

## Santé mentale, rôles sexuels et valeurs sociales Mental Health, Sex Roles, and Social Values

Mireille STEINBERG

Volume 17, Number 1, avril 1985

Santé mentale et processus sociaux

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/001774ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/001774ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (print)

1492-1375 (digital)

[Explore this journal](#)

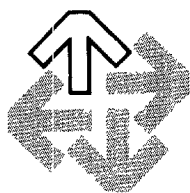
Cite this article

STEINBERG, M. (1985). Santé mentale, rôles sexuels et valeurs sociales. *Sociologie et sociétés*, 17(1), 33–40. <https://doi.org/10.7202/001774ar>

Article abstract

The author suggests that there have always existed subtle but tenacious and very complex relationships between sex roles, our social values, and the attribution of health and illness. In the last years, the definition of health, just as the notion of sex roles, has been challenged and reformulated in relation to models which bring together biological, social, and psychological variables. It is emphasized that health has value in theory, but that it is disdained in practice and relegated to the rank of a female preoccupation. The author proposes that the de-sexualization of health and a model of psychological androgyny offer a coherent approach to the resolution of our contradictory attitudes and behavior in relation to health.

## Santé mentale, rôles sexuels et valeurs sociales



MIREILLE STEINBERG

---

Les notions de santé mentale et de rôles sexuels sont étroitement reliées dans notre société en ceci que l'adoption de rôles sexuels appropriés est considérée à priori comme un gage de maturité et de bien-être psychologique. Par ailleurs, la santé mentale et les rôles sexuels ont été traditionnellement représentés comme des concepts bipolaires dont les deux points opposés sont mutuellement exclusifs: la santé n'admet pas la maladie et la masculinité ne peut coexister avec la féminité. Qui plus est, il semble s'être formé un certain isomorphisme entre les extrêmes de ces deux polarisations établissant une association entre féminité et morbidité. Effectivement, depuis des siècles, et à travers la plupart des sociétés, il est une doctrine qui a inexorablement fait partie de l'ordre social, celle de l'infériorité bio-psychologique de la femme (Ehrenreich et English, 1979). Au Moyen Âge, alors que la maladie mentale est vue comme un péché, un commerce voulu entre l'individu et Satan, la société et l'Église, ébranlées par les ravages de maladies infectieuses et de guerres politiques et religieuses, attribuent à la femme la fonction de sorcière, porteuse des fléaux qui les frappent. L'infame volume de Sprenger (1487) «*Malleus Maleficarum*» (cité dans Korchin, 1976) traduit bien ce délire collectif. Ce manuel légal et théologique de l'inquisition est l'ouvrage capital du 15<sup>e</sup> siècle ainsi que l'attaque la plus véhémente contre la femme qui y est décrite comme l'alliée du diable en vertu de sa nature faible, influençable, lascive, insatiable et impure. Dans *la Sorcière*, Michelet (1863; 1966) documente et retrace cette tragédie cruelle et continue de la femme du 12<sup>e</sup> au 18<sup>e</sup> siècle. Au 19<sup>e</sup> siècle, les œuvres d'art, la littérature, la mode et la pratique médicale proposent un autre modèle de la femme qui n'est plus diabolique et contaminée mais, au contraire, languissante et malade. L'homme est fort et énergique, la femme est frêle et rendue invalide en raison de son anatomie (Ehrenreich et English, 1979). Aujourd'hui, ces idées sont en voie de changement. Il est reconnu que si la santé mentale et les rôles sexuels sont des phénomènes multidéterminés avec composantes biologiques et psychologiques, ils sont aussi fortement soumis à l'influence de normes socio-culturelles qui sont contestées et modifiées, et qui ne sont donc pas immuables. Cependant, les transformations sociales sont toujours graduelles et certaines attitudes ne se prêtent pas facilement à des modifications profondes. Ainsi, la véritable épidémie d'anorexie nerveuse qui frappe récemment tant d'adolescentes est sans doute l'expression contemporaine d'un profond dilemme psychosocial de la femme qui persiste encore (Steiner-Adair, 1984; Altman, 1984).

