

**Claude Crépault, Ph.D.**  
**Professeur honoraire, Université du Québec à Montréal**  
**Président de l'Institut International de Sexoanalyse**  
**Courriel : sexoanalyse @videotron.ca**

**Extraits du livre : *Les fantasmes, l'érotisme et la sexualité.***  
**Odile Jacob, Paris, 2007.**

## **Critères de santé sexuelle**

- 1) La capacité de désirer, d'imaginer et de jouir
- 2) La capacité d'érotiser une personne adulte consentante
- 3) L'intégration des érotismes fusionnel et antifusionnel
- 4) L'harmonisation de l'imaginaire et de la réalité
- 5) La capacité d'autorégulariser sa vie érotique
- 6) La prédominance de la fonction complétive sur la fonction défensive de la sexualité

### ***1) La capacité de désirer, d'imaginer et de jouir***

L'animal ne désire pas : il est mu par une force instinctuelle qui le pousse, lors de périodes bien définies, à l'accouplement. Chez l'humain, l'instinct sexuel n'est plus opérant. La sexualité humaine est essentiellement tributaire des pulsions biologiques indéterminées quant à leur but et des désirs qui se forment dans le psychisme. Éros est avant tout un être de désir; sans désir, la vie érotique est privée de sa nourriture première. Mais ce qui semble aussi propre à l'humain, c'est la possibilité de transformer en libido des expériences et des affects qui ne sont pas en soi de nature sexuelle. L'anxiété, la tristesse, la colère qui se convertissent en excitation en sont des

exemples. Même si le désir n'est pas absolument nécessaire à l'excitation, sa présence est un bon indice de santé sexuelle.

Une autre particularité de l'humain est sa capacité à préciser ses désirs sous forme d'images mentales. Un individu en santé sexuelle possède cette capacité d'imaginer, de se remémorer ou de refaçonner des expériences antérieures, et d'inventer des scénarios qui seront une source d'excitation. L'imaginaire est le plus fidèle serviteur d'Éros ; il reste présent même quand le corps ne répond plus adéquatement. On n'a qu'à penser aux personnes âgées qui ont perdu leur fonctionnalité génitale, mais qui gardent un contact avec Éros, et donc avec la vie, grâce à leur imaginaire.

Le plaisir orgastique n'est pas propre à l'humain. Chez les mammifères et surtout chez les primates, l'éjaculation des mâles lors de la copulation peut être accompagnée d'un spasme convulsif et de sons tout à fait particuliers qui pourraient suggérer une réponse orgastique. L'orgasme chez certaines femelles primates est aussi un phénomène connu. Mais l'homme et la femme ont incontestablement cette aptitude à la jouissance orgastique. Si l'homme a généralement plus de facilité à atteindre l'orgasme, la femme, par contre, possède la capacité d'obtenir plusieurs orgasmes consécutifs sans période réfractaire. Un individu en santé sexuelle devrait donc être en mesure d'accéder à la jouissance orgastique.

## ***2) La capacité d'érotiser une personne adulte consentante***

L'adulte en santé sexuelle doit aussi être capable d'érotiser une personne adulte consentante. Cela ne veut pas dire pour autant que toutes les activités entre adultes consentants sont une garantie de santé sexuelle. Prenons comme exemple le sadomasochisme entre personnes consentantes. S'il est pratiqué occasionnellement dans une forme non extrême, il peut contribuer à enrichir la vie érotique. En revanche, s'il est indispensable à l'excitation et à la jouissance, il devient alors l'équivalent du fétichisme. D'ailleurs, les adeptes du sadomasochisme ont tendance à devenir de plus en plus extrémistes dans leurs pratiques sexuelles ; c'est comme si la souffrance devait être intensifiée continuellement afin de défier encore mieux la mort. Cette confusion entre Éros et Thanatos n'est pas un indice de santé.

Comme vous l'aurez remarqué, je n'ai pas précisé le sexe des personnes adultes consentantes, et donc de l'orientation sexuelle.

