine s'est intéressée surtout à la fonction reproductive et aux aspects pathologiques de la sexualité. D'une part, on s'est préoccupé de chercher des méthodes pour faciliter ou empêcher la reproduction. De ce point de vue, des progrès considérables ont été réalisés depuis une vingtaine d'années. D'autre part, on a établi des classifications assez exhaustives des troubles de la fonction et de la conduite érotiques en insistant surtout sur les causes d'ordre organique.

En fin de compte, le médecin a surtout appris à voir la sexualité à travers le prisme de l'anormalité. De plus, de par sa formation, il se sent nettement plus à l'aise avec la douleur qu'avec le plaisir. Il pourra même voir l'absence de souffrance comme un signe de plaisir. Très rares sont les médecins qui s'informent de la «santé» sexuelle de leurs patients. Par pudeur ou par crainte d'être accusés d'une certaine forme de voyeurisme, plusieurs se font tout simplement complices des inhibitions de leurs patients. Cette situation risque de durer tant que les médecins n'auront pas reçu une formation adéquate en sexologie.

Les découvertes de la médecine en matière de contraception ont indéniablement affecté la vie sexuelle de plusieurs personnes. L'effet premier a été d'éliminer les craintes de grossesses non désirées. Ainsi rassurées, plusieurs personnes ont été en mesure de vivre plus intensément leur vie sexuelle et d'en retirer une plus grande satisfaction. Pour la première fois dans l'histoire, la femme pouvait contrôler efficacement sa fonction reproductive. Libérée de la crainte d'une grossesse non désirée, elle pouvait dès lors se concentrer davantage sur la fonction hédonique de la sexualité. En ce sens, on peut dire que les méthodes contraceptives ont contribué grandement à l'émancipation de la sexualité féminine. Mais il y a aussi les inconvénients. Par exemple, les contraceptifs oraux, qui sont semble-t-il les plus populai-



res, peuvent avoir des effets somatiques secondaires. Ils brisent en plus le cycle hormonal naturel de la femme. On ne connaît pas encore très bien les répercussions à long terme. Toutefois, les recherches les plus récentes sur la question ne nous permettent pas d'être pessimistes.

Cette médicalisation du corps de la femme suscite une vive controverse. Fait étonnant, ce sont souvent des hommes qui dénoncent l'imposture médicale et qui se font les plus ardents défenseurs du retour au «naturel». Il est possible qu'il ne s'agisse là que d'un faux prétexte visant au fond à la réappropriation de la femme par l'homme. La femme volontairement « contraceptisée » fait peur aux hommes qui sont peu sûrs sexuellement, qui doutent de leur puissance sexuelle et surtout de leur capacité de satisfaire leur partenaire. Renversement des rôles: la crainte qu'avait la femme d'une grossesse non désirée est remplacée aujourd'hui par la crainte de l'homme d'être sexuellement incompetent. Évidemment, il se trouve encore des femmes qui vivent la sexualité comme quelque chose de désagréable. Ces femmes peuvent s'opposer à la contraception dans la mesure où cela signifie une augmentation de la fréquence de leurs activités sexuelles conjugales. Elles préfèrent plutôt imposer leurs propres périodes d'abstinence.

On a prétendu que l'accès aux méthodes contraceptives avait entraîné un relâchement des moeurs sexuelles et une plus grande promiscuité sexuelle chez les jeunes. Cela n'a toutefois jamais été clairement démontré. Certaines recherches récentes indiquent qu'environ la moitié des filles célibataires âgées de 18 ans ou moins sont vierges (Crépault et Gemme, 1975). Souvent, les filles ont leurs premières relations sexuelles complètes sans prendre de méthodes contraceptives. D'où le nombre encore important de grossesses non désirées et d'avortements chez les jeunes. Dans l'esprit de plusieurs personnes, des hommes en particulier, la fille qui prend la «pilule» est une fille facile. Elle est « dématernalisée » et assimilée à la putain. Ce préjugé reflète bien l'ambivalence de l'homme face à l'émancipation sexuelle de la femme. Plusieurs hommes confondent leurs propres désirs sexuels avec ceux des femmes et, parce qu'ils ont des fantasmes de promiscuité sexuelle, ils supposent qu'il en est de même pour la femme « contraceptisée ». En réalité, même lorsqu'elle prend la « pilule », la femme demeure en général plus sélective que l'homme dans

le choix de ses partenaires sexuels réels ou imaginaires. Autre désillusion masculine.

