

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE
PRESENTÉ A
L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR MARC-ANDRE VERRETTE

ETUDE DIFFÉRENTIELLE, SELON LE SEXE, DE L'EVOLUTION
DE LA SCHIZOPHRENIE

AOUT 1991

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Table des matières

Introduction	1
Chapitre premier - Contexte théorique	4
Etiologie globale de la schizophrénie	5
Critères diagnostiques, symptômes et formes	28
Schizophrénie et différences entre les sexes	34
Position du problème et hypothèses	48
Chapitre II - La méthodologie	50
Sujets	51
Mesures	53
Cueillette des données	56
Procédures	57
Considérations éthiques	59
Chapitre III - Analyse et interprétation des résultats ..	61
Présentation des résultats	62
Discussion des résultats	74
Conclusion	85
Appendice A. Grilles d'évaluation GAS et SAS-II	92
Appendice B. Analyse du Chi carré pour le statut conjugal	97
Appendice C. Manova (SAS-II, GAS)	101
Appendice D. Test-t (âge de survenue)	103
Références	112

Sommaire

Le grand nombre d'études portant sur la schizophrénie confirme que beaucoup a été fait, mais aussi que beaucoup reste à préciser en ce qui a trait à une étiologie globale et à l'évaluation des traits qui distinguent les deux sexes dans la schizophrénie. L'hypothèse principale de cette recherche pose que les femmes ont une meilleure évolution de la maladie que les hommes. L'échantillon de départ est constitué de 891 patients (414 femmes et 477 hommes) ayant reçu un diagnostic d'entrée de toutes formes de schizophrénie ou de troubles psychotiques associés. Suite à l'examen des dossiers médicaux et des notes d'évolution permettant de procéder au "rediagnostic" selon les critères du DSM-III-R, 145 patients (103 hommes et 42 femmes) ont été retenus pour l'étude finale. A partir des renseignements obtenus à la première analyse ainsi qu'à l'aide des registres d'admission, les données démontrent qu'à plusieurs niveaux, dont l'âge de survenue, le nombre de jours d'hospitalisation durant les premières années de la maladie, le ratio hommes/femmes et le statut conjugal, les femmes sont avantagées sur le plan du pronostic, en ce sens que l'évolution de la maladie est, pour elles, moins sévère. Aucune différence n'est apparue entre les hommes et les femmes, dans cette recherche, quant à l'ajustement social (SAS-II) et à l'ajustement global (GAS).

Introduction

En 1856, Morel a introduit le terme de démence précoce pour désigner, chez un adolescent, l'apparition de troubles mentaux. En 1896, Kraepelin a proposé le concept d'une évolution morbide de la démence précoce par opposition à la psychose maniaco-dépressive qui n'évoluait pas vers une détérioration mentale. En 1911, c'est Bleuler qui introduit le terme schizophrénie qui signifie littéralement division de l'esprit, du grec skhizen (fendre) et phrenos (pensée). Cet auteur avait remarqué, chez les patients atteints de cette maladie, une fragmentation de la personnalité.

Le survol des études sur les facteurs étiologiques dans la schizophrénie apporte beaucoup plus de questions et d'hypothèses à résoudre que de faits dûment établis bien intégrés les uns aux autres. Il ne semble pas exister actuellement de consensus global autour d'une seule théorie. Toutefois, les recherches se poursuivent toujours et s'orientent de plus en plus vers une perspective qui implique des principes de causalité multiple et d'étiologie multifactorielle.

Par ailleurs, des progrès dans la recherche sur cette affection psychotique ont aussi permis d'identifier, à certains

niveaux du fonctionnement, des inégalités dans l'évolution de la schizophrénie entre les femmes et les hommes. Comme si le fait d'appartenir à un sexe ou à l'autre pouvait déterminer le cours de la maladie.

Chapitre premier
Contexte théorique

Etiologie globale de la schizophrénie

L'étude des facteurs contribuant au développement et à l'évolution des troubles schizophréniques constitue une des aventures de recherche les plus complexes. Certes, une multitude de données expérimentales précises et pertinentes s'accumulent et elles ont permis de mettre de l'avant de nombreuses théories et ce, dans de nombreux champs d'activités. Par ailleurs, les récentes recherches permettent aussi d'écartier ou de perfectionner d'anciennes théories étiologiques, comme celle d'une méthylation anormale de l'adrénaline produisant des effets hallucinogènes, proposée dans les années 1950 ou encore, comme celle retenant la présence d'une mère schizophrénogène, idée qui a fait son apparition à la même époque.

La multitude d'aspects abordés dans les recherches sur les troubles schizophréniques traduit bien la réalité de cette maladie, mais devient rapidement déroutante pour qui s'aventure dans ce champ d'études.

En effet, cette complexité tient à ce que les données potentiellement pertinentes, et souvent contradictoires les unes par rapport aux autres, proviennent de domaines aussi divers que la sociologie, la biologie moléculaire, l'anthropologie, la psychologie, la psychanalyse, la psychophysiologie, la neurophysiologie, la virologie et la génétique. Ce foisonnement illustre bien à lui seul l'impossibilité que soit élaborée dans ce contexte une théorie étiologique globale, qui retiendrait l'ensemble des observations établies et qui aurait le pouvoir de rallier la majorité des chercheurs, peu importe leur domaine d'expertise.

Dans "La Schizophrénie - Nouvelles Perspectives", Lalonde (1988) mentionne que "les chercheurs abandonnent l'idée que la schizophrénie pourra, à un moment donné, trouver une cause unique (...)" . L'approche préconisée par la nouvelle génération de chercheurs, tel que Brown, Wing et Birley (1972), Wing (1984), Vaughn et Leff (1976), est du type Bio-Psycho-Social. Un problème conceptuel majeur est abordé ici et, même s'il est souvent décrié, persiste encore dans la recherche: celui-ci réside dans la recherche d'une cause unique qui, par un ou des mécanismes simples et linéaires, produirait directement la maladie. Or, il est proposé par ces auteurs que dans un système biologique une cause unique est à peu près inexistante puisqu'elle engendre immédiatement et nécessairement une série d'interactions avec

d'autres éléments du système, de sorte que l'effet final sera plutôt constitué par la somme des ces interactions. Ce processus fait appel à une notion de "causalité circulaire ou polyvalente". Cette notion prend encore plus de poids lorsqu'est abordé le niveau de fonctionnement et d'organisation le plus élevé de l'être humain, soit le niveau mental et comportemental.

Afin de bien établir le cadre conceptuel, il convient de faire l'inventaire des diverses considérations théoriques impliquées lorsque les troubles schizophréniques sont étudiés.

La schizophrénie débute habituellement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Le postulat impliquant la présence d'un facteur précoce, tel que l'hérédité, un défaut biologique ou encore, un milieu familial pathogène, justifie les nombreuses questions concernant ce qui se passe durant les années qui séparent l'apparition du facteur proposé et le déclenchement manifeste de la maladie. D'autre part, durant ces années, le sujet s'expose à une multitude d'influences et de facteurs en interaction constante. Par exemple, telle particularité génétique contribuera au développement d'une personnalité particulière. Ce type de personnalité influencera à son tour le mode de relation avec l'entourage. Par ailleurs, des événements vécus dans l'environnement s'associent fréquemment au déclenchement d'un épisode schizophrénique. Ainsi, une partie du comportement

pathologique observé à l'âge adulte s'explique par la théorie proposée et de plus, des mécanismes intermédiaires apportent souvent leur contribution.

Un autre point important à considérer à propos des études sur les troubles schizophréniques consiste en la variabilité des observations rapportées par les chercheurs. Ce phénomène correspond aussi à l'image des observations cliniques où la symptomatologie apparaît également très changeante d'un patient à l'autre et d'un moment à l'autre. D'ailleurs, Lehmann et Cancro en 1985, ainsi que Van Der Velde en 1976, en ont été suffisamment frappés pour en faire une caractéristique de la schizophrénie (dans Lalonde et Grunberg, 1988).

Etudes génétiques

A ce chapitre, trois types de recherches retiennent l'attention de chercheurs: les études du risque familial (Baron et al., 1985), les études de concordance diagnostique chez les jumeaux (Kallmann, 1952; Fisher, 1973; Cancro, 1985) et les études portant sur des sujets adoptés en bas âge (Rosenthal 1971; Wender et al., 1974, Taylor et Abrams, 1983).

Les enquêtes sur les risques familiaux reposent sur une prémissse qui est assez simple: si un facteur génétique est déterminant, le risque d'être affecté par la maladie devrait augmenter avec le degré de parenté et, de plus, être plus élevé dans la famille d'un malade que dans la population générale. Plusieurs enquêtes, dont celle menée par Baron et al. (1985), confirment l'hypothèse de Rosenthal qui, dès 1968, avançait l'idée que la schizophrénie semblait bien s'accroître avec le degré de parenté à des sujets schizophrènes. Selon lui, ce risque est de 0.3 à 2.8% dans la population générale, il est de 0.2 à 12% chez les pères et mères de schizophrènes, entre 3 et 14% chez leurs frères et soeurs et entre 8 et 18% chez leurs enfants. Si les deux parents sont atteints, le risque augmente de 15 à 55% et il baisse à environ 2.5% pour la génération des petits-enfants.

Dans leur étude, Baron et al. (1985) rapportent également une incidence de schizophrénie environ dix fois plus élevée dans la parenté au premier degré des sujets schizophrènes comparativement à celles de sujets issus de parents sains: 5.8% au lieu de 0.6%.

Dans les études sur la concordance schizophrénique entre les jumeaux monozygotes et les jumeaux hétérozygotes le défi consiste à distinguer l'apport génétique proprement dit de l'influence de l'environnement sociofamilial. Ainsi, s'il y a un

facteur génétique prédisposant à la schizophrénie, la concordance devrait être significativement plus élevée chez les monozygotes, qui sont génétiquement identiques, que chez les hétérozygotes, qui sont génétiquement des frères ou soeurs. Cette hypothèse a donné lieu à de nombreux schèmes expérimentaux ainsi qu'à des résultats variés d'un à l'autre. Par exemple, Kallmann (1952) rapporte une différence considérable entre le taux de concordance des jumeaux monozygotes et celui des jumeaux hétérozygotes en ce qui a trait à la schizophrénie: 86% et 15% respectivement. Par la suite, des études subséquentes ont abouti à des taux de concordance moins élevés chez les jumeaux monozygotes. Toutefois, des facteurs tels les critères diagnostiques de même que les critères de détermination de la zygocité font varier les données. En outre, comme c'est souvent le cas avec les études du risque familial, ces enquêtes ont généralement comme point de départ des registres institutionnels. Elles concluent aussi à des taux de concordance plus élevée que les études de population générale, sans doute parce qu'elles portent sur un échantillon de personnes plus malades.

Cancro (1982) présente une étude de jumeaux qui indique un taux de concordance de 47% chez les monozygotes et de 15% chez les hétérozygotes. Cette différence hautement significative appuie l'hypothèse de la présence d'un facteur génétique. Une étude longitudinale de Fisher (1973), conclut à une concordance de 56%

chez les jumeaux monozygotes (dans Lalonde et Grunberg, 1988). Fait étonnant, elle a aussi démontré que chez les jumeaux monozygotes non-concordants pour la schizophrénie, le jumeau non-affecté par la maladie transmettait à ses descendants le même risque de schizophrénie que son jumeau schizophrène.

La principale critique que reçoivent les recherches sur les jumeaux tient au fait qu'elles ne considèrent pas l'impact créé par le fait d'être un jumeau, et surtout un jumeau identique, sur le développement psychologique, en particulier sur l'établissement de l'identité. Il est possible de conclure qu'un facteur génétique adopte un rôle important dans la genèse de la schizophrénie. Mais toutefois, les taux de non-concordance sont également à considérer car ils indiquent que le facteur génétique ne peut expliquer à lui seul toute la maladie.

De l'avis de plusieurs, dont Wender et al. (1974), Taylor et Abrams (1983), les études d'adoption représentent la méthodologie la plus apte à départager les apports de l'hérédité et de l'environnement. Elles consistent à retracer des sujets adoptés à la naissance pour évaluer l'incidence de la schizophrénie chez ces sujets. Deux approches sont privilégiées: la première fait l'étude des enfants de parents biologiques schizophrènes et la seconde cherche à comparer des familles biologiques et adoptives d'adoptés schizophrènes et non-

schizophrènes. Ces recherches appuient la notion de l'hérédité dans la genèse de la schizophrénie. En effet, Rosenthal et Kety (1968) rapportent que la prévalence de la schizophrénie ou d'états reliés à la schizophrénie est plus élevée chez les parents biologiques de sujets schizophrènes adoptés en bas âge que dans la population générale et chez leurs parents adoptifs. Rosenthal (1971) a comparé 76 enfants adoptés ayant un parent biologique schizophrène à 67 enfants adoptés venant de parents sans diagnostic psychiatrique. Le taux de schizophrénie s'est révélé de 61.6% dans le premier groupe et de 17.8% dans le second. Le taux élevé du second groupe est expliqué par le fait qu'un vaste champ de critères cliniques courants a été utilisé comme méthode diagnostique. Wender et al. (1974) procèdent avec la même stratégie, à l'exception de l'ajout d'un groupe d'enfants issus de parents biologiques normaux et adoptés par des parents dont l'un avait reçu un diagnostic de la lignée de la schizophrénie. Le taux d'atteinte s'est révélé plus élevé, encore une fois, dans le groupe d'enfants dont l'un des parents biologiques était schizophrène. Les critères diagnostiques très peu restrictifs ainsi que le nombre restreint de sujets diminuent la portée significative de plusieurs de ces recherches. De plus, elles n'informent pas sur la nature de ce qui est transmis. D'autre part, Kendler et al. (1985) ont trouvé des liens génétiques entre la schizophrénie et la personnalité schizotypique, de même qu'entre la schizophrénie et des difficultés de socialisation dans

l'enfance, ce qui vient consolider, en quelque sorte, l'hypothèse d'une gamme d'état apparentés à la schizophrénie.

Plusieurs auteurs, Anderson et al. (1986), Hogarty (1974), concluent dans le sens d'un modèle orienté vers une vulnérabilité qui, habituellement, ne se manifestera ou n'évoluera vers le tableau clinique qu'en présence de facteurs activateurs dans l'environnement.

Etudes neurophysiologiques et neuroanatomiques

Au tournant du siècle dernier Kraepelin et, quelques d'années plus tard, Bleuler, en 1911, (Bleuler, 1950) décrivaient leurs soupçons à propos de l'existence de déficits cérébraux pouvant être à l'origine de la schizophrénie. Depuis, il a été démontré que des lésions cérébrales diverses peuvent produire des symptômes semblables à ceux rencontrés dans une schizophrénie. Par ailleurs, ces épisodes "schizophréniques" sont souvent mis à jour par des événements qui sont sources de stress (Zubin, 1985). D'autre part, Lalonde et Grunberg (1988) rapportent que des études démentent à maintes reprises des découvertes neuroanatomiques décrites antérieurement ou concluent simplement à la présence d'anomalies non spécifiques.

Les études neurophysiologiques et neuroanatomiques se concentrent essentiellement sur trois thèmes: la dilatation des ventricules cérébraux, la diminution localisée de l'activité cérébrale et les difficultés interhémisphériques. Selon Weinberger (1983), plus du quart des schizophrènes présenteraient une atrophie cérébrale, laissant ainsi une place pour une dilatation ventriculaire. Cette particularité se retrouve, par ailleurs, surtout chez les patients qui sont les plus réfractaires aux traitements et qui, de plus, présentent des symptômes négatifs (retrait social, affect émoussé, apathie) plutôt que positifs (hallucinations, délires). Certains, comme Farkas et al. (1984) ont exploré le domaine des réductions du flot sanguin dans le cerveau de certains schizophrènes. Ainsi, une quantité insuffisante de sang, de même que de liquide céphalo-rachidien, occasionnerait une réduction de l'activité au niveau des lobes frontaux. On parle alors d'hypofrontalité.

D'autre part, Nassrallah (1982) aboutit à la conclusion qu'une dysfonction interhémisphérique qui perturbe le transfert de l'information affecte le malade au niveau de ses fonctions motrices, perceptuelles, cognitives et émotives. Depuis quelques années la tomographie axiale permet la réalisation de toutes ces recherches tout en permettant d'être plus précis dans l'exploration du cerveau. Ces recherches ont aussi permis de constater que les dilatations ventriculaires ne sont pas

spécifiques à la schizophrénie et n'ont donc pas, à elles seules, de valeur diagnostique.

Etudes biochimiques

D'abord orientée sur la recherche d'une protéine anormale et de substances endogènes pouvant provoquer chez le malade des états hallucinatoires, les études biochimiques s'articulent autour du rôle des neurotransmetteurs et des neuroleptiques dans la schizophrénie. L'hypothèse biochimique qui depuis plusieurs années retient le plus l'attention des chercheurs postule un accroissement de l'activité dopaminergique (Lalonde, 1988). Cette hypothèse de l'implication de la dopamine est appuyée par les travaux de Snyder et Liberman (1981) et de Stevens (1982). Toutefois, ces études apportent très peu d'éclairage sur les mécanismes par lesquels ce neurotransmetteur influence la schizophrénie. L'action médicamenteuse des antipsychotiques qui exercent une action de blocage sur les récepteurs dopaminergiques des cellules nerveuses fournit un argument de poids. Cependant, des statistiques apportées par Lalonde et Sidoun (1988) font mention d'un taux de rechute de 48% après un an en l'absence d'autres interventions thérapeutiques.