L'homosexualité exclusive m'apparaît tout à fait en accord avec la santé sexuelle. J'aurais toutefois quelques réserves concernant la bisexualité masculine. Les bisexuels ont en général une sexualité plus conflictualisée; il n'est pas rare de trouver chez eux de nettes discordances entre leurs rêves, leurs fantasmes et leurs conduites réelles. Autrement dit, il y aurait plus d'ambivalence chez les hommes bisexuels, et cela serait difficilement compatible avec la santé sexuelle. La bisexualité féminine présente des variantes importantes. Cependant, elle semble habituellement moins conflictuelle que la bisexualité masculine. Cela s'expliquerait en bonne partie par la plus grande solidité de l'identité féminine.

### *3) L'intégration des érotismes fusionnel et antifusionnel*

L'érotisme fusionnel renvoie à cette conjonction de l'amour et du charnel, à cette possibilité qu'a l'humain de transformer en excitation génitale un attachement affectif, un sentiment d'amour et de tendresse. Mais Éros peut très bien s'accommoder d'une union strictement charnelle sans aucun lien affectif. C'est ce que j'appelle l'érotisme antifusionnel.

En 1991, j'ai publié dans une revue médicale européenne un article s'intitulant « La non-intégration des érotismes fusionnel et antifusionnel : un désordre sexuel négligé ». Mes travaux de recherches sur l'imaginaire avaient mis en évidence le rôle prépondérant de l'antifusionnalité dans l'excitation érotique. Cela s'appliquait surtout aux hommes; beaucoup d'entre eux – en fait la plupart de ceux que j'ai interviewés — avaient principalement des fantasmes antifusionnels et leur excitation s'éteignait ou disparaissait quand ils tentaient d'introduire des éléments d'ordre affectif dans leurs scénarios fantasmatiques. En d'autres mots, pour avoir une valeur érogène, le fantasme devait être dépouillé de toute composante sentimentale et affective. Plus les personnages fantasmés étaient chosifiés, plus ils étaient excitants. Les traités de sexologie clinique faisaient rarement état de cette problématique. Pourtant, de plus en plus d'hommes et de femmes consultaient en sexologie clinique en raison de leur inaptitude à désirer un être aimé ou investi sur le plan affectif : l'être aimé n'était pas désiré et l'être désiré n'était pas aimé. Un tel clivage me semblait un signe d'immaturité sexuelle. Aujourd'hui, je me contenterais de dire qu'une sexualité ainsi

clivée est un indice d'une santé sexuelle défaillante. Une personne en santé sexuelle devrait être capable de réconcilier les courants fusionnel et antifusionnel de l'érotisme. Encore faut-il nuancer cette affirmation. Idéalement, l'excitation érotique devrait-elle toujours être nourrie simultanément par ces deux courants? La polyvalence me semble mieux rejoindre la complexité de l'humain. Dans certaines situations, l'érotisation fusionnelle pourra être prédominante; à d'autres occasions, seul le lien antifusionnel pourra être une source d'excitation. Mais l'individu pourra aussi, à d'autres moments, être excité par une personne qui sera à la fois une chose sexuelle et un être aimé.

Plus je réfléchis sur la notion de santé sexuelle, plus il m'apparaît difficile de dissocier la vie érotique de la vie amoureuse proprement dite. Bien entendu, le désir érotique est souvent plus à l'aise dans une relation dépourvue de tout lien affectif. Mais l'humain n'a-t-il pas cette faculté de se dépasser, de concilier l'amour et la haine? Dans cette perspective, l'aptitude à l'érotisation fusionnelle reposerait en bonne partie sur la capacité d'éprouver un sentiment amoureux<sup>1</sup>.

#### ***4) L'harmonisation de l'imaginaire et de la réalité***

Nul n'ignore que l'imaginaire offre plus de possibilités que la réalité. Celui ou celle qui a un imaginaire le moins fertile a peu de chances de réaliser tous ses fantasmes érotiques. Une des fonctions de l'imaginaire n'est-elle pas de compenser les insuffisances du réel! Certains individus cherchent à rapprocher leurs fantasmes de la réalité, à les rendre vraisemblables. Imaginer quelque chose qui ne peut se réaliser est, pour certains, une source de frustration; ils préfèrent verrouiller leur imaginaire plutôt que d'évoquer l'irréalisable. D'autres individus, au contraire, vont s'assurer que leurs fantasmes soient irréalisables afin d'alléger leur sentiment de culpabilité.