## Les dysfonctions sexuelles

[Retour à la table des matières](#)

Chez l'humain, la sexualité est largement tributaire des centres corticaux supérieurs et fait appel à un réseau complexe d'émotions. La rencontre sexuelle devient l'expression corporelle de deux subjectivités, de deux consciences fantasmatiques. Moins assujettie à des déterminismes instinctifs, la sexualité humaine est plus vulnérable que la sexualité animale. Elle peut être perturbée par toute une série de facteurs intrapsychiques. Nul ne peut être complètement épargné. Une personne qui prétendrait n'avoir jamais eu de difficultés sexuelles, d'avoir toujours été pleinement satisfaite, serait probablement dupe d'elle-même.

Il n'est pas dans notre intention de traiter ici de l'ensemble des dysfonctions sexuelles masculines et féminines. Nous nous contenterons de quelques considérations somme toute assez générales relatives à trois des « sexes » les plus courantes, à savoir la déficience du désir sexuel, l'éjaculation précoce et l'anorgasmie coïtale féminine.

La déficience du désir sexuel est probablement l'une des sexes les plus fréquentes chez la femme. Jusqu'à tout récemment, cette dysfonction a été négligée par les sexothérapeutes d'orientation behavioriste. Dans leur livre désormais célèbre portant sur le traitement des dysfonctions sexuelles, Masters et Johnson (1970) ne font aucune référence aux troubles du désir. On voit mal d'ailleurs comment cette dysfonction aurait pu être incorporée dans leur modèle thérapeutique de type mécaniste. Cette lacune a été en partie corrigée par Helen Kaplan (1979) qui a en quelque sorte réhabilité les désordres du désir en sexologie clinique en proposant pour leur traitement un modèle à la fois psychodynamique et behaviorale. Il semble que l'inhibition totale du désir sexuel est plus rare chez les hommes. Ce phénomène peut

être attribuable à des facteurs d'ordre biologique et culturel. D'une part, on peut dire que la constitution biologique de l'homme se prête mieux que celle de la femme à l'émergence de désirs sexuels ; par exemple, le système génital de l'homme favorise davantage des excitations spontanées (l'érection étant plus facilement conscientisée que la tumescence clitoridienne ou la lubrification vaginale) et des décharges orgasmiques réflexes comme dans les pollutions nocturnes survenant en particulier à l'adolescence. D'autre part, l'homme apprend tout au long de son processus de socialisation à développer et à valoriser ses pulsions sexuelles. L'homme en arrive alors plus facilement à se convaincre qu'il est tout à fait naturel pour lui d'avoir des désirs sexuels et de les exprimer. Chez l'homme, la crainte de l'échec est souvent à l'origine d'un manque de désir sexuel. Plutôt que de subir un échec sexuel qui porterait gravement atteinte à son identité sexuelle, l'homme peut préférer anesthésier toute forme de désir sexuel.

De plus en plus nombreux sont les hommes qui consultent pour manque de désir sexuel. Il est possible que ce phénomène soit dû en partie à l'émancipation sexuelle de la femme. L'homme incapable de répondre aux attentes de sa partenaire et se percevant comme sexuellement incompetent peut développer un état d'apathie sexuelle. Mais il se peut aussi que les hommes acceptent aujourd'hui plus facilement de faire état de leur vulnérabilité. Traditionnellement, avouer ne pas avoir de désir avait chez l'homme un effet dévirilisant. Parce que l'homme était censé être l'élément actif, l'initiateur, le conquérant, il devait feindre la toute-puissance ; il devait faire semblant de connaître tout sur les choses du sexe. Derrière ce leurre se cachait souvent une profonde insécurité et une vie fantasmagique qui venait contredire la réalité. L'assouplissement des rôles sexuels a délivré partiellement l'homme du simulacre et de l'inauthenticité.