Etudes psychophysiologiques

Dans ce domaine de la recherche, les études portent principalement sur des fonctions comme l'attention, la perception, l'activation et l'apprentissage. En fait, elles s'appliquent à l'étude de ce qui se situe à la jonction du psychologique et du physiologique. Par ailleurs, leur complexité est grande compte tenu du nombre considérable de variables à contrôler. Ce facteur explique souvent la diversité et parfois l'incongruence des résultats obtenus.

Bleuler et Kraepelin (dans Bleuler, 1950) font mention d'un type de problèmes portant sur la capacité d'attention chez les schizophrènes. Un peu plus tard, en 1949, Bergman a affirmé que le système sensoriel des schizophrènes est caractérisé par une sensibilité particulière à la qualité et à l'intensité des stimuli (dans Lalonde et Grunberg, 1988). Les propositions actuelles convergent essentiellement vers les problèmes de perception, d'attention et de traitement de l'information (Corbett, 1976).

Ce serait effectivement au niveau de la capacité à filtrer les stimuli non appropriés ou, à l'opposé, à se concentrer sur les plus appropriés que les personnes atteintes de la schizophrénie éprouveraient des difficultés majeures. De cette difficulté résulte ensuite la production d'une réponse souvent inadéquate,

lorsque présente. En effet, il est fréquent d'observer chez les schizophrènes une hypervigilance ou une très grande tendance à être distrait. Ce phénomène les amène souvent à être incapables de mettre de côté les stimuli sans signification ou, à d'autres moments, à démontrer une hyperattention inadéquate. Les travaux de Mirsky et Duncan (1986) avec la méthode des potentiels évoqués cérébraux, apportent également un soutien aux théories postulant une perturbation au niveau du traitement de l'information. Ils ont, en effet, pu remarquer au cours de leurs recherches des réductions de l'amplitude de certaines ondes dans le cerveau qui seraient reliées à la capacité de sélectionner et de discriminer les stimuli qui nous arrivent. Le témoignage d'un patient schizophrène, rapporté par Catherine Tobin dans "La schizophrénie au quotidien" (1990), traduit bien cette réalité. Il y dit que "contrairement à ce que l'on pense, nous ne sommes pas en dehors de la réalité; en fait, nous sommes en contact avec tant de réalités à la fois que nous en devenons confus et accablés."

L'absence de réponses définitives et complètes est une fois de plus l'une des conclusions à laquelle il est possible d'arriver en ce qui a trait à la recherche d'une cause psychophysiologique de la schizophrénie. Par contre, elle procure de nombreuses observations intéressantes et tend à dégager un problème d'attention sélective et de filtration des stimuli.

Etudes psychologiques

Les études qui ont trait à la schizophrénie dans le domaine de la psychologie se sont surtout faites sous le thème de la psychanalyse et des processus psychotiques. Freud l'a, déjà en 1914, associée à un retrait de la libido du monde extérieur, suivi d'un surinvestissement du Moi par cette libido et, par la suite, de la reconstitution du monde extérieur ainsi perdu, conduisant à l'élaboration du délire chez le psychotique (Freud, 1964). Par la suite, de Freud toujours, est venu le concept qui appliqua aux psychoses le modèle névrotique d'inhibition, symptôme et angoisse.

D'autres modèles théoriques impliquent également une organisation particulière du Moi chez les patients psychotiques. Par exemple, Federn (1953: voir Racamier, 1980) trouvait le Moi schizophrénique trop anémique pour le travail usuel qu'il doit fournir. L'étude de la schizophrénie à travers la compréhension de la discordance entre l'organisation défensive du Moi et la nature des conflits pulsionnels a aussi été partagée par Freeman (1973).

Une troisième famille de conceptions s'attarde aux niveaux de fixation et de régression et aux mécanismes de défense. Ce groupe appartient à l'école des kleiniens.

Une remarque est apportée par un auteur (Racamier, 1980) et dit que "vivre la schizophrénie consiste bien à vivre hors de soi." En effet, les mécanismes qu'adopte le schizophrène pour éviter les conflits du Moi sont nombreux et ont trait au déni et au refoulement, à la notion de clivage (ou "scindage" selon les écoles), à la projection (projection identificatoire selon Freud et identification projective selon Klein, deux concepts un peu différents), en fait à des mécanismes "d'éjection" de certaines parties d'eux-mêmes.

Ces théories, essentiellement d'ordre psychanalytique, véhiculent des observations et un vocabulaire qui sont souvent propres à chacune d'elles, ce qui en rend leurs synthèses ardues mais non irréconciliables. De plus, elles font appel à des niveaux d'abstraction qui rendent ces phénomènes difficiles à mesurer et à quantifier dans le cadre de la recherche scientifique.

Le behaviorisme, en orientant ses études sur l'analyse du comportement, a permis la description de la schizophrénie à partir de ce qui est observable. Wender (1968) cite des chercheurs tels Degan, O'Connor, Lorr et McReynolds, qui ont développé des échelles de mesure du comportement, entre autres, le "Multidimensional Rating Scale for Psychiatric Patients" et le "Hospital Adjustment Scale". L'avènement de ces instruments de

mesure permet donc d'établir des critères cliniques observables sur lesquels les chercheurs et les cliniciens peuvent s'appuyer pour établir, sinon orienter, leur diagnostic. Les variables descriptives qui en ressortent sont de l'ordre du retrait, de la désorganisation de la pensée et de la perception (délires, hallucinations), des comportements déviants, de la projection paranoïde et des idées de grandeur. L'apparence négligée, taciturne et indifférente s'additionne souvent au tableau.

Sur un autre plan, la psychologie est appliquée à certains niveaux du traitement des personnes atteintes de la schizophrénie. Bien qu'elle soit difficilement réalisable sans la contribution d'un traitement médicamenteux, la psychothérapie est envisageable et apporte souvent des résultats qui sont intéressants et durables. Lalonde (1988) soutient que l'approche "psycho-éducative" est tout à fait adaptée et fournit au malade une thérapie de soutien ainsi que les informations pertinentes à une prise en charge de sa maladie. Ce même auteur cite également les résultats d'une étude menée à Boston en 1984: les patients recevant une psychothérapie de soutien (PS) offrent un meilleur rendement au travail que ceux recevant une psychothérapie d'insight (PI) inspirée par la psychanalyse:

- les patients en PI sont hospitalisés plus longtemps que les patients en PS;

- les patient en PS sont plus autonomes face à leur famille que les patients en PI;
- après deux ans de psychothérapie, les deux formes ont contribué de la même façon à la diminution du retrait et de l'apathie chez les patients.

D'autres formes de thérapie sont utilisées avec des patients schizophrènes: les thérapies de groupes, familiales et les sociothérapies. En résumé, la psychologie contribue à la description des comportements et des mécanismes de défense qui sont actifs dans la schizophrénie. Il apparaît que ces mécanismes de défense ne sont pas nécessairement spécifiques à cette maladie et qu'ils ne peuvent expliquer ses origines. François Borgéat (dans Lalonde 1988) mentionne toutefois qu'ils aident à décrire et à comprendre le vécu subjectif des malades ainsi que l'organisation des délires.

Etudes familiales

Les études les plus anciennes apportent des points de vue psychodynamiques et elles n'ont pas été validées par des études scientifiques par la suite.

Les premières théories qui ont mis l'emphase sur le rôle de la famille dans l'apparition ou l'évolution de la schizophrénie étaient fondées sur des théories dynamiques et celles-ci s'exprimaient en termes psychanalytiques. Tandis que les théories psychodynamiques se concentrent sur le fonctionnement individuel, les théories dynamiques d'approche psychanalytique se penchent plutôt sur le fonctionnement interpersonnel.

Le développement des théories familiales en ce qui a trait à la schizophrénie suit certaines étapes de l'évolution de la psychologie et de la psychanalyse. Freud abordait la schizophrénie en terme de régression au stade oral ainsi qu'en terme de narcissisme accompagné d'une perte de contact avec la réalité (dans Anderson et al., 1986). C'est toutefois Jung qui en 1906 a le plus contribué au développement de la théorie dynamique de la schizophrénie. Il a alors suggéré que la détérioration du patient dans les étapes avancées de la maladie était une expression psychosomatique d'un processus libidinal pathologique. Par la suite en 1959, Seales, d'orientation psychanalytique, a avancé qu'un individu développera une schizophrénie à la suite d'un effort continual de la part d'une autre personne importante pour le rendre fou. Les "méthodes" pour rendre cet individu fou incluent des échanges émotifs conflictuels, l'utilisation de la frustration, des changements subits dans les émotions exprimées, des conversations à contenus

très émotifs ou chargés d'émotions fortes, le "double-bind" et les échanges sur plusieurs niveaux d'interactions simultanément et non reliés entre eux. Le modèle de Seales est souvent décrit comme étant le plus extrême pour décrire les interactions entre deux personnes dans le développement de la schizophrénie.

Fromm et Reichman en 1948 ont inventé le terme de "mère schizophrénogène". Cette mère est définie comme étant froide, rigide et peu portée vers son enfant, exprimant peu d'amour ou de soin maternel et faisant des commentaires sur la place du père dans la relation conjugale et dans l'éducation de leur enfant. Le père, quant à lui, ils le décrivent comme étant un homme mou, indifférent et passif.

Bateson amène en 1956 la notion de double contrainte (double-bind). Celle-ci implique une communication paradoxale dans la relation parent-enfant et selon Bateson, l'individu qui est soumis à des situations de double contrainte de façon répétitive, et sur une période relativement longue, peut développer des symptômes de schizophrénie. Pour qu'il y ait double contrainte, 1) deux personnes ou plus, dont l'une est victime, sont impliquées dans cette relation au sein d'une même famille; 2) la personne qui donne les directives doit être une figure importante pour l'enfant; 3) cette directive comporte une injonction négative primaire qui peut se traduire par deux formes: "ne fais pas ceci

ou tu seras puni" ou "si tu ne le fais pas, tu seras puni". Dans ce contexte d'apprentissage, l'enfant évolue en évitant constamment la punition. La punition peut signifier pour lui la perte d'amour, l'expression de la haine, de la colère, etc.; 4) elle comporte également une injonction négative secondaire qui contredit la première à un niveau plus abstrait et qui se traduit surtout par des signaux non-verbaux menaçants qui renforcent eux aussi la punition (c'est un message qui est perçu par l'enfant comme une interdiction d'interpréter de manière adéquate le message qu'il reçoit, comme par exemple: "ne fais pas ceci ou tu seras puni, mais ne considère pas cela comme une punition"); 5) cette directive suppose, de plus, une injonction négative tertiaire qui interdit à la victime d'échapper à la situation. Si la situation de double contrainte survient dans l'enfance, c'est une question de survie et la fuite s'avère impossible. Si elle survient plus tard, le résultat peut être le même ou alors l'individu est absorbé par différents stratagèmes qui impliquent des promesses d'amour, du chantage affectif ou autres. Le résultat d'une telle situation d'apprentissage est un individu qui aura tendance à intégrer tout mode de relation dans ce modèle systémique.

Un résumé de cette description peut s'énoncer ainsi: un individu participe à une relation intense dans laquelle il sent qu'il est vital pour lui de percevoir avec justesse les messages

qui lui sont transmis et qu'il est nécessaire d'y répondre avec une précision absolue. Cet individu se trouve dans une situation où l'autre exprime deux messages différents et dont l'un nie le second. L'individu n'a pas non plus la possibilité de métacommuniquer, donc aucun moyen de discuter sur sa perception des messages (Jackson, 1960).

L'approche de Lidz (Lidz, Fleck, Cornelison, 1957; Lidz, 1965) met quant à elle le focus sur la triade père-mère-enfant. Ainsi, la famille entière est vue comme étant pathologique et cela, principalement à cause d'une relation parentale perturbée. L'enfant, lui, se voit remettre le rôle du bouc-émissaire. Lidz distingue la famille biaisée (marital skew) qui, apparemment harmonieuse, est déformée et déformante. On y retrouve un conjoint dominant l'autre, des attitudes bizarres, une mère intrusive dans la vie de son enfant et un père passif. Cette famille est organisée autour d'une figure centrale, dominante et pathologique, souvent la mère. Il distingue aussi la famille schismatique (marital schism). Cette dernière propose un mode relationnel caractérisé par une hostilité chronique entre les parents ainsi que par un retrait mutuel. Dans les deux types de familles identifiées par Lidz et ses collaborateurs il y a une augmentation de l'anxiété.

Cette approche de la schizophrénie, comme celle de la double contrainte, suggère qu'il ne s'agit pas d'une maladie mais plutôt d'une façon acquise par l'enfant de répondre ou de réagir à une situation dans laquelle le comportement des parents est perçu comme non-approprié relativement à leur âge et leur sexe et ce, envers chacun d'eux et envers l'enfant.

Pour Wynne et Singer (1966), le fonctionnement de la famille entière est perturbée et les membres de celle-ci "travaillent" ensemble pour maintenir une façade de mutualité. Dans cette perspective, les parents qui ont un enfant diagnostiqué schizophrène ne peuvent fournir à leur enfant un environnement qui lui permet de bâtir, tout au long de son développement, sa propre identité car il y a une inadéquacité de la structure des rôles parentaux. Wynne a amené le terme de pseudo-mutualité pour expliquer la présence d'une stabilité apparente sous laquelle les modes de communication de la famille sont irrationnels, fragmentés, flous et ambigus. Cette famille se présente comme un bloc compact offrant un discours partagé entre tous ses membres et ce, sans aucune variation possible. On isole donc le patient et son discours "délirant" en le disant fou, car il risque de faire s'effondrer cette fragile structure.

Anderson et al., (1986) qualifie ces théories, selon lesquelles la communication perturbée des parents entraîne une

réaction psychotique chez leur enfant, de "linéaires" et de périmées. La conception systémique tend à remplacer cette approche d'ordre psychanalytique dans la compréhension du fonctionnement familial en prenant davantage en considération les interactions familiales, plutôt que les processus intrapsychiques.

Vaughn et Leff (1981) apportent le concept des émotions exprimées par la famille. La compréhension de cette notion et sa mesure permettent, selon ces chercheurs, d'obtenir des indices de prédiction des rechutes du patient schizophrène. De plus, outre le fait qu'il s'agit là d'un apport important sur le plan de l'étiologie de la maladie, leurs travaux ont une incidence directe sur l'établissement des modes d'interventions thérapeutiques avec la famille. Les diverses variables qui sont prises en considération dans ces études des émotions exprimées sont d'abord l'intensité de ces émotions: elles peuvent être faibles, la famille participe ainsi au maintien d'un climat de légère indifférence, ou elles peuvent être fortes. Dans ce dernier cas, l'intrusion et les critiques hostiles sont présentes. Une autre variable considérée est celle de l'absence ou de la présence d'une médication neuroleptique. Dans les études de Vaughn et Leff (1981), portant sur le concept des émotions exprimées, ces deux facteurs sont considérés comme prépondérants dans la prédiction des rechutes des patients schizophrènes. Les patients qui vivent dans des familles à fortes émotions exprimées (FEE) seront

protégés des rechutes s'ils passent peu de temps en face-à-face avec leurs parents et s'ils prennent des neuroleptiques. Les patients qui vivent dans des familles à faibles émotions exprimées (fee) présentent un taux de rechute de 13% tandis que ceux vivant dans une famille FEE ont quant à eux un taux de rechute de 51%.

CRITERES DIAGNOSTIQUES, SYMPTOMES ET FORMES

Dans le DSM-III, cinq critères sont donnés pour caractériser la schizophrénie:

- Les troubles schizophréniques se déclarent avant l'âge de 45 ans (ce critère n'est pas retenu par le DSM-III-R).
- Ces troubles ne proviennent pas d'une maladie mentale organique cérébrale ni d'une psychose maniaco-dépressive ou autres troubles affectifs.
- Le malade manifeste des symptômes psychotiques, tel que du délire, des hallucinations, de l'incohérence dans les associations d'idées.
- Le malade fonctionne nettement en dessous de ce dont il était capable intellectuellement dans la vie sociale, professionnelle ou familiale.

- Les troubles existent depuis plus de six mois.

Il n'existe pas une schizophrénie, mais des schizophrénies et des définitions parfois fort différentes. Les schizophrénies peuvent toutefois être définies "ensemble" par le biais de deux catégories de symptômes qui sont les symptômes positifs et les symptômes négatifs.

- Les symptômes positifs sont ceux qui s'ajoutent au répertoire habituel des sensations. Les délires, les hallucinations et les troubles de la pensée en font partie et se manifestent particulièrement en phase aiguë de la maladie, lors des crises.
- Les symptômes négatifs se caractérisent au contraire par un défaut de sensations ou un manque par rapport au fonctionnement d'avant la maladie. Ils se manifestent à travers des attitudes tel que le manque d'initiative, l'apathie, la perte de volonté (aboulie), la perte de plaisir, la retrait social, etc.

Les symptômes liés à la schizophrénie se classent également selon trois grandes dimensions qui sont la dissociation, le délire et l'autisme.

- La dissociation exprime la désintégration et la perte d'unité de la pensée et de la personnalité du schizophrène. C'est de cette notion, comme mentionné plus avant, que s'est inspiré Bleuler pour introduire le terme de schizophrénie.

Il y a la dissociation de la pensée: idées récurrentes, manque de cohérence et interruption du discours. L'attention et la concentration sont aussi relâchées. Il y a parfois apparition de néologismes, de même qu'une tendance à passer du "coq à l'âne". Le discours du malade en devient donc souvent incompréhensible ou confus.