Laisser errer son imaginaire érotique sans rien censurer n'a rien en soi de problématique à la condition que cela ne soit pas une fuite névrotique de

---

<sup>1</sup> La plupart des individus ont vécu dans leur vie au moins une passion amoureuse. Certains ont été blessés profondément et ne parviennent pas à éprouver un nouveau sentiment amoureux. Soit dit en passant, ce qui est le plus douloureux dans la rupture amoureuse, ce n'est pas tant la perte de l'objet d'amour que l'hémorragie narcissique qui en découle : l'abandonné a alors le sentiment de ne plus être aimable, de ne plus pouvoir s'aimer.

la réalité. Bloquer systématiquement tout fantasme à caractère érotique m'apparaît plus symptomatique. Que penser des individus qui, sans pour autant exercer une autocensure consciente, n'ont à peu près pas de fantasmes érotiques ? Est-ce l'indice d'une vie érotique défaillante ? Freud disait que « les gens heureux n'ont pas de fantasmes ». Les individus qui sont pleinement satisfaits dans leur vie sexuelle réelle ont-ils besoin de recourir à l'imaginaire ? Sans doute moins que les autres. Mais s'ils sont si satisfaits du réel, c'est peut-être parce qu'ils peuvent précisément anticiper leur réel par le biais de leur imaginaire.

Là où la santé est moins évidente, c'est lorsqu'il existe une nette discordance entre l'imaginaire et la réalité, lorsque les fantasmes viennent en contradiction avec les conduites réelles.

Une réalité sans imaginaire ne vaut guère mieux qu'un imaginaire sans réalité. Même si l'écart entre l'imaginaire et le réel est inéluctable, l'individu en santé sexuelle est capable d'harmoniser les deux réseaux en évitant toutefois dans ses conduites manifestes d'enfreindre les lois, de causer du tort à autrui et de mettre en péril son équilibre psychique.

### *5) La capacité d'autorégulariser sa vie érotique*

La sexualité s'éloigne de la santé quand elle prend un caractère obsessionnel ou compulsif, quand elle devient addictive. La fréquence des désirs et des conduites sexuelles n'est pas un indice fiable de santé sexuelle. La personne qui a quotidiennement des activités sexuelles n'est pas nécessairement en meilleure ou en moins bonne santé sexuelle que celle qui a des activités sexuelles hebdomadaires ou mensuelles. Bien qu'elle ne soit pas facile à mesurer, la qualité des pratiques sexuelles est probablement un meilleur indicateur de santé sexuelle.

Peut-on dire que moins une sexualité est addictive, plus est se rapproche de la santé ? Je suis enclin à penser qu'un individu est en meilleure santé s'il parvient à autorégulariser sa vie érotique. Cette autorégulation implique, entre autres, une capacité de laisser s'intensifier ses désirs sans ressentir la nécessité d'un passage à l'acte. Même si elle peut être dramatique par moments, la sexualité est avant tout un jeu, une activité ludique. L'individu qui a une sexualité addictive ne s'amuse pas vraiment : il est prisonnier de ses désirs et de ses agirs sexuels. Une sexualité

autorégularisée permet non seulement une plus grande liberté de mouvance dans son espace érotique, mais elle donne à l'individu la possibilité de trouver une plus grande satisfaction.

### ***6) La prédominance de la fonction complétive sur la fonction défensive de la sexualité***

La sexualité n'a pas qu'une fonction hédonique. Elle est aussi un lieu privilégié pour combler des besoins psychoaffectifs fondamentaux. À travers l'échange sexuel, la personne peut aimer, être aimée, se fusionner à l'autre, se sentir vivante, se rassurer dans sa féminité ou sa masculinité. C'est ce que j'appelle la fonction complétive de la sexualité. En plus, la sexualité se prête bien à un usage défensif. L'état d'excitation et la jouissance effacent momentanément les misères de la vie et les conflits intérieurs. Et comme je l'ai illustré amplement dans les précédents chapitres, les préférences érotiques sont souvent des rejetons du système défensif. La sexualité peut-elle être totalement purifiée et déconflictualisée? Existe-t-il des individus qui n'utilisent jamais la sexualité à des fins défensives? J'en doute. Même s'il n'est pas toujours facile de différencier la fonction complétive de la fonction défensive, je pense que la prépondérance de la première sur la seconde est un indice de santé sexuelle. En d'autres termes, la personne qui emploie la sexualité principalement pour satisfaire des besoins psycho-affectifs est en meilleure santé que celle dont la sexualité a surtout un caractère défensif.