### DÉFINITIONS ET ATTITUDES ENVERS LA SANTÉ MENTALE

Dans leur acception la plus courante, les termes «santé mentale» signifient tout simplement l'absence de maladie psychiatrique. Cette proposition est fort légitime, car la santé mentale peut difficilement coexister avec la maladie, et les troubles mentaux constituent la plus grande menace envers le bien-être psychologique (Barton, 1958). Mais, observe Herzlich (1969), la définition de la santé comme l'envers ou l'absence de maladie est un «concept vide» dérivé d'un modèle médical dont le centre d'intérêt est le traitement de maladies résultant d'agents pathogènes extérieurs. Ce modèle est actuellement en voie de changement dans le monde médical tout comme dans la pratique psychiatrique. Il se fait, de plus en plus, une prise de conscience de l'interdépendance de tous nos systèmes de vie dans l'équilibre de la santé (Saucier et Steinberg, 1979).

Il est reconnu que le champ de la santé mentale se trouve au croisement des sciences sociales, biomédicale et psychologique (Korchin, 1976). L'Organisation mondiale de la santé souligne que la santé inclut des composantes physiques, mentales et sociales (Breslow, 1972). Le travail de Hans Selye (1956) sur les effets du stress a mis en relief les liens qui existent entre les conflits affectifs, les états physiologiques et les maladies somatiques. Tout un numéro du «Bulletin of the Menninger Clinic» a été récemment consacré au rôle que les facteurs affectifs jouent dans les manifestations et les symptômes des maladies organiques (Wong, 1984). Par ailleurs, les sciences génétiques et médicales ont démontré les effets des facteurs biologiques et des drogues sur le comportement humain (Korchin, 1976). Enfin, des études épidémiologiques et transculturelles ont relié l'incidence de certaines maladies mentales au milieu ou au statut social de certaines communautés (Hollingshead et Redlich, 1958; Leighton *et al.*, 1963; Engel, 1970). Il est donc arbitraire et erroné de parler de santé mentale sans égard à la nature bio-psycho-sociale de l'être humain et aux valeurs sociales de sa communauté.

La majorité des définitions «positives» de la santé mentale comportent l'idée d'adaptation au milieu et/ou de perception correcte de la réalité et de compétence interpersonnelle, y compris la capacité d'empathie. Hartmann (1939) invoque la faculté d'accomplissement et de jouissance de la vie. D'importance également centrale sont les notions de respect et d'estime de soi. L'estime de soi dérive principalement du statut et de l'importance accordés à l'individu par le milieu social, ainsi que de ses aspirations, de ses succès et de son sentiment de valeur morale. Ces facteurs sont jugés par rapport aux normes et aux valeurs culturelles (Coopersmith, 1967).

Cependant, alors qu'il se trouve un consensus sur l'insuffisance d'une définition «négative» de la santé, le chercheur qui tente de cerner une explication «positive» et succincte de la santé mentale fait face à une situation déconcertante. Les auteurs d'enquêtes sur la santé des Canadiens (Stephens, 1979) et des Américains (Veroff *et al.*, 1981) soulignent les difficultés de conceptualisation et le manque d'unanimité concernant la santé mentale. Bradburn (1969) observe le désaccord qui règne sur la signification et sur le moyen de mesurer la santé mentale. La santé mentale est un concept «vague, insaisissable et ambigu» se plaint Jahoda (1958). Bradburn (1969) lui fait écho et confirme que «c'est une jungle impénétrable» qui décourage toute tentative d'organisation. Quelle ironie que la notion qui se trouve au cœur même de toute l'entreprise psychothérapeutique soit le sujet de tant de confusion!

Un autre paradoxe caractérise nos attitudes envers la santé. Nous reconnaissons officiellement son importance, ainsi que la nécessité de favoriser un mode de vie et un environnement plus salubres (Lalonde, 1974). Mais, nous ne mettons pas en pratique nos connaissances, ni au niveau individuel (tels que le témoignent les abus d'alcool, de tabac et d'alimentation), ni au niveau gouvernemental (pollution du milieu, publicité de la cigarette, de l'alcool, et de bien d'aliments d'une valeur nutritive douteuse, etc.). Eisenberg (1977) note qu'un pays ne peut sérieusement prôner la prévention sans soupeser et accepter les conséquences économiques, législatives et médicales qu'un tel changement de politique entraînerait. Car, en fin de compte, c'est un processus socio-politique, et non scientifique, qui moule et modifie les valeurs culturelles véhiculées par nos grandes institutions. Un article tout récent sur les effets délétères du cholestérol illustre bien ce dilemme (The Gazette, le 11 août 1984). Il y est rapporté que, depuis 1977, les ministères fédéraux de la Santé et de l'Agriculture sont aux prises sur la question d'un avertissement au public de la haute teneur en cholestérol des viandes rouges et des produits laitiers. Cette situation prévaut encore en dépit d'une évidence scientifique impressionnante reliant les troubles cardio-vasculaires à la consommation de cholestérol. Des fonctionnaires du gouvernement auraient admis que la «santé perd parfois» lorsque des intérêts politiques et économiques s'opposent aux intérêts de la santé publique.