La dissociation affective, elle, fait appel à l'appauvrissement de l'affectivité et des réactions émotives. Le malade se montre donc indifférent à autrui, froid dans ses contacts et il semble dépourvu de sensibilité ainsi que désintéressé des activités qui pouvaient, auparavant, le motiver. Ses émotions sont absentes, ou encore, exprimées de façon inadéquate et brutale.

- Le délire constitue une perte des limites entre soi et le monde extérieur. Les hallucinations en sont la manifestation la plus fréquente. Celles-ci peuvent faire appel à tous les sens, mais elles sont surtout visuelles

ou auditives. Le schizophrène peut aussi manifester de l'automatisme mental: il a alors la ferme impression que sa pensée est devinée, téléguidée, soumise à une influence extérieure à lui-même.

- L'autisme est assurément la forme de symptômes la plus marquante de la schizophrénie. La dissociation atteint alors le point où la réalité extérieure n'a plus aucune emprise sur le malade. Il se manifeste à ce moment une indifférence totale, un important repli sur soi-même et ce, chez une personne qui, jusqu'à quelque temps auparavant, fonctionnait normalement en apparence.

Il existe plusieurs formes cliniques de la schizophrénie à travers lesquelles il peut être difficile de se retrouver. Toutefois, une brève description des formes les plus fréquentes permet quand même de constater la pluralité des facteurs et des symptômes qui y sont associés.

La schizophrénie paranoïde

Cette forme est très riche en symptômes et elle se caractérise essentiellement, comme son nom l'indique, par des

idées paranoïdes, mais également de grandeur et de persécution. Elle s'accompagne aussi de tendances à ce qui a déjà été décrit plus avant comme étant de la dissociation. Comme caractéristiques associées on retrouve l'anxiété sans objet, la colère et la violence occasionnelle. Cette forme a tendance à survenir plus tardivement dans la vie et d'une façon subite. Elle présente une bonne réponse à la médication neuroleptique, ce qui permet d'en contrôler l'évolution et d'envisager une certaine réinsertion sociale.

L'hébéphrénie (désorganisée)

Les caractéristiques essentielles de cette forme sont une incohérence et un affect abrasé et niais ou incongru. Cette forme s'installe habituellement de façon insidieuse et progressive et sa venue se remarque par une baisse de la concentration, le repli sur soi, la perte d'intérêt et l'apathie. Peu à peu, l'importance de ces symptômes augmente avec l'évolution de la maladie. Peu sensible aux traitements par médicaments, l'absence d'idée délirante systématisée la caractérise aussi.

La catatonie

Cette forme a souvent des aspects "spectaculaires" de par les positions bizarres et stupéfiantes que peut maintenir, parfois durant des heures, le malade. Tobin (1990) parle de délire corporel ou de traduction physique de la dissociation mentale. Le mutisme et la rigidité corporelle caractérisent l'évolution de cette forme de la schizophrénie. Elle était également beaucoup plus fréquente au début du siècle, car aujourd'hui les traitements en empêchent l'évolution sévère. Le pronostic demeure, pour ce type de schizophrénie, plutôt pauvre.

La schizophrénie simple

Cette forme se caractérise par une survenue progressive. Elle se manifeste par la perte des intérêts et des initiatives, par une restriction importante des contacts sociaux et familiaux et par une affectivité appauvrie. Les hallucinations y sont le plus souvent absentes, de même que les délires. Ces derniers symptômes peuvent apparaître lors d'un bref épisode psychotique passager. Certains troubles de la pensée sont toutefois présents, mais d'une manière très discrète. Par ailleurs, ce type de schizophrénie peut faire appel à la notion de schizophrénie

résiduelle, car même si le tableau clinique ne comporte pas de symptôme psychotique manifeste, des signes de la maladie, tel que l'émoussement de l'affect, le retrait social et le relâchement des associations demeurent.

SCHIZOPHRENIE ET DIFFÉRENCES ENTRE LES SEXES

Depuis le début des années 1980 une préoccupation se fait plus présente concernant l'élargissement des perspectives reliées au diagnostic de la schizophrénie. Cette préoccupation implique une accentuation du rôle du sexe du patient. Plusieurs observations ont porté les chercheurs à orienter leurs études sur ce qui différencie les hommes et les femmes atteints de la schizophrénie, plutôt que sur la définition d'une étiologie englobant les deux sexes. Les sexes semblent différer quant à l'incidence élevée des admissions masculines relativement aux admissions féminines, à la durée du séjour en milieu hospitalier, aux niveaux de fonctionnement occupationnel et social et à l'âge à laquelle la maladie fait son apparition. Bardenstein et McGlashan (1990) mentionnent qu'on cherche maintenant à être plus nuancé dans l'énoncé des théories qu'auparavant. A titre d'exemple, ils rapportent les propos d'un auteur du siècle dernier

amené à commenter le résultat de ses études sur les comportements antisociaux des patients en psychiatrie: "Les femmes étant moins évoluées que les hommes, elles sont incapables de se détériorer tout autant."

En 1985, un symposium s'est tenu sur la schizophrénie et les différences entre les sexes. Seeman y a exposé les cinq dimensions sur lesquelles, selon elle, l'homme et la femme diffèrent. Il s'agit de la génétique, du développement hormonal, de l'organisation neurologique, de l'organisation morphologique et du comportement. Chacune de ces dimensions peut contribuer à déterminer le type ainsi que la sévérité de la schizophrénie. De plus, ses propres études concluent qu'aucune différence significative caractérise les couples de jumeaux schizophrènes masculins et féminins.

Les facteurs génétiques, hormonaux et neurologiques

Sur le plan génétique, Rosenthal (1971) note que l'incidence de la schizophrénie est, à première vue, également distribuée entre les hommes et les femmes. Toutefois, Schumer

(1979) note que même si aucune évidence n'est établie en ce qui concerne une différence entre les sexes sur le plan de la génétique des schizophrènes, le taux de concordance, dans les études sur les jumeaux, est plus élevé s'il s'agit de jumelles monozygotes que s'il s'agit de jumeaux monozygotes. Seeman (1985) n'est pas d'accord avec cette différence du taux de concordance et elle s'en tient à l'absence d'évidence génétique. Selon elle, un enfant dont le père est schizophrène n'a pas moins ou plus de chances qu'un enfant dont la mère est schizophrène de développer un jour cette maladie. De plus, elle affirme que le taux de schizophrénie au premier degré de parenté est identique pour les hommes et pour les femmes.

Les études biochimiques et neuroanatomiques n'ont pas vraiment mis une grande emphase sur la recherche de différences entre les sexes dans la schizophrénie. Toutefois, il y est fait mention d'un développement hormonal différent (oestrogènes et testostérones) qui pourrait avoir un effet antidopaminergique et ce, en faveur d'un meilleur pronostic chez la femme. Cet effet semble agir sur le système immunitaire de la même façon qu'une médication préventive et peut, en partie, expliquer l'âge de survenue plus tardif chez la femme. D'ailleurs, la mesure des changements hormonaux qui surviennent fréquemment chez la femme apporte un éclairage nouveau sur des manifestations cliniques liées à la schizophrénie: ces manifestations sont plus fréquentes

en périodes prémenstruelles, après un accouchement et à l'âge de la ménopause (Seeman, 1985; Seeman, 1986). Il semble toutefois possible que des voies de recherches se définissent plus clairement au niveau de la neurologie: un modèle théorique proposé par Kopala et Clark (1990) fait état d'un développement neurologique différent entre les hommes et les femmes ainsi que de possibles lésions cérébrales latentes.

Seeman (1985) soulève un point qui est repris par Lalonde (1988). Celui de l'asymétrie cérébrale. En fait, tout se joue à un très jeune âge à ce niveau: dès le développement du foetus l'organisation du cerveau est différente selon le sexe. La conséquence en est que les femmes sont plus "bilatérales" que les hommes. L'hypothèse que la schizophrénie pourrait être une dysfonction de l'hémisphère gauche a déjà été avancée et ce, en raison de sa ressemblance avec les troubles du langage (Lalonde, 1988). Par ailleurs, les gauchers, tout comme les femmes, à cause d'une latéralisation cérébrale droite, ont un meilleur pronostic que les hommes droitiers.

D'autre part, certaines anomalies neuromusculaires ont été remarquées chez les enfants à risque pour la schizophrénie (Seeman, 1985). Toutefois, ces éléments ne permettent pas de confirmer, pour l'instant, quelque hypothèse que ce soit à ce niveau.

Le fonctionnement social et occupationnel

Salokangas (1983) considère comme essentiels des éléments comme l'habileté au travail, les relations interpersonnelles, l'ajustement social et le développement psychosexuel dans l'évaluation d'un pronostic global pour établir un statut clinique adéquat et un traitement efficace. Ses études impliquent des patients à leur première hospitalisation sélectionnés à partir de rapports médicaux selon les critères diagnostics de Bleuler. Il apparaît que l'habileté au travail est significativement plus faible chez les hommes et de plus, à la fin de l'étude, un tiers des femmes étaient sans symptôme contre seulement un cinquième des hommes. Sur le plan social, Salokangas (1983), décèle que dû à leur pauvre habileté au travail, les hommes sont plus souvent prestataires de l'aide sociale. Par ailleurs, les hommes vivent plus souvent seuls et célibataires que les femmes qui sont, quant à elles, le plus souvent mariées ou vivant dans une forme d'union quelconque (Watt, Katz, Shepherd, 1983; Wattie, 1986; Angermeyer, Goldstein et Kuehn, 1989). Un facteur contribuant à cette différence est sans doute l'âge de survenue plus hâtive chez l'homme qui diminue, pour ainsi dire, les chances de se marier. Quant aux recherches de Watt et Szulecka (1979), elles démontrent que la proportion d'hommes célibataires est plus élevée dans le groupe d'hommes schizophrènes que dans un groupe d'hommes de la population générale du même âge. Par ailleurs, les célibataires

masculins sont réadmis plus souvent que les célibataires féminines.

Salokangas (1983) mentionne aussi que les hommes tendent, après leur congé de l'hôpital, à revenir plus souvent que les femmes dans l'entourage de leurs parents. La conséquence en est qu'ils ne peuvent faire l'apprentissage d'habiletés sociales très sophistiquées car ils se retrouvent dans un milieu "protégé" où ils n'ont pas à se débrouiller seuls. Les femmes, quant à elles, retournent souvent avec leur conjoint ou encore, seules en logement. Toutefois, Watt et Szulecka (1979) rapportent des résultats qui ne supportent pas l'hypothèse voulant que les femmes sont déjà mariées au moment de la première hospitalisation et que les hommes sont, quant à eux, célibataires. Aucune différence n'apparaît à ce niveau dans leurs recherches.

Une autre différence soulevée par Salokangas (1983) concerne la différence des habiletés sociales entre les sexes; le traitement en centre hospitalier (interne), est considéré comme étant un facteur qui diminue les dites habiletés, à cause de la prise en charge des patients et de l'encadrement rigoureux qui leur est fourni. Or, les hommes étant hospitalisés plus fréquemment et pour de plus longues périodes, le fonctionnement social s'en trouve, encore une fois, altéré. Par ailleurs, aucune différence importante n'a pu être établie dans cette étude sur les

symptômes cliniques menant au diagnostic entre les hommes et les femmes.

Sur le plan comportemental, Watt (1978) fait état que durant l'enfance les filles apparaissent, en général, moins agressives, moins actives et plus sociables que les garçons. Cet état des choses peut en quelque sorte être de nature protectrice. De fait, en s'appuyant sur l'étude de la période pré morbide et des premières phases de la maladie, il affirme que les femmes schizophrènes sont significativement moins sociables et plus timides que les femmes non-schizophrènes, ce qui contraste avec le niveau de sociabilité qu'elles présentent en plus bas âge. En ce qui concerne les hommes, leur histoire pré morbide ne permet pas de constater de différence sur le plan de la sociabilité lorsqu'ils sont comparés à un groupe contrôle. Toutefois, cette étude révèle qu'ils sont souvent plus agressifs et "délinquants" que les hommes non-schizophrènes. Watt (1978) suggère que cette sociabilité, chez les jeunes filles, peut être protectrice et que l'agressivité, chez les garçons, peut précipiter l'apparition de la maladie.

Dans une recherche de Mueser et al., (1990), l'évaluation du fonctionnement social traduit des résultats de meilleure qualité pour la femme que pour l'homme: ils suggèrent que les femmes sont plus compétentes socialement que les hommes. De plus,

les différences notées traduisent des écarts qui demeurent stables sur une longue période d'évaluation. Ils suggèrent que l'évaluation du fonctionnement social, ainsi que de la compétence sociale, ne peuvent être utiles dans l'établissement d'un meilleur diagnostic de schizophrénie. Toutefois, la présence de ces facteurs, à un niveau élevé de développement, peut jouer un rôle important dans la "survie" du schizophrène en dehors des milieux hospitaliers. Un fonctionnement social adéquat, ou peu altéré, implique moins de comportements par lesquels les schizophrènes s'attirent des critiques et des réactions négatives de la part de leur entourage. Ceci permet d'éviter les rechutes (Brown et al., 1972; Salokangas, 1983; Mueser et al., 1990) en diminuant le stress que vit le patient plus "compétent", en même temps que cela lui permet de mieux assumer son rôle social: la compétence sociale et le fonctionnement social deviennent ainsi des facteurs non pas de diagnostic mais de pronostic. Par ailleurs, une plus grande compétence sur le plan social fait en sorte que les femmes atteintes de schizophrénie se marient plus souvent et possèdent un emploi plus stable que les schizophrènes masculins (Schumer, 1979; Salokangas, 1983; Goldstein, 1988).

La structure d'âge

Une étude rétrospective menée par le WHO (World Health Organization) en 1979 (dans Salokangas, 1983) mentionne que la structure d'âge, notée entre les hommes et les femmes, peut influencer les résultats en terme de pronostic. Les hommes tendent à développer en plus bas âge la schizophrénie que les femmes et il est donc possible que les différences notées par la suite entre les deux sexes soient la conséquence de ce que les hommes n'ont pu acquérir comme habiletés par rapport aux femmes, plutôt qu'un réel déficit causé par l'évolution de la maladie, une fois celle-ci apparue.

Watt et Szulecka (1979) ont fait une étude qui porte sur deux ans. Ils ont mis en évidence, entre autres, une moyenne d'âge de dix ans plus jeune pour les hommes comparativement aux femmes au moment de la première hospitalisation. De plus, les hommes dont l'âge à la première admission se situait au-dessous de la médiane sont réadmis plus fréquemment que les hommes dont l'âge est supérieur à la médiane.

L'étude de Lewine (1985) à partir des index d'admissions portant sur 387 patients (238 hommes, 149 femmes) permet de constater des moyennes d'âges différentes entre les deux sexes: 26.6 pour les hommes et 30.8 pour les femmes. Plusieurs auteurs

font aussi état de l'âge de survenue de la maladie, ou de la première hospitalisation, qui est plus jeune chez les hommes. Il s'agit là d'une des conclusions les plus fréquentes lorsque les différences entre les hommes et les femmes sont étudiées dans la schizophrénie (Loranger, 1984; Chung-Chu *et al.*, 1988; Angermeyer, Goldstein et Kühn, 1988; Dworkin, 1990).

Les facteurs familiaux

Les premières théories familiales sur la schizophrénie (Lidz, Fleck, Cornelison, 1957; Wynne et Singer, 1966) impliquent la confusion dans les rôles conjugaux et parentaux, chez les parents, dans la genèse d'une différence entre les sexes chez les patients schizophrènes. Ces théories supportent, entre autres, l'idée que la mère peut éduquer ses enfants comme s'il s'agissait d'enfant du sexe opposé, qu'elle peut dormir avec eux jusqu'à la fin de leur adolescence ou encore, s'adonner à des pratiques bizarres tel que l'examen du pénis de son garçon afin d'y découvrir quelque défaut que ce soit. Ces attitudes parentales constituent des éléments pour le développement d'enfants à risque pour la schizophrénie. Schumer (1979) indique qu'il ne s'agit pas là d'observations qui nous renseignent nécessairement sur les différences entre les sexes chez les personnes schizophrènes, mais plutôt de renseignements sur ce qui peut "activer" ou provoquer

la manifestation d'une maladie déjà présente à l'état latent. Lidz et ses collaborateurs (1965) établissent aussi une corrélation entre le type de dynamique familiale et le sexe des enfants schizophrènes. En effet, les familles dites schismatiques, dans lesquelles l'opposition et les conflits entre les parents sont très apparents, contribueraient, selon ce concept, à l'émergence de la schizophrénie chez les femmes, tandis que les familles dites biaisées, dans lesquelles une grande attention est mise sur les problèmes et l'irrationnalité d'un des parents - généralement la mère - contribueraient à l'émergence de la maladie chez les hommes.

Cheek (1964), suite à ses observations entre les parents de familles dans lesquelles on retrouve un schizophrène, introduit l'idée selon laquelle le père des schizophrènes masculins tend à être passif et peu porté à donner de l'affection à ses enfants, tandis que la mère des schizophrènes féminines tend à adopter des attitudes très narcissiques et de grande fierté. Toutefois, le nombre limité d'observations sur lesquelles reposent les énoncés de Cheek, de même que la difficulté à faire la lumière sur la façon dont ces comportements agissent en tant que mécanismes pouvant induire la schizophrénie chez les enfants restreignent les possibilités de généralisation à partir de telles études (Schumer, 1979).

