

# Différences selon le sexe dans l'âge d'apparition, la symptomatologie et l'évolution de la schizophrénie

## Gender differences in age at onset, symptomatology and course of schizophrenia

Heinz Häfner, Brigitte Fätkenheuer, Wolfram an der Heiden, Walter Löffler, Kurt Maurer, Povl Munk-Jorgensen et Anita Riecher

Volume 16, numéro 1, printemps 1991

Aspects de la dynamique conjugale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032204ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032204ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

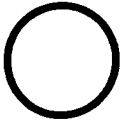
[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Häfner, H., Fätkenheuer, B., an der Heiden, W., Löffler, W., Maurer, K., Munk-Jorgensen, P. & Riecher, A. (1991). Différences selon le sexe dans l'âge d'apparition, la symptomatologie et l'évolution de la schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, 16(1), 77-98. <https://doi.org/10.7202/032204ar>

Résumé de l'article

Les différences selon le sexe dans l'âge d'apparition, la symptomatologie et l'évolution de la schizophrénie sont examinées par une analyse de cas dûment enregistrés et par une enquête directe à partir d'un échantillon représentatif de patients hospitalisés pour la première fois. La découverte centrale que les hommes deviennent schizophrènes à un âge plus précoce que les femmes se confirme après avoir écarté d'autres interprétations dues à des distorsions d'échantillonnage, à des différences d'intervalle entre l'apparition effective de la maladie et la première admission à l'hôpital, à des différences par sexe dans le développement des symptômes ou à d'autres facteurs confondants. Si l'on cherche les causes de ces différences entre hommes et femmes, il semble que les perturbations du début du développement social doivent être comprises alors comme les conséquences d'une schizophrénie débutante plutôt que comme ses conditions d'apparition. Il en ressort le besoin de modèles explicatifs qui permettent de tester empiriquement les hypothèses sur le développement spécifique de la schizophrénie dans l'un et l'autre sexe.



## **Différences selon le sexe dans l'âge d'apparition, la symptomatologie et l'évolution de la schizophrénie<sup>1</sup>**

Heinz Häfner\* — Brigitte Fätkenheuer\* —  
Wolfram an der Heiden\* — Walter Löffler\* —  
Kurt Maurer\* — Povl Munk-Jorgensen\* — Anita  
Riecher\*

Les différences selon le sexe dans l'âge d'apparition, la symptomatologie et l'évolution de la schizophrénie sont examinées par une analyse de cas dûment enregistrés et par une enquête directe à partir d'un échantillon représentatif de patients hospitalisés pour la première fois. La découverte centrale que les hommes deviennent schizophrènes à un âge plus précoce que les femmes se confirme après avoir écarté d'autres interprétations dues à des distorsions d'échantillonnage, à des différences d'intervalle entre l'apparition effective de la maladie et la première admission à l'hôpital, à des différences par sexe dans le développement des symptômes ou à d'autres facteurs confondants. Si l'on cherche les causes de ces différences entre hommes et femmes, il semble que les perturbations du début du développement social doivent être comprises alors comme les conséquences d'une schizophrénie débutante plutôt que comme ses conditions d'apparition. Il en ressort le besoin de modèles explicatifs qui permettent de tester empiriquement les hypothèses sur le développement spécifique de la schizophrénie dans l'un et l'autre sexe.

### **1. Le champ de recherche d'un vaste projet d'exploration des différences entre les sexes dans la schizophrénie**

Depuis 1987, une recherche sur les différences entre les deux sexes dans la schizophrénie est menée à l'Institut central de santé

\* Le Pr Heinz Häfner est directeur de l'Institut central de santé mentale de Mannheim, en Allemagne, et chef de l'Unité de recherche en schizophrénie de cet institut. Wolfram an der Heiden, Kurt Maurer et Anita Riecher sont des scientifiques de niveau supérieur; Brigitte Fätkenheuer et Walter Löffler sont des assistants de recherche.

Le Pr Munk-Jorgensen dirige l'Institut de démographie psychiatrique de Aarhus, au Danemark.

mentale de Mannheim. L'âge d'apparition de la schizophrénie apparaît, dans la recherche épidémiologique, comme l'une des différences les plus constantes entre les sexes. Angermeyer et Kühn (1988) ont trouvé que, sur 53 études menées dans 19 pays depuis 1983, 50 révélaient une moyenne d'âge plus élevée chez les femmes lors de la première hospitalisation pour schizophrénie. Dans la majorité de ces études, la différence d'âge entre hommes et femmes variait entre 4 et 5 ans. De même, Harris et Jeste (1988) ont passé en revue plus de 30 études européennes sur la «schizophrénie tardive» et découvert une nette prédominance des patientes féminines dont la première atteinte de la maladie avait eu lieu après avoir passé l'âge de 40 ans.

Les différences entre les deux sexes dans l'âge de la première atteinte peuvent fournir des indices intéressants sur la pathogenèse et le développement de la maladie. Si l'on pouvait saisir les raisons de ces différences, on pourrait aussi peut-être comprendre davantage l'étiologie ou, au moins, les facteurs qui déclenchent la maladie elle-même. Les écarts dans l'âge de la première atteinte ont été analysés surtout à partir de données sur des premières admissions à l'hôpital. Il convient de se demander si la schizophrénie commence vraiment à ce moment-là. Ne semble-t-il pas plus raisonnable de concevoir la schizophrénie comme un long processus qui mènera, à un moment donné, à l'hospitalisation? Donc, il faut évaluer adéquatement le début «véritable» de la maladie pour comparer les âges d'apparition de la schizophrénie d'un sexe à l'autre. Il faut aussi contrôler l'influence toujours possible de facteurs confondants, de même que celle de la distribution d'âge dans la population en général.

Pour expliquer les différences entre les deux sexes dans l'apparition de la schizophrénie, nous considérerons ici plusieurs hypothèses: par exemple, la question de savoir si une explication du genre «moment opportun» ou «sous-classe» est plus appropriée (Lewine 1981). Une sous-classification signifie que l'homme et la femme développent des symptômes différents, qui produisent des sous-classes sexuellement spécifiques de la schizophrénie, avec un début particulièrement précoce de la sous-classe défavorable chez l'homme. Par conséquent, l'étude de Mannheim analyse aussi la symptomatologie spécifique aux sexes. Le début plus précoce de la sous-classe plus grave de la maladie peut en outre contribuer à l'évolution sexuellement spécifique de la schizophrénie. Une partie de l'analyse concerne donc l'évolution et l'aboutissement de la maladie spécifiques au sexe et les facteurs qui contribuent à ces spécificités.

Pour pouvoir généraliser les résultats selon la différence entre les deux sexes dans la schizophrénie, il faudrait prouver qu'ils soient durables et stables entre les cultures. Ceci peut être conduit par des études transnationales réalisées dans les différentes cultures en estimant les mêmes instruments de recherche dans un ensemble de plans et d'élévations de dates identiques.

