

CONSIDÉRATIONS SUR LES ACCIDENTS PSYCHIATRIQUES DE LA PUERPÉRALITÉ en milieu malgache

B. RATSIFANDRIHAMANANA, RATSIVAHINY et RAKOTOARIVÉLO

Au cours d'une période d'observation de 4 années (1960-1963), menée dans le Service de Psychiatrie, dans lequel 580 femmes ont été hospitalisées, nous avons relevé 34 observations de malades ayant présenté des accidents psychiatriques de la puerpéralité. Ces psychoses dites « puerpérales » nous ont semblé intéressantes à rassembler, pour nous permettre d'apprécier les repercussions psycho-affectives de la grossesse et de la maternité chez la femme malgache.

Bien que ABELY et BOUQUET restreignent les psychoses puerpérales à celles du post-partum, nous avons préféré adopter la délimitation classique de ces accidents aux psychoses survenant au cours de la grossesse, du post-partum et de l'allaitement.

I. — LES DONNÉES NUMÉRIQUES

Malgré le nombre relativement faible de nos observations (34 sur 580 malades) soit 6 %, ce pourcentage rejoint les chiffres de fréquence habituelle en Europe : D'après SIVADON 3,5 %, LABOUCARIE 4 %, GUIRAUD 6,4 % KRAEPELIN 7 % ESQUIROL 5 % et en Afrique du Nord 12 à 14 % (PIERSON, MARES, BARRE) ; la puerpéralité en milieu malgache apparaît ainsi comme une cause de morbidité aussi importante qu'en milieu européen ; si MEAD constate que des psychoses puerpérales se rencontrent moins dans les pays dits « primitifs », nous avons aussi constaté l'absence, parmi nos observations, de femmes originaires de quelques régions les plus attachées aux grands courants de la civilisation ; faut-il mentionner cependant le rôle du facteur non dosable des mœurs et coutumes locales, la foi aux guérisseurs, l'attitude aliénante du groupe à l'égard de la maladie mentale, facteur qui ne manque pas d'agir sur les données numériques.

Classées d'après les périodes d'apparition des troubles, nous constatons que :

9 %	des troubles apparaissent au cours de la gravité.
49 %	— — — du post-partum.
32 %	— — — de la lactation.
10 %	— — — du post-abortum.

Ces pourcentages s'écartent des chiffres classiques, quant aux accidents psychiatriques de la lactation (32 %), chiffre élevé, rencontré seulement au Maroc par PIERSON ; les psychoses du post-abortum sont loin d'être négligeables, au contraire de celles de la gravité ; quant aux psychoses du post-partum, elles correspondent aux chiffres habituellement cités.

Suivant l'âge des malades qui s'étend de 18 à 42 ans, 55 % des malades sont âgées de 20 à 30 ans et 85 % de 20 à 34 ans; la majorité de nos cas sont relativement jeunes. On a souvent rapporté que les troubles apparaissent avec prédisposition chez les primipares; d'après nos observations, ils apparaissent en moyenne au 2^e — 3^e geste, et nous pensons ici, comme MARES et COLL., au rôle du « vieillissement » précoce dû à la sous-nutrition et au rapprochement des grossesses.

II. — LES DONNÉES CLINIQUES

Le tableau clinique en général est inconsistant, si l'on veut le situer dans le cadre nosologique classique. La présentation de la malade varie souvent d'un jour à l'autre; fréquemment se succèdent sans ordre chez la même malade: stupeur, apathie, agitation psychomotrice confuse, ce qui lui confère un comportement instable et une humeur considérablement labile. Toutefois, après un délai d'hospitalisation suffisant, les symptômes présentent une certaine uniformité.

a) ACCIDENTS DE LA GRAVIDITE

Rappelons notre pourcentage, 9 % des cas, parmi lesquels nous n'avons rencontré que deux cas de manifestations névrotiques, phobiques et hystériques; cette rareté trouve sans doute une explication dans l'acceptation facile de la grossesse par la femme malgache.

Parmi les manifestations psychotiques, nous relevons un cas d'état dépressif, agitations confuses et un état délirant sur un fond paranoïaque, dont voici l'observation.