Selon Eisenberg (1977), nos campagnes d'information ne seront vraiment efficaces sur une grande échelle que lorsqu'elles feront partie intégrale d'une approche sociale globale. Or, ceci est encore loin d'être une réalité. En pratique, la santé n'est pas une priorité sociale. Tout récemment, Madame Rosalynn Carter, la femme de l'ancien président des États-Unis, Jimmy Carter, s'est dite désolée par les coupures de budget du Président Reagan dans le domaine de la santé mentale. Elle s'est également plainte du peu d'intérêt de la presse envers ce sujet. Elle a alors révélé que certains journalistes lui ont avoué que la santé mentale ne méritait pas trop d'espace car ce n'est pas une question assez «sexy»! (Psychiatry News, le 1<sup>er</sup> juin 1984, vol. XIX, n° 11). À une conférence sur la santé publique tenue à New York, l'un des participants (Lewis, 1977) observe que la santé n'est pas une valeur explicite, ou même sous-entendue, dans la société, au même rang que le succès professionnel, l'ambition ou la poursuite du plaisir. Autre preuve à l'appui de ce truisme, l'œuvre importante de Rokeach (1973) sur la nature des valeurs humaines ne fait aucune mention de la santé, ni comme «valeur terminale» (c'est-à-dire, état existentiel désirable), ni comme «valeur instrumentale» (c'est-à-dire, mode de conduite désirable).

Comme bien d'autres entreprises sociales d'un statut ambigu ou douteux, le souci et la promotion de la santé sont dévolus aux femmes. Bien des auteurs ont relevé que d'une manière générale, et dans presque toutes les sociétés, les traits masculins et les activités reliées aux hommes sont plus valorisés que les occupations ou les caractéristiques féminines (Broverman *et al.*, 1970; Kravetz et Jones, 1981). Dans une recherche sur les connaissances, les attitudes et les comportements d'adolescents envers la santé, les auteurs (Saucier et Steinberg, 1979) concluent que, due à l'influence négative de la société envers la santé, les comportements d'hygiène des adolescents, se détériorent avec l'âge, et que les stéréotypes féminins attribués aux comportements préventifs viennent compléter cette déchéance. De plus, la tendance à stéréotyper les actes préventifs augmente avec l'âge de manière significative. Les préoccupations relatives à la santé deviennent progressivement plus syntones à l'identité sexuelle des filles et elles s'éloignent graduellement de la perception du rôle masculin. Il n'est donc pas étonnant que les hommes affichent dans notre société une désinvolture prononcée envers la santé qui va presque jusqu'au dédain de la vie comme semble en témoigner la course aux armes nucléaires. Le romancier Terrence Despres (1976) exprime ce dilemme de façon incisive et poignante. Nous célébrons la vie, dit-il, car son importance à la perpétuation de la société est indéniable. Mais, cet impératif se perd dans l'engrenage de la civilisation. En fin de compte, nous réservons nos plus grands témoignages d'admiration pour les actions du héros et du martyr qui aboutissent à la mort. J'ajoute que nos héros sont généralement des hommes puisque ce sont eux qui vont à la guerre et qui dominent la sphère publique. Corrélativement à cette situation, de nombreux témoignages indiquent que les praticiens de la santé mentale ne se servent pas de critères équivalents pour traiter les hommes et les femmes, et que cette situation ne sert pas les intérêts des femmes (Pettifor *et al.*, 1984). Notons cependant que si la féminité n'est pas consonante avec une bonne santé mentale dans notre société (Woolsey, 1977), les stéréotypes masculins de force, de vitalité et de réussite semblent paradoxalement résulter en une mortalité précoce et deux fois plus grande pour les hommes que pour les femmes (Goldberg, 1976, 1979).