## **2. Données et méthodologie**

Pour clarifier les questions soulevées plus haut, plusieurs bases de données ont été mises à contribution. Nous avons notamment analysé des données provenant de dossiers médicaux au Danemark et à Mannheim, et fouillé un échantillon représentatif de patients schizophrènes hospitalisés pour la première fois sur une période de deux ans, entre 1987 et 1989, dans une zone d'environ 1,5 million d'habitants.

Pour les données provenant des registres médicaux, nous avons mis l'accent sur une analyse comparative des patients du Danemark et de Mannheim, afin de faire ressortir une répétition semblable des différences d'âge selon le sexe lors de la première hospitalisation et dans l'évolution de la schizophrénie (Häfner et coll., 1989); puis, nous avons pris soin d'écarter les artefacts et de procéder indirectement à l'examen d'hypothèses sur les habitudes diagnostiques et leur répercussions éventuelles sur l'âge du diagnostic de la schizophrénie.

En outre, nous avons mené une enquête directe à partir d'un échantillon représentatif de premières hospitalisations. Sur une période de deux ans, nous avons inclus tous les Allemands de 12 à 59 ans, qui habitaient Mannheim, Heidelberg, la région de Rhin-Neckar ou Palatinat oriental, soit environ 1,5 millions de personnes. Nous avons interviewé en deux ans 276 patients: 133 hommes et 143 femmes. Ils en étaient tous à leur première hospitalisation avec l'un des diagnostics ICD-9 suivants: psychose schizophrénique (ICD 295), syndrome paranoïde (ICD 297), réaction paranoïde aiguë (ICD 298,3), et psychose psychogénique avec symptômes paranoïdes (ICD 298,4)<sup>2</sup>.

Pour étudier les premiers développements de la schizophrénie et l'évolution de la maladie après la première hospitalisation, il faut recueillir des données sur une décennie ou plus, ce qui est difficile, particulièrement pour un large groupe de patients. Nous avons donc combiné diverses séries de données et utilisé celles qui étaient appropriées pour certaines questions. Pour le moment, les données de l'enquête directe sur les premières hospitalisations ont servi surtout

à l'analyse des débuts de la schizophrénie jusqu'à l'entrée à l'hôpital. Les registres de cas danois sont utilisés pour étudier le cours de la maladie durant dix ans après la première hospitalisation; ceux de Mannheim, pour contrôler les effets transnationaux.

Nous avons comparé par des tests  $t$  l'âge moyen spécifique selon le sexe pour divers événements comme la première hospitalisation ou l'âge au moment des perturbations précoces du développement social. En outre, nous avons calculé un âge moyen uniformisé pour circonscrire l'influence de la distribution d'âge dans la population en général. Pour le contrôle des facteurs déconcertants de l'âge, nous avons utilisé une analyse de covariance. Pour comparer l'évolution et l'aboutissement spécifique au sexe, le test  $U$  non paramétrique de Mann-Whitney a été choisi parce que les distributions de fréquence des valeurs critères étaient extrêmement déséquilibrées.

### 3. Résultats

#### 3.1 Développement spécifique de la schizophrénie selon le sexe

##### 3.1.1 Différences d'âge selon le sexe à la première hospitalisation

À partir des deux registres de cas, nous avons obtenu des données sur tous les citoyens danois — 527 hommes et 642 femmes — hospitalisés pour la première fois en 1976, et sur tous les habitants de Mannheim — 160 hommes et 176 femmes — qui, entre 1978 et 1980, furent admis pour la première fois à l'hôpital à partir d'un diagnostic clinique de schizophrénie (ICD 295) ou un diagnostic apparenté comme psychose paranoïde (ICD 297), réaction paranoïde (ICD 298,3) et état limite (301,83 au Danemark) et qui étaient âgés de 12 à 59 ans au moment de l'hospitalisation.

L'analyse des données de registres montre qu'au Danemark comme à Mannheim, les femmes ont en moyenne 5 ans de plus que les hommes lors de la première hospitalisation.

Sur tous les patients qu'on pouvait inclure dans une large définition de la schizophrénie, les hommes au Danemark avaient 33 ans, en moyenne, au moment de leur première hospitalisation, et les femmes 39 ans. À Mannheim, les moyennes d'âge étaient de 32,4 ans et 37,4 ans respectivement. Si l'on adoptait une définition restreinte de la schizophrénie (ICD 295 seulement), les différences d'âge restaient stables.

Dans le cadre de notre enquête directe, l'âge moyen de la première hospitalisation était de 30,5 ans pour tout le groupe consi-

**TABLEAU 1**  
**Différences d'âge selon le sexe à la première hospitalisation**  
**pour schizophrénie**

	Danemark		Mannheim			
	étude de cas enregistrés		étude de cas enregistrés		enquête directe	
	hommes (n = 527)	femmes (n = 642)	hommes (n = 160)	femmes (n = 176)	hommes (n = 133)	femmes (n = 143)
<i>diagnostic large</i> ICD-8: 295, 297, 298,3 198,4 301,83 <sup>1</sup>						
moyenne d'âge	33.0 ***	39.0	32.4 ***	37.4	28.5 **	32.4
moyenne d'âge uniformisée	34.8	40.2	33.1	37.9	29.1	33.7
<i>diagnostic restrictif</i> ICD-8: 295	(n = 269)	(n = 206)	(n = 143)	(n = 154)	(n = 119)	(n = 124)
moyenne d'âge	31.2 ***	36.3	32.0 ***	36.0	28.2 **	31.5
moyenne d'âge uniformisée	32.8	37.7	32.5	36.4	28.5	32.9

Test-t pour les différences d'âge

\* p ≤ .05

\*\* p ≤ .01

\*\*\* p ≤ .001

1 ICD-8: 295 - psychose schizophrénique  
 ICD-8: 297 - psychose paranoïde  
 ICD-8: 298,3 - réaction paranoïde aiguë  
 ICD-9 seulement 298,4 - psychose paranoïde psychogénique  
 ICD-8 danois seulement 301,83 - schizophrénie limite

déré. La comparaison des hommes et des femmes faisait ressortir une moyenne d'âge de 28,5 ans du côté masculin et de 32,4 ans du côté féminin. Le fait qu'on obtienne ici une moyenne d'âge inférieure à celles des registres de cas s'explique peut-être par le réseau dense de services désinstitutionnalisés qui s'est développé durant la dernière décennie dans la zone considérée et qui a pu abaisser le seuil donnant accès au traitement.

Les résultats de la plupart des études sur les différences selon le sexe sont basés sur des valeurs d'âge moyen au lieu de taux fondés sur la démographie. Dans ce cas, la grande proportion de jeunes hommes et de femmes un peu plus âgées parmi les premières hospitalisations peut refléter simplement la distribution d'âge et de sexe dans la population en général et peut donc n'être en rien caractéristique des schizophrènes hospitalisés pour la première fois.