« Mme RASO..., 32 ans, 1er enfant décédé, avortements répétés, 5 enfants vivants. Hospitalisée au 6^e mois, sans antécédents psychiques. Fièvre hémoglobinique dans le jeune âge — Etat délirant à thème de jalousie, interprétatif, syndrome d'influence, insomnie; elle a quitté Tamatave, car ses voisins lui en veulent en la traitant de « Mpakafo »; teinte dépressive sur un fond paranoïaque — amélioration de l'état dépressif après traitement — accouchement par césarienne — persistance de la conviction paranoïaque ».

Cette observation tire son intérêt du fait du tableau d'état délirant sur fond chronique, qui se chronicise au fur et à mesure des antécédents obstétricaux (avortements répétés, césarienne).

b) ACCIDENTS DU POST-ABORTUM

Les accidents psychiques après avortement sont rencontrés dans 10 % de nos observations.

Les névroses se présentent ici comme un tableau psychasthénique avec tendance dépressive, teinte hypochondriaque, anxiété diffuse, angoisse vague, quelques idées phobiques, souvent des troubles psycho-somatiques. Ainsi:

« Mme M..., 23 ans, entrée le 25-3-61 7 semaines après un avortement suivi de curetage; lucide, apparaît raisonnable, fortement hypochondriaque, se plaint d'angoisse fréquente et d'insomnie — Fond dépressif, troubles cénesthopathiques: crampes, pesanteur, palpitations, fatigue visuelle, douleur lombaire — BIOLOGIQUEMENT: R.A.S. — ANTECEDENTS: 2 fausses couches en 4 mois, avec anémie du post-abortum. Fond névrotique d'angoisse, semblerait en vouloir à son père — Sort le 24 très améliorée après 17 jours de traitement ».

Un tableau psychotique post-abortum, pseudo-schizophrénique est réalisé par

« Mme Rav..., 24 ans, entrée le 8-12-63 pour agitation psychomotrice, type manie confuse après un avortement de 1 mois (3^e geste); à l'examen: stéréotypie verbale et intoxication par les mots, incohérence, discordance, désorientée, fausses reconnaissances, réponses inadaptées, turbulence nocturne. — Signes somatiques: déshydratation, pertes séro-sanguinolentes, douleurs annexielles gauches, oligurie.

BIOLOGIQUEMENT : *Hyperleucocytose à 21.000.*

Hémoglobinémié: 89 %.

Vitesse de sédimentation: très accélérée, 115 à 120.

Azotémie: 0,50 %.

ANTECEDENTS : *un avortement, épuisement physique, hémorragie; orphéline, débile, en mauvais termes avec la belle-mère et le conjoint, éthylique. Sort guérie après 30 jours d'hospitalisation*. A mentionner dans cette observation l'importance du facteur toxi-infectieux.

c) **LES ACCIDENTS DU POST-PARTUM** que nous situons dans la 4^e semaine suivant l'accouchement, prédominent tant en nombre qu'en richesse du tableau clinique; ils représentent presque la moitié des cas observés (49 %). Etat confusionnel, état maniaque, état dépressif, état schizophrénique, état atypique, sont ainsi rencontrés; mais il faut insister sur la prédominance du syndrome confusionnel.

« Observation de Mme Ra..., 21 ans, Soanierana. Entrée à l'hôpital le 8-11-63 pour excitation psycho-motricive, logorrhée, fuite des idées, incohérenté, agressive, euphorique, méfiante. — Côté somatique R.A.S. — Diminution des 17 céto (0,60 mg) et 11 oxy-stéroïdes (1,80) — **ANTECEDENTS** : Albuminurie gravidique. A déjà présenté un syndrome confusionnel 20 jours après la 1^{ère} grossesse, amélioration après 20 jours de traitement; nouvelle rechute avec pelvi-peritonite et excitation psychomotricite confuse; orphéline de père, ignore sa mère — Hystéroïde, mari éthylique. Sortie guérie sans rechute jusqu'à ce jour ».

« Observation de Mme J.M., 28 ans, 5^e geste, pas d'enfants vivants, entrée 20 jours après (césarienne pour dystocie du col à terme — enfant vivant — rétention utérine plus phénomènes toxiques. Tableau confusionnel avec excitation maniaque, logorrhéique, gâtisme. Parfois délirante, mystique, parfois caustique, fuite des idées, exhibitionnisme; parfois mutisme, apragmatisme, indifférence — Tableau toxi-infectieux avec rétention urinaire. V.S. 35-70 — Anémie à 2.500.000, 80 % d'hémoglobine, 3.200 G.B., Sérologie N — Urée (0,20) — Urine N. — Traitée par transfusion, sérum, sismothérapie, vitamines et neuroleptiques. Sort guérie sans rechute après 35 jours.

