

# UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

\*\*\*\*\*



FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE

\*\*\*\*\*

ANNEE : 2019

N° : 16

**REFLEXIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES AUTOUR DE  
TROUBLES PSYCHIATRIQUES SURVENUS AU DECOURS  
D'ABUS VOLONTAIRES DE CORTICOÏDES EN MAURITANIE  
OU  
« LE PRIX A PAYER POUR GROSSIR »**

**MEMOIRE**

**POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES EN PSYCHIATRIE  
PRESENTE ET SOUTENU PUBLIQUEMENT**

**LE 01 Février 2019**

**PAR**

**DOCTEUR AININA SOGHO**

**INTERNE EN PSYCHIATRIE DES HOPITAUX DE DAKAR**

## MEMBRES DU JURY

Président	: M. Mamadou Habib	THIAM	Professeur
Membres	: M. Papa Lamine	FAYE	Professeur
	: Mme Sokhna	SECK	Maitre-assistante
	: Mme Ndeye Dialé	NDIAYE NDONGO	Maitre de Conférence Agrégé
Directrice	: Mme Ndeye Dialé	NDIAYE NDONGO	Maitre de Conférence Agrégé

## REMERCIEMENTS

### **A ma mère**

Tu m'as toujours témoigné de l'amour et de la tendresse. Tu te soucies toujours de mon bien être et de ma réussite. Tes prières m'accompagnent chaque jour. Aucun mot ne peut exprimer l'amour et la reconnaissance que j'ai pour toi.

Qu'allah te comble d'une longue vie et d'une santé en fer.

### **A mon père**

Tu m'as éduqué et appris à affronter les difficultés de la vie. Tu m'as transmis l'amour de l'islam. Je te suis à jamais redevable.

Qu'allah t'accorde une longue vie et une bonne santé.

### **A ma bien aimée épouse « BI ».**

Tu m'as accompagné et encouragé durant tout mon cursus universitaire. Tu m'as comblé de bonheur en nous donnant nos merveilleux enfants ( kiya, Nata, abdellahi).

Qu'allah le tout puissant t'accorde une longue et merveilleuse vie, une bonne santé et une réussite dans ta carrière de médecin.

Qu'allah donne à nos enfants une vie pleine de bonheur, de réussite et les guide sur le chemin de l'Islam.

**A tout mes frères et sœurs**

Puisse allah le tout puissant vous accorder une bonne santé, une prospérité et réussite dans vos entreprises.

**A mes beaux parents**

Vous m'avez toujours considéré comme votre fils et toujours soutenu. Par ce travail, je vous témoins toute ma reconnaissance.

Qu'allah le tout puissant vous comble, de par sa grâce, une longue vie, pleine de bonheur et de bonne santé.

**A tout les enseignants de l'école de Fann.**

**A tout le personnel du service de psychiatrie de l'hôpital Fann**

**A tout les DES du service de psychiatrie de l'hôpital Fann**

**A tout les internes de Dakar**

**A tout ce qui ont contribué, de près ou de loin, à ma formation de médecin.**

## **A NOS MAITRES ET JUGES**

### **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Professeur Papa Lamine FAYE**

Nous sommes honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de compter parmi les membres de ce jury. Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté promptement de juger ce travail. Veuillez accepter nos sincères remerciements.

Puisse Dieu vous accorder une longue vie et pleine de bonheurs.

### **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Docteur Sokhna SECK**

Sous sommes honorés de vous avoir dans notre jury de mémoire.

Nous vous exprimons toute notre reconnaissance d'avoir su accepté de juger ce travail.

Veuillez trouver ici, l'expression de notre profonde gratitude.

### **A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE MEMOIRE**

**Professeur Ndeye Dialé NDIAYE NDONGO**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail.

Les mots ne suffiront pas pour exprimer toute notre reconnaissance.

Que Dieu vous bénisse et vous accorde une bonne santé et une vie pleine de bonheur.

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY**

**Professeur Mamadou Habib THIAM**

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant, malgré vos multiples charges, de présider ce travail. En nous accueillant dans le service vous avez été comme un père pour nous.

Votre savoir faire, votre humilité et vos encouragements nous ont beaucoup servi.

Que Dieu vous accorde une longue vie et pleines de bonheur.

# SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	1
I. RAPPEL .....	4
I.1. Rappels généraux sur les Corticoïdes .....	5
I.2. Les différents troubles psychiatriques cortico-induits:.....	9
I.3. Mécanisme de survenue des troubles psychiatriques au cours d'une corticothérapie :.....	11
I.4. Facteurs de risque connus de troubles psychiatriques cortico-induits .....	15
II. CONSIDERATIONS CULTURELLES SUR L'ESTHETIQUE FEMININE EN CONTEXTE MAURITANIEN .....	19
III.METHODOLOGIE .....	25
IV.OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES .....	27
V. SYNTHESE DES COMMENTAIRES .....	42
CONCLUSION .....	48
BIBLIOGRAPHIE .....	51

# **INTRODUCTION**

Le corps physique a toujours été grandement investi, à travers l'histoire de la vie humaine, pour son apparence, son esthétique.

Ainsi, la beauté féminine a toujours été recherchée, par des appareils extérieurs tels que la couleur de la peau, la forme physique et même la corpulence.

Il reste cependant difficile de donner des standards universels de beauté féminine. Les critères de beauté étant étroitement liés à la culture et évoluant avec le temps, et le milieu considéré.

Pendant que dans les sociétés occidentales, les canons de beauté répondent à des critères, tels que la silhouette fine, en Afrique, et particulièrement en Mauritanie, cette beauté passe par un embonpoint pouvant aller jusqu'à l'obésité **(1)**.

Cet embonpoint, déjà apprécié au XI et XVI siècles est demeuré un canon de la beauté maure » **(1)**.

En effet, en Mauritanie une femme obèse est synonyme de beauté, très recherchée dans la société maure et ainsi donc un grand facteur de séduction **(2)**.

L'obésité reflète aussi le niveau socio économique élevé, flatteur pour les parents car indice de leur situation sociale, et de l'importance de leurs troupeaux, mais également la richesse du conjoint. C'est probablement là une question de vanité plus que d'esthétique **(2)**.

Pour toutes ces raisons, l'obésité est recherchée par tous les moyens, dont le gavage. En effet, le gavage permettait aux parents de tirer la plus grande dot de leur fille **(2)**.

Ce gavage consistait à nourrir abondamment les filles en les gavant de viande rouge, de lait caillé, de repas hyper glucidiques, hyper lipidique..., avec limitation de toute activité physique **(1)**.

Il pouvait durer jusqu'à deux hivernages **(2)**.

Au fil des années, de nouvelles formes de gavage jugées plus modernes, plus efficaces ont vu le jour car produisant des effets plus rapidement **(3)**.

Parmi ces nouvelles formes, nous retrouvons l'utilisation de médicaments, détournés de leurs indications premières. Les médicaments les plus utilisés restent les corticoïdes**(3)**.

Cette nouvelle pratique n'est pas sans complications, notamment psychiatriques **(3)**.

En effet, la corticothérapie, surtout par voie orale, présente de nombreux effets secondaires psychiatriques connus comme l'anxiété, la modification de la qualité de sommeil, les troubles de l'humeur tel que la manie, l'hypomanie ou l'infléchissement thymique voire un épisode psychotique aigu. **(4)**

La rencontre fortuite et fréquente de patientes présentant une co-occurrence d'usage de corticoïdes à la recherche d'embonpoint et de troubles psychiatriques, en milieu hospitalier psychiatrique a attiré notre attention et a motivé ce travail.

A partir d'observations de ces patientes, notre travail se fixe comme objectif de rechercher les facteurs psychopathologiques pouvant prédisposer à la survenue de tableaux psychiatriques.

Nous commencerons par un rappel sur les corticoïdes, les différents troubles psychiatriques cortico-induits, sur les mécanismes de survenue et les facteurs de risque. Ensuite nous évoquerons des notions culturelles de l'esthétique féminine en contexte mauritanien, avant de présenter la méthode, les observations, suivies de commentaires.

Nous terminerons par la conclusion et la bibliographie.

## **II. RAPPEL**

## **I.1. Rappels généraux sur les Corticoïdes**

Les corticoïdes, aussi appelés anti-inflammatoires stéroïdiens ou corticostéroïdes ou glucocorticoïdes, sont des médicaments de la famille des hormones stéroïdiennes, hormones que nous produisons tous. Dans ce cas particulier, ce sont des substances aux propriétés similaires au cortisol, que nous produisons quotidiennement. Ce cortisol est nécessaire à la vie (production de base) et sert à faire face aux situations de stress (hormone de stress). Il y en a plusieurs types, classés selon leur puissance. **(5)**

La découverte des premières données sur le rôle et l'efficacité de cette classe pharmacologique, remonte à la fin des années 1940. Sa découverte il ya une soixantaine d'année, est le fruit des travaux partagés de T.Reichstein, E. C. Kendall et P. Hench **(6 ; 7)**.

### **I.1.1. Mécanismes d'action des glucocorticoïdes**

#### **I.1.1.1. Action génomique :**

Les glucocorticoïdes circulent dans le sang sous forme liée à des protéines de transport ou sous forme libre. Cette dernière va se fixer sur le récepteur des glucocorticoïdes, puis cette liaison permet une translocation nucléaire. Une fois dans le noyau de la cellule, il va s'exercer soit une activation soit une inhibition de la transcription selon le gène cible **(8)**.

Il s'ensuit trois réactions :

- Une augmentation de la synthèse des protéines anti-inflammatoires par transactivation génique ;
- Une inhibition de la synthèse des protéines pro-inflammatoires (interleukine 1, 6, TNF alpha) par transrépression génique ;
- Une diminution de la demi-vie des ARN messagers codant pour les protéines pro-inflammatoires **(9)**.

Ils agissent sur les cellules sanguines de la lignée blanche, en limitant la différenciation des macrophages, la production des polynucléaires neutrophiles et le rôle des lymphocytes.

Bien que les corticoïdes soient initialement à la base du maintien de l'homéostasie et de l'adaptation cellulaire, une exposition prolongée à des taux de corticoïdes entraîne des modifications neuro et physiopathologiques.

#### **I.1.1.2. Action non génomique**

Les actions non génomiques des glucocorticoïdes sont moins bien connues mais sont responsables des effets rapides des glucocorticoïdes en modifiant les voies de signalisation intracellulaires par l'intermédiaire d'influx calcique, de MAP kinase (Mitogen-activated Protein kinase), de récepteurs membranaires, l'inhibition partielle de la contraction musculaire provoquée par l'histamine ou l'acétylcholine dans les model expérimentaux, les effets sur les transports ioniques (9).

#### **I.1.1.3. Axe de sécrétion cortisolique**

La synthèse des corticoïdes est régulée par l'axe hypothalamo-hypophysaire : le Cortico-releasing facteur (CRF) libéré par l'hypothalamus sous certains facteurs (comme le stress par exemple) est activateur de la libération d'Adrénocorticotropine au niveau du lobe antérieur de l'hypophyse (l'antéhypophyse) qui stimule la synthèse au niveau de la Corticosurrénale des Glucocorticoïdes et des Minéralocorticoïdes. Les neurones centraux situés dans l'hypothalamus à l'origine de la libération de la corticolibérine (CRF) sont stimulés par des systèmes sus-jacents Gabaergiques, Glutamaergiques, les systèmes catécholaminergiques, les systèmes sérotoninergiques mais aussi par l'axe gonadotrope.

Le stress, les modifications environnementales, les taux de cortisol circulants influent sur les neurones hypothalamiques producteurs de corticolibérine (10).

La sécrétion est circadienne : il existe un pic de Corticolibérine tous les matins précédant le réveil et à l'origine d'un pic de Cortisol. Les concentrations plasmatiques de Cortisol suivent un rythme nyctéméral (11).