Quand on subdivisait notre cohorte de schizophrènes de première hospitalisation par groupes d'âge et qu'on calculait les proportions de chaque groupe sur 100 000 individus de la population générale, ces taux à base démographique étaient décidément plus élevés pour les hommes des groupes plus jeunes, avec un sommet entre 20 et 24 ans, tandis que les femmes étaient en plus forte proportion dans les groupes plus âgés. On pouvait donc confirmer aussi la différence selon le sexe pour la moyenne d'âge uniformisée à la première hospitalisation (voir Tableau 1), moyenne qui tenait compte de la distribution du sexe et de l'âge dans la population en général.

### 3.1.2 Différences selon le sexe dans l'âge d'apparition des symptômes

L'âge plus élevé des femmes à la première hospitalisation pouvait, de fait, s'expliquer par un plus long intervalle entre l'apparition réelle de la maladie et l'entrée à l'hôpital. Il était possible alors que les femmes tombent malades aussi tôt que les hommes mais ne soient admises à l'hôpital qu'à un stade plus avancé de la schizophrénie. Nous avons donc analysé pour les deux registres de cas toutes les admissions antérieures à celle du diagnostic d'inclusion donné pour la première fois, parce que ces événements se rapprochent davantage de la date d'apparition de la schizophrénie.

Presque le même pourcentage d'hommes et de femmes — environ 25 % au Danemark et 15 % à Mannheim — avait été admis précédemment pour d'autres raisons. Or, l'intervalle de temps entre cette admission pré-psychiatrique et le premier diagnostic d'hospitalisation pour schizophrénie était pratiquement le même pour les hommes et pour les femmes, s'établissant aux alentours de 2,3 à 3 ans dans les deux pays. L'intervalle entre le premier contact d'ordre psychiatrique, y compris les contacts de consultation, et la première admission pour schizophrénie diagnostiquée (ces données n'étaient disponibles que dans les registres de Mannheim) s'avérait aussi très semblable pour les hommes et les femmes.

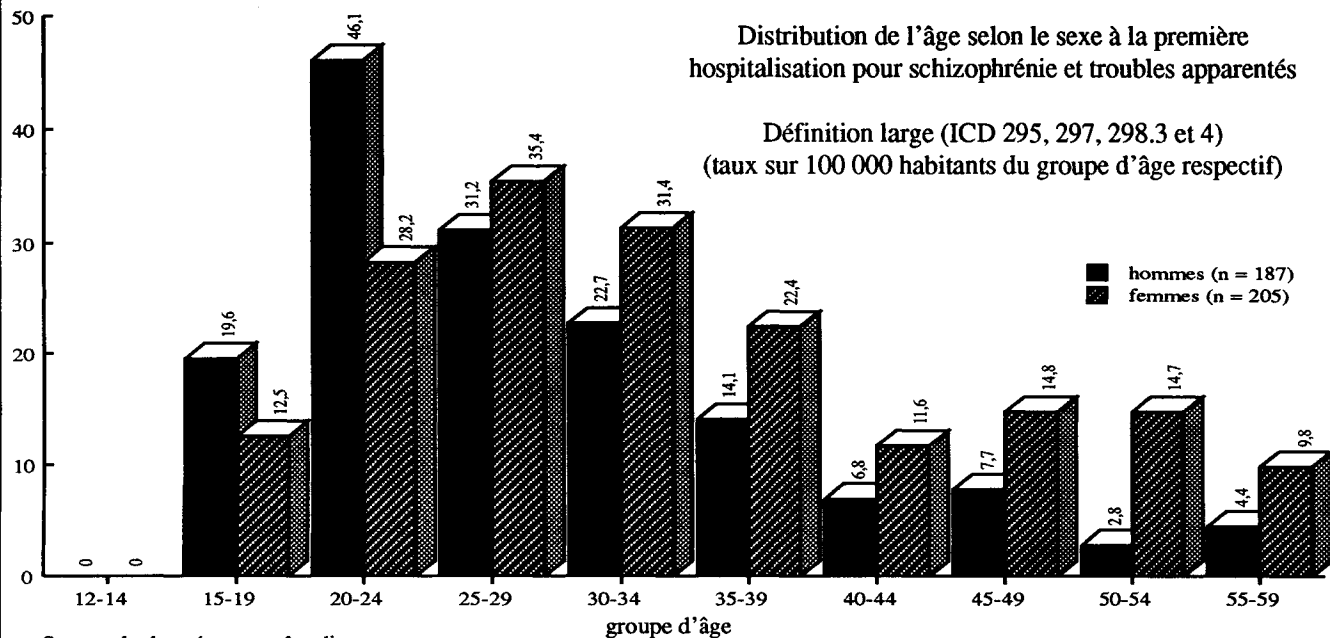
Les contacts préalables pouvaient fort bien ne pas être les mêmes en ce qui concerne le point de départ de la schizophrénie. Nous avons donc élaboré un «instrument pour l'évaluation rétrospective de l'apparition de la schizophrénie» (IRAOS, Häfner et coll. 1990), afin de circonscrire l'évolution de la maladie à partir des tout premiers signes de troubles psychologiques.

Cet instrument nous a permis d'évaluer la moyenne d'âge des hommes et des femmes à différents stades d'évolution de la maladie, notamment pour:

**FIGURE 1**

Distribution de l'âge selon le sexe à la première hospitalisation pour schizophrénie et troubles apparentés

Définition large (ICD 295, 297, 298.3 et 4)  
(taux sur 100 000 habitants du groupe d'âge respectif)



Source de données: enquête directe

Secteur d'enquête: Mannheim, Heidelberg, Comté Rhin-Neckar, Palatinat oriental (24 mois, 1987-1989)



- la première hospitalisation avec diagnostic d'admission (hospitalisation répertoriée);
- le début de l'épisode qui a mené à l'hospitalisation;
- l'estimation personnelle du patient sur l'apparition de la maladie, et
- la date de la première manifestation de désordre mental.

En ce qui concerne l'âge de la première hospitalisation, les résultats des données de registres se sont trouvés confirmés. De plus, pour ce qui est des diverses manifestations de schizophrénie, toutes les différences d'âge étaient significatives statistiquement, s'établissant entre 3 et 4 ans, conformément à l'hypothèse de l'apparition plus précoce chez les hommes.