L'éjaculation précoce est aussi le drame de plusieurs hommes. Dans les traités modernes de sexologie, l'éjaculateur précoce est celui qui est incapable de contrôler volontairement le moment de son éjaculation. À vrai dire, cela n'a pas toujours été considéré comme une dysfonction. Il n'y a pas si longtemps encore, l'éjaculation rapide était au contraire un critère de compétence sexuelle, du moins dans les sociétés occidentales. D'ailleurs, au début des années cinquante, 75% des Américains déclaraient parvenir à l'éjaculation dans un délai de deux

minutes ou moins après le début du coït (Kinsey et al., 1948). La reconnaissance sociale du droit de la femme au plaisir sexuel a entraîné une modification des critères de compétence sexuelle masculine. L'homme compétent devient celui qui est capable de contrôler suffisamment longtemps le moment de son éjaculation afin de satisfaire sa partenaire. Paradoxalement, cette perte de contrôle que l'on reproche à l'éjaculateur précoce est justement l'un des éléments que la femme essaie désespérément d'atteindre vis-à-vis de son propre orgasme. Cela montre bien la relativité des normes sexuelles humaines et l'influence prépondérante du conditionnement social. La nature propose, la culture dispose.

Les données de recherches concernant l'incidence de l'anorgasmie coïtale féminine sont loin d'être unanimes. Selon certaines études, moins de 10% des femmes ne parviennent jamais à l'orgasme lors du coït et environ 60% obtiennent l'orgasme presque à chaque coït (Hunt, 1974, Tavis et Sadd, 1975). Par contre, d'autres études montrent que seulement une minorité de femmes (environ 30%) ont l'orgasme lors du coït (Hite, 1976). Ces variations sont principalement attribuables au type d'échantillonnage. Même si le rapport Hite a été largement diffusé, c'est probablement celui qui présente le plus de lacunes méthodologiques; en fait, il porte sur une population d'environ 3 000 femmes et, compte tenu du mode de recrutement des sujets, aucune inférence à une population plus vaste n'est possible. En dépit de cela, Hite n'hésite aucunement à appliquer ses résultats à la femme en général. Elle utilise aussi ses résultats de recherches au profit de sa propre idéologie sexuelle. Le raisonnement est simple: comme la majorité des femmes n'obtiennent pas l'orgasme lors du coït, cela veut dire que le coït n'est un lieu de plaisir que pour l'homme et sert à maintenir l'exploitation de la femme par l'homme. Son livre devient une sorte de plaidoyer contre le coït et en faveur des activités extracoïtales et de la masturbation. Évidemment, Hite n'est pas la seule à avoir fait passer l'idéologie avant la connaissance scientifique. Des chercheurs de sexe masculin en ont fait de même pour défendre la thèse contraire.

On connaît encore très mal la physiologie de l'orgasme coïtal chez la femme. Ce type d'orgasme est habituellement codifié par la femme comme plus diffus et plus envahissant que l'orgasme résultant d'une stimulation extracoïtale (Crépault, 1980). Dans certains cas, l'anor-

gasmie coïtale féminine peut être tout simplement attribuable à l'éjaculation trop rapide du partenaire. Dans d'autres cas, probablement plus nombreux, elle peut être due à un manque d'investissement émotionnel de la relation coïtale, à une crainte d'être envahie et possédée par l'homme. Elle peut être le reflet d'une mauvaise intégration de la féminité ou d'une méfiance envers l'homme.