L'incidence administrative et séjours en milieu hospitalier

Lewine (1985) rapporte que significativement plus d'hommes que de femmes sont diagnostiqués schizophrènes et que ceux-ci présentent une plus grande désorganisation globale à l'admission. Lalonde (1988) fait mention d'une enquête menée par l'organisation mondiale de la santé qui rapporte qu'un peu plus d'hommes (56%) que de femmes (44%) souffrent de schizophrénie. D'autres résultats vont aussi dans le même sens en traduisant un nombre d'admissions et de réadmissions, avec le diagnostic de schizophrénie, significativement plus grand pour les hommes que pour les femmes. Également, les hommes passent plus de temps en milieu hospitalier que les femmes (Watt et Szulecka, 1979; Folnegovic *et al.*, 1990).

Les recherches de Goldstein (1988), démontrent aussi que les femmes schizophrènes expérimentent, de façon significative, un nombre moins élevé d'hospitalisations ainsi que des séjours plus courts à l'hôpital que les hommes schizophrènes. Les résultats de Goldstein confirment une différence au niveau des réhospitalisations et de la durée des séjours lorsqu'on utilise des cas de première hospitalisation. Par ailleurs, il attribue à la période pré morbide la responsabilité de la différence entre les hommes et les femmes sur des variables comme la durée et le nombre des séjours en milieu hospitalier. En effet, ses

recherches lui ont permis de constater un fonctionnement de meilleure qualité chez les femmes que chez les hommes durant la période qui précède la maladie. Ces données rejoignent partiellement la conclusion de l'étude du WHO à propos du "manque à gagner" chez les hommes schizophrènes en raison d'une maladie qui survient plus précocement et qui ne leur permet pas d'acquérir toutes les habiletés nécessaires pour un fonctionnement équivalent à celui de femmes schizophrènes.

L'étude de Salokangas (1983) ne fait aucune différence quant aux critères utilisés pour les hommes et pour les femmes lors de la sélection des sujets. Toutefois, puisqu'il s'agit d'une étude longitudinale, des différences considérables sont apparues par la suite: les hommes sont admis plus fréquemment et pour de plus longs séjours que les femmes, jusqu'à deux fois plus longtemps pour certains.

Cette conclusion peut sembler contradictoire avec les affirmations de Goldstein (1988), de Bielh et al., (1986) et de Angermeyer, Kühn et Goldstein (1990) qui mentionnent que les observations des différences entre les hommes et les femmes atteints de schizophrénie sont plus significatives lorsqu'elles sont faites sur de courtes périodes ou seulement à partir des données recueillies au moment de la première hospitalisation. Selon ces auteurs, la signification des différences tend à

s'estomper sur des périodes d'observation qui sont longues, c'est-à-dire de cinq ans et plus.

Conclusion

Il est à noter que l'ensemble des différences entre les hommes et les femmes dans la schizophrénie consiste en des symptômes négatifs, c'est-à-dire en des déficits que présente un sexe par rapport à l'autre et que l'évaluation des symptômes positifs, les ajouts tel que les hallucinations et le délire, donnent des résultats comparables entre les hommes et les femmes schizophrènes (Lewine et al., 1984).

Lewine (1985) émet l'hypothèse selon laquelle la schizophrénie est peut-être chez l'homme et chez la femme l'expression de deux affections différentes se partageant plusieurs symptômes similaires. Chez la femme, il s'agirait d'une forme de désordre affectif, tandis que chez l'homme il s'agirait d'un syndrome "amotivationnel" (amotivational syndrome) causé par l'entremise d'une sous-activité dopaminergique. Cette théorie, si elle s'avère fondée, pourrait expliquer une grande partie des différences manifestes entre les hommes et les femmes dans la schizophrénie, bien qu'elle susciterait, à elle seule, bien des remises en question sur les plans thérapeutiques et médicaux.

Position du problème

La revue de la littérature se rapportant aux différents facteurs caractérisant la schizophrénie dans son étiologie globale et dans les différences entre les femmes et les hommes confirme que beaucoup a été fait mais aussi, que beaucoup reste également à préciser et ce, surtout en ce qui a trait à l'évaluation des traits qui distinguent les deux sexes dans la schizophrénie. Certaines échelles d'évaluation de comportements et d'acquis aux plans social et comportemental ont été utilisées, et les index d'admissions et les notes d'évolution faites aux dossiers des patients en milieu hospitalier représentent une source très utilisée et objective de renseignements sur l'évolution des schizophrènes. Des auteurs, utilisant pourtant souvent les mêmes stratégies de recherche, en sont parfois arrivés à des résultats contradictoires ou, à tout le moins, significatifs pour les uns et non-significatifs pour les autres.

La présente recherche vise donc à fournir un éclairage supplémentaire sur certains des aspects reliés aux différences entre les femmes et les hommes ayant comme diagnostic de première admission la schizophrénie. D'un point de vue plus fondamental, l'intérêt de ce projet peut se concevoir de plusieurs façons. Ce qui semble le plus important, c'est la piste qu'offre la comparaison des handicaps selon le sexe pour des patients atteints

de schizophrénie. La confirmation de l'hypothèse proposée par ce projet permettrait de préciser l'évolution de la maladie selon le sexe et, ce faisant, amener une meilleure compréhension de ce trouble. Ainsi, l'hypothèse suivante est posée: les hommes schizophrènes présentent un pronostic plus sombre que les femmes schizophrènes. De cette hypothèse générale en découlent d'autres voulant que:

- l'âge de première hospitalisation est plus précoce pour les hommes que pour les femmes;
- plus d'hommes que de femmes sont admis avec un diagnostic de schizophrénie;
- les hommes expérimentent un plus long séjour en milieu hospitalier et un plus grand nombre de réhospitalisations que les femmes;
- l'adaptation globale, l'adaptation sociale et le fonctionnement social sont moins développés chez les hommes que chez les femmes.

Chapitre II

La méthodologie

Le deuxième chapitre présente la méthodologie utilisée pour l'obtention des données relatives à cette recherche. La première partie décrit les sujets composant l'échantillon. En second lieu, les informations contenues dans les registres d'admission, ainsi que les instruments de mesure utilisés, soit le Global assessment scale et le Social adjustment scale-II sont présentés. Finalement, les analyses statistiques retenues sont exposées, de même que les considérations éthiques.

Les sujets

Les sujets se répartissent en deux groupes, les hommes et les femmes, admis pour une première hospitalisation à l'hôpital Louis-H. Lafontaine entre 1984 et 1987 pour une psychose. L'analyse des dossiers de chacun de ces patients, 477 hommes et 414 femmes, est menée à partir des critères du DSM-III-R afin de les "rediagnostiquer" avec un diagnostic principal ou révisé de schizophrénie (toutes catégories), trouble schizophréniforme, psychose réactionnelle brève, trouble schizo-affectif, personnalité schizoïde et schizotypique (DSM-III-R). La procédure

visant à établir, à rétablir ou à définir le diagnostic est rendu nécessaire afin de constituer une groupe de recherche le plus homogène possible et, à la fois, le plus près des critères établis pour la schizophrénie par le DSM-III-R. Par ses critères diagnostics précis, celui-ci contribue grandement à la définition d'un diagnostic précis et fidèle (Lalonde, 1988; Angermeyer et al., 1990).

De l'échantillon de départ de 891 sujets, 145 (16.3%) sont acceptés et 440 (49.4%) sont refusés eu égard aux critères diagnostics recherchés pour l'étude. De plus, 306 sujets (34.3%) n'ont pas été retenus à cause d'une ou plusieurs hospitalisations antérieures en psychiatrie. Tandis qu'au départ la cohorte était constituée de 477 hommes (53.5%) et de 414 femmes (46.5%), l'échantillon "rediagnostiqué" est constitué de 103 hommes (71.0%) et de 42 femmes (29.0%). Il s'agit d'un échantillon cumulatif, dans lequel s'intègrent graduellement au cours des années 1983 à 1987 les sujets qui constituent l'échantillon final.

L'âge moyen pour les hommes est de 26.97 ans ($\sigma=8.23$) et l'âge moyen pour les femmes est de 34.29 ($\sigma=14.22$). Bien que le pourcentage d'hommes retenus pour l'étude soit significativement plus élevé que celui des femmes, le nombre de sujets rejetés est égal pour les deux sexes (374 hommes et 372 femmes).

tableau 1
Répartition du nombre de patients admis par année de suivi

ANNEE DE LA PREMIERE HOSPITA- LISATION	>	ACCEPTEES	REFUSES	Total
		n=	n=	
83		28	139	167
84		27	144	171
85		27	142	169
86		31	163	194
87		32	158	190
Total		145	746	891
		16.3%	83.7%	100.0%

Les mesures

Une difficulté méthodologique évidente pour toute étude rétrospective est l'absence d'un ou de plusieurs indices de référence comparables du fonctionnement avant le traitement ou avant l'apparition des symptômes. Toutefois, les difficultés pratiques inhérentes à la réalisation d'une recherche prospective en psychiatrie sont importantes et elles exigent, de plus, le suivi des patients sur de très longues périodes. C'est pourquoi l'option de la recherche rétrospective est retenue pour cette étude. D'ailleurs, les registres et les index d'admission ainsi

que les dossiers médicaux constituent un des outils de base dans la recherche épidémiologique (Folnegovic et al., 1990).

Archives et registres d'admission

Les données, fournies par les services d'archives et d'informatique de l'hôpital Louis-H. Lafontaine¹ constituent le point de départ de cette recherche. Cette liste s'établit en fonction des patients qui ont connu une première hospitalisation² à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine entre 1983 et 1987. Cette liste permet de connaître le nombre et la durée cumulative des séjours à intervalles réguliers (six mois, un an, 2 ans, trois ans, quatre ans et cinq ans). Elle présente des renseignements tel que l'année d'hospitalisation, le sexe, la date et la durée de chacune des réadmissions ainsi que le nombre total de séjours.

1 Il convient de remercier les Services d'archives et d'informatique ainsi que MM. Pierre Lalonde md, et Alain Lesage md, du Centre de recherche de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine pour leur précieuse collaboration.

2 Le terme hospitalisation signifie dans la présente étude toute demande d'admission faite pour un patient, que le patient ait séjourné sur une unité ou dans l'attente d'un lit.

Echelle d'évaluation globale du fonctionnement

L'échelle d'évaluation globale du fonctionnement est une adaptation du Global assessment scale (GAS), développé par Endicott et al. (1976), permettant d'évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum allant de la santé mentale à la maladie. L'étendue des valeurs de cette échelle, qui représentent des niveaux de fonctionnement en regard de certains critères, va de un(1) à 100.

L'échelle est divisée en dix intervalles égaux, dont les plus hauts (81 - 90, 91 - 100) décrivent les comportements et les caractéristiques des sujets qui non seulement sont sans symptôme significatif, mais qui présentent également des traits considérés comme positifs au plan du fonctionnement, tel que l'implication dans des activités sociales, un excellent contrôle de soi, des relations sans conflit important, etc. En ce qui concerne les intervalles les plus bas (1 - 10, 11 - 20), ils décrivent les sujets qui présentent des symptômes persistants d'agressivité, de négligence corporelle, d'altération de la communication et du jugement, etc. L'échelle est reproduite en détail dans l'appendice A.

Echelle d'évaluation de l'ajustement social

L'échelle d'évaluation de l'ajustement social (SAS-II) est une adaptation du Social adjustment scale (SAS) élaborée par Schooler, Hogarty et Weissman (1979) et désignée spécifiquement pour une utilisation avec des patients schizophrènes. Cette évaluation peut être faite à partir d'une entrevue semi-structurée ou à l'étude de dossiers médicaux bien étoffés. Cinq dimensions sont évaluées par cette échelle et les cotes sont attribuées à partir de critères basés sur les normes de la société en général concernant le fonctionnement social. Le fonctionnement au travail, les relations avec les pairs, le noyau familial et la famille élargie, les loisirs ainsi que le bien-être personnel sont autant de facteurs évalués par cette grille d'évaluation. Les résultats s'étendent de 1 (excellente adaptation) à 7 (très pauvre adaptation). L'échelle est reproduite en détail dans l'appendice A.

Cueillette des données

Les dossiers des patients ont fait l'objet de mesures à trois occasions, soit au moment de la première admission, deux ans après la première admission et en septembre 1989. Un suivi d'un minimum de deux ans était nécessaire et la fin de la cueillette

de données a été fixée à 1989, ce qui signifie que les dernières admissions acceptées ont eu lieu en 1987. Pour ces derniers, le nombre d'évaluation du dossier a été fixé à deux. Le nombre de patients par année d'admission entre 1986 et 1987 ne varie pas de façon significative, se situant entre 27 et 32 patients par année dans le cas des patient acceptés.

Dans un premier temps, une analyse des renseignements fournis par les services d'archives et d'informatique est menée afin de vérifier, premièrement, le diagnostic et, dans un second temps, l'âge lors de la première hospitalisation, le nombre de réhospitalisations et la durée des séjours à l'hôpital. Par la suite, les grilles d'évaluation du Global assessment scale (GAS) et celle du Social adjustment scale-II (SAS-II) sont complétées. Le statut conjugal des patients est aussi relevé.

Procédures

Afin de constituer l'échantillon de patients schizophrènes pour la recherche, 891 dossiers de patients admis avec un diagnostic principal de schizophrénie à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine entre 1984 et 1989 sont étudiés par un psychiatre chargé du "rediagnostic" et de l'évaluation des dossiers. Les critères diagnostics du DSM-III-R étant ceux de la schizophrénie

(toutes catégories), des troubles schizophréniformes, de la psychose réactionnelle brève, des troubles schizo-affectifs et de la personnalité schizoïde et schizotypique. De plus, seuls les cas de première admission sont retenus.

Une fois les 891 dossiers révisés, les 145 dossiers retenus font l'objet d'une seconde étude à partir des registres d'admission, concernant le nombre de réadmissions, la durée des hospitalisations et le statut conjugal. De plus, l'évaluation de ces dossiers est faite à partir des critères établis par l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (Global Assessment Scale, GAS) et l'échelle d'évaluation du fonctionnement social (Social Adjustment Scale-II, SAS-II).

Méthodes d'analyse statistique

Les données recueillies sont soumises à divers traitements statistiques. Une test de différence de moyennes (Test t de Student) est utilisé pour vérifier s'il existe une différence entre les hommes et les femmes au niveau de la durée et du nombre des séjours en milieu hospitalier. Des analyses du χ^2 (Chi carré) et de fréquences sont utilisées en ce qui concerne le statut conjugal des patients. Quant aux données issues de l'utilisation des échelles du GAS et du SAS-II, le test F de Fisher (analyse de

variance à mesures répétées), en contrôlant les variables du sexe et du moment de l'évaluation, permet de mesurer la relation entre les résultats obtenus par chacun des groupes sur ces échelles et aussi, de voir si les hommes et les femmes se comportent différemment en terme d'ajustement global et social. Par ailleurs, les résultats, pour être considérés significatifs, doivent présenter un seuil de probabilité de .05 ou moins.

Pour le fonctionnement social et l'adaptation sociale (statut conjugal, SAS-II et GAS), les sujets sont tous évalués au moment de la première admission. Une autre évaluation est faite deux ans après cette première admission pour tous les sujets dont l'information recherchée est toujours disponible au dossier. Une troisième évaluation est faite aussi trois, quatre ou cinq ans après la première admission selon que celle-ci s'est produite en 85, en 84 ou en 83.

Considérations éthiques

Seuls les dossiers sont consultés et ce, sur les lieux de l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Par ailleurs, les informations sont recueillies sur des fiches où le nom du patient est remplacé par un numéro de code. De plus, une seule personne est

responsable de l'analyse des dossiers et de la confidentialité des informations.

Chapitre III

Analyse et interprétation des résultats

Ce chapitre présente dans un premier temps les résultats de l'analyse des dossiers quant à l'âge de survenue ainsi qu'au nombre et à la durée des hospitalisations (incidence administrative). Les résultats au GAS et au SAS-II sont également exposés. Enfin, dans un deuxième temps, ces résultats sont discutés et les différences entre les deux sexes présentées.

Présentation des résultats

L'âge de survenue

A la première admission, l'âge moyen des 145 sujets est de 29.09 ans ($\sigma=10.80$). L'âge moyen des hommes schizophrènes est de 26.97 ans ($n=103$, $\sigma=8.23$) et celui des femmes schizophrènes est de 34.29 ($n=42$, $\sigma=14.22$). La différence entre ces moyennes indique que les hommes sont significativement plus jeunes que les femmes lors de la première hospitalisation ($t=3.87$, $p<.001$). Ces résultats confirment l'hypothèse de recherche affirmant que l'âge de survenue est plus précoce pour les hommes que pour les femmes.

L'incidence administrative

L'incidence administrative est plus élevée pour les hommes que pour les femmes et ce, dans un rapport de 2.45 hommes pour une femme (ratio 2.45:1). Des 145 sujets retenus pour l'étude, 71 % sont des hommes et 29 % sont des femmes. Cette donnée corrobore l'idée amenée par Lewine (1985) et Lalonde (1988) à propos de la prévalence masculine dans la schizophrénie.

Le nombre de réhospitalisations qu'ont connues les sujets masculins ne diffère pas de celui des femmes. Lorsque les sujets sont distribués en fonction du temps qui s'est écoulé depuis la première hospitalisation (six mois, un an, deux ans, trois ans, quatre et cinq ans), la différence entre le nombre moyen d'hospitalisations n'atteint en aucun moment le seuil de signification fixé à .05 (voir le tableau 2).