### 3.1.3 Les facteurs sociaux dans les particularités d'apparition de la maladie selon le sexe

S'il existe des différences entre les sexes dans certains rôles qui exigent une plus grande passivité chez les femmes et plus d'agressivité chez les hommes, il se pourrait qu'une perturbation du rôle social soit reliée au développement de la schizophrénie. Comme la recherche nous l'apprend, l'ajustement prémorbide est un signe prédictif puissant de l'évolution et de l'aboutissement de la schizophrénie, et les patients masculins présentent plus de carences dans leurs premiers ajustements sociaux (Gittelman-Klein et Klein 1969). Si un échec se produit dans les stades habituels du développement, on parlera de «discontinuité», ce qui signifie une rupture dans l'évolution individuelle de la vie («Knick in der Lebenslinie», Kahn 1923). Il importe de déterminer les proportions de discontinuité propres à chaque sexe, pour divers rôles sociaux, ainsi que l'âge moyen des hommes et des femmes quand ils rencontrent ces problèmes sociaux pour la première fois. Cette information est nécessaire pour calculer la différence de moment entre les premières difficultés de rôle social et l'apparition de la schizophrénie, de même que le temps qui s'écoule avant la première hospitalisation. Avec ces données, on peut juger si les discontinuités sociales précèdent les symptômes schizophréniques ou en sont plutôt les conséquences. Quant à l'hypothèse du délai d'apparition de la maladie, fondée sur une supposition de tolérance propre au sexe pour la conduite déviante, elle peut être examinée si l'intervalle entre les premières discontinuités sociales et l'admission à l'hôpital est vraiment différent pour les hommes et pour les femmes.

Un aspect important dont a tenu compte l'instrument d'évaluation (IRAOS) est l'estimation de la fréquence et de la séquence temporelle d'items permettant la description de modèles réguliers et perturbés de développement, pour des données socio-démographiques et personnelles comme la scolarité, la formation professionnelle, l'emploi, le revenu, la conduite psychosexuelle et les conditions de vie. Des conventions bien définies et détaillées permettent une évaluation efficace des moments et des causes de discontinuité dans ces secteurs.

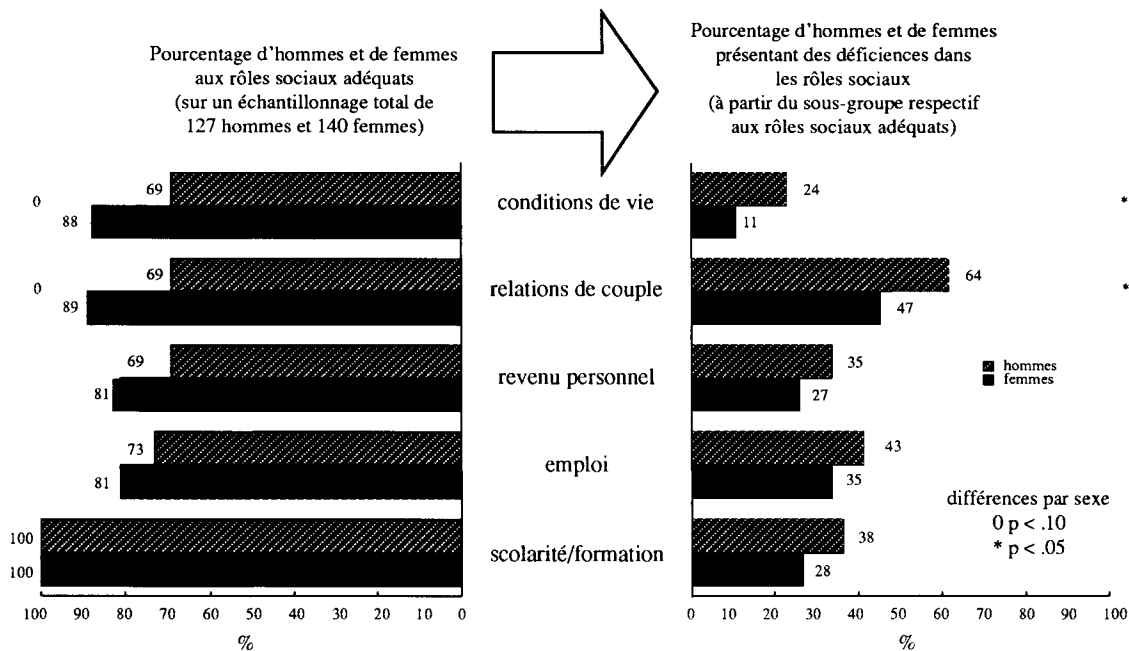
Sur le rapport entre les incohérences du développement et l'apparition de la schizophrénie, les questions suivantes seront examinées:

- Les différences sont-elles identifiables d'un sexe à l'autre, et les hommes sont-ils perturbés à un plus haut degré que les femmes?
- Y a-t-il des différences d'âge entre hommes et femmes au moment où se produisent les discontinuités de rôle social?
- Y a-t-il des différences d'intervalle propres au sexe entre les manifestations de discontinuité, l'apparition de la schizophrénie et la première hospitalisation?

La partie gauche de la Figure 2 montre que, pour presque toutes les variables utilisées comme indices de vie autonome, les hommes ont un plus haut pourcentage d'échec quand il s'agit de mener à bien un rôle social. La capacité de participer à un rôle quelconque peut être considérée comme un progrès important dans le processus de maturation sociale. Si le sujet n'a pas réussi à prendre un rôle, c'est peut-être parce que les attentes de ce rôle dépendent de l'âge de la personne, mais la plupart du temps cela indique de graves carences sociales. Par conséquent, on peut dire que les patients qui échouent dans des rôles sociaux qu'ils essaient doivent être quand même considérés comme mieux adaptés socialement que ceux qui ont été tout à fait incapables d'essayer ces rôles. La partie droite de la Figure 2 renvoie seulement aux patients qui ont été capables de remplir les exigences du rôle dans un premier temps, puis qui ont échoué à la longue. Comme, par exemple, seulement 69 % des hommes, comparativement à 88 % des femmes, sont parvenus à des conditions de vie autonomes, le sous-groupe masculin est forcément plus restreint que le sous-groupe féminin. La même chose vaut pour la vie en couple, le revenu et l'emploi. On devrait donc s'attendre à une plus grande proportion de femmes qui présentent des troubles de comportement.

FIGURE 2

## Différences selon le sexe dans les rôles sociaux



Malgré tout, ce sous-groupe masculin affiche un plus fort pourcentage de perturbations que sa contrepartie féminine dans tout l'éventail des rôles sociaux. À cause des petites dimensions de l'échantillon dans la plupart des variables, seuls les items «conditions de vie» et «relations de couple» atteignaient le seuil de signification statistique quand on comparait les pourcentages de discontinuités propres à chaque sexe ( $p \leq M 0,05$ ). Nous avons donc calculé un score global, en fonction du nombre de rôles assumés. Ce score va de 0 à 1 et correspond à la proportion de rôles perturbés par rapport à tous ceux qui ont été remplis adéquatement dans un premier temps. Pour les hommes, ce rapport est significativement plus élevé que pour les femmes (h: 0,35; f: 0,27), ce qui signifie qu'une proportion relativement plus grande de zones de développement se trouve perturbée chez les hommes.

Quant à l'âge où l'on éprouve ces discontinuités, il varie selon le sexe de 0,8 à 2,7 ans pour quatre des cinq variables considérées, les femmes étant toujours plus vieilles. Mais ces différences ne sont pas significatives statistiquement.