### **I.1.2. Modes d'administration :**

Pratiquement toutes les voies d'administration sont possibles, des molécules ayant été conditionnées pour être administrées selon les besoins, que ce soit localement (spray nasal, inhalation bronchique, gouttes ou pommades oculaires, crèmes ou pommades cutanées, injections intra-articulaires, injections intra-thécales, injections intra-lésionnelles) ou par voie générale (administration orale, intraveineuse, sous-cutanée, intramusculaire).

Toutes ces voies d'administration ont été développées, en particulier celles locales, vu les nombreux effets secondaires des corticoïdes, effets secondaires qui sont plus importants en cas d'administration par voie générale vu que tout le corps en reçoit (5).

### **I.1.3. Risques / effets secondaires des corticoïdes**

Les effets secondaires de ces médicaments peuvent être divisés en 2 groupes :

#### **En cas d'administration par voie générale :**

- Les **effets secondaires à court terme** : augmentation de l'appétit, prise pondérale, rétention d'eau, manque de potassium, dérèglement de diabète ou d'hypertension artérielle, insomnies, troubles de l'humeur.
- Les **effets secondaires à long terme** : diabète, hypertension artérielle, ostéoporose, nécrose osseuse, fonte musculaire, glaucome, cataracte, troubles de l'humeur, agressivité, infections.

### **En cas d'administration par voie locale :**

Elle ne produit les effets secondaires que là où le médicament est administré, à moins que de très fortes quantités soient nécessaires et passent donc significativement dans le sang. Par exemple, en cas d'administration prolongée sur l'œil, une cataracte ou un glaucome peuvent survenir **(5)**.

### **Utilisations autres :**

Souvent, les corticoïdes sont détournés de leur utilisation première et sont utilisés pour des raisons esthétiques. C'est le cas dans la dépigmentation volontaire par les dermocorticoïdes. Le potentiel éclaircissant de l'hydroquinone, découverte de façon fortuite dans les années 50 aux Etats-Unis, a été le point de départ de cette dépigmentation volontaire et qui a commencé à se développer dans les années 60 et 70 pour prendre son essor en Afrique du Sud **(12)**.

Les marchés anglophones africains constituent la destination initiale de ces produits (descriptions dès 1961 en Afrique du Sud et dès le début des années 70 au Sénégal) **(12)**. Le phénomène s'est répandu rapidement en Afrique subsaharienne à partir des années 80. La dépigmentation volontaire s'est largement développée au cours de ces 20 dernières années, avec la mise à disposition, à la fin du XXème siècle de moyens techniques d'éclaircissement efficaces, faciles d'emploi et bon marché et constitue aujourd'hui un des volets principal de la beauté féminine selon certaines noires africaines **(12)**. Cette pratique qui fait appel à l'utilisation de corticoïde par voie locale entraîne parfois de nombreuses complications affectant la peau et d'autres organes, souvent graves. Quelques effets indésirables secondaires à cette pratique ont même été rapportés à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). **(13 ; 14 ; 15 ; 16 ; 17)**.

Nous rapprochons de ces utilisations celles de nos patientes qui recherchaient l'embonpoint à travers ces corticoïdes.

## **I.2. Les différents troubles psychiatriques cortico-induits:**

### **I.2.1. Troubles anxio-dépressifs**

Après plus de 30 ans d'investigations sur les bases biologiques de la dépression, l'hypercortisolisme reste l'anomalie biologique la plus documentée chez les patients déprimés.

Depuis les premiers travaux datant de 1960, la dépression a souvent été associée à une augmentation de la sécrétion de cortisol.

Dans son étude Canadienne, **Patten** s'intéresse à une cohorte de 73402 sujets chez qui il évalue les affects dépressifs à l'aide de la

« Composite International Diagnostic Interview (DCI). Il met en évidence un risque environ trois fois supérieur de développer les symptômes d'un épisode dépressif majeur caractérisé chez les sujets recevant une corticothérapie pendant plus de 12 mois **(18)**.

Dans son enquête transversale, **Gift** et son équipe compare les affects dépressifs recueillis à l'aide de l'échelle de Beck chez deux groupes de patients, l'un avec corticothérapie et l'autre sans corticothérapie, les deux groupes ayant une gravité similaire pour une Bronchopneumopathie Chronique Obstructive. Un score moyen de dépression a été retrouvé supérieur de façon significative dans le groupe recevant la corticothérapie **(19)**.

### **I.2.2. Épisodes maniaques et hypomaniaques**

L'hypomanie est le symptôme le plus couramment décrit dans la littérature, avec une incidence variant de 1,3% à 58 % **(20, 21, 22, 23, 24, 25)**. Rome et Braceland (1952) décrivent quatre stades différents de troubles psychiatriques au cours des traitements corticoïdes. Les trois premiers stades montrent l'installation progressive des troubles de l'humeur:

Stade I : Ce stade est caractérisé par une euphorie modérée, une diminution du sentiment de fatigue ainsi qu'une amélioration des capacités de concentration. Dans la majorité des cas ces manifestations ne sont pas repérées cliniquement ni par le patient lui-même ni par son entourage et parfois même pas par l'environnement médical.

Stade II : Il correspond à une accentuation de ces premières manifestations avec l'apparition de conséquences comportementales et sociales repérables avec, notamment une excitabilité importante, un sentiment d'élation de l'humeur, un trouble de sommeil, des modifications de la conduite alimentaire. Ce stade correspond à un stade d'hypomanie marquée.

Stade III : L'apparition de troubles psychiatriques avérés et reconnaissable, d'ordre thymique, soit à type d'état maniaque franc, soit à type d'état dépressif voire mélancolique (26).

Dans leur étude, **Naber et al** ont étudié la survenue d'effets secondaires psychiatriques avant et après l'introduction de la corticothérapie. Si aucun état délirant, psychotique ou démentiel n'a été observé, 26% des patients présentaient un état hypomane (24).

### **I.2.3. Troubles psychotiques**

La survenue d'une psychose cortico-induite est la complication la plus sévère qui puisse découler de ce traitement mais semble aussi la plus rare: les études de la littérature retrouvent une prévalence oscillant entre 1 et 5% des cas (23). Les troubles apparaissent généralement rapidement après la mise sous traitement. Trois types de manifestations coexistent dans ces épisodes délirants:

- D'une part, les manifestations constituées d'un tableau riche en hallucinations, d'illusions et d'interprétations, associées à des angoisses psychotiques pouvant engendrer des troubles du comportement,
- des éléments de confusion avec désorientation temporo-spatiale et trouble de la vigilance.

- des éléments thymiques dépressifs ou maniaques, souvent congruents au délire et pouvant renforcer les troubles du comportement voire passage à l'acte suicidaire.

Les épisodes délirants sont en général de bon pronostic : la réduction ou l'arrêt de la corticothérapie constitue le principal traitement. Si les symptômes psychotiques persistent, il devient nécessaire d'introduire un traitement par neuroleptique.

### **I.3. Mécanisme de survenue des troubles psychiatriques au cours d'une corticothérapie :**

#### **I.3.1. Aspect neurochimiques et endocriniens**

Les mécanismes neurochimiques à l'origine des troubles psycho-comportementaux restent flous. On sait aujourd'hui qu'il existe un lien entre l'activation des systèmes dopaminergiques, cholinergiques, sérotoninergiques et les corticoïdes. Les troubles psychiatriques que l'on constate chez certains patients sous traitement corticoïde résulteraient, en partie, d'altérations anatomiques et neurochimiques au niveau de certaines régions du cerveau impliquées dans la régulation de l'humeur, du comportement et de l'état psychique (27).

##### **I.3.1.1. Action des corticoïdes sur le système Cathécolaminergique :**

On constate, de façon concomitante à l'administration de Prednisone, une diminution dans le liquide cérébro-spinal de plusieurs neurotransmetteurs biologiquement actifs sur le comportement dont la Noradrénaline, la corticotrophine et l'activité Somatostatine-like immunoreceptivity (SLI) (27).

Les récepteurs de corticoïdes sont retrouvés en quantité importante au niveau de l'hypothalamus et de la tige pituitaire et, plus faiblement, dans l'hippocampe, le septum et l'amygdale. On peut supposer que l'administration de corticoïdes

influe sur les fonctions attribuées à chacune de ces aires cérébrales à savoir la régulation du comportement, de l'humeur et de la mémorisation (27).

#### **I.3.1.2. Action des corticoïdes sur le système dopaminergique :**

Des études suggèrent qu'il peut y avoir un lien entre l'activation neuronale des systèmes dopaminergiques/ cholinergiques et des niveaux élevés de corticoïdes dans le cerveau (28).

Etant donné que, l'activation excessive du système dopaminergique est à la base de la physiopathologie des symptômes maniaques, des troubles psychotiques, et aussi de certaines formes de dépression (épisode dépressif caractérisé avec symptômes psychotiques (F 32.3), une hypothèse propose que les corticoïdes puissent entraîner une augmentation des taux de la Dopamine, ce qui pourrait avoir comme conséquence la survenue des symptômes sus cités (28).

#### **I.3.1.3. Action des corticoïdes sur le système sérotoninergique :**

Les neurones issus de la partie médiane du noyau raphé (MRN) projettent sur la partie dorsale de l'hippocampe. Or il a été démontré que les corticoïdes régulent étroitement l'activité du système sérotoninergique dans le noyau raphé (29): ceci expliquerait leur rôle dans les modifications de l'humeur, les fonctions cognitives et comportementales, même dans les corticothérapies à court terme.

Les corticoïdes peuvent également entraîner une diminution de la sécrétion centrale et périphérique de la sérotonine ce qui peut avoir comme conséquence des symptômes dépressifs (30).

Le rôle de cette amine dans la régulation de l'humeur, des fonctions cognitives et du comportement a depuis longtemps été démontré (30). L'hypercortisolisme décrit dans les épisodes dépressifs chroniques et résistant (F 33) est actuellement bien documenté dans la littérature (31, 32).

#### **I.3.1.4. Action des corticoïdes sur le potentiel évoqué (PEV) et l'excitabilité Neuronale :**

En 2014, Ayache et son équipe s'intéressent à l'excitabilité neuronale induite par les fortes doses de corticoïdes dans les traitements de poussée de sclérose en plaque. Ils comparent l'amélioration des symptômes moteurs avec les variations des seuils d'excitabilité neuronale (Short Interval Intra Cortical Inhibition (SICI), Intracortical Facilitation (ICF), Interstimuli Interval (ISIs), Transcranial Magnétique Stimulation) et potentiel évoqués. Ils découvrent des changements rapides dans l'excitabilité des circuits neuronaux corticaux impliqués dans le contrôle moteur, précèdent les processus de remyélinisation axonale **(33)**.

Tous ces mécanismes entraîneraient une altération du mécanisme neurochimique et endocrinien pouvant expliquer les fluctuations de l'humeur et les modifications comportementales relevés suite à un traitement corticoïde.

#### **I.3.1.5. Action des corticoïdes sur l'hippocampe**

Tout dysfonctionnement de l'hippocampe est responsable d'un affaiblissement des capacités de mémorisation et d'anomalies neuroendocriniennes jouant sur l'humeur. Son rôle est bien établi dans les troubles affectifs et dans la vulnérabilité au stress. Pour expliquer ces phénomènes, deux hypothèses ont été émises :

- Des dommages anatomiques : remodelage et atrophie de l'hippocampe.
- Des dommages fonctionnels de l'hippocampe : anomalies neuroendocriniennes, affaiblissement des capacités cognitives, vulnérabilité à des maladies affectives ultérieures **(34)**.

L' hypercortisolémie endogène ou exogène serait responsable d'effets cérébraux de type : atrophie dendritique et hippocampale, inhibition de la neurogénèse et

effets neurotoxiques telles les pertes neuronales liées à un excès de calcium et de glutamate, d'où la défaillance de la mémoire et l'affaiblissement de la plasticité synaptique (35).