Il est donc à remarquer, la prédominance du syndrome confusionnel. — Il s'agit dans la 1^{ère} observation d'un état de manie confuse avec rechute précoce, après pelvi-peritonite. Dans la deuxième, état atypique avec confusion, onirisme, éléments dissociatifs associés à un tableau toxi-infectieux. . . C'est d'ordinaire à la période du post-partum que se rencontrent les accidents d'origine infectieuse et ceci ne doit pas nous étonner si l'on considère les conditions d'hygiène souvent défectueuses dans certains milieux surtout ruraux.

d) **ACCIDENTS DE LA LACTATION**

Nous étendrons cette période de 2 mois à plus de 12 mois, car il est à noter qu'à Madagascar, la grande majorité des mères allaitent durant plus d'un an parfois jusqu'à la grossesse suivante, et cette habitude est surtout rurale. Au cours de cette période, 32 % de nos observations présentent des accidents psychotiques tardifs, en moyenne vers le 5^e mois: état dépressif, état maniaque, état confuso-onirique, état schizophrénique atypique sont ainsi observés.

« Observation de Mme RAV..., 24 ans, femme multipare (11 enfants). Entrée dans le Service pour état confusionnel après 5 mois d'allaitement. — Antécédents: syndrome confusionnel après 6 mois du 10^e accouchement, améliorée après un mois de traitement; rechute à chaque grossesse. Cliniquement: état confusionnel avec désorientation complète, fausses reconnaissances, somnolences, dysmnésique, lenteur de l'idéation, diminution de l'activité, indifférente, fond dépressif, avec auto-accusation et préoccupations délirantes. Etat général: R.A.S. — Biologiquement: diminution du taux 17 céto. a fait une 2^e rechute avec même syndrome; améliorée au bout de 51 jours de traitement. Equisement physiologique et physique par le nombre de grossesse, et le déséquilibre nutritionnel (Riz, et parfois viande). Hostilité vis-à-vis du 1^{er} mari; 2^e mari alcoolique et brutal, mécontente. Sortie très améliorée après 5 mois de traitement ».

Il s'agit donc d'une grande multipare qui rechute à chaque grossesse, chez qui nous retrouvons rassemblés : le facteur constitutionnel, endocrinien, l'équipement physiologique, le facteur nutritionnel et le facteur psycho-affectif. A noter la répétition du même syndrome à chaque allaitement, la rechute possible en cours du traitement, et la guérison toujours constante.

En somme, d'après nos 34 observations, les accidents psychotiques prédominent cliniquement, les formes névrotiques sont plutôt rares : le polymorphisme du tableau clinique est caractéristique : syndrome confusionnel constant, même dans le tableau dépressif. Nous relevons ainsi une intrication des signes de manie, de dépression, de vagues préoccupations délirantes, à thème soit mystique soit persécution, plus ou moins systématisées, parfois aussi des éléments dissociatifs de la personnalité ; mais l'excitation verbale, incohérente, et l'agitation confuse inaugurent souvent ces psychoses dites puerpérales. Aussi ; il arrive souvent, principalement au début, de penser à des états schizophréniques atypiques devant ce tableau polymorphe et cette allure récalcitrante de la maladie aux premiers jours de traitement, surtout quand il y a impossibilité de s'enquérir de l'état puerpéral de la malade. D'autre part, nous n'avons pas observé de syndrome pur de manie ou de dépression, ni de formes caractérisées de schizophrénie ; le diagnostic avec les bouffées délirantes polymorphes peuvent aussi se poser, ainsi que le délire aiguazotémique. Quant aux états de délire chronique, la psychose puerpérale s'en différencie peu quand l'élément confuso-onirique prédomine, et souvent les productions délirantes prennent ici une allure de chronicité : délire de persécution, d'influence, de possession, de jalousie, de grandeur, etc...