### STÉRÉOTYPES SEXUELS ET PSYCHOTHÉRAPIE

En dépit des arguments nombreux contre la polarisation excessive des rôles sexuels, et malgré les changements socioculturels récents, ainsi que les efforts qui se font pour promouvoir l'égalité économique et professionnelle entre hommes et femmes, de nombreuses études indiquent que les stéréotypes sexuels prévalent toujours à travers plusieurs pays, y compris le Canada (Bem, 1974; Huang, 1971; Inagaki, 1967; Spence *et al.*, 1974; Williams *et al.*, 1977).

Selon Williams *et al.* (1977), les stéréotypes sont des constellations de traits psychologiques attribués respectivement aux femmes et aux hommes. Alors qu'il existe peut-être quelques différences de tempérament entre hommes et femmes, les stéréotypes sont des exagérations grossières et sans fondement dans la réalité. Ainsi, les hommes sont censés être ambitieux, indépendants, agressifs, peu émotifs et rationnels. Les femmes sont souvent décrites comme soumises, impressionnables, affectueuses, sociables et sensibles. Les stéréotypes servent alors à justifier la discrimination sexuelle au niveau des rôles sociaux et professionnels. D'une manière générale, et dans presque toutes les sociétés, les traits masculins et les activités reliées aux hommes sont plus valorisés que les occupations ou les caractéristiques féminines (Broverman *et al.*, 1970; Kravetz et Jones, 1981). Même Freud, ce génie de notre siècle qui nous a légué l'explication la plus profonde du psychisme

humain, n'a pu fendre ce que Zilboorg (1944) a appelé le «voile androcentrique» qui dévalue l'image de la femme. En effet, selon Freud (1933), la femme serait masochiste, passive, dépendante, narcissique, vaniteuse et envieuse; son sens de la justice et son surmoi seraient sous-développés; enfin, ses capacités de sublimation seraient minimales. Hélène Deutsch (1945), l'une des collègues les plus connues de Freud, ajoute que «l'intellect de la femme s'enrichit aux dépens de ses qualités subjectives, émotives ... et que seules des jeunes filles exceptionnellement douées peuvent atteindre à une intellectualité poussée sans endommager leur vie affective»! Mais, même du temps de Freud, quelques voix courageuses, dont celle de Karen Horney, s'élèvent contre ces vues sévères et pessimistes de la femme. Horney (1922) observe que la psychanalyse a concédé à l'adaptation humaine saine ce qu'elle nie chez les femmes, soit la capacité de sublimation. Ce ne sont pas ses prédispositions innées, mais la société qui a effectivement bloqué toutes les voies de sublimation chez la femme, en dehors de celle d'élever une famille. Selon Horney, la société impose à la femme la dépendance économique, la restreint à des relations en circuit-clos, et la punit en l'isolant socialement si elle ne se conforme pas au stéréotype culturel. Cet argument peut paraître quelque peu périmé de nos jours. Mais, encore en 1968, l'étude de Matina Horner cerne cette angoisse persistante de la femme vis-à-vis du succès professionnel. En outre, bien d'autres études contemporaines discutées ci-dessous démontrent que les stéréotypes sexuels sont tenaces, qu'ils continuent d'exister aujourd'hui, et qu'ils se sont même infiltrés à l'intérieur de la pratique clinique.