Dans leur étude, **Robert M** et son équipe étudient le lien entre l'hypersécrétion cortisolique et la baisse de volume hippocampal apprécié par IRM cérébrale dans trois situations : le syndrome de Cushing, les épisodes dépressifs caractérisés sévères (code CIM F 32) et le syndrome de stress post traumatique (35). Dans un premier temps, ils montrent que les corticoïdes sont responsables d'une diminution du volume de l'hippocampe avec retentissement mnésique et cognitif. Dans un second temps, ils émettent l'hypothèse que l'atrophie de l'hippocampe pourrait aussi être liée aux symptômes neuropsychiatriques rencontrés dans ces syndromes.

Dans leur étude, Brown et son équipe rapportaient une baisse significative des performances de mémoire épisodique à l'échelle de REY (Rey Auditory Verbal Learning Test) et de la mémoire de travail à l'échelle de the Stroop (Stroop ColorWord Test). Ils ont également retrouvé une réduction du volume des hippocampes chez les patients traités par corticothérapie et une baisse significative du N-AcetylAspartate au niveau temporal, un marqueur de la neurotrophicité (36).

Une tendance vers une corrélation significative a été retrouvée entre les doses de Prednisone administrée et le volume de l'hippocampe droit. Une atrophie de l'amygdale droite a été aussi retrouvée, corrélée avec la durée du traitement de corticoïde (37).

Les patients présentant des troubles de l'humeur d'origine hypercortisolémique, par hypersécrétion endogène ou apports exogènes, auraient un affaiblissement de leurs fonctions cognitives et un faible volume de l'hippocampe, comparativement aux patients ayant un trouble de l'humeur avec une cortisolémie normale(35).

## **I.4. Facteurs de risque connus de troubles psychiatriques cortico-induits**

### **I.4.1. les facteurs liés aux corticoïdes**

#### **I.4.1.1. Effet dose-dépendant**

La dose délivrée lors de la corticothérapie semble être un facteur de risque déterminant pour l'apparition de troubles psychiatriques pour certains auteurs (38).

Il y a 40 ans, The Boston Collaborative Drug Surveillance Program (1972) s'est intéressé aux effets psychiatriques consécutifs à la corticothérapie : ils mettent en évidence une augmentation de l'incidence des effets indésirables psychiatriques corrélée à l'augmentation des doses de corticoïdes administrés : 1,3% d'incidence à dose journalière de 40mg/jour, 4,6% pour des doses comprises entre 40 et 80 mg et une incidence de 18,4% pour des doses supérieures à 80mg par jour (38).

**Chan et coll** ont rapporté la survenue de troubles psychotiques chez 8% des patients recevant la Prednisone à raison de 90mg/j par rapport à 3% chez des patients recevant uniquement 30mg/j (39).

**Nishimura et al** montrent que les 20 patients qui développèrent des troubles psychiatriques traités par corticoïdes dans le cadre d'un Lupus érythémateux disséminé avaient reçu des doses supérieures à 40mg par jour (40).

D'autres auteurs comme **Naber et al**, bien qu'ils aient retrouvé une incidence de 36% de troubles hypomaniaques et dépressifs dans leur étude, ne retrouvent pas de corrélation entre la dose journalière et l'apparition du trouble de l'humeur (24).

#### **I.4.1.2. Effets liés à la durée de la corticothérapie :**

Les effets de la corticothérapie ne sont pas les mêmes en fonction de la durée et de la dose de corticoïdes. Prescrits au long cours et à faible dose ils semblent avoir un effet dépressogène (41; 37) mais prescrits sur de courtes durées et à fortes doses ils auraient préférentiellement un effet maniaque (42; 22).

#### **I.4.1.3. effets selon le type de corticoïde :**

Les effets secondaires des glucocorticoïdes sont nombreux et sont directement liés à leurs actions physiologiques. Leur fréquence et leur gravité dépendent de la posologie, de la durée du traitement, de la nature du corticoïde et de la voie d'administration (43).

Ces effets sont d'autant plus fréquents et plus importants que la demi-vie biologique du corticoïde est longue, que la dose est élevée et que le traitement est prolongé (44).

Parmi les corticoïdes, la dexaméthasone, à côté de la bétaméthasone et de la fluméthasone, est le glucocorticoïde le plus puissant. Son activité minéralo- corticoïde est quasi nulle. Sa durée d'action est plus longue puisque sa demi-vie plasmatique est située entre 36 et 54h (45 ; 46).

Elle possède 10 à 20 fois l'activité anti-inflammatoire de la prednisolone à dose molaire équivalente (46).

### **I.4.2. Facteurs liés au sujet :**

#### **I.4.2.1. Le genre :**

Il est actuellement difficile d'identifier le rôle du genre comme facteur de risque de trouble psychiatrique. Les études semblent se contredire à ce niveau, les raisons sont la prédominance du sexe féminin dans les études : on retrouve une prévalence plus élevée de Lupus et Sclérose en Plaques chez les femmes que chez les hommes (47).

Dans leur étude en Angleterre, en 2012 Fardet et al ont montré que les femmes ayant reçu une corticothérapie sont plus à risque de développer une dépression alors que les hommes semblent plus vulnérables aux épisodes de manie, confuso-onirique et de désorientation (48).

Hayreh et Watson n'ont pas trouvé de différence significative dans l'apparition d'effet psychiatrique chez une population traitée par Prednisolone forte dose (100mg/ jour) pour problèmes ophtalmologiques (uvéïtes, sclérites) (49).

#### **I.4.2.2. L'âge :**

**Fardet et Petersen** mettent en avant dans leur étude rétrospective que le risque de trouble cortico-induit (dépression, épisode maniaque, délirant ou confusionnel) augmente avec l'âge (48). Cependant, dans la même étude l'âge semble être un facteur protecteur contre les comportements suicidaires, et les attaques de paniques (48).

En 2003, **Patten et al** montrent que la prévalence des états dépressifs est plus faible chez les patients âgés de 45 ans (8,4%) que dans le groupe 18-45 ans où elle atteint 25,7% (50).

#### **I.4.2.3. l'existence d'antécédents personnels et familiaux psychiatriques :**

**Lewis L et Pamela** montrent avec leur équipe que le risque de dépression, manie, anxiété ou tentative de suicide durant une corticothérapie augmente chez les patients présentant des antécédents similaires (51). De même, **Fardet et Petersen** affirment que la présence d'antécédents psychiatriques est un facteur de risque de développer des troubles après une corticothérapie. Selon eux, la présence d'une vulnérabilité psychologique sous-jacente est un risque de développer des symptômes similaires sous corticothérapie (48).

**En 2002, Brown et Suppes** s'intéressent aux changements thymiques durant les crises d'asthme nécessitant l'utilisation de corticoïdes.

Les sujets avec des antécédents ou présentant des affects dépressifs avaient un risque moindre de développer des symptômes dépressifs durant la corticothérapie par rapport à ceux sans dépression.

Mais, inversement, dans la même étude les auteurs expliquent que les sujets présentant un état de stress post-traumatique montraient une élévation des symptômes dépressifs avec réactivation des éléments mnésiques de stress pendant la corticothérapie (22).

#### **I.4.2.4. l'existence d'antécédents de troubles cortico-induits**

Fardet et Petersen montrent en 2012 dans leur étude que les patients ayant déjà présenté des troubles cortico-induits sont moins à risque de développer des troubles psycho-comportementaux sur les prochaines corticothérapies (48). L'explication la plus probable était que les patients qui avaient déjà expérimenté des troubles cortico-induits étaient plus enclins à repérer la survenue de ces troubles sur une nouvelle corticothérapie et arrêter avec leur prescripteur rapidement la corticothérapie (48).

#### **I.4.2.5. Les troubles de la personnalité**

Il a été difficile d'évaluer le rapport entre l'existence d'un trouble de la personnalité et la survenue d'un trouble psychiatrique cortico-induit.

#### **I.4.2.6. Abus de toxiques :**

En 2015, Morrow et al mettent en avant dans leur étude un risque 5,6 fois plus élevé d'apparition de symptômes hypomaniaques chez les sujets traités par bolus de corticoïdes présentant des antécédents d'abus toxicomaniaques et/ou de consommation substances (Marijuana, Alcool ...) pendant la cure (42).

**III. CONSIDERATIONS CULTURELLES  
SUR L'ESTHETIQUE FEMININ EN  
CONTEXTE MAURITANIEN**

## **II.1. Historique et origine des maures « harratines »**

### **II.1.1. Les maures « harratines »**

La Mauritanie est un pays riche de par sa diversité ethnique et culturelle. Derrière ses allures de désert hostile se cache une société atypique, tiraillée entre modernité émergente et traditions ancestrales, entre goût de liberté et ordre social inflexible (52).

Pays méconnu au-delà des frontières de l'Afrique de l'Ouest, la République islamique de Mauritanie est l'un des pays les moins densément peuplés du monde: 3,9 personnes par kilomètre carré. Un pays d'infinis contraste, en témoignent ses quatre langues nationales (le hassanya, le poular, le soninké et le wolof) et ses six groupes ethniques (les maures blancs ou « beydanes », les maures noirs ou « harratines », les halpoulars, les wolofs, les soninkés et les bambaras) (52).

En effet, les « harratines », nom d'origine probablement arabe désignant une population mélanoderme du Sahara, de statut variable selon les régions : homme libre de langue berbère ou arabe, cultivateur dans les oasis ; esclave assujéti à un maître en Mauritanie, ou nouvellement affranchi constituent une ethnie majoritaire en Mauritanie (40% de la population) (53, 54).

Cette ethnie Maure se distingue par leur couleur noire des « beydanes » (maures blancs) avec qui ils partagent beaucoup de valeurs culturelles : le code vestimentaire (le voile « melehfé » chez les femmes et le grand boubou « dara'a » chez les hommes), la langue « hassaniya, mais aussi beaucoup de pratiques telle que la recherche de l'embonpoint particulièrement par le gavage (53).

## **II.2. Pratiques traditionnelles des maures « harratines »**

### **II.2.1. L'embonpoint par le gavage**

Riche dans son histoire et dans ses traditions, le peuple maure « harratine » partageait sur le plan historique avec les « beydanes » (maure blancs), qui étaient leur maîtres, des liens sociaux mêlés aux liens de consanguinité, aux sentiments, et à des intérêts communs en plus des coutumes, traditions, culture, langue, folklore... le destin commun. La relation entre ces deux couches sociales arabes était une relation d'exploitation mélangée avec des sentiments humains quelquefois utiles pour tous, mais dominés, certes, par l'injustice (55, 56)

Le gavage étant l'une des pratiques courante chez les maures blancs a été héritée par les harratines certes, mais avec des techniques et conditions différentes (56).

Bien que nocif au regard des complications médicales, cette pratique avait des fondements culturels qui font que la population ne puisse pas facilement s'en détacher.

Chez les maures blancs, Le gavage consistait à faire manger (très souvent sous la menace ou par la force physique) de grandes quantités de nourriture riche en calories prises par doses régulières aux filles et jeunes femmes (57).

En général, le lait de chamelle et de vache constitue la principale nourriture. Ce lait peut également être accompagné de nourriture relativement liquéfiée comme la bouillie de mil achetée à l'occasion des pérégrinations de la famille (nomadismes) (57).

Très jeune, vers l'âge de 12 à 14 ans parfois moins (7 ans), la jeune fille maure devait subir, contre sa volonté, une cure de gavage prescrite par ses parents.

Prévue pour se marier précocement, ces jeunes filles devraient se présenter avant l'événement avec un physique avantageux (57).

Le gavage répond à des techniques particulières.

Il se faisait souvent au « campement paternel » ou résidence du père (regroupement d'une douzaine de tentes) (58), la disposition du campement obéissant à des règles précises. Toutes les tentes sont largement espacées et s'ouvrent dans la même direction, vers le sud-ouest pour se protéger des vents chauds et des vents de sable. La tente du chef est placée au centre du campement afin d'assurer sa tranquillité (58).

En général, la fillette était confiée aux tributaires (femmes d'un certain âge à qui été dévoué le rôle de formatrice) pour consommer sur place le lait des chamelles ou des vaches. Une nourrice expérimentée était chargée d'imposer le traitement, sous une tente dressée à cette fin ou sous sa propre tente. Dans d'autres cas c'était l'esclave de la famille qui s'en chargeait (57).