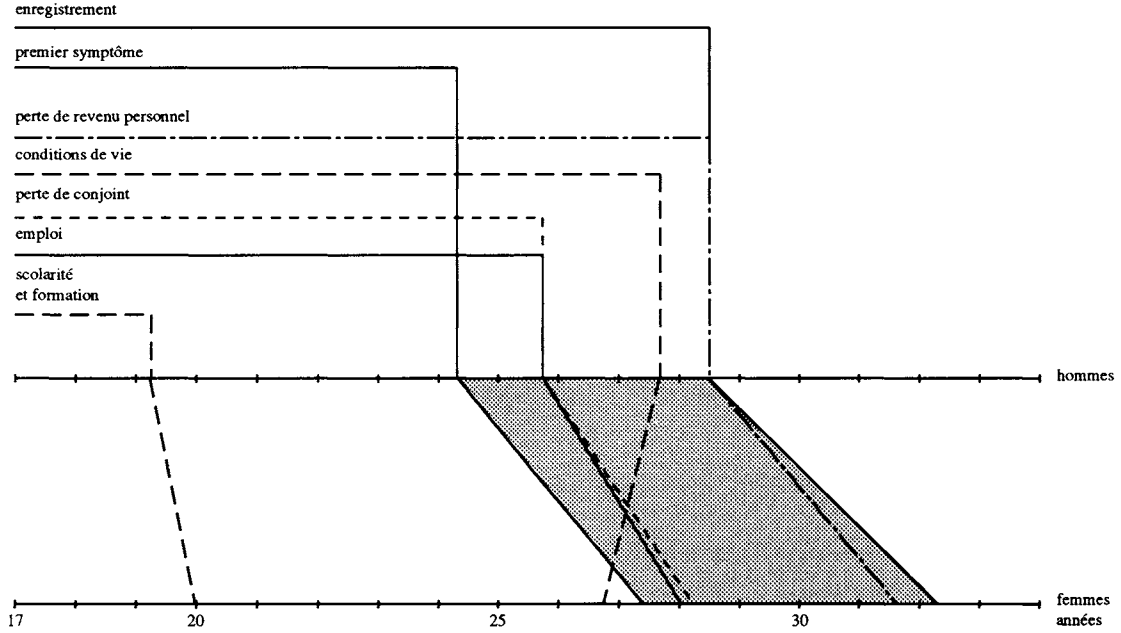
Les discontinuités sociales précèdent-elles l'apparition de la schizophrénie, ou la suivent-elles? De fait, toutes ces discontinuités sont observables, en général, après l'apparition de la schizophrénie, comme le définissent les premiers indices de maladie mentale. Par conséquent, les ruptures de rôles sociaux doivent être considérées comme des conséquences plutôt que des signes avant-coureurs de la maladie.

Si l'intervalle est plus long pour les femmes entre les discontinuités sociales et la première hospitalisation, cela renforcerait l'hypothèse d'une plus grande tolérance sociale ou d'une meilleure protection sociale du côté féminin. De fait, les femmes sont hospitalisées plus tard que les hommes, mais c'est seulement pour la variable «revenu» que la différence atteint le seuil de signification statistique (hommes: 1,1 an; femmes: 2,6 ans;  $p \leq M 0,05$ ). Dans ce cas, il faut savoir que si un homme avait perdu son revenu une rupture était enregistrée, tandis que pour la femme mariée dans la même situation qui avait pris le rôle accepté socialement de maîtresse de maison, sa dépendance financière par rapport à son mari n'était pas cotée comme une discontinuité.

En général, les résultats concernant les rapports des premières déficiences sociales avec l'évolution de la schizophrénie montrent que les hommes manifestent un plus haut degré d'inadaptation, mais parce qu'une petite proportion seulement d'hommes et de femmes

FIGURE 3

Discontinuités et apparition de la maladie



sont vraiment perturbés dans l'un des divers rôles, une baisse extrême de la taille de l'échantillon échappe à la preuve statistique. Un résultat important au sujet du rapport séquentiel entre discontinuités sociales et apparition des symptômes semble montrer que les problèmes sociaux chez les schizophrènes doivent plutôt être conçus comme conséquences d'un début de maladie et non comme un signe précurseur ou prodromique d'une schizophrénie.

### 3.1.4 Situation familiale et âge d'hospitalisation selon le sexe

On peut présumer que le fait d'être en couple protège de la schizophrénie (Eaton, 1975). Par ailleurs, comme Farina et coll. (1963) l'ont souligné, se marier dans notre culture exige un rôle plus actif de l'homme, des qualités qui semblent aux antipodes de la condition schizophrénique. Par contre, une femme peut se marier malgré des états de passivité et de retranchement, simplement en laissant l'homme assumer toutes les responsabilités à l'époque des fréquentations. Aussi pourrait-on s'attendre à voir plus de femmes mariées schizophrènes que d'hommes.

Dans notre enquête directe sur les premières hospitalisations, nous avons trouvé de fait que plus de 75 % des patients masculins étaient célibataires contre 20 % mariés. Chez les patientes, les chiffres correspondants étaient de 50 % célibataires et plus de 40 % mariées. Ceux et celles qui restaient (pour atteindre le 100 %) étaient séparés, veufs ou divorcés au moment de leur première entrée à l'hôpital. La moyenne d'âge de cette première hospitalisation était presque la même pour les célibataires des deux sexes (hommes: 26,2 ans; femmes: 26,3 ans). L'âge moyen des personnes en couple (mariées ou non) était de 9 ans plus élevé mais presque identique aussi pour les deux sexes (hommes: 35,4 ans; femmes: 35,8 ans). Donc, les différences d'âge entre hommes et femmes à l'hospitalisation disparaissent quand on les soumet à la variable de la situation conjugale. Cependant, comme la situation conjugale et la probabilité de tomber malade sont des facteurs liés au temps, la question de savoir si nos résultats confirment une hypothèse de causalité ou une hypothèse sélective concernant l'influence de la situation familiale sur l'apparition de la schizophrénie ne peut jusqu'ici se vérifier et exige des recherches plus poussées.

### 3.2 Symptomatologie spécifique au sexe

La psychopathologie de notre groupe de schizophrènes fut évaluée par l'examen PSE («Present State Examination», Wing et coll.

1974) au moment de la première hospitalisation. Parmi les symptômes dont les scores étaient les plus élevés, il y en avait sept non spécifiques («évaluation subjective de la santé physique», «anxiété», «agitation», «vaine cogitation», «difficultés de concentration», «anergie subjective et ralentissement» et «irritabilité») et cinq aigus («anxiété causée par des hallucinations», «états hallucinatoires», «hallucinations référentielles», «erreurs d'interprétation et d'identification hallucinatoires» et «hallucinations de persécution»). Pour aucun de ces symptômes nous n'avons pu prouver de différences entre les sexes.

En utilisant le programme informatisé CATEGO (Wing et coll. 1974) pour ramener les symptômes PSE à 38 syndromes, nous avons obtenu des profils syndromiques presque identiques pour les hommes et les femmes. Sur 3 syndromes seulement («névrose obsessionnelle», «psychose non spécifique» et «négligence personnelle»), des différences significatives selon le sexe devinrent évidentes dans les fréquences, mais elles disparurent après un ajustement alpha, correction nécessaire à cause du grand nombre de comparaisons simultanées.