Broverman *et al.* (1970) démontrent comment les critères de santé mentale sont contaminés et influencés par les stéréotypes sexuels traditionnels. Ces chercheurs découvrent qu'un échantillon de cliniciens d'orientations diverses décrivent de façon analogue l'éventail des comportements et des traits souhaitables chez un adulte (sexe non spécifié), ou chez un homme en bonne santé mentale. Toutefois, ce «critère idéal» est différent pour les femmes. D'autre part, le diagnostic porté à partir des mêmes caractéristiques sur la santé mentale d'un individu est très différent selon qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme. Broverman *et al.* (1970) reconnaissent que des différences biologiques entre les sexes influencent un petit nombre de comportements. Cependant, hommes et femmes ont tellement d'attributs en commun, et la variation intra-sexe est si grande, qu'il est inapproprié d'invoquer les différences anatomiques pour évaluer différemment la santé mentale des hommes et des femmes. Ces auteurs concluent que dans le contexte clinique courant, la femme est soumise à une double contrainte. Elle n'est jugée saine que si elle se conforme aux normes comportementales de son sexe, alors même que ces normes sont jugées moins saines pour un adulte compétent et moins désirables du point de vue social. Cette prescription dérive de la définition de santé mentale comme adaptation au milieu, et de la notion que les hommes et les femmes sont automatiquement destinés depuis la naissance à remplir des rôles différents. Cependant, il existe d'autres principes de santé mentale qui font appel à la capacité de maîtrise et de modification du milieu, et aux instincts d'autoactualisation et d'achèvement du potentiel humain. Ces principes sont incompatibles avec l'adaptation à un milieu régi par des stéréotypes restrictifs. Adopter comme critère principal de santé mentale l'adaptation au milieu équivaut à mettre la femme dans la position difficile d'avoir à choisir entre les qualités positives et désirables pour les hommes et les adultes, mais déviantes du point de vue féminin, ou d'accepter les normes féminines et un statut social de «deuxième classe» (Broverman *et al.*, 1970). Graham *et al.* (1980) citent plusieurs autres recherches effectuées entre 1972 et 1977, qui démontrent également l'existence de préjugés sexuels dans nombre de milieux psychothérapeutiques. Un manuel publié cette année par la société canadienne de psychologie (Pettifor *et al.*, 1984) souligne aussi ce biais et ajoute que remplir les attentes de la société eu égard à la femme «normale» c'est encourir le risque de pathologies diverses y compris la dépression et la surconsommation de drogues médicalement prescrites. Les attitudes qui dévaluent la femme, et les objectifs thérapeutiques nocifs qui en découlent, y sont amplement documentés.

Dans une étude semblable à celle de Broverman *et al.*, (1970), mais incluant la possibilité d'androgynie psychologique comme critère de santé mentale, en plus de la masculinité et de la féminité, Kravetz et Jones (1981) découvrent que les caractéristiques féminines sont toujours dévaluées par les professionnels de la santé mentale (1% de leur échantillon attribue une orientation féminine à un adulte «sain, mûr et socialement compétent»). En outre, un homme sain est le plus souvent représenté comme «masculin» alors qu'un adulte ou une femme en bonne santé mentale sont dépeints comme «androgynes». Il semble donc que nos vues ont évolué partiellement au moins, puisque nous sommes prêts à concéder certaines caractéristiques dites masculines à la femme saine, mais que des qualités dites féminines chez l'homme sain ne sont pas acceptables.

Par ailleurs, le critère de santé mentale semble se déplacer vers l'idéal androgyne, comme Bem (1974) l'a prédit, puisque 50% des cliniciens décrivent un individu, homme ou femme, «sain, mûr et socialement compétent», comme androgyne (Kravetz et Jones, 1981).

### L'ANDROGYNIE PSYCHOLOGIQUE

Il est maintenant reconnu que les rôles sexuels ne sont pas nécessairement l'essence de la masculinité ou de la féminité, mais qu'ils sont surtout des capacités sociales que l'individu peut utiliser sciemment dans ses contacts avec le milieu. Depuis une douzaine d'années, certains auteurs (Bem, 1974; Block, 1973; Rebecca *et al.*, 1976) avancent que le point culminant de l'identité sexuelle ne consiste pas à se conformer aux définitions traditionnelles des rôles sexuels, mais en la capacité de manifester tout un éventail de qualités humaines, qu'elles soient conventionnelles ou non. L'androgyne psychologique représente, dans cette perspective, un stade plus évolué de maturité par rapport aux rôles sexuels traditionnels. Ceci correspond aux vues de Bakan (1966) qui postule que l'harmonisation et l'intégration des composantes masculines et féminines constituent un stade supérieur du développement humain, donnant accès à un éventail plus riche d'expériences affectives et comportementales. L'androgyne psychologique permet donc d'imaginer la possibilité de coexistence et d'intégration, chez un même individu, de traits dits «féminins» et de traits dits «masculins». Il s'agit de l'extension du potentiel humain libéré de contraintes socio-culturelles arbitraires. Dans cette perspective, la personnalité des êtres humains n'est plus exclusivement reliée à leur sexe anatomique.