Au début, il fallait encourager la jeune fille par des cajoleries et des menaces alternées, ou même la contraindre énergiquement. La nourrice se servait de son « azayar » (deux bâtons ligotés d'un bout) pour serrer fermement les orteils de la petite en cas de refus. Parfois la nourrice pouvait frapper, pincer ou même ouvrir par force la bouche de la fillette pour y verser du lait. Cette même épreuve était répétée plusieurs fois dans la journée depuis le matin.

La fille devait s'alimenter régulièrement et respecter les restrictions de la nourrice qui la privait de thé, car l'acidité pourrait ralentir les effets recherchés, de la marche et du soleil ardu (57).

Cette épreuve pouvait durer un hivernage ou deux, au bout desquelles si, la gracieuse petite fille sortait indemne de l'épreuve, elle devenait alors une espèce de magot somnolent, tellement gonflée que la peau brune, distendue, était toute striée de gerçures rosâtres (les vergétures). « Elle devenait ainsi une jeune fille à marier... » (57).

Ainsi l'accoutumance s'installe avec la dilatation progressive de l'estomac et l'absorption de quantités croissantes de lait devient plus facile. Même si son poids chutait plus tard pour une raison ou une autre, il lui serait toujours facile de récupérer sa forme, moyennant un léger effort (57).

Cette pratique avait sa particularité chez les harratines. Du fait de leur situation économique basse, elle se faisait dans la maison familiale par des tantes ou la grand-mère, toujours pour la recherche de l'embonpoint (56).

### **II.2.2. Le gavage ou encore période de « rite initiatique » :**

A côté de l'alimentation quasi-permanente, le gavage s'accompagnait d'une oisiveté fortement encouragée chez la jeune fille.

En effet, durant cette période, la position couchée était principalement adoptée tout au long de la journée (57).

Le gavage permettait également de procéder à « l'instruction » de la jeune fille, en termes de préparation aux attitudes à prendre une fois dans sa vie de femme mariée. Pour certaines jeunes filles de classes sociales inférieures, elles y apprenaient ainsi le chant, l'utilisation de certains instruments musicaux (calebasse renversée, par exemple). C'était aussi l'occasion d'apprendre à faire du thé pour son futur époux. Le gavage des femmes adultes était conduit différemment. On leur prescrivait également le gavage nocturne. Dans d'autres cas on utilisait en plus du lait, la viande de petits ruminants (57).

Le tout est de favoriser le développement de l'embonpoint chez la jeune fille afin qu'elle corresponde aux « normes de beauté » traditionnelles de la société maure (58).

Les « rondeurs » de la femme maure s'avèrent ainsi un élément essentiel. On parle ainsi de « *Valha* » (la gracieuse) qui signifie « la belle » en langue Hassanya (1).

En plus de représenter les plus belles aux yeux des hommes lesquels sont, eux, généralement assez minces, les « grosses femmes » mauritaniennes constituent également un indicateur de la richesse du mari, après avoir été un indicateur de la situation sociale de ses parents : Importance de leur troupeau et capacité à entretenir sa famille. S'opère ainsi un jeu d'alliance fondée sur l'image présentée tout autant par la famille d'origine que le foyer de destination en termes de statut et de prestige social (57).

Pour toutes ces raisons l'obésité est devenue largement observable en Mauritanie.

Elle pose de véritables problèmes de santé (maladies cardio-vasculaires, diabète, entre autres), pour autant, elle ne semble pas constituer une menace au regard des représentations liées à la beauté de la femme mauritanienne.

Ce critère de beauté recherché dans la société maure s'est largement diffusé dans les autres ethnies de la Mauritanie (57)

Dès lors, une femme maigre aura du mal à trouver un mari et fera l'objet d'une forte « pression sociale ».

Pour fuir cela, certaines peuvent être amenées à s'installer en ville ou ailleurs et y s'adonner à des pratiques beaucoup plus souples tel que l'auto-gavage alimentaire ou encore l'ingestion de produits pharmaceutiques notamment les corticoïdes. Ce qui leur permet ainsi d'accélérer le processus de prise de poids (57).

## **III.METHODOLOGIE**

Nous avons effectué une étude qualitative et rétrospective de rapports de cas.

Elle a été menée au service de psychiatrie du centre hospitalier des spécialités (CHS) de Nouakchott (Mauritanie).

Le service de psychiatrie du CHS, à côté des services de neurologie, de la neurochirurgie et de la neuro-imagerie, est le seul service habilité à recevoir tous les patients souffrant de troubles psychiatriques résidant à Nouakchott ou vivant dans les régions.

L'étude a concerné deux patientes, qui ont été hospitalisées pour troubles psychiatriques survenus dans un contexte d'auto-administration de corticoïdes.

Les patientes avaient toutes deux utilisé la dexaméthasone, étaient toutes deux maures, partageaient la même ethnie harratine, et recherchaient toutes deux l'embonpoint à travers l'usage de la dexaméthasone.

Nous avons mené des entretiens semi-directifs répétés de 45 minutes environ avec les patientes et leur entourage durant leur suivi en hospitalisation et en ambulatoire.

Les résultats sont rapportés sous forme d'observations, recueillies lors de leur hospitalisation, suivies de commentaires

L'anonymat a été garanti et le consentement requis.

## **IV.OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES**

### Observation N°1 :

O. K. est une jeune femme mauritanienne âgée de 34 ans, mariée et mère de cinq enfants vivants. Elle est femme au foyer, d'appartenance culturelle maure noir « hartani»<sup>1</sup>. O.K résidait dans la région de kiffa (région du sud de la Mauritanie située à 600 km de la capitale Nouakchott).

O.K a été amenée dans le service, pour une symptomatologie évoluant depuis environ quarante jours, alors que la famille tentait de la soigner traditionnellement, sans résultat, durant toute cette période.

Ce tableau de survenue brusque était marqué, selon le frère et l'oncle, par l'installation d'une agitation psychomotrice, avec des propos incohérents et une tendance à parler sans cesse. La famille rapporte aussi des cris sans raison et des attitudes de dénudation. Arrivée dans le service maîtrisée par ses parents O.K présentait à l'examen : une agitation clastique, une agressivité verbale avec des propos injurieux, un relâchement des censures morales et une désinhibition sur le plan comportemental. En effet, elle était difficile à maîtriser. O.K était élancée, elle mesurait environ 1.80 m, son visage de teint clair était arrondi avec de « grosses joues ». Elle était corpulente avec un volumineux cou et une masse musculaire importante au niveau de sa poitrine.

O.K avait une humeur labile avec parfois un sentiment de joie durant lequel un sourire et parfois des rires s'affichaient sur son visage et parfois elle devenait irritable et se mettait à insulter. Elle était logorrhéique et émettait parfois des propos délirants. En effet, la sœur d'O.K rapporte qu'elle rentrait dans les maisons voisines et leur disait « vous m'avez marabouté car vous êtes toutes jalouses de moi, c'est pour cela que vous m'avez envoyé cet âne ».La sœur rapporte aussi que tout ce changement de comportement était survenu dans un contexte d'insomnie quasi-totale bien supportée.

C'est durant l'entretien, avec la remarque faite par le grand frère qu'elle avait augmenté rapidement de poids dans les jours qui avaient précédé le début de sa

---

<sup>1</sup> « hartani» : singulier de « harratines»

maladie, que la sœur nous a rapporté qu'en effet O.K avait consommé des médicaments appelée « habe dreg dreg », terme utilisé en « hassaniya » qui veut dire littéralement « comprimé qui fait grossir rapidement et de façon énergétique», dans l'objectif de grossir vite car elle préparait la cérémonie de mariage de l'une de ses copines proches. Il était difficile de l'interroger ce jour-là car sa conscience était dispersée.

Après dix-sept jours de traitement à base de neuroleptiques et de thymorégulateurs en hospitalisation, elle commençait à se calmer.

L'agitation psychomotrice et l'agressivité avaient disparu. Le sommeil s'était rétabli, ses propos devenus cohérent et sa conscience claire.

C'est à ce moment qu'elle nous a révélé avoir utilisé du dexaméthasone 0,5 mg qu'elle avait tout de suite reconnu quand nous lui avons montré la boîte vendue dans les pharmacies du pays.

Elle nous dit qu'elle en prenait depuis environ un mois avant le début de sa maladie et qu'elle en prenait trois comprimés par jour. Mais parfois elle pouvait en prendre une quantité non chiffrée, en effet elle dit « j'en versais au hasard dans le creux de ma main et je le buvais d'un coup, parfois ça pouvait atteindre 5 comprimés ». Elle rapporte aussi qu'elle en prenait très souvent. D'un air souriant elle nous dit « même lors de mon deuxième mariage j'en avais consommé », « c'était pour être belle et appréciée de mon futur mari ». Mais cette fois ci la quantité était plus grande car auparavant, dit-elle, elle n'en prenait qu'un comprimé par jour et pas tout le temps.

Pour ce qui est de sa biographie, O K a été séparée de son père à l'âge de deux ans qui avait divorcé d'avec sa mère durant la même période. Elle a alors été éduquée par sa mère et son oncle maternel. OK a été scolarisée jusqu'en quatrième année primaire à l'école arabe et avait arrêté sans raison apparente pour s'adonner aux travaux ménagers de la maison. En effet, L'oncle d'O.K rapporte que les études n'intéressaient pas trop la majorité des filles de cette région. Il dit « c'est la vie villageoise, beaucoup de filles ne connaissent pas

l'école dans cette région du kiffa à l'exception de quelques enseignements coraniques».

O.k est musulmane, elle s'était mariée à deux reprises. La première fois à l'âge de 13 ans, malgré son jeune âge, le frère rapporte qu'elle était quand même consentante. De ce mariage elle eut une fille. Ce mariage dura environ trois ans. O.K se serait séparée de son premier mari pour des raisons de jalousie. Selon le frère, le mari d'O.K vivait en ville et venait rarement la voir. Après le divorce elle rejoignit la maison familiale pour y rester pendant environ deux ans avec sa fille.

A l'âge de dix-huit ans, soit deux ans après son divorce, elle fut convoitée par un autre homme qui lui demanda tout de suite sa main pour le mariage. Demande qu'elle accepta.

O.K. rapporte qu'elle s'était préparée vite à ce mariage et par conséquent elle avait utilisé des comprimés de dexaméthasone mais comme c'était la première fois elle prenait un comprimé par jour et pas tout le temps, et qu'elle y avait associé de la ciproheptadine pour beaucoup manger et prendre rapidement du poids. Le mariage s'était bien passé et elle vit avec son mari jusqu'à présent. D'un air fâché, le frère rapporta que ce dernier n'était pas sérieux avec elle, qu'il était en réalité un « coureur de jupon » et qu'il l'avait déçu plusieurs fois. Malgré un ménage difficile, elle donna naissance à quatre enfants dont un garçon et trois filles.

O.K est issue d'une famille au niveau socio-économique bas. Elle est la troisième d'une fratrie utérine de neuf enfants dont quatre décédés successivement de causes inconnues. Elle aurait été touchée par ces décès survenus brusquement.

Selon le frère et l'oncle, O.K était émotionnellement sensible. Elle était têtue et irritable à la moindre frustration. En plus O.K était égocentrique et extravertie.

Pressée de sortir de l'hôpital alors qu'O.K commençait à se rétablir, la famille décida de la sortie contre avis médical mais elle était d'accord pour rester dans

la ville de Nouakchott jusqu'à l'autorisation de son médecin traitant pour retourner dans sa région natale.

Ainsi nous lui avons donné au bout de 21 jours d'hospitalisation une permission d'une semaine pour aller chez elle afin d'évaluer son état mental en dehors du milieu hospitalier.