En fin de compte, c'est l'évolution rapide et constamment favorable, ainsi que l'anamnèse qui nous permettent de trancher sur le diagnostic. Ainsi, 84 % de nos malades sortent guéries ou améliorées par le traitement, après 50 jours en moyenne d'hospitalisation. Pas de décès, les 16 % regroupent les cas d'évolution stagnante ou non suivie. Donc, bon pronostic en général, peu de récidives immédiates, rares rechutes tardives (2 cas). Parmi les 84 % de nos malades guéries, aucune rechute après la sortie, mais 16 % présentent des rechutes à chaque grossesse, dont la moitié à l'allaitement. Le délai moyen d'hospitalisation pour les accidents gravidiques atteint 24 jours, 70 jours pour les post-partum, et 52 jours pour les psychoses de la lactation.

III. — LES DONNÉES BIOLOGIQUES

Le milieu sanguin apporte peu de renseignements ; peu de perturbation dans les accidents gravidiques, contrairement aux accidents du post-partum et de l'allaitement, où l'on observe souvent une tendance à l'élévation de l'azotémie, sans dépasser 0,60 g. ; et aussi un taux d'azotémie bas peut s'observer (0,14 g.) ; la glycémie est abaissée. Autres anomalies biologiques : hypocalémie, anémie qui peut être très importante, atteignant parfois 2.500.000 g., le taux d'hémoglobine peut descendre à 50 %, diminution des stéroïdes : 17 ceto (0,60 à 2 mg/24 h.) 11 oxy (0,60 à 1 mg). V.S.H. parfois accélérée et hyperleucocytose en cas de phénomènes infectieux associés ; le L.C.R. reste dans les limites de la normale.

Nous n'avons pu explorer la sphère hormonale, faute de laboratoire. Rappelons cependant avec DELAY, THOYER ROZAT et PORTES, la coexistence au niveau de l'endomètre l'image de destruction et de régénération avec un stroma dense, tubes sans lumière et plicatures ; ces images caractéristiques disparaissent à la guérison de la psychose.

Au point de vue thérapeutique, nous avons adopté la méthode classique avec 4 à 8 séances d'électrochoc pour débiter, suivies d'une cure neuroleptique de consolidation ; systématiquement perfusions glucosées, des vitaminothérapies B et C, hépatothérapie et protéinothérapie avec transfusion si nécessaire. Toutefois signalons la méthode récente d'Abely qui fait appel aux hormones : gonadotrophines sériques 500 à 800 U par jour et pendant 5 jours ; au besoin et en cas d'évolution traitante d'une pneumo encéphalographie oxygénée, en période pré-ovulaire,

suivie une semaine après par quelques séances d'électrochoc. Insistons cependant sur l'efficacité du traitement classique et dans la majorité des cas la sédation effective des troubles thymiques et des productions délirantes ainsi que le retour à la lucidité dès la 4ème ou la 5ème séance d'électrochoc.

IV. — LES DONNÉES ÉTIO-PATHOGÉNIQUES

La recherche de la causalité bien que passionnante demeure encore insatisfaisante en ce qui concerne les psychoses puerpérales. L'accouchement est le lieu idéal de rencontre de maints facteurs déterminants : toxi-infectieux, endocriniens, psycho-affectifs, constitutionnels, sans qu'on puisse en préciser le rôle respectif.

Presque le tiers de nos malades (29 %) avait des antécédents psychopathiques et presque systématiquement elles refont le même tableau clinique à chaque rechute. Cependant deux accès successifs peuvent ne pas apparaître à la même étape de la maternité ; ainsi un état maniaque post-partum au 1er accès ne se manifesterait qu'à la période de lactation au deuxième accès.

Les antécédents obstétricaux rencontrés doivent jouer leur rôle de traumatisme psycho-affectif, fragilisant un terrain prédisposé ; par ordre de fréquence : fausses couches, avortements répétés ou non, dystocie du col, curetage, césarienne. Sept de nos malades avaient des antécédents de fausses couches avant leurs accidents psychiatriques actuels, quatre présentant des avortements répétés ou non. Ces traumatismes obstétricaux détournent la mère de l'enfant.