Il est courant en psychologie dynamique de représenter les hommes et les femmes comme «deux constellations sexuelles opposées» (Nagera, 1975) et de postuler que les rôles sexuels conventionnels sont un objectif désirable du développement psychosexuel. Mais, il est également reconnu que l'intégration harmonieuse des identifications aux deux parents aboutit à une bisexualité psychique inévitable. Freud déclarait en 1933 «qu'un individu n'est pas simplement un homme ou une femme, mais toujours les deux à la fois», et il nous mettait en garde contre «une sous-estimation de l'influence des coutumes sociales». Dans le même esprit, Winnicott (1966) affirmait que chez les individus «mûrs et en bonne santé mentale, les éléments mâles et femelles sont libérés de leur dissociation et intégrés». Ces affirmations mettent en relief «l'ambivalence irrésolue» (Binstock, 1972; David, 1975) dont la psychanalyse a souffert vis-à-vis la bisexualité inhérente à tout être humain. Binstock (1972) souligne les raisonnements incompatibles de ses collègues qui proposent des critères absolus de masculinité et de féminité, tout en déplorant les difficultés qu'ont les hommes à accepter leur passivité et les femmes à assumer leur activité. «Il semble», continue cet auteur, «que nous essayons tout à la fois de clarifier la nature bisexuelle de tout être humain et de définir les essences de masculinité et de féminité que nous posons trop souvent comme l'idéal à atteindre».

D'une manière générale, les résultats de recherche ne semblent pas confirmer les liens postulés entre la santé mentale et l'adhésion aux rôles sexuels conventionnels (Locksley et Colten, 1979). Au contraire, les travaux expérimentaux suggèrent que c'est l'androgyne qui est associée à une plus haute estime de soi (Spence *et al.*, 1975; Hooberman, 1975; O'Connor *et al.*, 1978), et à un plus grand sentiment de bien-être psychologique (Nevill, 1977; Orlofsky, 1977; Steinberg, 1983). Pour Lips et Colwill (1978), l'androgyne sous-entend, non seulement une plus grande flexibilité personnelle, mais une plus grande capacité cognitive permettant de transcender une évaluation simpliste et étroite des situations existentielles. Étant donné la longévité accrue des êtres humains, le nombre croissant des divorces, et le retour au travail de la femme, Maracek (1979) déclare que l'androgyne psychologique est sûrement une composante significative de la santé mentale parce que plus cohérente avec les changements bio-sociaux et socio-économiques que les rôles sexuels traditionnels. La majorité des auteurs s'accordent pour dire que le développement des rôles sexuels évolue, au cours de l'âge adulte, vers le modèle d'androgyne, pour permettre à l'individu de mieux faire face aux complexités de la vie (Block, 1973; White, 1979).

### CONCLUSION

La santé comporte l'intrication de dimensions bio-psychosociales et psychosexuelles. Les rôles sexuels traditionnels se trouvant eux-mêmes à l'entre-deux du vécu psychologique et de la sphère sociale ont eu jusqu'ici des répercussions nocives sur la santé des hommes et des femmes.

Le manque de priorité effective que nous accordons à la santé, et les contraintes sexistes et arbitraires qui s'y rattachent, ont besoin d'être réexaminés à la lumière du contexte socio-culturel contemporain. En matière de santé mentale, le modèle d'androgynie qui propose un même ensemble de normes pour hommes et femmes pourrait être l'amorce de cette importante remise en question.