Par contre, selon la même distribution, le nombre moyen de jours d'hospitalisation est différent entre les hommes et les femmes et ce, à six mois, à un an et à deux ans de la première hospitalisation. Cette différence n'est plus présente par contre à trois, quatre et cinq ans (voir le tableau 3).

Tableau 2

Nombre de réhospitalisations

	Hommes	Femmes	t	p
6 mois	n=102 .2549	n= 41 .0976	1.88	.063
1 an	n=101 .4653	n= 41 .2683	1.56	.121
2 ans	n= 90 .9889	n= 38 .8421	.56	.574
3 ans	n= 71 1.2958	n= 29 1.4138	.32	.749
4 ans	n= 49 1.6122	n= 24 1.9167	.61	.546
5 ans	n= 30 2.0333	n= 12 2.3333	.39	.702

Tableau 3

Durée moyenne des séjours (en jours)

	Hommes	Femmes	t	p
6 mois	n=102 14.6176	n= 41 1.4146	2.32	.022 *
1 an	n=101 29.2871	n= 41 8.6829	2.01	.046 *
2 ans	n= 90 71.4889	n= 38 28.0263	2.15	.034 *
3 ans	n= 71 105.5070	n= 29 64.3448	1.10	.273
4 ans	n= 49 132.3061	n= 24 118.3333	.24	.808
5 ans	n= 30 144.8333	n= 12 174.0833	.36	.718

* p<.05

Ces résultats confirment en partie l'hypothèse de recherche qui pose que les hommes schizophrènes expérimentent un plus grand nombre de réhospitalisations et un plus long séjour en milieu hospitalier que les femmes schizophrènes. Jusqu'à deux ans après la première hospitalisation, les hommes présentent un plus grand nombre de jours en milieu hospitalier comparativement aux femmes. Par la suite, cette différence s'estompe et disparaît. Ainsi, une partie de l'hypothèse n'est pas confirmée: à partir de plus de trois années de suivi, la durée des séjours n'est pas significativement différente entre les hommes et les femmes.

Adaptation sociale et fonctionnement social

A. Le statut conjugal

En ce qui concerne le statut conjugal des patients schizophrènes, un indice important de l'adaptation sociale et du fonctionnement social, les hommes reçoivent plus souvent le statut de célibataire (entre 85.9% et 93.2%) que les femmes (entre 57.5% et 56.7%) et ce, tant au moment de la première admission ($\chi^2=13.22$, $p<.001$), que deux ans après celle-ci ($\chi^2=11.35$, $p<.001$) et qu'après plus de trois ans de suivi ($\chi^2=13.26$, $p<.001$) (voir le tableau 4 et l'appendice B).

Tableau 4

Distribution des sujets selon le statut

A l'admission

STATUT	SEXE	HOMMES	FEMMES	$\chi^2=13.22$ $p < .001$
		fréquen.	fréquen.	
STATUT	UNION	14	17	$\chi^2=13.22$ $p < .001$
	CELIBATAIRES	22.1	8.9	
		85	23	31
		76.9	31.1	22.3%
		99	40	108
		71.2%	28.8%	77.7%
				139
				100.0%

Après deux ans

STATUT	SEXE	HOMMES	FEMMES	$\chi^2=11.35$ $p < .001$
		fréquen.	fréquen.	
STATUT	UNION	12	13	$\chi^2=11.35$ $p < .001$
	CELIBATAIRES	18.5	6.5	
		74	17	25
		67.5	23.5	21.6%
		86	30	91
		74.1%	25.9%	78.4%
				116
				100.0%

Après plus de trois ans de suivi

STATUT	SEXE	HOMMES	FEMMES	$\chi^2=13.26$ $p < .001$
		fréquen.	fréquen.	
STATUT	UNION	4	10	$\chi^2=13.26$ $p < .001$
	CELIBATAIRES	10.1	3.9	
		55	13	14
		48.9	19.1	17.1%
		59	23	68
		72.0%	28.0%	82.9%
				82
				100.0%

Le nombre de sujets diminue d'une évaluation à l'autre, en raison de l'impossibilité de toujours obtenir, par le biais des dossiers, les renseignements recherchés. De plus, tous les sujets ont été soumis à au moins deux années de suivi, mais certains l'ont été pour plus de trois ans. Ce dernier groupe est constitué de patients suivis entre trois et cinq ans.

Le statut conjugal comprend deux catégories dans la présente recherche: la première, "union", est constituée par les sujets qui vivent ou qui ont vécu à l'intérieur d'une union. Les sujets mariés, en union de fait, séparés, divorcés ou dont le conjoint est décédé appartiennent à cette catégorie. La seconde catégorie, "célibataires", est constituée de sujets qui n'ont jamais vécu en union avec une autre personne.

Une partie de l'hypothèse concernant l'adaptation sociale et le fonctionnement social est donc confirmée par ces résultats.

A. Evaluation de l'ajustement social (SAS-II)

L'évaluation de l'ajustement social par le SAS-II comprend six échelles: fonctionnement au travail, réussite et implication dans le milieu scolaire, fonctionnement à la maison, implication au niveau de la famille élargie, loisirs ainsi qu'un indice

d'ajustement social global. Un score de 7 indique que le patient présente une très mauvaise adaptation sur l'échelle évaluée, alors qu'un score de 1 indique une excellente adaptation (les détails des résultats de l'analyse de variance sont présentés en appendice C).

Les dossiers de tous les sujets contiennent deux évaluations de l'ajustement social, une première lors de l'admission et une seconde deux ans après cette première admission. Les dossiers des patients admis pour une première hospitalisation entre 1983 et 1986 contiennent une troisième évaluation effectuée à la fin de la cueillette des données en 1989, soit après trois, quatre ou cinq ans.

1. Travail (ou études)

Un résultat élevé à l'évaluation du fonctionnement au travail, ou aux études, indique un manque d'assiduité et de faibles performances sur le plan occupationnel ou scolaire. L'évaluation de l'adaptation et du fonctionnement au travail ne permet pas de constater de relation entre les résultats des hommes et des femmes. Les résultats présentés par les deux groupes indiquent toutefois un mauvais fonctionnement et une très pauvre adaptation ($F=.13$, $p=.72$). De plus, les résultats ne changent pas

entre les différents moments d'évaluation ($F=.80$, $p=.45$) (voir l'appendice C).

Au niveau de l'échelle "études", cinq hommes et une femme seulement ont pu être évalués, ce qui est nettement insuffisant pour pouvoir procéder à une analyse de variance et tirer des conclusions (voir l'appendice C).

2. Maison

Un résultat élevé à l'évaluation du fonctionnement à la maison traduit un manque d'intégration à la vie familiale, une tendance à se retirer seul dans sa chambre, à ne pas offrir de soutien aux membres de sa famille ainsi qu'à démontrer très peu d'affection envers ses parents et la fratrie. Les résultats révèlent, chez les sujets des deux groupes, une telle tendance. De plus, la différence entre les hommes et les femmes n'est pas significative ($F=1.79$, $p=.19$). D'une évaluation à l'autre toutefois, ces résultats changent de façon significative vers une légère amélioration du fonctionnement ($F=6.30$, $p<.01$), sans jamais atteindre un très haut niveau d'adaptation (voir l'appendice C).

3. Loisirs sociaux

Un résultat élevé à l'évaluation de la qualité ainsi que de la quantité des loisirs indique que le patient ne consacre que très peu de temps et d'énergie dans des relations interpersonnelles et dans des activités sociales orientées vers les loisirs. Les résultats que présentent les hommes et les femmes se rapprochent d'une très mauvaise adaptation sur cette échelle et ne sont pas significativement différents entre les deux sexes ($F=.64$, $p=.43$). Par contre, il existe une différence dans l'évaluation de cette échelle entre les moments d'évaluation qui traduit une légère amélioration du fonctionnement ($F=4.27$, $p=.02$) (voir l'appendice C).

4. Famille élargie

Cette échelle, lorsqu'elle présente un résultat élevé, traduit un manque d'implication dans la famille élargie ou une pauvre qualité des relations avec cette dernière. A ce niveau, les femmes présentent un niveau de fonctionnement légèrement supérieur à celui des hommes, mais sans que la différence ne soit significative ($F=4.09$, $p=.06$). Par ailleurs, les résultats ne diffèrent pas de façon significative d'un moment à l'autre ($F=.41$, $p=.67$) (voir l'appendice C).

5. Ajustement social global

Cette échelle globale de l'ajustement social considère la performance dans tous les rôles (travail, parental, conjugal, etc.), les relations interpersonnelles à la maison et à l'extérieur, la satisfaction personnelle, ainsi que la capacité à prendre soin de soi et des autres. Les hommes ne présentent pas des résultats qui sont différents de ceux des femmes ($F=.96$, $p=.33$) (voir figure 1). Par contre, d'une évaluation à l'autre, la différence entre les résultats obtenus par l'échantillon est significative et traduit un fonctionnement légèrement supérieur d'une fois à l'autre ($F=9.51$, $p<.01$) (voir l'appendice C).

Evaluation de l'ajustement global (GAS)

L'évaluation de l'ajustement global à l'aide du GAS donne des résultats qui sont semblables pour les hommes et les femmes. Le F de Fisher est non-significatif ($F=3.11$, $p=.08$). Il y a donc 8% des chances que la différence entre les hommes et les femmes soit due au hasard. L'interaction entre le sexe et le moment est également non-significative ($F=0.18$, $p=0.83$). Il existe toutefois une différence significative lorsque l'on compare les résultats à l'admission, deux ans après la première hospitalisation et après

Résultats à l'échelle de l'ajustement social global.

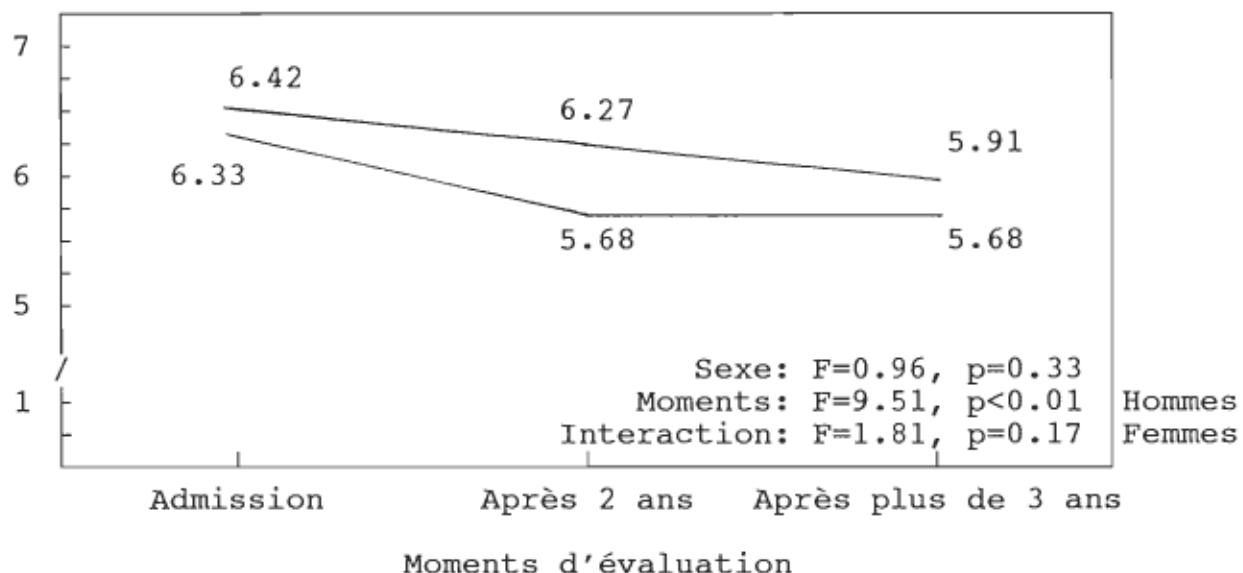


Figure 1. Résultats de l'échelle "ajustement global" du SAS-II

plus de trois ans ($F=19.85$, $p<.01$). La figure 2 illustre l'évolution des patients sur cette échelle (les détails des résultats de l'analyse de variance sont présentés en appendice C).

L'hypothèse concernant l'adaptation globale, l'adaptation sociale et le fonctionnement social se trouve donc, en regard des résultats exposés, partiellement confirmée: les hommes présentent une adaptation sociale qui leur est moins favorable, compte tenu qu'ils sont moins souvent impliqués dans une union que les femmes (Angermeyer, Goldstein et Kühn, 1989). Par ailleurs, au niveau

Résultats au GAS

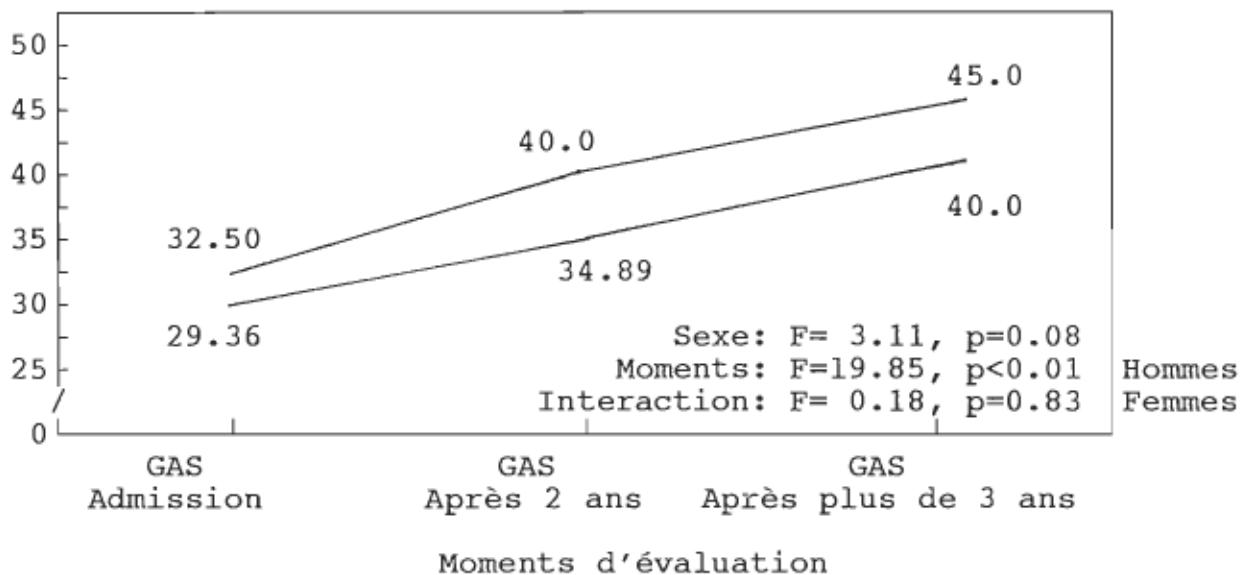


Figure 2. Résultats du GAS

du SAS-II, le fonctionnement dans la famille élargie démontre des résultats de meilleure qualité pour les femmes. En ce qui concerne les autres échelles du SAS-II et celle du GAS, aucune différence entre les hommes et les femmes n'est apparue dans le niveau de fonctionnement et d'adaptation contrairement à ce qu'affirme l'hypothèse de recherche.

Discussion des résultats

L'hypothèse générale de cette recherche, qui stipule que les hommes schizophrènes présentent un pronostic plus sombre que les femmes schizophrènes, ne se trouve confirmée qu'en partie seulement.

A la première admission, les hommes schizophrènes présentent un âge moyen qui est de 7.32 ans plus jeune que celui des femmes schizophrènes. Ces résultats, qui vont dans le sens d'un âge à la première admission qui est significativement inférieur pour les hommes que pour les femmes, corroborent les observations faites par de nombreux auteurs, dont Salokangas (1983), Lewine (1985), Seeman (1986), Lalonde (1988) et Dworkin (1990).

D'autre part, le résultat des analyses démontre bien qu'un plus grand nombre d'hommes que de femmes sont admis avec le diagnostic de schizophrénie. L'incidence administrative des cas de schizophrénie prévaut chez les hommes dans un rapport de 2.45 hommes pour une femme, ce qui est nettement significatif et confirme les propos de Seeman (1985), de Lewine (1985) et de Lalonde (1988).

La classification des sujets selon le statut conjugal permet de constater que 85 hommes étaient célibataires et que 14 vivaient ou avaient vécu dans une union au moment de l'admission. En ce qui concerne les femmes, 23 d'entre elles étaient célibataires et 17 vivaient ou avaient vécu dans une union. La proportion de célibataires masculins est significativement plus grande que la proportion de célibataires féminines, ce qui appuie très bien les conclusions des études menées par plusieurs auteurs (Watt, Katz, Shepherd, 1983; Wattie, 1986; Angermeyer, Goldstein et Kühn, 1989).

Ce résultat amène la question du lien entre le statut conjugal et l'âge à la première hospitalisation. Est-ce que le risque plus important, pour les jeunes hommes, d'être atteints de la maladie entraîne le fait que plus d'hommes schizophrènes que de femmes schizophrènes soient célibataires? La prédisposition à la schizophrénie fait en sorte que les hommes demeurent célibataires plus fréquemment que les femmes en raison de leur plus jeune âge lors de la survenue de la maladie. Il est aussi possible que les exigences requises pour vivre en couple soient plus sévères pour les hommes. Lorsqu'elles choisissent leur partenaire les femmes sont peut-être plus sélectives, en terme de personnalité et de caractère, que les hommes qui, eux, se contentent peut-être seulement de la présence d'une personne du sexe opposé. Pour ces raisons, les femmes peuvent éprouver moins

de difficultés à se trouver un partenaire que les hommes, car il est plus facile pour elles de se retrouver dans une union lorsqu'elles le désirent. Dans la présente recherche, les proportions ne changeant pas de façon significative entre les différents moments auxquels le statut conjugal a été évalué, il est possible de conclure que le fait de demeurer célibataires pour les hommes est, dans la majorité des cas, une conséquence de la survenue hâtive de la schizophrénie. Un fonctionnement pré morbide laissant paraître des déficits au niveau de la compétence sociale permettant à l'individu d'établir et de maintenir des relations pouvant mener à une union peut également mener à une telle conclusion.