Elle revînt à son rendez vous accompagnée de son frère et de sa sœur. Elle était calmement assise dans le bureau. D'un air souriant elle répondait aux questions de façon adaptée. Son état mental était stable ce jour là. Elle disait « je me sens très bien maintenant, tout ce que je veux c'est retourner chez moi voir mes enfants ». Une ordonnance faite de tegretol 1p 400 mg, haldol gouttes et stilnox 10 mg fut prescrite avec un rendez vous d'un mois pour son suivi.

### Commentaires :

O.K est une femme issue d'un couple parental divorcé et a été éduquée par sa mère. En plus de cela O.K a vécu un mariage précoce (à l'âge de 13 ans) et a divorcé avec celui-ci pour se remarier avec un autre. Elle aura vécu 16 ans avec ce dernier malgré les conditions difficiles de ce ménage.

Cette situation de divorce des parents, mais surtout l'absence de relation entre O.K et son père à un âge précoce (2 ans) pourrait représenter un facteur de stress la prédisposant à développer des troubles psychiques.

Comme il a été relaté dans la littérature que le facteur de stress le plus fréquemment retrouvé chez les enfants est le divorce des parents (59).

Ce stress a pendant longtemps été attribué à l'absence de l'un des parents à la suite du divorce (60).

Ceci serait aussi lié à la rupture des relations parents/enfant et au fait que celles-ci soit rendues plus difficiles avant et après le divorce (60).

Il a été aussi rapporté dans une autre étude que le divorce des parents serait associé à un risque plus élevé de discorde conjugale à l'âge adulte.

Le risque de symptomatologie thymique serait plus élevé chez les femmes issues de couples divorcés, mais seulement chez celles qui ont fait l'expérience d'un échec affectif au cours de leur vie adulte (61). Ce qui est le cas d'O.K qui s'est séparée de son premier mari.

Selon **Bowlby, J** dans sa théorie de l'attachement. L'absence de figure parentale précoce (entre 6 mois et 3 ans) pourrait constituer un terrain de fragilité psychologique à l'âge adulte (62).

Le faible niveau d'éducation d'O.K pourrait expliquer le fait qu'elle ne semble pas s'intéresser, aux autres effets secondaires des corticoïdes.

O.K avait vécu un choc émotionnel lié aux décès de ses quatre frères survenus brusquement de façon successive.

En plus de cela, elle est décrite comme étant émotionnellement sensible.

Tous ces éléments psychopathologiques pourraient constituer un terrain de vulnérabilité psychologique susceptible de favoriser la survenue de troubles psychiatriques chez O.K.

OK est une femme de la communauté « harratine » (maure noire), qui préparait le mariage de sa copine. Cette cérémonie était aussi l'occasion pour elle de rencontrer d'autres amies et d'autres membres de la famille et de la communauté.

Elle vivait dans une famille au niveau socio-économique jugé bas et son ménage serait critiqué par son frère.

Pour toutes ces raisons O.K voulait paraître bien et montrer à tout le monde qu'elle vivait dans de bonnes conditions. Elle devait donc se présenter en bonne forme physique, dans cette cérémonie.

Ainsi donc, en paraissant belle et « bien grasse », O.K prouverait aux autres membres de sa communauté et ses amies qu'elle vivait bien son ménage.

Tel qu'il a été rapporté dans la littérature que l'embonpoint chez la femme maure reflétait non seulement sa beauté mais aussi la richesse de ses parents et de son conjoint (2).

D'autres études ont également montré que l'embonpoint était bien valorisé dans les populations traditionnelles de l'Afrique subsaharienne, (63).

Alors que le gavage se faisait par l'ingestion de grande quantité de nourriture souvent dans des conditions contraignantes, elle est devenue volontaire et même moderne par l'utilisation de corticoïde (64).

Cette auto-administration de corticoïde peut être assimilée à de l'auto-gavage **(64)**.

La cérémonie devant se tenir dans de bref délai, O.K. devait prendre rapidement du poids. Ceci pourrait expliquer le choix d'utiliser du dexaméthasone du fait de sa capacité rapide à rendre obèse.

En effet O.K. avait consommé volontairement une grande quantité de dexaméthasone, soit trois à cinq comprimés par jour et pendant une durée d'un mois.

C'est à l'issue de cette abusive consommation de corticoïdes durant une période jugée assez longue que la symptomatologie psychiatrique est survenue chez O.K. Ces troubles seraient installés dans les premières semaines de la prise du dexaméthasone.

Dans la littérature, on rapporte que l'utilisation de forte dose de dexaméthasone pendant une durée prolongée serait incriminée dans la survenue de trouble psychiatriques cortico-induits **(65)**.

Il a été rapporté aussi que le dexaméthasone serait le corticoïde le plus puissant du fait de sa demi-vie longue et donc susceptible de favoriser la survenue des effets secondaires beaucoup plus rapidement **(46)**.

La plus large étude prospective menée sur les effets indésirables des Corticoïdes, par le « Boston Collaborative Drug Surveillance Project » en 1972 chez 718 patients sous corticothérapie, a démontré le rôle favorisant de forte dose de corticoïdes **(65)**.

Des études ont montré aussi que le délai d'apparition des troubles psychiques cortico-induit varierait entre quatre et trente jours après le début de la corticothérapie. Avec une moyenne de vingt jours **(23, 24, 66)**.

O.K. s'était présentée au service de psychiatrie avec une transformation corporelle d'aspect « cushingoïde ».

La littérature rapporte qu'on parle de « syndrome de Cushing » lorsque l'organisme du patient a été soumis à un excès durable d'hormones à action glucocorticoïde (67).

Ceci expliquerait les effets endocrino-métaboliques observés et recherché des corticoïdes chez O.K.

Des études ont aussi rapporté que parmi les effets secondaires à court terme de la corticothérapie on retrouvait l'augmentation de l'appétit et la prise pondérale (5).

OK avait présenté un accès maniaque franc qui avait nécessité une hospitalisation de trois semaines.

Les troubles de l'humeur induits par les corticoïdes, allant de la dépression à l'hypomanie ont été largement décrits dans la littérature (68, 69).

Dans une étude prospective, **Khan** avait retrouvé une augmentation significative des symptômes maniaques ou hypomaniaques aux scores de l'échelle de manie de Young (70).

## Observation N°2

O.N a dix-huit ans. Elle est obèse avec le visage bouffi et arrondi. On voyait une grosse masse grasseuse autour du cou. Son teint clair reflétait les traces d'une dépigmentation avec des vergetures visibles sur les muscles de l'avant-bras et de la poitrine. Ses yeux étaient exorbités avec un visage maniéré. En effet, elle faisait beaucoup de grimaces surtout avec sa bouche. Elle portait un voile déchiré avec ses cheveux défaits. Elle venait à peine d'arriver dans la salle d'observation du service de psychiatrie du centre hospitalier des spécialités de Nouakchott.

O.N était accompagnée de son père, sa mère, et sa grand mère paternelle, qui la tenaient par les mains, alors qu'elle était très agitée et agressive physiquement et verbalement.

Le père d'O.N nous rapporte que cette symptomatologie remonterait à environ 6 jours avant son hospitalisation et à 3 jours après son mariage et de façon insidieuse. Au début, elle se mettait à pleurer sans raison, parfois elle riait seule comme pour se moquer de quelqu'un. En plus de cela elle dormait difficilement la nuit et pouvait rester seule parfois à parler et à imiter les cris de dromadaire, propos rapportés par la grand mère, qui en rajoute en disant que parfois elle insultait ses parents, chose qu'elle n'aurait jamais fait en état normal. Devant ce tableau la famille avait jugé bon de l'amener d'abord chez un marabout. C'est ce dernier qui leur a demandé d'aller à l'hôpital voir un psychiatre.

A l'examen, ON était désinhibée, ne respectait plus son père ni les principes de la culture et de la religion. En effet, O.N insultait son père et parfois lui crachait déçu, en plus de cela, elle laissait son corps et sa tête découverts au vu des personnes étrangères à la famille, chose considérée comme anormale sur le plan religieux dans leur communauté.

En plus des symptômes rapportés par les parents, nous avons retrouvé des hallucinations auditives. En effet, ON disait entendre des cris de Dromadaires dans ses oreilles. L'aspect arrondi de son visage et sa corpulence ont aussitôt fait

penser à une éventuelle prise de corticoïdes. A la question « est ce que votre fille aurait consommé des substances, notamment, des médicaments durant la période de préparation de son mariage ? » le père répondit « je le pense, car comme vous savez que je suis un chauffeur de camion et que je fais souvent la navette entre les régions, elle m'avait demandé de lui ramener des produits achetés par sa cousine à Nouakchott ». Sa grand-mère confirme en disant « depuis plus d'un mois O.N prend un médicament qui fait grossir vite » elle répète en disant « habe dreg dreg », ainsi elle fait sortir la boîte vide de dexaméthasone 0,5 mg de son sac pour nous le montrer. Elle ajoute que durant cette période de préparation de son mariage, elle ne faisait que manger et dormir, et qu'elle sortait très rarement de la maison. « La tradition veut qu'une femme qui se marie doit être grosse et belle et moi je la voyais grossir rapidement ». La grand-mère en rajoute aussi à en disant « et pourtant presque toutes les filles de la commune prennent ces médicaments pour grossir à l'approche d'une cérémonie ».

Dans ses antécédents O.N aurait présenté une dysménorrhée.

La mère d'O.N aurait présenté un trouble psychique dans un contexte de post-partum pris en charge dans le service de psychiatrie du CHS de Nouakchott.

Le père d'O.N aurait également des antécédents de trouble psychique non documenté et qui serait pris en charge traditionnellement.

Après l'entretien et l'examen clinique, un bilan sanguin et un scanner cérébral furent demandés et qui sont revenus sans particularité.

O.N appartient à l'ethnie « harratine » (maures noires), elle est connue comme une fille têtue, intolérante à la moindre frustration. Elle entretenait de bonnes relations avec les membres de sa famille surtout avec son père et sa grand-mère.

Dans sa biographie, O.N est née à domicile en l'absence de personnels et de matériels médicaux, mais la mère rapporte que malgré tout O.N n'avait aucun problème de santé à l'enfance. Elle est la cinquième d'une fratrie utérine de onze enfants dont trois filles et huit garçons tous vivants. Elle aurait eu un bon

développement psychomoteur. Elle a été scolarisée à l'âge de six ans à l'école coranique et Arabe jusqu'à l'entrée en sixième, puis elle arrêta ses études pour des raisons culturelles et économiques. Selon le père qui dit « chez nous il n'y a pas de collège dans notre village et la tradition ne nous permet pas de laisser une fille seule aller étudier loin de ses parents » donc à partir de cette classe la fille arrête les études pour s'occuper des tâches ménagères de la maison ou faire son petit commerce à côté des siens jusqu'au mariage. O.N vit dans une commune nommée Monguel dans la région de Gorgol région située au sud de la Mauritanie.

Devant ce tableau psychiatrique, nous avons pensé à une psychose délirante aiguë cortico-induite avec une forte participation thymique maniaque.

O.N a bénéficié d'un traitement à base de neuroleptiques et de thymorégulateurs.

A propos de la dexaméthasone, O.N nous apprend « c'était la première fois que j'en prenais, des amies me l'avaient recommandé. »

Elle ajoute, « En effet j'en prenais un comprimé à chaque repas de la journée à savoir trois fois par jour et cela depuis presque un mois et demi ». L'hospitalisation avait duré environ 3 semaines, l'état mental d'O.N s'améliorait avec disparition de l'agitation psychomotrice, des grimaces, de l'agressivité et des insultes, et rétablissement du sommeil, mais les hallucinations persistaient légèrement encore. La famille pressée de rentrer chez elle décida de sortir contre avis médical. Décision prise par le père d'O.N qui était mis sous pression par la famille. Elle incriminait selon, le père, une cause mystique. Ainsi la sortie administrative fut réalisée avec un rendez vous d'une semaine. En partant le père nous promettait que malgré tout il continuerait à lui administrer le traitement prescrit.