#### RÉFÉRENCES

- Altman, D. F., «Recent advances in the understanding of gastro-intestinal disorders», *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 48, n° 3, 1984.
- Bakan, D., *The Duality of Human Existence*, Chicago, Rand McNally, 1966.
- Barton, W. E., «Viewpoint of a «clinician», in M. Jahoda, *Current concepts of mental health*, New York, Basic Books, 1958.
- Bem, S., «The Measurement of Psychological Androgyny», *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, vol. 42, 1974.
- Binstock, W. A., «On the Two Forms of Intimacy», *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 21, n° 1, 1972.
- Block, J. H., «Conceptions of Sex-Roles: Some Cross-Cultural and Longitudinal Perspectives», *American Psychologist*, vol. 28, n° 6, 1973.
- Bradburn, N., *The Structure of Psychological Well-Being*, Chicago, Aldine Publishing Co, 1969.
- Breslow, L., «A quantitative approach to the World Health Organization definition of health: physical, mental and social well-being», *International Journal of Epidemiology*, vol. 1, n° 1, 1972.
- Broverman, I. K. et al., «Sex role stereotypes and clinical judgments of mental health», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 34, 1970.
- Coopersmith, S., *The Antecedents of Self Esteem*, San Francisco, W. H. Freeman and Co., 1967.
- David, C., «La bisexualité psychique. Éléments d'une réévaluation», *Revue française de psychanalyse*, vol. 39, nos 5-6, 1975.
- DesPres, T., *The Survivor*, New York, Pocket Book, 1976.
- Deutsch, H. *la Psychologie des femmes*, t. I, Paris, P.U.F., 1965.
- Ehrenreich, B., *D. English, For her own good — 150 years of the experts advice to women*, New York, Anchor Press, 1979.
- Eisenberg, L., The Perils of prevention — A cautionary note. *The New England Journal of Medicine*, vol. 297, n° 22, 1977.
- Engel, G. L., «Sudden death and the «medical model» in psychiatry», *Canadian Psychiatric Association Journal*, vol. 15, 1970.
- Freud, S., «Femininity», *Standard Edition*, vol. 22, London, Hogart Press, 1964.
- Goldberg, H., *The Hazards of Being Male*, New York, Signet Book, 1976.
- Goldberg, H., *The New Male*, New York, Signet Book, 1979.
- Graham, J. M. et al., Androgyny and mental health: the need for a critical evaluation of the theoretical equation. Rapport présenté à la convention du CPA-IGWAP, Calgary, 1980.
- Hartmann, H. (1939), «Psychoanalysis and the concept of health», in *Essays on Ego Psychology — Selected Problems in Psychoanalysis* (1964), New York, I.U.P.
- Herzlich, C. (1969), *Santé et maladie — analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton (1975).
- Hollingshead, A. B., F. C. Redlich, *Social Class and Mental Illness: a Community Study*, New York, Wiley, 1958.
- Hooberman, R. E., *Gender Identity and Gender Role of Male Homosexuals and Heterosexuals*, Thèse de doctorat inédite, Université de Michigan, 1975.
- Horner, M. (1968), «Why Bright Women Fear Success», in *The Female Experience*, Édition spéciale du périodique Psychology Today (1973).
- Horney, K. (1922), *Feminine Psychology*, New York, W. W. Norton and Co. (1967).
- Huang, L. J., «Sex-role stereotypes and self-concepts among american and chineses students», *Journal of Comparative Family Studies*, 1971.
- Inagaki, T., «A cross-cultural study of the feminine role concept between japanese and american college women», *Psychologia*, vol. 10, 1967.
- Jahoda, Marie, *Current Concepts of Positive Mental Health*, New York, Basic Books, 1958.
- Korchin, S. J., *Modern Clinical Psychology*, New York, Basic Books, 1976.
- Kravetz, D., L. E. Jones, «Androgyny as a standard of mental health», *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 5, n° 3, 1981.
- Lalonde, M., *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens, ministère de la Santé nationale et du Bien-Être social, Information Canada, Ottawa, 1974.*
- Leighton, D. C. et al., *The Character of Danger: Psychiatric Symptoms in Selected Communities*, New York, Basic Books, 1963.
- Lewis, I. in: Conference on Future Directions in Health Care: A New Policy, février 15-16, 1977, New York.
- Locksley, A., M. E. Colten. «Psychological androgyny: a case of mistaken identity? *Journal of Personality and Social Psychology*», vol. 37, n° 6, 1979.
- Maracek, J., «Social change, positive mental health, and psychological androgyny», *Psychology of Women Quarterly*, vol. 3, n° 3, 1979.
- Michelet, J. (1863), *la Sorcière*, Paris, Garnier-Flammarion (1966).
- Nagera, H. (1975), *Female Sexuality and the Oedipus Complex*, New York, Jason Aronson, 1975.
- Nevill, D. D., «Sex roles and personality correlates», *Human Relations*, vol. 30, n° 8, 1977.
- O'Connor, K. et al., «Androgyny and self-esteem in the upper middle class: a replication of Spence», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 46, n° 5, 1978.