Parmi les facteurs somatiques, le rôle de l'épuisement est important : altération de l'état général, état de dénutrition et d'amnésie ; asthénie, anorexie, insomnie, amaigrissement sont constants ; le syndrome anémique, fréquent chez le post-partum semble être occasionné par les facteurs nutritionnels et hémorragiques intriqués ; et il n'est pas rare de voir un taux d'hémoglobine abaissé jusqu'à 60 à 70 %, hypocalcémie, le taux de protidémie est diminué et l'azotémie souvent au-dessous de 0,20 ; et nous avons vu la tendance à l'insuffisance des glandes surrénales avec chute des 17 céto et 11 oxystéroïdes. Ainsi le déséquilibre ou la carence nutritionnelle nous apparaît jouer un rôle déterminant, principalement dans la genèse des troubles psychotiques à la lactation ; les habitudes d'une alimentation insuffisante et déséquilibrée finissent par créer un état de sous-nutrition chronique surtout dans le milieu rural où l'on se contente d'une assiettée de riz avec brèdes au repas, un morceau de viande une ou deux fois par semaine au gré des marchés, peu ou presque pas de fruits et légumes, d'où insuffisance d'apport de vitamines et de protides nécessaires au nourrissage, lequel est systématique et très durable. Malgré la déficience physique, le facteur infectieux est peu appréciable : deux cas seulement relevés dans nos observations (endométrite, pelvipéritonite, mastite bilatérale).

Le facteur endocrinien est malheureusement mal exploré, faute de moyens techniques. Rappelons avec P. ABELY et BOUQUET qu'au cours de psychoses puerpérales, il y a une mauvaise rééquilibration de l'harmonie diencéphalique, c'est-à-dire le complexe hypophyso-hypothalamique, hypophyse-glandes endocrines et récepteurs endométriaux et mammaires ; ainsi chaque étape peut avoir son dysfonctionnement particulier, son retard personnel dans le processus de régénérescence, qu'il y a lieu d'estimer par les dosages hormonaux, les frottis vaginaux et les biopsies d'endomètre, indirectement par les traitements hormonaux. Toutefois, il nous apparaît que la réapparition des règles n'apporte pas de modifications nettes sur l'allure de la maladie.

Les facteurs psycho-sociaux ont une importance non négligeable dans la détermination de la psychose de la puerpéralité. La grossesse est un événement social de première importance, souvent entourée de protection socio-familiale.

D'après les sociologues et les ethnologues, la structure socio-familiale, la place de la femme dans la société, la nature des rapports entre la mère et l'enfant interviennent dans le comportement de la mère à l'égard de sa maternité. — M.

MEAD a constaté la rareté des psychoses puerpérales chez les peuplades primitives, où le système social est peu structuré, et cette même constatation se retrouve chez les femmes malgaches habitant les coins retirés, non atteints par les grands courants de la civilisation ; toutes nos malades sont domiciliées auprès ou dans les grandes villes. Aussi, retrouvons-nous d'abord toutes causes susceptibles d'entraîner un refus névrotique de la grossesse et de la maternité, ainsi que l'hostilité envers le conjoint. Les causes conflictuelles peuvent être anciennes ou récentes, dans la majorité d'ordre familial et conjugal : mésentente familiale ou conjugale, mariage mal réussi, mari alcoolique, infidélité, abandon, etc.. Il en résulte donc un comportement inadapté à la maternité et cette situation individuelle d'inadaptation se projette sur des données de base, dont la structure socio-familiale, la maturation affective, l'adaptation à la grossesse.

À Madagascar, la structure socio-familiale est plus matriarcale et l'inadaptation à la grossesse et à la maternité considérée ailleurs comme facteur important, semble ne jouer ici qu'un rôle négligeable, la femme enceinte est fortement valorisée dans son milieu, valorisation plus ou moins teintée de pensée magique ; tenant une place prééminente dans son milieu familial, la femme malgache semble être bien consciente de sa vocation procréatrice et éducative. Cette vocation est entretenue dès le jeune âge « ala volon-jaza, famadihana » (1) avec identification à la mère, cette vocation est souhaitée dès le mariage « kabary » (2). Cette vocation est exigée par le mariage. Malgré cela la femme se trouve dans une situation affectivo-morale ambiguë devant cette vocation, car le fait d'être stérile ou de n'avoir pas d'enfants dans les premières années de mariage, crée en elle une angoisse, une crainte de la répudiation du milieu, sinon de la répudiation du mari ; de là un sentiment de culpabilité, la recherche anxieuse de la grossesse et par surcroît un trouble du développement du sens maternel.