En outre, au niveau diagnostique, hommes et femmes affichaient presque les mêmes distributions de fréquences des diagnostics cliniques. En effet, 89,0 % des hommes et 86,4 % des femmes avaient obtenu un diagnostic clinique de schizophrénie (ICD 295). La proportion de psychoses paranoïdes (ICD 297) était d'environ 10 % dans les deux groupes, tandis que les réactions paranoïdes (ICD 298,3) et d'autres psychoses à symptômes paranoïdes étaient négligeables.

En ce qui concerne les différences d'un sexe à l'autre dans le début de l'épisode qui a mené à l'hospitalisation, seule une tendance a pu être relevée ( $p \leq M 0,10$ ); les cas avec début de maladie aiguë étaient un peu plus fréquents du côté des femmes (39 %, par rapport à 31 % pour les hommes), tandis que les hommes connaissaient plus souvent une apparition insidieuse de la maladie (50 %, contre 39 %).

### *3.3 Évolution et aboutissement spécifiques de la schizophrénie selon le sexe*

Après examen des questions de différences selon le sexe dans l'apparition de la schizophrénie et dans les premières conditions de vie sociale, nous allons maintenant porter notre attention sur le cours de la maladie elle-même. Angermeyer (1989) et Angermeyer et coll. (1989) ont publié récemment deux articles sur l'évolution spécifique

de la schizophrénie pour chaque sexe. Un peu plus de la moitié des études qu'ils ont recensées ne révélait aucune différence liée au sexe dans l'évolution de la schizophrénie, alors qu'environ 47 % des études montraient une évolution et un aboutissement supérieurs chez les femmes. Seul un petit nombre d'auteurs avaient publié des données qui indiquaient une meilleure évolution de la schizophrénie chez les hommes.

Le but des analyses qui suivent est de tester plusieurs facteurs qui pourraient influencer les différences liées au sexe dans l'évolution de la schizophrénie. Parmi ces facteurs, mentionnons le concept sous-jacent de schizophrénie (large ou restreint, voir Westermeyer et Harrow 1984), la durée de la période de suivi et l'usage de mesures successives ou cumulatives.

### **3.3.1 L'influence du concept diagnostique sur 10 ans d'évolution spécifique au sexe**

Cette analyse s'est fondée sur les mêmes registres danois qui ont servi à analyser l'âge selon le sexe lors de la première hospitalisation. Ces registres consignent toutes les hospitalisations de tous les patients danois entre 1976 et 1986, ainsi que les épisodes antérieurs à 1976 qui ne comportaient pas d'hospitalisation. Les 1169 cas en question sont regroupés sous une conception diagnostique «large» de la schizophrénie, mais un sous-groupe de 475 patients de type ICD 295 peuvent être considérés comme schizophrènes selon une conception «restrictive» de la maladie. La conception «large» rassemble les psychoses schizophréniques, les états paranoïdes, les réactions paranoïdes aiguës, la psychose paranoïde psychogénique et l'état de schizophrénie limite, tandis que la conception «restrictive» se limite aux patients diagnostiqués ICD 295 (psychoses schizophréniques). Pour analyser l'effet de la conception diagnostique sur l'évolution de la schizophrénie dans chaque sexe, et pour éviter une exclusion prématurée de cas, nous avons distingué l'une de l'autre ces conceptions de la schizophrénie.

Nous avons utilisé deux critères: le nombre d'hospitalisations et le temps total passé à l'hôpital, dans l'intervalle de 10 ans considéré. Ces critères peuvent servir à examiner toutes les hospitalisations en 10 ans ou à se concentrer uniquement sur les hospitalisations avec diagnostic «large» ou «restrictif» de schizophrénie.

Dans la partie supérieure du Tableau 2, on trouve une comparaison des valeurs critères spécifiques au sexe pour le nombre total des cas recensés. Le calcul du nombre d'hospitalisations indépen-



**TABLEAU 2**  
**Évolution selon le sexe en dix ans à partir**  
**des registres danois (1976-1986)**

a) tous les patients inscrits (conception large de la schizophrénie) n = 1169 (hommes: n = 527, femmes: n = 642) <sup>1</sup>						
	nombre d'hospitalisations			temps d'hospitalisation (en jours)		
	hommes	femmes	p(U)	hommes	femmes	p(U)
total	3.71	3.37	n.s.	486	354	*
épisodes schizophréniques seulement (conception large)	2.99	2.48	*	420	281	**
b) patients inscrits sous un diagnostic ICD-295 (conception restrictive de la schizophrénie) n = 475 (hommes: n = 269, femmes: n = 206) <sup>2</sup>						
	nombre d'hospitalisations			temps d'hospitalisation (en jours)		
	hommes	femmes	p(U)	hommes	femmes	p(U)
total	3.85	3.75	n.s.	632	542	n.s.
épisodes schizophréniques seulement (conception restrictive)	3.10	2.86	n.s.	533	445	n.s.

Les patients dont la mort était inscrite dans les registres ont été exclus de l'analyse:

1. hommes: n = 49, femmes: n = 41

2. hommes: n = 28, femmes: n = 16

Test-U de Mann-Whitney

p(U): n.s. non significatif

\* p ≤ .05

\*\* p ≤ .01

\*\*\* p ≤ .001

damment des diagnostics n'aboutit pas à des différences significatives entre hommes et femmes, mais si l'on tient compte de la durée cumulative des épisodes, les hommes présentent une évolution significativement plus grave. En prenant seulement les épisodes qui mènent à l'hôpital, les différences entre sexes pour les deux critères aboutissent à une meilleure évolution pour les femmes. À première vue, ces résultats pourraient s'interpréter ainsi: si l'on applique les critères d'évolution clinique aux seuls épisodes schizophréniques, on peut démontrer plus clairement les différences d'un sexe à l'autre.

Cependant, dans la partie inférieure du Tableau 2, toutes les différences significatives liées au sexe disparaissent. La différenciation dans la partie supérieure du tableau n'est pas due à la définition des critères d'aboutissement de la maladie, mais seulement à la définition du sous-échantillon de schizophrènes au sens «restrictif»

lors de l'hospitalisation. Aussi l'écart dans les résultats des parties a) et b) du Tableau 2 peut-il se concevoir comme la conséquence de la composition hommes/femmes de l'échantillonnage des sous-groupes diagnostiques. Les patients appartenant au sous-groupe ICD 295, plus gravement atteint, présenteront une évolution plus grave de la maladie, indépendamment de leur sexe. Comme l'ensemble du groupe affiche une surreprésentation de cas ICD 295 chez les hommes, et une surreprésentation de cas moins graves de troubles paranoïdes et d'états limites chez les femmes, on peut y voir la raison de l'évolution plus favorable de la maladie du côté féminin.