Depuis une quinzaine d'années, de nouvelles techniques sexothérapeutiques ont été mises au point. Certaines, en particulier celles de Masters et Johnson, se sont avérées efficaces relativement à certains troubles fonctionnels. Plusieurs psychothérapeutes se sont inscrits en faux contre de telles techniques thérapeutiques, critiquant surtout leur caractère mécaniste. Selon eux, les dysfonctions sexuelles ne sont que des symptômes d'un conflit intrapsychique plus profond; s'attarder au symptôme, c'est passer à côté du problème fondamental. Notons que la psychanalyse, pourtant fondée sur la sexualité, a paradoxalement accordé très peu d'importance au traitement spécifique des troubles sexuels.

Nous sommes d'accord pour dire qu'une dysfonction sexuelle peut n'être que symptomatique et constituer un mode défensif et qu'en tentant de l'éliminer par une approche behaviorale, on risque alors de créer une perturbation dans l'économie psychique de la personne. Mais souvent, la dysfonction sexuelle n'est due qu'à des inhibitions superficielles, par exemple à une pudeur relationnelle, et n'est pas le reflet d'un désordre psycho-affectif profond. La sexothérapie de type behaviorale peut être alors d'un précieux secours. Le problème, c'est que celle-ci n'est pas toujours appliquée par des personnes compétentes. Sans formation sexologique préalable, certains psychologues, médecins, travailleurs sociaux ou autres se définissent du jour au lendemain « sexothérapeutes ». C'est comme si la sexologie était pour eux une science infuse ou qu'il suffisait de consulter quelques livres pour être spécialiste dans le domaine. Comme toute nouvelle discipline, la sexologie a ses imposteurs.

On a reproché aux sexothérapeutes d'orientation behaviorale de réduire la sexualité à une stricte fonction physiologique et d'ignorer ses dimensions intrapsychiques. Il s'agit toutefois d'une critique facile. On a du mal à reconnaître que l'on puisse traiter efficacement et à court

terme certaines dysfonctions sexuelles sans tenir compte des significations psychodynamiques. Au fond, on n'accepte pas que l'humain puisse être « décomplexifié ». Cela est vécu comme un rabaissement de l'humain et une insulte à sa « dignité ».

Nous reconnaissons que la sexothérapie behaviorale peut être très utile pour certaines dysfonctions sexuelles. Mais elle a aussi des limites qui sont hélas! trop souvent sous-estimées par les personnes qui les appliquent. Le recouvrement de la capacité orgasmique est habituellement le critère de succès. Mais on ne tient pas compte de la qualité orgasmique ni du degré de satisfaction. On se donne l'illusion que la personne a une vie sexuelle « épanouie » dans la mesure où elle peut parvenir à l'orgasme. On en arrive même à nier certaines réalités. Par exemple, l'approche sexothérapeutique behaviorale est très peu efficace pour l'anorgasmie coïtale féminine. Devant l'insuccès, on dénie tout simplement l'importance de cette dysfonction et on suppose que l'orgasme extracoïtal est un équivalent tout à fait adéquat de l'orgasme coïtal. Ce faisant, on maintient la sexualité de la femme dans un rôle de deuxième ordre.

## La santé sexuelle

[Retour à la table des matières](#)

Bien naïf celui qui prétendrait pouvoir définir avec exactitude et d'une manière objective la santé sexuelle. En matière de sexualité, les frontières entre le sain et le pathologique sont si proches qu'il est facile de les confondre. Seuls les profanes et les pseudo-sexologues ont des idées « claires » et catégoriques à ce sujet ; la plupart du temps, ils ne se rendent même pas compte du caractère normatif de leur conception.

Le critère de la fonctionnalité physiologique coïtale est peut-être celui qui est le plus fréquemment utilisé pour définir la santé sexuelle. On suppose que les personnes qui ne peuvent parvenir à l'orgasme lors de la relation coïtale ont une sexualité « malade ». La psychanalyse

parlera par exemple d'une non-intégration des pulsions partielles, d'une fixation pré-génitale.