### Commentaires :

O.N est une jeune femme d'ethnie « harratine » qui a été reçue à l'hôpital psychiatrique de Nouakchott, accompagnée de son père, sa mère et de sa grand-mère paternelle.

O.N préparait son propre mariage pour la première fois. Comme il était de coutume, la belle femme maure était celle qui se présentait à son mariage avec une forte corpulence (1). En plus d'être belle, elle refléterait aussi un haut niveau financier de sa famille et de celle de son futur mari (2).

Chez O.N nous notons la présence de la grand-mère qui occupe une place importante.

En effet, sa grand-mère, comme une bonne gardienne du temple, cautionne et encourage cette pratique. Glissant ainsi facilement en apparence de la tradition au modernisme juste pour bien présenter sa petite fille au mariage (65).

Pour ces raisons, O.N ne pouvait pas échapper aux influences de ses copines mais surtout de sa grand-mère quand à la recherche vaille que vaille du poids avant la cérémonie.

**I.O Khalef et A.O Ahmed**, dans leur ouvrage, ont rapporté qu'il existait de nouvelles formes de gavage appelées auto-gavage. Cette nouvelle pratique était l'apanage des filles majeures sous l'influence des vieilles femmes qui n'arrêtaient de mettre en valeur les vertus de la grosseur (65).

O.N préparait son propre mariage.

De ce fait, O.N serait face à un double stress, lié au mariage en soi, organisation et parties festives, et à la période nuptiale en elle-même.

Le mariage, un terme qui désigne généralement l'union légale d'une femme et d'un homme, est une relation qui aurait plusieurs implications : psychologique, socio-familiale, religieuse, etc. Le mariage réunit plusieurs intérêts : humains, socio-économiques, religieux. Tous ces facteurs, en font un moment de fragilité particulière l'assimilant à un facteur de stress d'importance capitale (71).

Les auteurs ont rapporté que la période nuptiale, peut se trouver ainsi à l'origine de la décompensation de certains troubles psychotiques (71).

Chez O.N nous avons retrouvé des antécédents psychiatriques familiaux (chez la mère et le père).

**Fardet et Petersen (2012)** ont démontré que la présence d'antécédents psychiatriques associée à une vulnérabilité psychologique sous-jacente est un facteur de risque de développer des troubles après une corticothérapie (48).

Elle aurait aussi un faible niveau de scolarisation pouvant être incriminé, quand à la banalisation des effets secondaires probables des corticoïdes.

O.N devait préparer son mariage dans un délai qui serait court.

Il serait bien connu dans son milieu, que l'utilisation de dexaméthasone à forte dose était adoptée par cette communauté comme le meilleur moyen d'acquérir l'embonpoint dans un délai record.

Comme nous la si bien rapporté la grand-mère d'ON en disant « et pourtant presque toutes les filles de la commune prennent ces médicaments pour grossir à l'approche d'une cérémonie ».

Ceci aura motivé O.N à ingurgiter de forte dose de dexaméthasone soit trois comprimés par jour et pendant une durée d'environ un mois et demi.

**I.O Khalef et A.O Ahmed** ont rapporté aussi que pour aller vite, les jeunes femmes cherchent parfois à créer des formes généreuses, artificielles, en consommant des molécules destinées parfois à favoriser la croissance rapide des animaux d'où le nom attribué par la communauté maure « habe dreg dreg » (qui fait grossir vite et de façon énergétique) (65).

Connu pour sa puissance, le dexaméthasone ingéré à forte dose et pendant une période prolongée pourrait favoriser la survenue rapide des effets secondaires (46, 48).

Ces effets rapides du dexaméthasone, rapportés dans la littérature pourraient expliquer, non seulement la prise rapidement de poids, mais aussi la survenue probable de troubles psychiatriques cortico-induits chez O.N.

Les accès psychotiques semblables à celui d'O.N seraient considérés comme des formes rares et graves.

SENON IL, LAFAY N, PADET N ont démontré que Les formes graves constituent un véritable tableau de psychose délirante aiguë, que Delay a rapproché du tableau des psychoses puerpérales (72), par la présence d'une agitation psychomotrice, d'un délire et d'hallucinations psychosensorielles (73).

Le tableau complet de la« steroid psychosis » des auteurs anglo-saxons se rapproche de la bouffée délirante de l'école française, associant des symptômes délirants avec hallucinations polysensorielles, interprétations et intuitions délirantes, agitation psychomotrice, souvent associée à des troubles dysthymiques avec une tonalité maniaque de l'humeur (74). La fréquence de survenue de la psychose chez les patients sous corticoïdes est d'environ 5 %.

(23).

## **V. SYNTHÈSE DES COMMENTAIRES**

### **L'existence d'antécédents psychiatriques et les événements de vie :**

O.N aurait des antécédents familiaux psychiatriques. Mais aussi les préparations du mariage et la période nuptiale représenteraient une situation de stress pouvant constituer un lit favorable à l'éclosion de trouble psychiatrique chez O.N.

Ceci a bien été documenté par certains auteurs qui ont rapporté que l'existence d'antécédents psychiatriques associé à une vulnérabilité psychologique pourrait être un facteur prédictif de développement de troubles psychiatriques cortico-induits (24, 27, 48).

Le mariage, perçu comme phénomène social universel, est vécu dans une atmosphère de gaieté et de catharsis, mais derrière cette joie, il y aurait tout un vécu stressant. Le degré de stress attribué au mariage selon l'échelle de Holmes et Rahé serait de 50 par rapport à un maximum de 100 (75).

Le ravivement des pulsions peut tourner au tragique avec l'éclosion de manifestations psychotiques dites nuptiales et le drame peut faire place au plaisir convoité et minutieusement préparé. Il existe, aussi une variabilité interpersonnelle, en ce qui concerne la réaction face à un facteur de stress. Ainsi, l'importance accordée au mariage dépend, non seulement de la personnalité sous-jacente de l'individu, mais aussi de son histoire personnelle, et des événements vécus.

Dans ce contexte, les troubles psychotiques précipités par le mariage sont des troubles qui peuvent être assimilés à un état psychotique aigu avec facteur de stress marqué : le mariage. La relation entre la pathologie psychotique et le mariage serait aussi basée sur un critère temporel; un délai d'au moins un mois entre le mariage et le déclenchement des troubles est nécessaire. Cependant, les auteurs soulignent l'impossibilité d'affirmer que le lien soit forcément causal (76).

**Fisch (1992)**, dans son étude réalisée au sein d'une communauté ultra-orthodoxe, rapporte qu'il existerait aussi une grande importance des facteurs

éducatifs et culturels dans le déclenchement troubles psychotiques précipités par le mariage (77).

Tous ces facteurs psychopathologiques retrouvés chez O.N pourrait expliquer sa vulnérabilité à présenter sa pathologie.

Par extension, nous pouvons rapprocher le cas d'O.K à celui d'O.N. Car elle aussi, certes préparait le mariage de sa copine, devait aussi s'y présenter pour les mêmes raisons socio-culturelles qu'O.N.

Cependant, O.K ne présentait pas d'antécédents psychiatriques. Mais selon les études menées par (Wolkowitz et al, Naber et al) des patients sans d'antécédents psychiatriques sous fortes doses de corticoïdes pourraient développer des troubles psychiques cortico-induit (27,24).

#### **Facteurs culturels :**

Eloignés géographiquement, les deux cas traités partagent la même ethnie « harratine » ou maure noir, dont la culture partagée considère l'embonpoint comme l'un des critères fondamentaux de la beauté féminine en Mauritanie. (1)

Les contextes de survenue sont similaires dans les deux cas. O.K préparait le mariage de sa copine et O.N préparait son propre mariage. Deux cérémonies dont les délais ne leur permettaient pas de se préparer à temps mais qui étaient le lieu de montrer à tout le monde l'aisance de leur famille d'origine mais aussi de celle de leur mari. (1)

Dans ces écrit, Cohen rapporte « qu'à travers le corps se profile la culture » (78) et ajoute en disant que les normes sociales qui régissent, et réglementent le corps, varient d'une culture et d'une époque à une autre. Elles s'ajustent en fonction des systèmes de valeur qui leur donnent sens et légitimité (78).

Ainsi les populations africaines contrairement aux populations occidentales, semblent valoriser l'embonpoint (78).

Comme il a été largement étudié, des auteurs tels que **(Tréloar et al, 1999)** observaient en même temps des conceptions émiques valorisant toujours l'embonpoint féminin comme signe de bien-être dans le cadre du mariage **(79)**.

**(Holdsworth et al, 2004)** observent dans une banlieue de Dakar, chez les femmes (Dakar-Pikine), une valorisation du surpoids pour différents critères esthétiques et de bonne santé **(80)**.

**(Lamine Ndiaye ,2009)**, toujours au Sénégal, montre combien traditionnellement chez les Wolofs et encore aujourd'hui malgré l'influence des critères esthétiques modernes la minceur est encore dévalorisée : « Toutefois, malgré les transformations connues par le corps, chez les Wolof du Sénégal, la morphologie corporelle idéale est celle de la « Driyànke » [enrobée], femme obèse qui laisse répandre, sur son passage, l'odeur des parfums aux mille essences de fleurs ». Les jeunes filles et femmes mobiliseraient ainsi un ensemble de pratiques pour avoir de l'embonpoint et être « Driyanké » **(81)**.

**(Madowitz, 2006)** constate à Yaoundé, au Cameroun, que le modèle de la bonne mère est associé à la forte corpulence **(82)**.

**(Sylla, 1985)** rapporte que chez les Efik et les Ekoï du Nigéria, les filles à marier subissent une réclusion pendant laquelle on développe systématiquement leur embonpoint avec une nourriture appropriée **(83)**.

Cette valorisation de l'embonpoint féminin se retrouve dans de nombreuses traditions africaines, comme chez les Yoruba du Nigéria, décrite clairement par **(Oloruntoba-Oju, 2009)** **(84)**.

Toujours dans un contexte africain non modernisé, **(Pradelles de Latour, 1984)** avait constaté chez les Bamiléké que l'embonpoint féminin est signe de fertilité **(85)**.

Dans des contextes environnementaux à faible développement technique où la malnutrition par carence, et la mortalité qu'elle produit, sont élevées, « la constitution de réserves adipeuses s'avérait un avantage face à de possibles pénuries saisonnières » **(De Garine, 1990)** **(86)**.

Ainsi, dans les sociétés faiblement industrialisées, « l'embonpoint devient la marque de la richesse et de la bonne santé» (Boëtsch, 2006) (87).

### **L'impact des conditions socio-economiques et du niveau d'instruction des femmes harratines.**

Nos deux patientes vivaient dans des situations de précarité et auraient un faible niveau d'éducatons. Dès lors la possibilité de se procurer une alimentation hypercalorique, leur permettant de s'auto-gaver, peut être difficile.

Ces conditions de vie favoriseraient la tendance à chercher des moyens faciles et rapides de prendre du poids en utilisant des produits pharmaceutiques notamment les corticoïdes sans tenir compte de leurs effets secondaires multiples et parfois graves (3).

Ainsi il a bien été rapporté dans la littérature que les « harratines » en Mauritanie, historiquement réduits en esclavage par les maures blancs, vivaient dans des conditions d'exclusion sociale et de pauvreté extrême (56).

Les femmes « harratines » jouissent en pratique d'un accès réduit, voire inexistant, à l'éducation, à l'emploi et aux services de santé (56).

### **Le produit utilisé :**

Pour toutes ces raisons O.K et O.N avaient utilisées le dexaméthasone 0,5 mg non pour ses effets thérapeutiques mais pour ces effets secondaires, tels que l'augmentation de l'appétit et la prise pondérale.

Pour les deux patientes, le produit a été consommé à forte dose mais aussi pendant une durée assez longue.

Ce qui pourrait expliquer la survenue des troubles psychiatriques chez nos deux patientes.

En effet, comme il a été noté dans la littérature, que parmi les effets secondaires à court terme de la corticothérapie on retrouverait l'augmentation de l'appétit et la prise pondérale (5).