### 3.3.2 Évolution et aboutissement liés au sexe dans une perspective annuelle

Il est tout à fait arbitraire de restreindre l'aboutissement de la maladie à une période de 10 ans. Pour une analyse plus précise de l'évolution de la schizophrénie selon le sexe, il faudrait considérer diverses périodes de temps (court, moyen et long terme). Autre aspect important: différencier l'évolution de l'aboutissement. Les différences selon le sexe dans l'évolution à long terme de la schizophrénie pourraient résulter de différences précoces, qui influencent les valeurs cumulatives sur une période beaucoup plus longue que l'existence même des différences liées au sexe. Par conséquent, une analyse à partir d'un critère de long terme devrait aussi tenir compte de l'aboutissement mesuré année après année, par exemple, pour voir si les différences d'un sexe à l'autre dans l'évolution de la schizophrénie se limitent à un certain intervalle de temps ou si elles sont vraiment durables.

L'accumulation des valeurs choisies comme critères aboutit à des différences significatives sur 10 ans, mais, sur une base annuelle, l'évaluation de la maladie après la cinquième année ne donne de différences probantes entre sexes qu'en un point seulement.

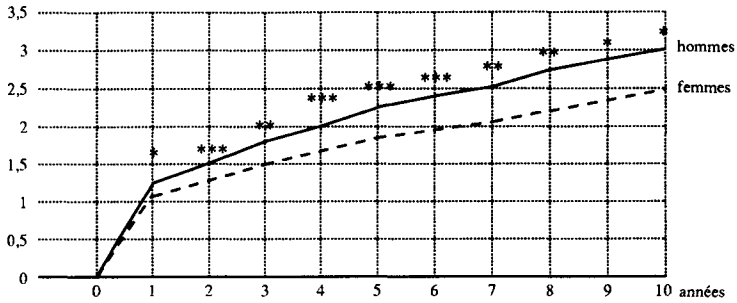
On peut aussi conclure du Tableau 4 que la durée du suivi peut influencer sur le résultat d'une évolution spécifique au sexe. Pour la fonction cumulative, les différences hautement significatives au départ deviennent plus faibles avec le temps, ne l'étant plus qu'à un niveau de 5 % après 9 et 10 ans. Une extrapolation de cette fonction donnerait une réduction subséquente du niveau de signification, et probablement aucune différence significative selon le sexe quelques années plus tard.

À partir de l'évolution annuelle de la maladie, il est manifeste que si on limitait la période considérée à cinq ans, on aboutirait à la

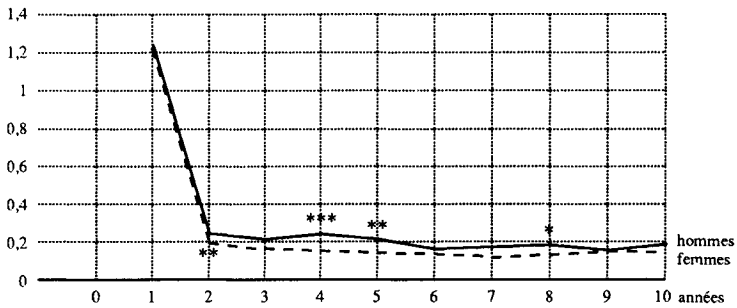
**FIGURE 4**

Mesures des critères cumulatifs et successifs  
et leur effet sur les différences entre les sexes

a) Nombre cumulatif d'épisodes



b) Nombres d'épisodes par année



Évolution spécifique de la schizophrénie selon le sexe en 10 ans  
(données du registre d'Aarhus)

a) nombre cumulatif d'épisodes (avec diagnostics ICD 295, 297, 298.3 ou 301.83)

b) nombre d'épisodes par années (avec diagnostics ICD 295, 297, 298.3 ou 301.83)

\* p < .05

hommes : n = 527

\*\* p < .01

femmes : n = 642

\*\*\* p < .001

conclusion qu'il existe des différences liées au sexe dans la schizophrénie; mais la prolongation du temps d'observation modifie le résultat en limitant les différences entre sexes à la première phase suivant l'apparition de la schizophrénie.

#### **4. Résumé et commentaire**

Les différences selon le sexe dans la schizophrénie ont été analysées avec des données de registres et à partir d'une enquête directe sur un échantillon représentatif de premières hospitalisations.

Tous les résultats sur les différences d'âge d'un sexe à l'autre, à l'apparition de la schizophrénie, sont conformes à l'hypothèse d'une apparition plus précoce chez les hommes. Sans égard aux catégories de données — données de registre fondées sur des diagnostics cliniques ou données évaluées directement avec des critères d'hospitalisation bien définis et des diagnostics vérifiés —, nous avons trouvé une moyenne d'âge significativement plus basse chez les hommes. Cela vaut non seulement pour la première hospitalisation sur diagnostic de schizophrénie, mais aussi pour des soins antérieurs. Dans l'enquête directe, le développement des premiers symptômes fut évalué rétrospectivement, et encore ici pour les différentes vérifications de l'apparition de la schizophrénie, la différence entre les sexes est restée la même. On a aussi écarté la distorsion causée par la distribution d'âge dans la population en général sur la distribution d'âge des patients. Nous pouvons donc conclure que la différence d'âge selon le sexe à la première hospitalisation pour schizophrénie diagnostiquée, de même qu'au début des symptômes spécifiques et non spécifiques de schizophrénie, est un fait et non un artefact. Mais l'explication de ce phénomène reste encore à trouver.

Il est étonnant de constater que les différences selon le sexe disparaissent quand on introduit la variable contrôle de la situation conjugale: l'âge de la première hospitalisation est alors presque identique chez les deux sexes pour les personnes célibataires ou mariées. Comme plus des trois quarts des patients masculins sont célibataires, tandis que la proportion de femmes seules est de moins de 50 %, la moyenne d'âge plus basse pour tout le groupe masculin est attribuable à la grande proportion de jeunes célibataires dans ce groupe; inversement, la moyenne d'âge plus élevée de la cohorte féminine est due à la plus haute proportion parmi elles de femmes mariées plus âgées. Quand on contrôle la situation familiale, la disparition des différences d'âge à la première hospitalisation est simplement un effet de l'association de l'âge et de la situation

familiale, ce qui reflète un état de choses dans la population en général. On ne saurait donc trouver là une explication des causes de l'apparition de la schizophrénie.

Une autre question intéressante sur les différences entre sexes dans la schizophrénie concerne la manifestation de discontinuités au début du développement social et le rapport de ces discontinuités avec la schizophrénie. C'est chez les hommes encore qu'on trouve le plus grand nombre de difficultés de ce genre, mais la proportion de ceux qui les ont éprouvées est relativement petite au sein du groupe. Quelques résultats seulement atteignent le seuil de signification statistique, à cause de la dimension réduite de l'échantillon.