- Orlofsky, J. L., «Sex role orientation. identity formation and self-esteem in college men and women», *Sex Roles*, vol. 3, n° 6, 1977.
- Pettifor, J. L. *et al.*, «Therapy and Counselling with women A Handbook of Educational Materials», *Canadian Psychological Association*, Ottawa, 1984.
- Rebecca, M. *et al.*, «A model of sex-role transcendence», *Journal of Social Issues*, vol. 32, n° 3, 1976.
- Rokeach, M., *The Nature of Human Values*, New York, The Free Press, 1973.
- Saucier, J. J., Steinberg, M., *Adolescents et Prévention — Rapport préliminaire*, Montréal, Section des sciences du comportement, Département de psychiatrie, Université de Montréal et Centre de recherche pédiatrique, Hôpital Sainte-Justine, 1979.
- Selye, H., *The Stress of Life*, New York, McGraw-Hill, 1956.
- Spence, J. T. *et al.*, «The personal attributes questionnaire: measure of sex-role stereotypes and masculinity-femininity», *Catalog of selected documents in psychology*, vol. 4, 1974.
- Spence, J. T. *et al.*, «Rating of self and peers on sex role attributes and their relation to self-esteem and conceptions of masculinity and femininity», *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 32, 1975.
- Steinberg, M., *Une étude de la relation entre l'androgynie psychologique et l'adaptation post-divorce dans des familles d'enfants de quatre à sept ans*, Thèse inédite de doctorat en psychologie, Université de Montréal, 1983.
- Steiner-Adair, C., *Normal Female Adolescent Development and the Development of Eating Disorders*, Rapport présenté au symposium sur l'anorexie et la boulimie, organisé par le Massachusetts General Hospital et par Harvard Medical School, Boston, juin 1984.
- Stephens, T., «The Canada Health Survey: A Source of data on the Well-Being of Canadians», *Canadian Psychological Review — Psychologie canadienne*, vol. 20, n° 2, 1979.
- Veroff, J. *et al.*, *The Inner American — A Self-Portrait from 1957 to 1976*, New York, Basic Books, 1981.
- White, M. S., «Measuring androgyny in adulthood», *Psychology of Women Quarterly*, vol. 3, n° 3, 1979.
- Williams, J. E. *et al.*, «Sex-traits stereotypes in England, Ireland and the United States», *British Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 16.
- Winnicott, D. W., «The split-off male and female elements to be found clinically in men and women», in H. Guntrip, *Schizoid Phenomena Object Relations and the Self*, New York, International University Press, 1968.
- Wong, N., «The interface between medicine and psychiatry», *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 48, n° 3, 1984.
- Woolsey, L., «Psychology and the reconciliation of women's double bind: to be feminine or to be fully human», *Canadian Psychological Review*, vol. 18, 1977.
- Zilboorg, G., «Masculine and Feminine», *Psychiatry*, vol. 7, 1944.

## RÉSUMÉ

L'auteur suggère qu'il a existé depuis toujours des liens subtils mais tenaces et fort complexes entre les rôles sexuels, nos valeurs sociales, et l'attribution de santé ou de maladie. Au cours des dernières années, la définition de la santé, tout comme les notions de rôles sexuels, ont été remises en question et reformulées par rapport à des modèles qui englobent des variables biologiques, sociales et psychologiques. Il est souligné que la santé est valorisée en théorie mais qu'elle est dédaignée en pratique, et reléguée au rang de préoccupation féminine. L'auteur propose que la déssexualisation de la santé et le modèle d'androgynie psychologique offrent une approche cohérente à la résolution de nos attitudes et de nos comportements contradictoires envers la santé.

## SUMMARY

The author suggests that there have always existed subtle but tenacious and very complex relationships between sex roles, our social values, and the attribution of health and illness. In the last years, the definition of health, just as the notion of sex roles, has been challenged and reformulated in relation to models which bring together biological, social, and psychological variables. It is emphasized that health has value in theory, but that it is disdained in practice and relegated to the rank of a female preoccupation. The author proposes that the de-sexualization of health and a model of psychological androgyny offer a coherent approach to the resolution of our contradictory attitudes and behavior in relation to health.

## RESUMEN

La autora sugiere que existen desde siempre vínculos sutiles pero tenaces y extremadamente complejos entre los roles sexuales, nuestros valores sociales, y la atribución de salud o enfermedad. En el curso de los últimos años, tanto la definición de salud, como las nociones de roles sexuales, han sido puestos en cuestión y reformulados en relación a modelos que engloban variables biológicas, sociales y psicológicas. Se remarca que la salud es valorizada en teoría pero que es desdeñada en la práctica, y relegada al rango de preocupación femenina. La autora propone que la asexualización de la salud y el modelo de androgenia psicológica ofrezcan un enfoque coherente a la resolución de nuestras actitudes y nuestros comportamientos contradictorios en relación a la salud mental.