Cet argument peut être renforcée par les données expliquant les effets endocrino-métaboliques des corticoïdes (5).

Il a été aussi rapporté que les fortes doses et/ou la longue durée d'une corticothérapie serait un facteur de risque déterminant pour l'apparition de troubles psychiatriques (38, 41, 37, 42; 22).

**Watanabe** nous rapporte aussi que l'effet des corticoïdes semble toutefois plus prononcé avec la dexaméthasone et moindre avec les dérivés de la prédnisolone (88, 89), et que ceci serait confirmé par des études électroencéphalographiques (90).

Les deux patientes ont développé leur tableau psychiatrique dans le premier mois qui a suivi le début des prises du dexaméthasone.

Des études ont montré aussi que le délai d'apparition des troubles psychiques cortico-induit varierait entre quatre et trente jours après le début de la corticothérapie. Avec une moyenne de vingt jours (24, 67, 23).

### **Les effets neuroanatomiques et neurochimiques**

D'autres études ont aussi tenté d'apporter des arguments expliquant les effets neurochimiques et neuroanatomiques des corticoïdes au niveau du système nerveux en rapport avec la survenue de troubles psychiatriques cortico-induit (75,91, 92)

# **CONCLUSION**

« La femme occupe dans le cœur de l'homme l'espace qu'elle occupe dans son lit » (93). Cette assertion bien mauritanienne montre combien il est important dans la société maure qu'une femme mariée soit opulente.

Longtemps pratiqué en Mauritanie, le gavage constitue une des pratiques les plus anciennes dans ce pays et particulièrement dans la communauté maure.

Cette pratique avait comme but principal la recherche de l'embonpoint, un des principaux critères de la beauté Mauritanienne.

Aujourd'hui cette pratique est devenue l'apanage des femmes adulte jeunes et se fait volontairement d'où le terme d'auto-gavage.

Et pour paraître belle aux yeux de leur mari et refléter le haut niveau économique de leur famille tous les moyens sont bons.

D'autre part, Les troubles psychiatriques pharmaco-induits occupent une part non négligeable dans la psychopathologie.

Parmi ces troubles iatrogènes ceux entraînés par l'usage de corticoïdes sont relatés dans la littérature.

Notre travail, qui a porté sur deux patientes ayant utilisé des corticoïdes à viser esthétique particulière, nous a permis d'entre voir les aspects psychopathologiques liés à la survenue des tableaux psychiatriques.

Nos patientes sont toutes deux maures noires harratines.

Elles ont toutes deux utilisé la dexaméthasone dans les perspectives de préparation de fêtes, pour rechercher l'embonpoint élément prévalorisé dans la culture harratine qu'elles partagent.

Partageant cette pratique, l'une divorcée secondairement mariée devait se préparer pour le mariage de sa copine et l'autre devait se préparer pour la première fois pour son propre mariage.

Nous nous étions fixé comme objectif de rechercher les facteurs psychopathologiques pouvant expliquer la survenue de troubles psychiatriques sur ce terrain.

En effet cette co-occurrence ne permet pas d'affirmer avec certitude le lien de cause à effet mais pousse à rechercher les facteurs prédisposant à de telles complications.

A partir de notre travail, nous pouvons émettre les hypothèses que le fort attachement à la tradition, le niveau socio-économique notamment la précarité, les facteurs individuels tels qu'une fragilité émotionnelle, le stress lié au mariage et le faible niveau d'instruction sont autant d'éléments qui pourraient jouer un rôle dans la survenue des troubles psychiatriques chez nos deux patientes.

Il nous semble toutefois utile de mener des études à l'échelle nationale sur ce fléau bien présent en contexte mauritanien. Ceci permettra d'avoir des résultats qui nous aideront à des analyses plus fines des éléments incriminés.

Il nous paraît aussi important d'encourager les politiques de sensibilisation des populations par rapport aux méfaits de telles pratiques et par là même de signaler ces accès aux centres de pharmacovigilances.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Puigauveau O. (du), Arts et coutumes des Maures. Paris : Ibis press ; 2005 : 320 p.
2. Equipe de Recherches sur les Mutilations Génitales Féminines (ERMGF). Réflexions autour du Gavage dans la Société Mauritanienne. [En ligne]. Consulté le 22/09/2018. Disponible : <http://www.portail-eip.org/web2/sites/default/files/Gavage.pdf>
3. Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA). La Mauritanie, Les mariages forcés en Mauritanie. [En ligne]. Consulté le 10/11/2018. Disponible : [https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/1610\\_mrt\\_10184\\_5\\_mariages\\_forces.pdf](https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/1610_mrt_10184_5_mariages_forces.pdf)
4. Brown E. Effects of Glucocorticoids on Mood, Memory, and the Hippocampus . *Ann N Y Acad Sci* 2009 ; 1179: 41-55
5. Cabinet d'immunologie et allergologie (CIAO) PAIANO. Qu'est-ce que c'est ? les corticoïdes. [En ligne]. Consulté le 18 Aout 2018. Disponible: <http://www.immunologie-allergologie-paiano.ch/system/storage/71/33/6/84/CORTICOIDES-PAIANO-GENEVE.pdf>
6. Hench PS, Kendall EC. The effect of a hormone of the adrenal cortical hormone (17-hydroxy-11-dehydrocorticosterone) ; compound E on the acute phase of rheumatic fever ; preliminary report. *Mayo Clin Proc* 1947 ; 24 : 277-97.
7. Chast F. History of corticotherapy. *Rev Med Interne* 2013 ; 34 : 258-63.
8. Zhou J, Cidlowski JA. The human glucocorticoid receptor : one gene, multiple proteins and diverse reponses. *Steroids* 2005 ; 70 : 407-17.
9. Wechsler B, Chosidow O. Corticoïdes et corticothérapie. Montrouge : John Libbey Eurtotext ; 1997 : 175p.
10. Les anti-inflammatoires stéroïdiens. [En ligne]. Consulté le 18 Aout 2018. Disponible : <http://udsmed.u->

[strasbg.fr/pharmaco/pdf/DCEM1\\_Pharmacologie\\_chapitre\\_23\\_Les\\_anti\\_inflammatoires\\_steroidiens.pdf](https://strasbg.fr/pharmaco/pdf/DCEM1_Pharmacologie_chapitre_23_Les_anti_inflammatoires_steroidiens.pdf)

11. Olsen EA, Carson SC, Turney EA. Systemic steroids with or without topical minoxidil in the treatment of alopecia areata. *Arch Dermatol* 1992;128:1467-73.
12. Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (Afssaps). Evaluation des risques liés à la dépigmentation volontaire. [En ligne]. Consulté le 30 Aout 2018. Disponible : [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=2ahUKEwjhhquf3a\\_fAhUSQxUIHeEIDIAQFjADegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.ansm.sante.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F36916%2F483991%2Fversion%2F1%2Ffile%2FRapportdepigmentation2011.pdf&usg=AOvVaw1ZZ4T-sPihICbdTw819ZMN](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=2ahUKEwjhhquf3a_fAhUSQxUIHeEIDIAQFjADegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.ansm.sante.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F36916%2F483991%2Fversion%2F1%2Ffile%2FRapportdepigmentation2011.pdf&usg=AOvVaw1ZZ4T-sPihICbdTw819ZMN)
13. Findlay GH, Morrison JG, Simson IW. Exogenous ochronosis and pigmented colloid milium from hydroquinone bleaching creams. *Br J Dermatol* 1975; 93:613-22.
14. Marchand JP, NDiaye B, Arnold J, Sarrat H. Les accidents des pratiques de dépigmentation cutanée cosmétique chez la femme africaine. *Bull Soc Med Afr Lang Fr* 1976 ; 21:190-9.
15. Mahé A, Ly F, Aymard G, Dangou JM. Skin diseases associated with the cosmetic use of bleaching products in women from Dakar, Senegal. *Br J Dermatol* 2003; 148(3) : 493-500.
16. Barr RD, Rees PH, Cordy PE, Kungu A, Woodger BA, Cameron HM. Nephrotic syndrome in adult Africans in Nairobi. *Br Med J* 1972; 2:131-4.
17. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). Mercury poisoning associated with beauty cream - Texas, New Mexico and California, 1995-1996. *Arch Dermatol* 1996; 132:1533-4.

18. Patten SB. Exogenous corticosteroids and major depression in the general population. *Psychosom Res* 2000 ; 49(6):447-9.
19. Gift AG, Wood RM, Cahill CA. Depression, somatization and steroid use in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Nurs Stud* 1989 ; 26 (3) : 281-6.
20. Achiron A, Polliack M, Rao S, Barak Y, Lavie M, Appelboim N et al. Cognitive pattern and progression in multiple sclerosis: construction and validation of percentile curves. *J. Neurol. Neurosurg Psychiatrie* 16 (5), 744- 749 16/5/744.
21. Appenzeller S, Cendes F, Constalla L. Acute Psychosis in Systemic lupus Erythematosus. *Rheumatol Int* 2008 ; 28 (3) : 237- 43.
22. Brown S, Trisha MD, Khan DA, David A, Carmody TJ. Mood changes during prednisone. Bursts in outpatients with asthma. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22 (1) : 55-61.
23. Lewis DA, Smith RE. Steroid-induced psychiatric syndromes. A report of 14 cases and a review of the literature. *J Affect Disord* 1983; 5: 319–32.
24. Naber D, Sand P, Heigl B. Psychopathological and neuropsychological effects of 8-days' corticosteroid treatment: a prospective study. *Psychoneuroendocrinology* 1996 ; 21: 25-35.
25. Wada K, Yamada N, Yamauchi Y, Kuroda S. Carbamazepine treatment of corticosteroid-induced mood disorder. *J Affect Disord* 2001; 65 : 315–7.
26. Rome HP, Braceland FJ. The psychological response to ACTH, cortisone, hydrocortisone, and related steroid substances. *Am J Psychiatry* 1952. 108 ; 641-51.
27. Wolkowitz OM, David R, Doran AR et al. Prednisone Effects on Neurochemistry and Behavior Preliminary Findings. *Arch Gen Psychiatry* 1990 ; 47 : 963-968

28. Gilad GM, Rabey JM, Gilad VH. Presynaptic effects of glucocorticoids on dopaminergic and cholinergic synaptosomes. Implications for rapid endocrine-neural interactions in stress. *Life sci* 1987 ; 40 : 2401-8.
29. Neumaier JF, Timothy JS, Corticosteroids regulate 5-HT1A but not 5-HT1B receptor mRNA in rat hippocampus. *BrainRes Mol BrainRes* 2000; 82: 65–73.
30. Beshay H, Pumariega AJ. Sertraline treatment of mood disorder associated with prednisone: a case report. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1998; 8(3) : 187-93.
31. Köhler-Forsberg O, Buttenschøn HN, Tansey KE, Maier W, Hauser J, Dernovsek MZ et al. Association between C-reactive protein (CRP) with depression symptom severity and specific depressive symptoms in major depression. *Brain Behav Immun* 2017 ; 62: 344-50
32. Setiawan E , Wilson AA, Mizrahi R. Role of translocator protein density, a marker of neuroinflammation, in the brain during major depressive episodes. *JAMA Psychiatry* 2015 ;72(3) : 268-75.
33. Ayache S, Créange A, Farhat WH, Zouari HG, Mylius V, Ahdab R et al. Relapses in multiple sclerosis: effects of high-dose steroids on cortical excitability. *Eur J Neurol.* 2014 ; 21(4): 630-6.
34. Brown E , Elizabeth Vera,, Alan B , , Dixie J. Woolston, B.S., and Brandy Johnson, B.A.Effects of chronicprednisone therapy on mood and memory. *J Affect Disord.* 2007 ; 99(1- 3): 279–83.
35. Sapolsky RM. Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(10): 925-35.
36. Brown E, Beard L, Frol AB, Rush AJ. Effect of two prednisone exposures on mood and declarative memory. *Neurobiol Learn Mem* 2006 Jul; 86(1): 28-34.