D'autre part, les résultats obtenus ne confirment qu'en partie l'hypothèse voulant que les hommes expérimentent un plus grand nombre de réhospitalisations et un plus long séjour en milieu hospitalier que les femmes. En effet, la partie de l'hypothèse qui pose que les hommes connaissent un plus grand nombre de réhospitalisations est infirmée: les hommes schizophrènes ne présentent pas un nombre de rechutes différent de celui des femmes schizophrènes. Cependant, jusqu'à deux ans après la première hospitalisation, les hommes passent en moyenne plus de temps en milieu hospitalier que les femmes. Cette observation confirme une partie de l'hypothèse et appuie les résultats des recherches de Salokangas (1983), de Watt et Szulecka

(1979), de Goldstein (1988) et de Folnegovic (1990). Deux ans après la première hospitalisation, cette différence s'estompe et puis elle disparaît après trois ans.

Donc, en ce qui a trait au nombre et à la durée des séjours, il est possible de conclure dans le même sens que Angermeyer, Kühn et Goldstein (1990), en disant que les différences entre les hommes et les femmes sont plus marquées lorsque l'étude porte sur de courtes périodes ou, encore, sur les données disponibles au moment de la première admission seulement. La signification des différences s'estompe avec le temps. Afin d'illustrer clairement ce phénomène, une transformation des résultats a été faite (figure 3). Les données présentées dans le tableau 3 du présent chapitre, et qui ont trait au nombre de jours d'hospitalisation, sont exposées, à la figure 3, de manière à pouvoir comparer les hommes et les femmes sur la base du nombre de jours d'hospitalisation par période de six mois. Chacune des mesures de la durée totale du séjour a ainsi été divisée par la quantité de périodes de six mois relatives au nombre d'années de suivi. Par exemple, le nombre de jours d'hospitalisation trois ans après la première admission a été divisé par six.

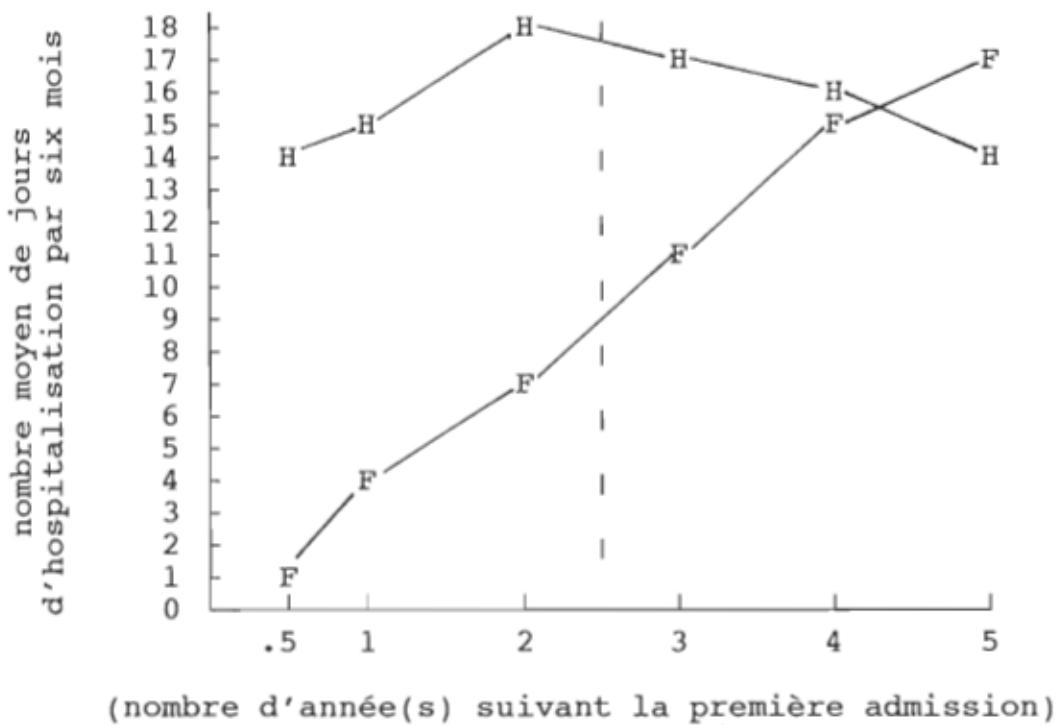


Figure 3. Nombre moyen de jours d'hospitalisation (par période de 6 mois)

Il est ainsi possible de constater que les hommes présentent une certaine stabilité quant au nombre de jours d'hospitalisation qu'ils vivent par période de six mois. Les femmes se comportent différemment sur ce plan durant les deux premières années et, puisque leur nombre de jours d'hospitalisation augmente constamment, elles rejoignent finalement le groupe des hommes. Plus la période du suivi s'allonge dans le temps, moins la différence entre les deux sexes est importante, jusqu'à ce que les femmes présentent, après cinq ans, un séjour total un peu plus long que celui des hommes. En

fait, pour que la moyenne de jours d'hospitalisation des femmes rejoigne celle des hommes, c'est qu'elles se détériorent davantage au fil des ans. En effet, pour finalement atteindre et dépasser légèrement la moyenne des hommes, elles doivent présenter un nombre de jours d'hospitalisation à chacune des périodes qui est nettement supérieur à celui des hommes. Puisque les femmes passent ainsi d'un nombre moyen de jours d'hospitalisation, qui est très faible comparativement à celui des hommes, à un subséquent qui est plus élevé, la question de la qualité, ou encore, de la pertinence des soins accordée aux femmes schizophrènes peut être posée. Que se passe-t-il au plan du traitement et des interventions pour que les femmes, qui présentent au début de la maladie une moyenne de seulement 0.5 à 7 jours d'hospitalisation, en viennent à rejoindre les hommes et à les dépasser légèrement?

Par ailleurs, il est intéressant de constater, à la lumière d'une analyse un peu plus approfondie du dossier évolutif des patients masculins, que les sujets dont l'âge à la première admission se situait au-dessous de la médiane de la distribution (24 ans) connaissent un plus grand nombre d'hospitalisations que ceux dont l'âge est supérieur à la médiane ($t=2.05$, $p=.043$). D'autre part, dans la présente étude aucune différence n'apparaît à ce niveau en ce qui concerne les femmes ($t=1.84$, $p=.076$) (voir l'appendice D pour les détails de cette analyse). Cette donnée

va dans le même sens, du moins en ce qui a trait aux premières années de la maladie, que les résultats obtenus par Watt et Szulecka (1979). Ceux-ci soutiennent sur certains points, dont le taux de réhospitalisation, l'incidence administrative, l'âge à la première admission et le nombre de réadmissions en fonction de l'âge, que les femmes démontrent une évolution plus favorable de la maladie.

Dans la présente recherche, les hommes démontrent, au cours des deux années qui suivent la première admission, un nombre égal de rechutes à celui des femmes. Cependant la durée moyenne de leur séjour est significativement plus longue au début de la maladie. Les hommes ne rechutent donc pas plus souvent que les femmes, mais lorsqu'ils sont réhospitalisés, ils le sont pour de plus longues périodes durant les deux premières années. Ainsi, il est possible, tel que le rapporte Lewine (1985), que les hommes présentent une plus grande désorganisation globale que les femmes lors des admissions, ce qui les oblige à demeurer hospitalisés durant de plus longues périodes avant de recevoir leur congé. Par ailleurs, un nombre égal d'hospitalisations et un plus court séjour pour les femmes permettent de croire qu'elles demeurent plus longtemps dans la communauté, ce qui pourrait constituer un indice de meilleure adaptation.

Aussi, bien que les différences ne soient pas significatives entre les deux sexes sur le plan de l'évaluation du fonctionnement social et de l'ajustement global, les hommes présentent toujours un déficit qui est supérieur à celui des femmes, c'est-à-dire que les résultats obtenus par les hommes tendent vers une plus pauvre adaptation et un fonctionnement de moins bonne qualité que ceux obtenus par les femmes.

L'évaluation du fonctionnement social par le SAS-II, ainsi que l'évaluation du fonctionnement global par le GAS produisent des résultats qui ne permettent pas de retenir l'hypothèse d'une moins bonne adaptation des hommes par rapport aux femmes sur ces échelles. Ces résultats contredisent les conclusions de plusieurs auteurs (Shummer, 1979; Salokangas, 1983; Goldstein, 1988; Mueser, 1990). Ils appuient cependant les résultats de recherche de Westermeyer et Harrow (1984), de Biehl *et al.* (1986) et de Kay et Lindenmeyer (1987), qui n'ont pas trouvé de différences significatives entre les hommes et les femmes quant à l'ajustement global et à l'adaptation et l'intégration sociales.

Tel que le mentionne Salokangas (1983), la durée du traitement en milieu hospitalier peut être considérée comme un élément qui affecte à la baisse les habiletés sociales des patients. Pour sa part, il attribue la différence entre les sexes au fait que les hommes sont hospitalisés plus souvent et pour de

plus longs séjours que les femmes. Dans la présente recherche, il semble plutôt que les hommes et les femmes présentent des habiletés sociales équivalentes puisque le nombre de rechutes et la durée de leur séjour total tendent à se ressembler deux ans après la première admission. De plus, cette notion des habiletés sociales ne semble pas affectée par l'âge de survenue, ou de la première hospitalisation, qui est plus hâtif chez les hommes.

Les échelles d'évaluation du GAS et du SAS-II portent surtout sur les symptômes cliniques de la schizophrénie, ce qui peut expliquer l'absence de différence significative entre les hommes et les femmes, tout comme l'a expérimenté Salokangas (1983). Une fois la maladie et les symptômes installés, les hommes et les femmes tendent à se ressembler sur ce plan. Par contre, une réalité subsiste et confirme ce que mentionne dans ses recherches Mueser (1990), les résultats traduisent des écarts entre les deux sexes qui demeurent stables sur une longue période d'évaluation.

Selon l'image que laissent de la schizophrénie les observations cliniques, certains auteurs, tel que Van Der Velde (1976) et Cancro (1985), affirment que la symptomatologie de cette maladie change d'un patient à l'autre, mais aussi d'un moment à l'autre, ce qui constitue même une des caractéristiques du trouble schizophrénique. Les résultats du GAS et du SAS-II

présentent sur plusieurs échelles des changements significatifs entre les divers temps d'évaluation et ce, indépendamment du facteur sexe.

L'ajustement global, qui n'est pas significativement différent entre les hommes et les femmes aux trois moments d'évaluation, traduit une amélioration lorsque l'on compare les différentes évaluations entre elles. Ainsi, le moment où les patients apparaissent comme étant le moins bien adaptés à la réalité quotidienne, en terme de qualité de la communication et des relations, de délire et de fonctionnement global, est celui de la première admission. Plus la maladie évolue dans le temps, plus l'adaptation globale des patients s'améliore. Elle s'améliore, mais des symptômes d'intensité quand même importante et une certaine désorganisation du fonctionnement demeurent. En effet, une amélioration significative sur le plan statistique est démontrée, mais cette amélioration n'implique pas nécessairement des changements importants au plan clinique.

Sur le plan social, ce phénomène est également présent. Le fonctionnement à la maison, dans les loisirs sociaux ainsi que l'ajustement social global traduisent des niveaux d'intégration et d'ajustement qui s'améliorent dans le temps, mais sans encore atteindre le stade d'une adaptation suffisante: les patients

passent, au cours des années, d'un niveau de mal adaptation très prononcée à celui d'une pauvre adaptation.

Conclusion

Ce chapitre rappelle, en premier lieu, les grandes lignes de la présente recherche alors que la seconde partie conclut en suggérant des pistes pour la poursuite de l'investigation de l'évolution différentielle de la schizophrénie selon les sexes.

Résumé de la recherche

L'hypothèse principale de cette recherche sur la schizophrénie pose que les femmes ont une meilleure évolution de la maladie que les hommes. L'échantillon de départ est constitué de 891 patients (414 femmes et 477 hommes) ayant reçu un diagnostic d'entrée de schizophrénie de toutes formes et associées. Suite à l'examen des dossiers médicaux et des notes d'évolution permettant de procéder au "rediagnostic" selon les critères du DSM-III-R, 145 patients (103 hommes et 42 femmes) ont été retenus pour l'étude finale.

Les résultats de cette recherche démontrent qu'il existe certaines différences entre les hommes et les femmes dans la schizophrénie. Plusieurs éléments vont dans le sens de la revue de la documentation et des travaux antérieurs menés par de

nombreux chercheurs. L'âge de survenue qui est plus précoce chez les hommes, l'incidence administrative plus élevée chez les hommes, la durée du séjour total plus longue pour les hommes durant les premières années de la maladie ainsi que le statut conjugal indiquant que plus d'hommes sont célibataires que de femmes, sont des conclusions auxquelles en arrive la présente étude et qui concordent avec des données déjà observées. L'étude du fonctionnement global et social, le nombre de séjours en milieu hospitalier ainsi que la durée totale du séjour à long terme ne permettent pas de conclure dans le même sens que la majorité des auteurs qui se sont penchés sur le trouble de la schizophrénie.

Pistes de recherche

Cette recherche possède la double qualité d'être objective et de s'appuyer sur des données quantitatives. L'utilisation des registres d'admission et l'analyse des dossiers par un seul chercheur spécialisé en psychiatrie ont permis de limiter les biais d'interprétation, tout en fournissant des informations riches et nombreuses. La période sur laquelle s'étend l'analyse des dossiers permet également de vérifier des phénomènes évolutifs qui seraient difficilement observables sur une période inférieure à deux ans.

D'autre part, l'opération préliminaire visant à rétablir le diagnostic permet d'obtenir un échantillon final homogène en ce qui a trait à la schizophrénie. Cette procédure, par contre, a pu empêcher de vérifier certaines différences, sur le plan social par exemple, entre les sexes. En effet, il est plausible que cette façon de faire ait permis de sélectionner une population également malade et homogène, non seulement en terme de diagnostic, mais aussi sur le plan de certains déficits dus à la maladie. Aussi, il eut été intéressant d'avoir la possibilité de procéder à des analyses à partir d'un registre présentant les différentes formes de schizophrénie composant l'échantillon utilisé pour cette étude.

L'absence d'information sur la personnalité pré-morbide des patients constitue aussi une des limites rencontrées par la présente recherche. Certes, les dossiers étudiés pouvaient contenir dans l'anamnèse une certaine quantité de ces renseignements, mais la méthodologie ne prévoyait pas son utilisation. Il serait donc intéressant, par une étude longitudinale, de pouvoir comparer le niveau de fonctionnement et d'adaptation de personnes schizophrènes malades depuis quelques années avec leur niveau de fonctionnement et d'adaptation pré-morbide. Plusieurs difficultés d'ordre méthodologique et pratique sont inhérentes à un tel type de recherche, mais il n'en demeure pas moins intéressant de penser qu'il pourrait être possible

d'obtenir un indice de référence d'avant la maladie. L'hypothèse que la sévérité du trouble puisse être augmentée par une sommation élevée de trauma dans l'enfance et l'adolescence pourrait être à la source d'une telle étude.

Par ailleurs, existe-t-il des facteurs qui peuvent réduire la vulnérabilité des jeunes femmes à développer la schizophrénie ou, au contraire, y a-t-il des facteurs qui augmentent cette vulnérabilité chez les jeunes hommes pour qu'ils puissent d'une part représenter une population à risque beaucoup plus élevé concernant cette maladie et, d'autre part, en être atteints à un plus jeune âge? L'emprise de la maladie sur les femmes peut sûrement être modérée par des facteurs psychologiques et de développement, mais également, considérant les différences importantes entre les sexes sur ce plan, par des facteurs biologiques et hormonaux.

Dans un autre ordre d'idées, l'utilisation que font les femmes des services externes est peut-être un facteur qui leur permet d'être admises en meilleure "condition", c'est-à-dire avec des symptômes de moindre intensité et donc, de demeurer moins longtemps hospitalisées durant les premières années de la maladie. Cet aspect soulève également toute la question concernant la qualité des soins post-hospitaliers. Une recherche afin de répertorier et d'évaluer les services offerts, la disponibilité

des soins et des programmes existants permettrait sans doute de mettre à jour les difficultés que rencontrent les patients qui reçoivent leur congé de l'hôpital.

Une force de la présente étude est aussi de confirmer qu'il est nécessaire d'accentuer les efforts de recherche sur le dépistage et la compréhension des différences entre les hommes et les femmes dans l'évolution des maladies mentales. Il peut être possible, lorsqu'on parle de la schizophrénie, ou de toute autre atteinte à la santé mentale et psychologique, qu'il s'agisse de troubles différents entre les hommes et les femmes. Peut-être est-il pensable d'envisager l'application de méthodes d'intervention et de traitements différents selon que le patient est un homme ou une femme.

A la lumière des résultats de cette recherche, la schizophrénie apparaît comme étant un trouble qui laisse les personnes qui en sont atteintes avec des séquelles importantes qui perdurent et qui ne diminuent que très lentement en intensité au cours des années, et sans jamais atteindre le stade de la rémission ou d'une bonne adaptation.