L'immaturation affective ou mieux le retard de maturation affective, intervient dans l'inadaptation psychologique à la maternité. L'absence d'éducation, sexuelle en particulier, prélude à ce retard, surtout quand il y a mauvaise correspondance entre l'éducation reçue par les jeunes filles et les sollicitations externes, auditives, visuelles, etc... La jeune femme malgache, mal éduquée la plupart du temps sexuellement, insuffisamment renseignée sur les problèmes sexuels, aborde la grossesse avec une certaine appréhension, une anxiété vis-à-vis de l'avenir ; crainte vague de la fin de la grossesse, de l'accouchement, peur de mettre au monde une fille, peur de mal élever. L'apparition des premières règles peut se dérouler dans une situation d'effolement chez la jeune pubère, et nous citons l'exemple de cette malade qui à ses premières règles était venue accourir, affolée vers sa mère, croyant avoir à faire à une typhoïde grave.

Parmi les facteurs sociaux citons :

— le paupérisme : celui-ci joue peu de rôle, sinon indirectement par les troubles carenciels, la malnutrition, l'épuisement physique, le taudis ;

— l'insuffisance de la situation matérielle n'inquiète pas excessivement la jeune femme malgache ; plus encore elle ne saurait être un prétexte au refus d'une grossesse ou de la maternité, car l'enfant est considéré déjà comme une richesse irremplaçable en soi. Ainsi la femme malgache envisage son avenir matériel sans appréhension exagérée, et ceci malgré les besoins qu'entraîne une nombreuse progéniture.

La mésentente conjugale mérite d'être retenue par sa fréquence, et la femme la vit d'une manière angoissante par crainte de la répudiation. Toutefois, la répudiation pourrait se faire sans trop de heurt, grâce à la législation coutumière ou le conseil des familles, qui se charge de résoudre sagement le conflit entre les époux.

Chez quatre malades, la famille a fait appel, avant hospitalisation, aux guérisseurs « ombiasy », pour les exorciser de leur mal ; leur intervention, inopérante, semble n'agir que pour fragiliser et entretenir le terrain neuro-psychique.

Car, malgré tout, les raisons que nous venons d'évoquer successivement restent insuffisantes dans la genèse des troubles psychiques de la puerpéralité, sans l'existence au départ d'un facteur neuro-psychique constitutionnel ; la notion d'un terrain favorable à l'éclosion des psychoses est à considérer. Hérité psychopathique, antécédents chargés, constitution hystéroïde, etc., se rencontrent à 39 % des cas, et ces derniers ne se révèlent qu'à la grossesse et à l'accouchement.

Cette notion importante de terrain neuro-psychique, fragilisée par différentes agressions, bon nombre de travaux psychanalytiques ont tenté d'en expliquer la genèse. Contentons-nous ici de l'avis d'ALEXANDER :

« La vulnérabilité de la femme dans son évolution vers la maternité peut se résumer par les processus psycho-somatiques de l'enfantement et de la lactation : cette phase de la vie de la mère est dominée par des tentances orales-captatives, l'intensification de ces tentances représente un ensemble de conditions psychodynamiques nécessaires au développement des états dépressifs. Ainsi, les tentances psychodynamiques concomitantes de la maternité et de l'allaitement prédisposent la femme à l'auto-critique de ces mêmes fonctions ; les doutes sur ses aptitudes à être une bonne mère la rendent hypersensible ; chaque signe de défaillance, cris du bébé, augmente son sentiment d'infériorité et peut créer en elle une tension anxieuse et une dépression ».

CONCLUSION

La femme malgache n'est pas à l'abri des accidents psychiatriques de la puerpéralité, dont le pourcentage à Madagascar rejoint le chiffre habituellement admis en Europe et Amérique. Survenant chez la femme jeune, au 2^e, 3^e geste, ces accidents psychotiques présentent ici cette particularité d'être singulièrement importante à la lactation, au cours de laquelle la carence ou le déséquilibre nutritionnel, l'épuisement psychologique par le nourrissage prolongé, joue sur un terrain prédisposé, un rôle primordial. Les antécédents obstétricaux jouent ici leur rôle de traumatisme psychoaffectif et détournent la mère de l'enfant ; malgré tout, l'étiopathogénie de ces psychoses demeure pluridimensionnelle. Le tableau clinique, varié et polymorphe, est dominé par le syndrome confusionnel ; mais l'évolution s'avère toujours favorable et le pronostic excellent. On ne peut donc situer les psychoses dites puerpérales dans l'ordre de la pathologie mentale qu'en les considérant comme des accidents d'une étape de l'évolution psychobiologique de la femme, survenant sur un terrain prédisposé.