Dans l'ensemble, un plus haut pourcentage d'hommes que de femmes éprouvent des difficultés de développement psychosocial. Mettant le moment de manifestation de ces «ruptures» sociales en relation avec l'apparition de la maladie mesurée par la première manifestation de troubles psychologiques, nous avons trouvé que les perturbations sociales doivent se concevoir comme des conséquences d'une schizophrénie débutante plutôt que comme des conditions préalables. Mais une analyse plus poussée s'impose. Dans notre instrument IRAOS, des items supplémentaires de rôle social sont utilisés et cotés pour cerner la première manifestation de déficiences dans divers rôles et zones de fonctionnement social comme le couple, le rôle de parent, l'entretien de la maison, l'activité en période de récréation, l'entretien personnel, le retrait de la société, etc. Ces divers aspects du fonctionnement social doivent être analysés en plus des items de «continuité». De même, la séquence temporelle des déficiences sociales et des symptômes psychiatriques doit être complétée par une distinction minutieuse des groupes de symptômes, par exemple les psychotiques et les non psychotiques.

Le troisième élément concerne l'évolution de la schizophrénie selon le sexe. Dans la littérature disponible sur le sujet, on trouve de nombreux arguments à l'appui d'une évolution plus lourde chez les hommes, mais il y a aussi plusieurs auteurs qui n'ont pu faire la preuve d'une évolution spécifique au sexe. Grâce aux données des registres danois étalées sur dix ans à partir de la première hospitalisation, nous avons montré que le diagnostic d'hospitalisation (conception «large» ou «restrictive» de la schizophrénie) influence la découverte de modes d'évolution similaires ou différents. C'est aussi le cas si l'on tient compte de la limite imposée au suivi ou si l'on fonde ses conclusions soit sur les mesures d'aboutissement de la maladie soit sur les mesures de son évolution.

L'élaboration de modèles explicatifs nécessite des recherches plus poussées pour comprendre pourquoi les hommes deviennent schizophrènes à un âge plus précoce ou pourquoi leur schizophrénie est plus grave que celle des femmes. En outre, l'élimination de suppositions fautives sur le développement des différences entre les deux sexes dans la schizophrénie peut ouvrir des perspectives plus justes. Par exemple, les données sur la comparaison des symptômes, syndromes ou diagnostics de schizophrénie n'indiquent pas que des sous-types de schizophrénie liés au sexe sont la raison d'un âge d'apparition ou d'une évolution de la maladie selon le sexe, parce que la symptomatologie au moment de l'hospitalisation est presque identique pour les hommes et les femmes. Cette façon de voir est de bon augure pour la réussite d'une recherche subséquente; car un modèle explicatif exige de tester les données, et en confirmant ou infirmant l'hypothèse avancée on peut élaborer un modèle de complexité croissante pour comprendre le développement de la schizophrénie selon le sexe. Cette stratégie permet de séparer les hypothèses utiles et valables empiriquement de celles qui sont purement spéculatives et qui doivent être écartées par manque de fondement empirique.

## NOTES

1. Cet article est le résumé de mémoires présentés par les membres de l'Unité de recherche en schizophrénie de l'Institut central de santé mentale de Mannheim (Allemagne), lors du séminaire sur «Les différences selon le sexe dans l'apparition et l'évolution des maladies psychiatriques», au V<sup>e</sup> Congrès d'épidémiologie psychiatrique, à Montréal, du 6 au 8 juin 1990. La recherche, «Indikatoren und Risikomodelle für Entstehung und Verlauf psychischer Störungen», fut menée au Sonderforschungsbereich 258 (SFB 258), grâce au soutien financier de la «Deutsche Forschungsgemeinschaft».
2. En Europe, les diagnostics sont codifiés le plus souvent selon la classification internationale des maladies, dite ICD, le système diagnostique de l'Organisation mondiale de la santé (ICD-9, OMS 1978). Les codifications sont comparables à celles du DSM-III, mais les diagnostics n'y sont définis que par des directives cliniques au lieu de critères diagnostiques.

## RÉFÉRENCES

- ANGERMEYER, M., 1989, «Geschlechtsabhängige Variationen im Verlauf schizophrener Krankheit», *Fortschritte Neurologie und Psychiatrie*, 57, 257-266.
- ANGERMEYER, M., KÜHN, L., 1988, Gender differences in age at onset of schizophrenia, *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 237, 351-364.
- ANGERMEYER, M., GOLDSTEIN, J.M., KÜHN, L., 1989, Gender differences in schizophrenia: Rehospitalisation and community survival, *Psychological Medicine*, 19, 365-382.

- EATON, W., 1975, Marital Status and Schizophrenia, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 52, 320-329.
- FARINA, A., GARMEZY, N., BARRY, H., 1963, Relationship of marital status to incidence and prognosis of schizophrenia, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 624-630.
- GITTELMAN-KLEIN, R., KLEIN, D., 1969, Premorbid asocial adjustment and prognosis in schizophrenia, *Journal of Psychiatric Research*, 7, 35-53.
- HÄFNER, H., RIECHER, A., MAURER, K., LÖFFLER, W., MUNK-JORGENSEN, P., STRÖMGREN, E., 1989, How does gender influence age at first hospitalisation for schizophrenia?, *Psychological Medicine*, 19, 903-918.
- HÄFNER, H., RIECHER, A., MAURER, K., MEISSNER, S., SCHMIDTKE, A., FÄTKENHEUER, B., LÖFFLER, W., AN DER HEIDEN, W., 1990, Ein Instrument zur retrospektiven Einschätzung des Erkrankungsbeginns bei Schizophrenie (Instrument for the retrospective assesment of the onset of schizophrenia — «IRAOS») — Entwicklung und erste Ergebnisse, *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, XIX, 230-255.
- HARRIS, M., JESTE, D., 1988, Late-onset schizophrenia: an overview, *Schizophrenia Bulletin*, 14, 39-55.
- KAHN, E., 1923, Schizoid und Schizophrenie im Erbgang, in Rüdin, E., *Studien über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen*, Bd. IV, Springer, Berlin.
- LEWINE, R., 1981, Sex differences in schizophrenia: timing or subtypes?, *Psychological Bulletin*, 90, 432-444.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1978, *Mental disorders: Glossary and guide to their classification in accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases*.
- WESTERMEYER, J., 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., COOPER, J.E., SARTORIUS, N., 1974, *The Measurement and classification of psychiatric symptoms*, Cambridge University Press, Cambridge.

## ABSTRACT

### Gender differences in age at onset, symptomatology and course of schizophrenia

Gender differences in age at onset, symptomatology and course of schizophrenia are examined by analyzing case register data and by direct investigation of a representative sample of first-admitted patients. The main finding that males fall ill at an earlier age than females can be confirmed even after ruling out other interpretations due to sample bias, different time span between real onset and first hospital admission, gender differences in symptom development or other confounding factors. When looking for causes of these gender differences it seems that disturbances in early social development must be understood as a consequence of beginning schizophrenia rather than a prerequisite. The need for explanatory models is stressed that allow for the empirical testing of hypotheses concerning gender specific development of schizophrenia.