Plusieurs champs d'intérêts sont impliqués lorsqu'il est question d'établir l'étiologie de la schizophrénie et il est légitime pour le chercheur de se sentir balloté d'une théorie

partielle à une autre. Le but ultime demeure celui de surmonter la difficulté à relier tous les concepts abordés. Ainsi, des recherches éventuelles peuvent être menées dans des domaines variés ayant comme point d'union la schizophrénie. Toutefois, la nécessité de constituer un groupe de recherche multidisciplinaire apparaît importante à ce stade. L'intégration des multiples concepts reliés à la schizophrénie est parfois ardue et dans cette perspective un tel groupe peut arriver à développer une théorie multifactorielle globale. D'ailleurs, les résultats de cette recherche, parfois en accord avec les travaux antérieurs et, à d'autres moments, en désaccord avec ceux-ci, constituent un exemple supplémentaire de la variabilité des observations faites sur la schizophrénie. Ce phénomène, que l'on a déjà comparé à celui de la diversité des observations cliniques d'un patient à l'autre et d'un moment à l'autre, semble se manifester fréquemment dans les études sur la schizophrénie et pourrait en être une des caractéristiques.

Appendice A

Grilles d'évaluation

Echelle d'évaluation globale du fonctionnement
(Global assessment scale)

91 - 100

Symptômes absents; niveau de fonctionnement supérieur dans un grand nombre d'activités; les problèmes quotidiens ne semblent pas échapper au contrôle de la personne; démontre de la chaleur et de l'attention envers les autres; niveau de communication supérieur.

81 - 90

Symptômes absents ou minimes (anxiété légère avant une rencontre, un examen); fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines; intéressé; impliqué dans une grande variétés d'activités; socialement efficace; en général satisfait de la vie; préoccupations quotidiennes, sans plus (conflit occasionnel avec des membres de la famille).

71 - 80

Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (difficultés de concentration après une dispute); pas plus d'un handicap léger du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (fléchissement temporaire du travail scolaire).

61 - 70

Quelques symptômes légers (humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (école buissonnière épisodique ou vol en famille); fonctionne bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.

51 - 60

Symptômes d'intensité moyenne ou difficultés d'intensité moyenne (émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) OU difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (peu d'amis, conflits avec les collègues de travail).

41 - 50

Symptômes importants (idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés) OU handicap important dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (absence d'amis, incapacité à garder un emploi).

31 - 40

Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (discours par moments illogique, obscur ou inadapté) OU handicap majeur dans plusieurs domaines, tel que l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (évite les amis, néglige ses proches, incapable de travailler, échoue à l'école, se montre provoquant).

21 - 30

Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations OU trouble grave de la communication ou du jugement (parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) OU incapable de fonctionner dans tous les domaines (reste au lit toute la journée, absence prolongé et sans motif du travail, de l'école, absence d'amis ou de foyer).

11 - 20

Existence d'un danger d'auto ou d'hétéro-agression (tentative de suicide sans attente précise de mort, violence fréquente, excitation maniaque) OU incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimum (se barbouille d'excréments) OU altération massive de la communication (incohérence indiscutable ou mutisme).

1 - 10

Danger persistant d'hétéro-agression grave (accès répétés de violence) Ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.

**Echelle d'évaluation de l'ajustement social
(Social adjustment scale-II)**

Résultats Globaux

Evaluez les items globaux immédiatement après l'entrevue.

Utilisez toute l'information disponible fournie par le sujet autant que l'information qui n'était pas spécifiquement pertinente avec différents items.

Evaluez rapidement selon vos impressions générales.

Tenez compte des aspects non spécifiques du comportement du sujet au cours de l'entrevue, i.e. indices non verbaux, déni suspecté, manque d'insight, etc.

En portant vos jugements, comparez le sujet aux normes et standards de la communauté et à ce vous connaissez de son ajustement antérieur ou à d'autre anciens patients.

Section 1: Travail (ou études)

Considérez l'assiduité, l'efficacité et la performance de travail en rapport avec l'éducation, la formation et l'expérience professionnelle.

Section II: Vie à la maison

Considérez le degré d'intégration à la maison en terme de soutien mutuel, d'affection et de participation.

Section III: Famille élargie

Considérez la qualité de la relation avec la parenté en terme de soutien mutuel, d'affection et de participation.

Section IV: Loisirs sociaux

Considérez le niveau et la qualité des activités et la signification des relations interpersonnelles.

Section V: Ajustement général

Considérez la performance dans tous les rôles (travail, parental, conjugal, etc.), les relations interpersonnelles à la maison et à l'extérieur, la satisfaction personnelle, ainsi que la capacité à prendre soin de soi et des autres.

Echelle d'évaluation

1. excellente adaptation
2. Très bonne adaptation
3. Bonne adaptation
4. Adaptation passable
5. Pauvre adaptation
6. Très pauvre adaptation
7. Mal adaptation très prononcée

Appendice B

Analyse du Chi carré pour le statut conjugal

Tableau 5
Statut conjugal à la première admission

SEXE-->	Fréquence Val. att. Pct ligne Pct colon.	HOMME		Total ligne
		1	2	
UNION	1.00	14 22.1 45.2% 14.1%	17 8.9 54.8% 42.5%	31 22.3%
	2.00	85 76.9 78.7% 85.9%	23 31.1 21.3% 57.5%	108 77.7%
	Total colon.	99 71.2%	40 28.8%	139 100.0%

Chi-Carré	D.L	Signif.	Fréq Min	Cellules avec Fréq <5
13.22189	1	.0003	(Avant la Correction de Yates)	

Nombre d'observations manquantes = 6

Tableau 6

Statut conjugal deux ans après la première admission

SEXE->	Fréquence Val. att. Pct ligne Pct colon.	HOMME		Total ligne
		1	2	
UNION	1.00	12 18.5 48.0% 14.0%	13 6.5 52.0% 43.3%	25 21.6%
	2.00	74 67.5 81.3% 86.0%	17 23.5 18.7% 56.7%	91 78.4%
	Total	86	30	116
	Colon.	74.1%	25.9%	100.0%

Chi-Carré	D.L.	Signif.	Fréq Min	Cellules avec Fréq < 5
11.35521	1	.0008		(Avant la Correction de Yates)

Nombre d'observations manquantes = 29

Tableau 7
Statut conjugal après trois ans ou plus

SEXE->	Fréquence Val. att. Pct ligne Pct colon.	HOMME		Total ligne
		1	2	
UNION	1.00	4 10.1 28.6% 6.8%	10 3.9 71.4% 43.5%	14 17.1%
	2.00	55 48.9 80.9% 93.2%	13 19.1 19.1% 56.5%	68 82.9%
	Total	59	23	82
	Colon.	72.0%	28.0%	100.0%

Chi-Carré	D.L.	Signif.	Fréq Min	Cellules avec Fréq < 5
13.25652	1	.0003	3.927	1 of 4 (25.0%)

Nombre d'observations manquantes = 63

Appendice C

Analyses de variance pour le SAS-II et le GAS

Tableau 8

Analyse de variance des résultats à l'échelle d'ajustement social (SAS-II)

SAS-II		Admission		2 ans		3 ans et +		MANOVA			
Echelle		H	F	H	F	H	F		Sexe	Moment	Interact
Travail	m σ n	6.74 .715 34	6.56 1.333 9	6.41 1.234 34	6.33 1.141 9	6.19 1.513 34	6.78 .667 9	F p ***	0.13 .72 ***	0.80 .45 ***	2.12 .13 ***
Etudes	m σ n	7.00 .000 5	7.00 .000 1	6.60 .894 5	7.00 .000 1	6.60 .894 5	7.00 .000 1	F p ***	0.17 .70 ***	0.17 .85 ***	0.17 .85 ***
Maison	m σ n	6.34 .974 29	6.07 1.328 14	6.24 .988 29	5.50 1.557 14	6.03 1.180 29	5.57 1.604 14	F p ***	1.79 .19 ***	6.30 **.00 ***	1.85 .16 ***
Loisirs	m σ n	6.74 .541 23	6.73 .905 11	6.57 .788 23	6.18 1.471 11	6.46 .945 23	6.09 1.578 11	F p ***	0.64 .43 ***	4.27 *.02 ***	0.73 .78 ***
Famille	m σ n	6.44 .856 18	5.68 1.033 6	6.44 .856 18	5.50 1.378 6	6.39 .850 18	5.50 1.378 6	F p ***	4.09 .06 ***	0.41 .67 ***	0.22 .80 ***
Ajustem Social Global	m σ n	6.42 .969 33	6.33 .985 12	6.27 .876 33	5.68 1.371 12	5.91 1.128 33	5.68 1.303 12	F p ***	0.96 .33 ***	9.51 **.00 ***	1.82 .17 ***

* p<.05 ** <.01

Tableau 9

Analyse de variance des résultats à l'échelle d'ajustement globale (GAS)

G A S	ADMISSION		Après 2 ans		3 ans et +		MANOVA			
	H	F	H	F	H	F		Sexe	Moment	Inter.
m	29.36	32.50	34.89	40.00	40.00	45.00	F p ***	3.96 .08 ***	19.85 **.00 ***	0.18 .83 ***
σ	8.18	15.28	9.53	12.65	12.85	13.66				
n	47	16	47	16	47	16				

** p<.01

Appendice D

Analyse de fréquences et test-t

Tableau 10

Fréquences de l'âge à la première hospitalisation
chez les hommes

Valeur	Fréquence	Pourcent. Validé	Pourcent. Validé	Pourcent. Cumul.
18.00	1	1.0	1.0	1.0
19.00	3	2.9	2.9	3.9
20.00	11	10.7	10.7	14.6
21.00	10	9.7	9.7	24.3
22.00	13	12.6	12.6	36.9
23.00	11	10.7	10.7	47.6
24.00	8	7.8	7.8	55.3
25.00	5	4.9	4.9	60.2
26.00	1	1.0	1.0	61.2
27.00	6	5.8	5.8	67.0
28.00	6	5.8	5.8	72.8
29.00	3	2.9	2.9	75.7
30.00	3	2.9	2.9	78.6
31.00	1	1.0	1.0	79.6
33.00	3	2.9	2.9	82.5
34.00	1	1.0	1.0	83.5
35.00	2	1.9	1.9	85.4
36.00	1	1.0	1.0	86.4
37.00	3	2.9	2.9	89.3
38.00	2	1.9	1.9	91.3
39.00	2	1.9	1.9	93.2
41.00	1	1.0	1.0	94.2
46.00	1	1.0	1.0	95.1
47.00	1	1.0	1.0	96.1
49.00	1	1.0	1.0	97.1
50.00	1	1.0	1.0	98.1
56.00	1	1.0	1.0	99.0
60.00	1	1.0	1.0	100.0
TOTAL	103	100.0	100.0	

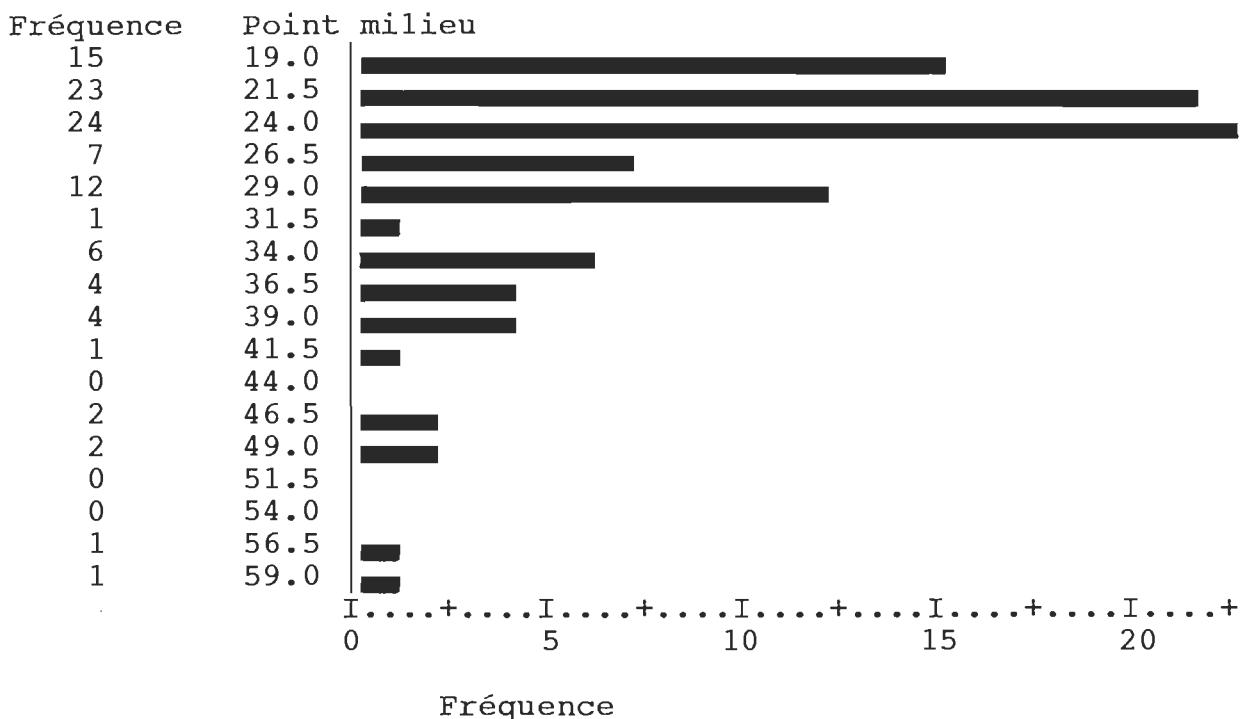


Figure 4 Histogramme de la fréquence de l'âge à la première admission chez les hommes

Tableau 11

Fréquences du nombre total d'hospitalisations pour les hommes

Valeur	Fréquence	Pourcent.	Pourcent. Valide	Pourcent. Cumul.
1	48	46.6	46.6	46.6
2	25	24.3	24.3	70.9
3	10	9.7	9.7	80.6
4	8	7.8	7.8	88.3
5	3	2.9	2.9	91.3
6	5	4.9	4.9	96.1
7	2	1.9	1.9	98.1
9	1	1.0	1.0	99.0
11	1	1.0	1.0	100.0
<hr/>				
	TOTAL	103	100.0	100.0
Moyenne	2.320	Dev Std	1.895	
Cas Valides	103	Valeurs Manquantes		0

Tableau 12

Fréquences du nombre total d'hospitalisations pour les hommes âgés de moins de 24 ans

Valeur	Fréquence	Pourcent.	Pourcent.	Pourcent.
		Valide	Cumul.	
1	23	40.4	40.4	40.4
2	11	19.3	19.3	59.6
3	8	14.0	14.0	73.7
4	7	12.3	12.3	86.0
5	2	3.5	3.5	89.5
6	4	7.0	7.0	96.5
9	1	1.8	1.8	98.2
11	1	1.8	1.8	100.0
<hr/>				
TOTAL	57	100.0	100.0	
<hr/>				

Moyenne	2.649	Dev	Std	2.100
Cas Valides	57	Valeurs	Manquantes	0

Tableau 13

Fréquences du nombre total d'hospitalisations pour les hommes âgés de plus de 25 ans

Valeur	Fréquence	Pourcent.	Pourcent.	Pourcent.
		Valide	Cumul.	
1	25	54.3	54.3	54.3
2	14	30.4	30.4	84.8
3	2	4.3	4.3	89.1
4	1	2.2	2.2	91.3
5	1	2.2	2.2	93.5
6	1	2.2	2.2	95.7
7	2	4.3	4.3	100.0
<hr/>				
TOTAL	46	100.0	100.0	
<hr/>				