Mais ce critère est somme toute très limitatif. Plusieurs personnes, des hommes en particulier, pourtant capables d'une telle fonctionnalité coïtale, se déclarent très peu satisfaites de leur vie sexuelle. Partant de là, on peut être tenté de recourir à la notion subjective de satisfaction pour déterminer la santé sexuelle. Cela voudrait dire que plus une personne est satisfaite de sa vie sexuelle, meilleure est sa santé sexuelle. Il s'agit là d'une conception pour le moins simpliste. La satisfaction est une illusion qui peut même, à la limite, constituer un mécanisme de défense pour contrer une situation anxigène. Par exemple, la personne qui est incapable de s'abandonner complètement dans le vécu de la rencontre sexuelle par crainte de perdre le contrôle d'elle-même peut se donner l'illusion d'être complètement satisfaite: ce faisant, elle dénie sa vulnérabilité. Que penser également d'une personne qui détermine sa satisfaction à partir de celle de son ou sa partenaire ? Dans ce cas, l'introjection du plaisir de l'autre apparaît comme une mesure compensatoire. À la limite, la satisfaction peut devenir une forme de résignation et empêcher l'émergence d'un mieux-être.

La capacité d'avoir des conduites sexuelles polyvalentes est parfois utilisée comme un indice de santé sexuelle. On présume alors que la personne sexuellement polymorphe est en meilleure santé que celle dont les conduites sexuelles sont stéréotypées. On en arrive même à la conclusion que la bisexualité est supérieure à l'homosexualité ou à l'hétérosexualité exclusive. Une telle conception est toutefois purement théorique et ne tient pas compte du contexte socio-culturel. De plus, elle fait abstraction du besoin qu'a l'humain de se sécuriser à travers la spécificité. Par exemple, rares sont les personnes qui peuvent supporter une ambivalence au niveau de leur identité sexuelle.

Une sexualité purifiée du conflit serait-elle davantage un signe de santé ? Nous avons l'impression qu'une telle sexualité deviendrait vite asthénique. La vie érotique se nourrit de sentiments antagonistes, par exemple de l'amour et de la haine. Cela est susceptible d'être une source d'anxiété dans la mesure où l'individu refuse de se poser comme un être paradoxal. En fin de compte, la personne la plus authentique, ce n'est peut-être pas celle qui tente désespérément d'élimi-

ner ses contradictions, mais plutôt celle qui les accepte et parvient à s'en moquer.

Postuler l'existence d'une perfection érotique, c'est aussi une manière d'aliéner l'érotisme, de l'emprisonner dans un modèle préétabli. En ce sens, la perfection rend l'érotisme imparfait. Et à ceux qui visent cette soi-disant perfection, cette santé suprême, nous sommes tentés de dire qu'en matière d'érotisme l'imperfection est peut-être la plus grande perfection.

## Bibliographie

[Retour à la table des matières](#)

CRÉPAULT, C., «L'expérience orgastique», *Contraception, fertilité, sexualité* (France), 8, 2, 1980, pp. 165-170.

CRÉPAULT, C., *L'imaginaire érotique et ses secrets*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 1981.

CRÉPAULT, C., GEMME, R., *La sexualité prémaritale*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 1975.

HITE, S., *The Hite Report : A Nationwide Study on Female Sexuality*, New York, Macmillan, 1976.

HUNT, M., *Sexual Behavior in the 1970's*, Chicago, Playboy Press, 1974.

KAPLAN, H., *Disorders of Sexual Desire*, New York, Brunner and Mazel, 1979.

KINSEY, A.C., POMEROY, W.B., MARTIN, C.E., *Sexual Behavior in the Human Male*, Philadelphia, Saunders, 1948.



MASTERS, W.H., JOHNSON, V. E., *Human Sexual Inadequacy*, Boston, Little and Brown, 1940.

REICH, W., *La fonction de l'orgasme*, Paris, L'Arche, 1952.

TAVRIS, C., SADD, S., *La sexualité de la femme mariée*, Paris, Seghers, 1979.

Fin du texte