R É S U M É

Etude sur 34 observations des aspects des accidents psychiatriques de la puerpéralité en milieu malgache, au cours de la grossesse, du post-partum, de la lactation des avortements. En général, les chiffres rejoignent les statistiques européennes publiées à ce sujet, mais on remarque la relative fréquence des psychoses de la lactation, où le déséquilibre et la carence nutritionnelle semble jouer un rôle déterminant. Cliniquement tableau confusionnel prédominant et rareté du syndrome dépressif, évolution favorable dans 84 % des cas. Sous l'angle étiopathogénique, l'auteur discute tour à tour les facteurs somatiques, sociaux et psycho-dynamiques, et insiste sur l'existence d'un facteur neuropsychique constitutionnel au départ, révélé et aggravé par la maternité. Méthodes psychoprophylactiques et relaxation devraient avoir leur intérêt préventif.

INTERPELLATIONS

Sur la communication de M. LEGALL

D^r TERRANOVA

J'ai été très intéressé par cet exposé. Je ne voudrais pas engager une discussion, je voudrais simplement un éclaircissement. Dans l'étude du raisonnement logique, quelles sont les séries logiques adoptées. Avez-vous choisi une série plus spécialement adaptée aux malgaches. Ceci me paraît important puisque vous avez cité la fréquence des réponses « mères ».

Compte tenu du matriarcat malgache, je pense qu'il serait intéressant d'approfondir cet aspect psychologique et le rôle qui lui revient dans la structure psychologique du malgache normal.

M^{me} CLAPIER

Demande à l'auteur s'il a utilisé le test de l'arbre de Koch (« Décrivez un arbre, n'importe lequel sauf... ») et quels résultats statistiques (par répartition gaussienne) il en a obtenu.

Sur la communication de M^{me} CLAPIER et M. LEGALL

D RAKOTOARIVELO

Que pensez-vous de l'étude du test de GOUDENOUGH à Madagascar (test infantil).

D^r TERRANOVA

Dans la population examinée, sont comprises des jeunes filles pensionnaires à Tananarive. Est-ce que le déracinement, ou plus précisément le processus d'urbanisation peut augmenter la situation conflictuelle relevée dans cet exposé. Il me semble que les jeunes qui assurent de nouvelles responsabilités sociales deviennent anxieux parce qu'ils sont dans la nécessité d'abandonner la sécurité de la structure familiale.

Ainsi les jeunes qui quittent leur village pour aller s'urbaniser, tombent dans le même état anxiogénétique : Les promesses de la ville ne se réalisent pas, l'échec les guette, autant de facteurs qui aggravent l'anxiété. Il conviendrait donc d'isoler ce groupe d'immigrants et de les étudier dans un groupe à part.

Sur la communication de MM. RATSIFANDRIHAMANANA et Coll

D^r JACQUIN-COTTON

Demande que le déroulement de la cure de désintoxication et le pourcentage des rechutes, soient précisés.

D^r RAKOTOARIVELO

Le taux comparatif entre cannabisme et alcoolisme n'est-il pas dû à la répression légale du cannabisme ?

D^r TERRANOVA

Il serait intéressant, après prises de tracés E.E.G., de déterminer si les lésions sont d'ordre vasculaire ou métabolique. L'alcool en effet touche le système vasculaire alors que les substances psycho-dysléptiques s'attaquent au métabolisme normal. Cette distinction lui paraît importante pour mieux déterminer l'avenir neuro-psychiatrique de ces intoxiqués.

Sur la communication de MM. RATSIFANDRIHAMANANA et Coll

D^r LEGALL

En soulignant la fréquence d'épisodes psychotiques au cours de la puerpéralité, contrastant avec le peu de syndromes nécrotiques, pensez-vous que l'acculturation puisse avoir une influence ?