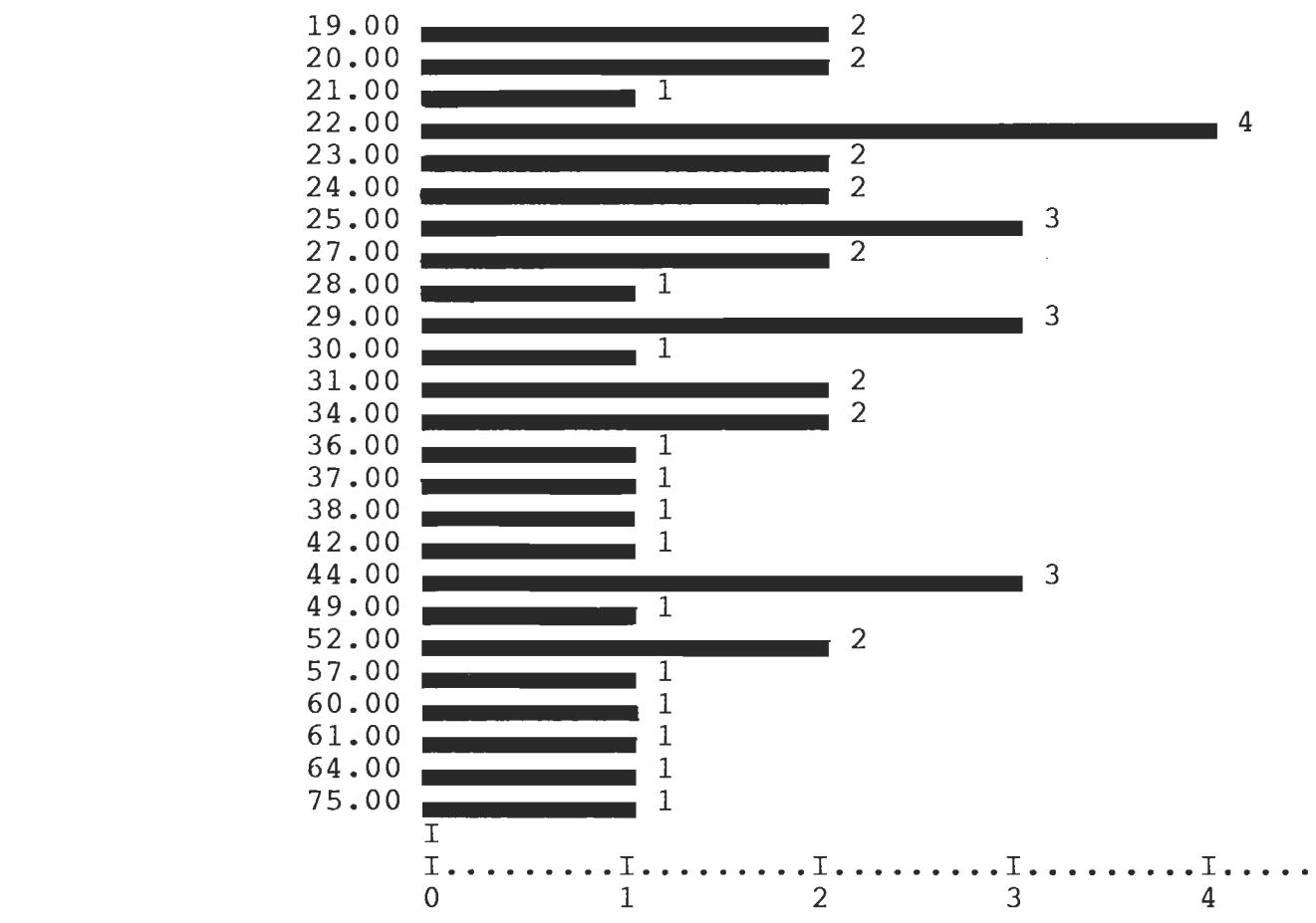
Moyenne	1.913	Dev	Std	1.532
Cas Valides	46	Valeurs	Manquantes	0

Tableau 14
Test-t pour le nombre total d'hospitalisations
selon la médiane de l'âge chez les hommes

		Nombre de sujets	Moyenne	Déviation Standard	Erreur Standard
Groupe < 24 ans		57	2.6491	2.100	.278
Groupe > 25 ans		46	1.9130	1.532	.226
Valeur F	Prob.	Estimation séparée de la variance			
		Valeur t	Degrés de liberté	Prob.	
1.88	.031	2.05	100.06	.043	

tableau 15
Fréquences de l'âge à la première hospitalisation
chez les femmes

Valeur	Fréquence	Pourcent	Pourcent.	Pourcent.
		Valide	Cumul.	
19.00	2	4.8	4.8	4.8
20.00	2	4.8	4.8	9.5
21.00	1	2.4	2.4	11.9
22.00	4	9.5	9.5	21.4
23.00	2	4.8	4.8	26.2
24.00	2	4.8	4.8	31.0
25.00	3	7.1	7.1	38.1
27.00	2	4.8	4.8	42.9
28.00	1	2.4	2.4	45.2
29.00	3	7.1	7.1	52.4
30.00	1	2.4	2.4	54.8
31.00	2	4.8	4.8	59.5
34.00	2	4.8	4.8	64.3
36.00	1	2.4	2.4	66.7
37.00	1	2.4	2.4	69.0
38.00	1	2.4	2.4	71.4
42.00	1	2.4	2.4	73.8
44.00	3	7.1	7.1	81.0
49.00	1	2.4	2.4	83.3
52.00	2	4.8	4.8	88.1
57.00	1	2.4	2.4	90.5
60.00	1	2.4	2.4	92.9
61.00	1	2.4	2.4	95.2
64.00	1	2.4	2.4	97.6
75.00	1	2.4	2.4	100.0
TOTAL	42	100.0	100.0	



Moyenne	34.286	Médiane	29.000	Dev Std	14.222
Cas Valides	42	Valeurs Manquantes	0		

Figure 5 Histogramme de la fréquence de l'âge à la première admission chez les femmes

Tableau 16
Fréquences du nombre total d'hospitalisations
pour les femmes

Valeur	Fréquence	Pourcent	Pourcent.	Pourcent.
		Valide	Cumul.	
1	24	57.1	57.1	57.1
2	6	14.3	14.3	71.4
3	4	9.5	9.5	81.0
4	1	2.4	2.4	83.3
5	2	4.8	4.8	88.1
6	1	2.4	2.4	90.5
7	2	4.8	4.8	95.2
9	1	2.4	2.4	97.6
10	1	2.4	2.4	100.0
<hr/>				
TOTAL	42	100.0	100.0	
<hr/>				
Moyenne	2.405	Dev Std	2.328	
Cas Valides	42	Valeurs Manquantes	0	

Tableau 17
Fréquences du nombre total d'hospitalisations
pour les femmes âgées de moins de 29 ans

Valeur	Fréquence	Pourcent	Pourcent.	Pourcent.
		Valide	Cumul.	
1	10	45.5	45.5	45.5
2	4	18.2	18.2	63.6
3	3	13.6	13.6	77.3
6	1	4.5	4.5	81.8
7	2	9.1	9.1	90.9
9	1	4.5	4.5	95.5
10	1	4.5	4.5	100.0
<hr/>				
TOTAL	22	100.0	100.0	
<hr/>				
Moyenne	3.000	Dev Std	2.845	
Cas Valides	22	Valeurs Manquantes	0	

Tableau 18
Fréquences du nombre total d'hospitalisations
pour les femmes âgées de plus de 30 ans

	Valeur	Fréquence	Pourcent	Pourcent.	Pourcent.
			Valide	Cumul.	
1	14	70.0	70.0	70.0	
2	2	10.0	10.0	80.0	
3	1	5.0	5.0	85.0	
4	1	5.0	5.0	90.0	
5	2	10.0	10.0	100.0	
<hr/>					
	TOTAL	20	100.0	100.0	

Moyenne	1.750	Dev Std	1.372	
Cas Valides	20	Valeurs Manquantes	0	

Tableau 19
Test-t pour les nombre total d'hospitalisations
selon la médiane de l'âge chez les femmes

Nombre de sujets	Moyenne	Déviation Standard	Erreur Standard
Groupe < 29	22	3.0000	2.845
Group2 > 30	20	1.7500	.607

Valeur F	Prob.	Valeur t	Degrés de liberté	Prob.
4.30	.002	1.84	30.88	.076

Remerciements

L'auteur désire exprimer sa reconnaissance à son directeur de mémoire, monsieur Richard Hould, docteur en psychologie, pour son support et ses précieux conseils tout au long de la réalisation de cette recherche.

REFERENCES

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (third edition, revised) Washinton, D.C.: APA.

ANDERSON, C.M., REISS, D.J., HOGARTHY, G.E., (1986). Schizophrenia and the family, New-York: Guilford.

ANGERMEYER, M.C., KÜHN, L., GOLDSTEIN, J.M. (1988). Gender differences in age at onset of schizophrenia: a review. European archives of psychiatry and neurological sciences, 237, 351-364.

ANGERMEYER, M.C., KÜHN, L., GOLDSTEIN, J.M., (1989). Gender differences in schizophrenia: rehospitalization and community survival. Psychological medecine, 19(2), 365-382.

ANGERMEYER, M.C., KÜHN, L., GOLDSTEIN, J.M. (1990). Gender and the course of schizophrenia: differences in treated outcomes. Schizophrenia bulletin, 16(2), 293-307.

BARDENSTEIN, K.K., MCGLASHAN, T.H., (1990). Gender differences in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders: a review. Schizophrenia research, 3(3), 159-172.

BARON, M.R., GRUEN, V.D., RAINER, J., (1985). A family study of schizophrenics and normal control probands: implications for spectrum concept of schizophrenia. American journal of psychiatry, 142, 447-455.

BIEHL, H., MAURER, K., SHUBART, C., KRUMM, B., JUNG, E., (1986). Prediction of outcome and utilization of medical services in a prospective study of first onset schizophrenics. European archives of psychiatry and neurological sciences, 234, 139-147.

BLEULER, J.K., (1950). Dementia praecox for the group of schizophrenias, New-York: International university press. (Première édition en 1911).

BROWN, G.W., WING, J.K., BIRLEY, J.T.L., (1972). Influence of the family life on the course of schizophrenic disorder: a replication. British journal of psychiatry, 121, 241-258.

- CHEEK, F.A., (1964). Sex role and schizophrenia. Journal of abnormal and social psychology, 69, 392-400.
- CANCRO, R., (1985). Overview of affective disorders, In H.I.Kaplan et B.J.Sadock (4e édition). Comprehensive textbook of psychiatry. Williams and Wilkins press, Baltimore.
- CORBETT, L., (1976). Perceptual discontrol: a possible organizing principle for schizophrenia research. Schizophrenia bulletin, 2, 249-256.
- CHU, C.-C., ABI-DARGHAN, A., ACKERMAN, B., MAUMMER, C., KLEIN, H., (1988). Sex difference in schizophrenia. The international journal of social psychiatry, 35(3), 237-244.
- DWORKIN, R.H., (1990). Patterns of sex differences in negative symptoms and social functioning consistent with separate dimensions of schizophrenic psychopathology. American journal of psychiatry, 147(3), 347-349.
- ENDICOTT, J., SPITZER R.L., FLEISS, J.L., COHEN, J., (1976). The global assessment scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Archives of general psychiatry, 33, 766-771.
- FARKAS, T., WOLF, H.P., JAEGER, J., BRODIE, J.D., CHRISTIAN, D.R., FOWLER, J.S., (1984). Regional brain glucose metabolism in chronic schizophrenia. Archives of general psychiatry, 41, 293-300.
- FEDERN, P., (1953). Ego psychology and the psychoses, Londres: Imago Publishers.
- FOLNEGOVIC, Z., FOLNEGOVIC-SMALC, V., KULCAR, Z. (1990). Characteristics of male and female schizophrenics at first admission. British journal of psychiatry. 156, 363-365.
- FREEMAN, T., (1973). A psychanalytic study of the psychosis, New-York: International university press.
- FREUD, S., (1964). Abrégé de psychanalyse, Paris: Presses universitaires françaises.
- GOLDSTEIN, M.S., (1981). New development in interventions with families of schizophrenics, San Francisco: Josey-Bass.
- GOLDSTEIN, M.S., (1988). Gender differences in the course of schizophrenia. American journal of psychiatry. 146(6), 684-689.

- HOGARTY, G.E., GOLDBERG, S.C., SCHOOLER, N.R., ULRICH, R.F., (1974). Collaborative study group: Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. II. Two-years relapse rates. Archives of general psychiatry, 31, 603-608.
- JACKSON, D.D., (1960). The etiology of schizophrenia, New-York: Basic Books.
- KALLMANN, F.J. (1952). Genetic principles in manic-depressive psychosis. 42th annual meeting of the american psychopathologists' association.
- KAY, S.R., LINDENMEYER, J.-P., (1987). Outcome predictors in acute schizophrenia: prospective significance of background and clinical dimensions. Journal of nervous and mental disease, 175, 152-160.
- KENDLER, K., GRUNENBERG, A., TSUANG, M., (1985). Psychiatric illness in first degree relatives of schizophrenic and surgical control patients: a family study using DSM-III criteria. Archives of general psychiatry, 41, 770-779.
- KOPALA, L., CLARK, C., (1990). Implication of olfactory agnosa for understanding sex differences in schizophrenia. Schizophrenia bulletin. 16(2), 255-261.
- LALONDE, P., (1988). La schizophrénie expliquée. Montréal: Gaëtan Morin.
- LALONDE, P., GRUNBERG, F., (1988). Psychiatrie clinique approche contemporaine: approche bio-psycho-sociale. Montréal: Gaëtan Morin.
- LALONDE, P., SIDOUN, P., (1988). Schizophrénie, nouvelles perspectives. St-Hyacinthe: Edisem.
- LEHMAN, H.E., CANCRO, R. (1985). Schizophrenia: clinical features. In H.I. Kaplan et B.J. Sadock (4e édition). Comprehensive textbook of psychiatry. Williams and Wilkins press, Baltimore.
- LEWIN, R., (1985). Schizophrenia: an amotivational syndrome in men. Canadian journal of psychiatry. 30, 316-318.
- LEWIN, R., BURBACK, D., MELTZER, H.Y., (1984). Effect of diagnostic criteria on the ratio of male to female schizophrenic patients. American journal of psychiatry. 141, 84-87.

- LIDZ, T., (1965). Schizophrenia in the family. New-York: International university press.
- LIDZ, T., FLECK, S., CORNELISON, A.R., (1957). The intrafamilial environment of schizophrenic patients: marital schism and skew. American journal general psychiatry. 114, 1055-1066.
- LORANGER, A.W., (1984). Sex differences in age at onset of schizophrenia. Archives of general psychiatry. 41, 157-161.
- MIRSKY, A.F., DUNCAN, C.C., (1986). Etiology and expression of schizophrenia: neurobiological and psychosocial factors. Annual review of psychology. 37, 291-319.
- MUESER, K.T., BELLACK, A.S., MORRISON, R.L., WADE, J.H., (1990). Gender, social competence and symptomatology in schizophrenia: a longitudinal analysis. Journal of abnormal psychology. 99(2), 138-147.
- NASSRALLAH, H.A., (1982). Schizophrenia and brain disease. New-York: Oxford university press.
- RACAMIER, P.C., (1980). Les schizophrènes. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- ROSENTHAL, D. (1971). Genetics of psychopathology. New-York: McGraw-Hill.
- ROSENTHAL, D., KETY, S.S., (1968). The transmission of schizophrenia. New-York: Pergamon press.
- SALOKANGAS, R., (1983). Pronostic implication of the sex of schizophrenic patients. British journal of psychiatry. 142, 145-151.
- SEEMAN, M., (1985). Sex and schizophrenia. Canadian journal of psychiatry. 30, 313-315.
- SEEMAN, M., (1986). Current outcome in schizophrenia: women vs men. Acta psychiatrica scandinavia. 73, 609-617.
- SCHOOLER, N.R., HOGARTY, G.E., WIESSMAN, M.M., (1979). Social Adjustment Scale-II. In Ressource materials for community mental health program evaluators, Hargreaves WA, Coll. Washinton, D.C.: 290-330.
- SCHUMER, F., (1979). Gender and schizophrenia. In E.E Gromberg (Ed.), Gender and disordered behavior: sex differences in psychopathology. New-York: Brunner/Mazel.

- SNYDER, K., LIBERMAN, R., (1981). Family assessment and intervention with schizophrenics at risk for relapse In M.J. Goldstein (ED.), New development in intervention with families of schizophrenics. San Francisco: Josey-Bass.
- STEVENS, J.R., (1982). The neuropathology of schizophrenics. Psychological medecine. 12, 695-700.
- TAYLOR, M., ABRAMS, R., (1983). Cerebral hemisphere dysfunction in the major psychoses. In Flor-Henry et Gruzelier (éditeurs), Laterality and psychopathology. Amsterdam, Elsevier Science Publisher: 143-52.
- TOBIN, C., (1990). La schizophrénie au quotidien. Paris: Odile Jacob.
- TREICHLER, R., (1983). Dynamique de la schizophrénie. Paris: Triades.
- VAUGHN, C.E., LEFF, J.P., (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. British journal of psychiatry. 129, 125-137.
- VAUGHN, C.E., LEFF, J.P., (1981). Patterns of emotion response in relatives of schizophrenic patients. Schizophrenia bulletin, vol 7.
- WATT, N.F., (1978). Patterns of childhood and social development in adult schizophrenia. Archives of general psychiatry. 35, 160-165.
- WATT, D.C., SZULECKA, T.K., (1979). The effect of sex, marriage and age at first admission on the hospitalisation of schizophrenics during two years following discharge. Psychological medecine. 9(3), 529-539.
- WATT, D.C., KATZ, K., SHEPHERD, M., (1983). The natural history of schizophrenia: a five years prospective follow-up of a representative sample of schizophrenics by mean of a standardized clinical and social assessment. Psychological medecine. 13, 663-667.
- WATTIE, B., (1986). Etude post-thérapeutique des malades schizophrènes dans quatre provinces au Canada. Ottawa: publication du Ministre de la santé et du bien-être-social.
- WEINBERGER, D.R., (1983). Neuropathological studies of schizophrenia: a selected review. Schizophrenia bulletin. 9, 193-212.

- WENDER, P.H. (1968). A psychiatric assessment of the adoptive parents of schizophrenics. In D.Rosenthal, S.S.Kety, (1968). The transmission of schizophrenia. New-York: Pergamon press.
- WESTERMEYER, J.F., HARROW, M., (1984). Prognosis and outcome using broad (DSM-II) and narrow (DSM-III) concepts of schizophrenia. Schizophrenia bulletin, 10, 624-637.
- WING, J.K., (1984). Scan MRC social psychiatry. Onito: Mimmio.
- WORLD HEALTH ORGANISATION, (1979). Schizophrenia: a international follow-up study. British journal of psychiatry. 1983, 142, 145-151.
- WYNNE, L., SINGER, N., (1966). Communication style in parents of normals, neurotics and schizophrenics. Psychiatry research repertory. 20, 25-38.
- ZUBIN, J., (1985). Degeneration theory and stigma of schizophrenia. Biological psychiatry. 20(11), 1145-1148.