37. Brown ES. Effects of Glucocorticoids on Mood, Memory, and the Hippocampus . *Annals of the New York Academy of Sciences* 2009 ; 41-55
38. Ricouxa A, Guitteny-Collasb M, Sauvaget A, Delvot P, Pottier P, Hamidou M et al. Oral glucocorticoid-induced psychiatric side-effects: Focus on clinical specificities, incidence, risk factors and treatment. *La Rev Med Interne* 2013 ; 34 : 293–302.
39. Chan L, Oliver DO, Morris PJ. High- and low-dose prednisolone for Transplant. *Proc* 1981; 13: 336–38
40. Nishimura K, Harigai M, Omori M, Sato E, Hara M. Blood-brainbarrier damage as a risk factor for corticosteroid-induced psychiatric disorders in systemic lupus erythematosus. *Psychoneuroendocrinology* 2008; 33: 395–403.
41. Reckart MD, Eisendrath SJ. Exogenous corticosteroid effects on mood and cognition: case presentation. *Int J Psychosom* 1990; 37(1-4): 57–61.)
42. Morrow SA, Barr J, Rosehart H. Depression and hypomania symptoms are associated with high dose corticosteroids treatment for MS relapses. *J Affect Disord* 2015 ; 187:142-6
43. Hennel HK. 2005. Pharmacovigilance vétérinaire, Application aux médicaments antibactériens, anti-inflammatoires et antiparasitaires disponibles en médecine équine. Thèse soutenue pour l'obtention du diplôme de docteur vétérinaire. École national vétérinaire d'Alfort. 192 p.
44. Monsallier J.F. 1990. Précise de Thérapeutique. édition maloine. 1155p.
45. Ben Youssef S, Belguith J et Hadiji R. 2014. Pharmacologie et toxicologie. Ecole nationale vétérinaire Sidi Thabet.
46. Kellali N. 2016. Effets des différentes doses de Dexaméthasone sur la fonction thyroïdienne chez le mouton Ouled Djellal. Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Magistère en Sciences vétérinaires. institut des Sciences Vétérinaires. 29 p.

47. . Harbo H F, Gold R, Tintoré M. Sex and gender issues in multiple sclerosis. *Ther Adv Neurol Disrder* 2013 ; 6 (4): 237-248.
48. Fardet L, Petersen I, Nazareth I. Suicidal behavior and severe neuropsychiatric disorders following glucocorticoid therapy in primary care. *Am J Psychiatry* 2012; 169:491–497.
49. Hayreh SS, Watson PG. Prednisolone- 1-stearoylglycolate in scleritis. *Br. J. Ophthalmol* ;1970 54: 394–398.
50. Patten SB, Beck CA, Williams JVA, Barbui C, Metz LM. Major depression in multiple sclerosis A population-based perspective. *Neurology* 2003 ; 61:1524–1527
51. Judd LL, Schettler PJ, Brown ES. Adverse Consequences of Glucocorticoid Medication: Psychological, Cognitive, and Behavioral Effects. *Am J Psychiatry* 2014; 171:1045-51.
52. Yasmine M. la Mauritanie entre tradition et modernité. [En ligne], Consulté le 27 octobre 2018. Disponible: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelles/special/2017/10/mauritanie-afrique-tradition-modernite-societe-portraits/index.html>
53. Gast M, Hartâni. [ En ligne], consulté le 25 octobre 2018. Disponible : <https://journals.openedition.org/encyclopedieberbere/1704>
54. Wikipédia, Culture mauritanienne. [En ligne]. Consulté le 25 octobre 2018. Disponible : [https://fr.wikipedia.org/wiki/Culture\\_mauritanienne](https://fr.wikipedia.org/wiki/Culture_mauritanienne)
55. Mariella VILLA SANTE-DE BEAUVAIS. Mauritanie: catégories de classement identitaire et discours politiques dans la société BIDAN. [En ligne]. Consulté le 19 janvier 2019. Disponible : [http://aan.mmssh.univ-aix.fr/Pdf/AAN-1997-36\\_27.pdf](http://aan.mmssh.univ-aix.fr/Pdf/AAN-1997-36_27.pdf)
56. Anti-Slavery International, Minority Rights Group International et SOS-Esclaves. Observations relatives aux deuxième et troisième rapports périodiques combinés soumis par la MAURITANIE Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. [En ligne].

Consulté le 17 janvier 2018. Disponible:

[https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/MRT/INT\\_CEDAW\\_NGO\\_MRT\\_17396\\_F.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/MRT/INT_CEDAW_NGO_MRT_17396_F.pdf)

57. Afrique active. Le gavage des jeunes filles en Mauritanie. Entre critères de beauté, risques sanitaires et droits humains. [En ligne]. Consulté le 20 janvier 2019. Disponible: <http://afriqueactive.blogspot.com/2016/09/le-gavage-des-jeunes-filles-en.html>
58. Sous l'acacia ; vivre comme un nomade en Mauritanie. [En ligne]. Consulté le 19 janvier 2019. Disponible: <https://www.sous-lacacia.com/fr/mag/11/vivre-comme-un-nomade-en-mauritanie>
59. Maughan B, Mc carthy G. Childhood adversities and psychosocial disorders. *Br Med Bull* 1997, 53 : 156-169.
60. Rutter M. Clinical implications of attachment concepts: retrospect and prospect. *J Child Psychiatry* 1995, 36 : 549-571.
61. Rodgers B. Pathways between parental divorce and adult depression. *J Child Psychol Psychiatr* 1994, 35 : 1289-1308.
62. Bowlby J. Attachment and loss. Vol II. Separation anxiety and anger. [En ligne]. Consulté le 20 janvier 2019. Disponible : <https://www.abebe.org.br/files/John-Bowlby-Separation-Anxiety-And-Anger-Attachment-and-Loss-Vol-2-1976.pdf>
63. De Darine I, Pollock NJ, *Social aspects of obesity*, Gordon and Breach Publisher, Amsterdam 1995; 305p
64. Ismail OK, Abdallahi OH. Le gavage est-il une pratique économique ou une pratique sociale. [En ligne]. Consulté le 23 octobre 2018. Disponible: <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/52698>
65. The Boston Collaborative Drug Surveillance Program 1972. Acute adverse reactions to prednisone in relation to dosage. American society for Clinical Pharmacology and therapeutics.

66. Hall RC, Popkin MK, Stickney SK, Gardner ER. Presentation of the steroid psychoses. *J Nerv Ment Dis* 1979;167: 229-36.
67. Service d'Endocrinologie, hôpital Cochin, et l'Association « Surrénales». Syndrome et Maladie de Cushing. [En ligne]. Consulté le 20 janvier 2019. Disponible : <https://www.surrenales.com/syndrome-et-maladie-de-cushing#nc>
68. Kershner P, Cheng RW: Psychiatric side effects of steroid therapy. *Psychosomatics* 1989; 30:135-139.
69. Warrington TP, Bostwick JM. Psychiatric adverse effects of corticosteroids. *Mayo Clin Proc* 2006 ; 81(10) :1361-7
70. Khan DA, Brown ES, Suppes P, et al. Mood changes during prednisone bursts for asthma. *Am J Respir Crit Care med* 1999 ; 159 : 919.
71. Jaweher M, Faouzi KM, Inès F, Imen B, Rim S, Jaoua A. Troubles psychotiques précipités par le mariage : étude de trois observations. [En ligne]. Consulté le 20 janvier 2019. Disponible : <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/14/146/full/>
72. Senon IL, Lafay N, Padet N. Les pharmacopsychoses. *Encéphale* 2003 ; 8-11.
73. Senon IL, Richard D, Roblot P, et al. Effets secondaires neuropsychiques des corticoïdes. *Ann Psychiatr* 1998 ; 13 (1) : 49-56.
74. Gallarda T. Stress, dépression et troubles cognitifs. In : Stress, pathologies et immunité sous la direction de Thurin JM. Bauman NN. Flammarion Médecine-Science, 2003, p.125-133.
75. Mechri A, Gaha L, Khammouma S, et al. Psychose aiguë nuptiale; a propos de 16 cas. *Encephale* 2000; 26(3): 87–90.
76. Chanoit PF, Lermuzeaux CH. Sociogénèse des troubles mentaux. *Encycl Med Chir, Psychiatrie* 1995; 37876-A-60 : 7 p.
77. Fisch RZ. Psychosis precipitated by marriage: a culture-bound syndrome. *Br J Med Psychol* 1992; 65(Pt 4): 385–91.

78. Cohen E. 2012. La construction sociale du corps chez les Sénégalais, une clé pour appréhender leur rapport à la corpulence dans le contexte de la transition des modes de vie. Thèse de doctorat en anthropologie. la Marseille, faculté de médecine de Marseille.
79. Treloar C, Porteous J, Hassan F, Kasnijah N, Lakshmanudu M, Sama M, *et al*, The cross cultural context of obesity: an INCLIN multicentre collaborative study. *Health and Place* 1999; 5: 279-286.
80. Holdsworth M, Delpeuch F, Landais E, Gartner A, Eymard-Duverna Y S, Maire B. Knowledge of dietary and behaviour-related determinants of non communicable disease in urban Senegalese women, *Public Health Nutrition* 2006; 9: 975-981.
81. Ndiaye L. *Parenté et mort chez les Wolof : traditions et modernité au Sénégal*. 2009 ; l'Harmattan, Paris.
82. Madowitz J 2006, « *Il faut manger* » : *Eating disorders in Cameroonian women*. Brattleboro : ISP Collection. [En ligne]. Consulté le 25 janvier 2019. Disponible : [https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/266/](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/266/)
83. Sylla A. Sur l'esthétique de la femme africaine. [En ligne]. Consulté le 10 janvier 2019. Disponible : [http://ethiopiennes.refer.sn/spip.php?page=imprimer-article&id\\_article=991](http://ethiopiennes.refer.sn/spip.php?page=imprimer-article&id_article=991)
84. Oloruntoba-Oju T., Body image, Beauty, Culture and language in the Nigerian African Context, *Sexuality in Africa* 2009; 5(4): 4-6.
85. Pradelles de Latour CH. *Le crâne qui parle, Ethnopsychanalyse en pays bamiléké*, EPEL, Paris. 1997.
86. De Garine I. Adaptation biologique et bien-être psycho-culturel, *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris* 1990 ;2(2) : 151-173.
87. Boetsch G. Les variations historiques et culturelles de la morphologie corporelle, *Méd. Nut* 2006 ; 42(1) : 29-35.

88. Wglard G, Favre j D. Troubles psychiatriques et corticothérapie: revue de la littérature à propos d'un cas. *Synapse* 1991 ; 72 : 45-53.
89. Paulino P. Troubles psychiatriques d'origine médicamenteuse. Encyclopédie médico-chirurgicale (psychiatrie 37875 BIO). Editions techniques, 1993, Paris.
90. Watanabe TK, Sylvester CE, Manallgod IM. Mania or panic associated with dexamethasone chemotherapy in adolescents. *J Adolescent Health* 1994 ; 15 (4) : 345-7.
91. Mac ewen BS, Gould EA, Sakai RR. Vulnérabilité de l'hippocampe aux effets protecteurs et destructeurs des glucocorticoïdes en relation avec le stress. *Br J Psychiatr* 1992 ;160 (15) : 18-23.
92. Sapolsky RM. Glucocorticoids and hippocamp damage. *Trends Neurosci* 1987 ; 10 : 346-9.
93. Michelot P. Le gavage des femmes en Mauritanie. [En ligne]. Consulté le 21 janvier 2019. Disponible : <http://lencrenoir.com/le-gavage-des-femmes-en-mauritanie/>

**REFLEXIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES AUTOUR DE TROUBLES  
PSYCHIATRIQUES SURVENUS AU DECOURS D'ABUS  
VOLONTAIRES DE CORTICOIDES EN MAURITANIE  
OU  
« LE PRIX A PAYER POUR GROSSIR »**

**RESUME**

Le gavage, pratique ancienne en Mauritanie, consistait à faire ingérer par force de grande quantité de nourriture aux jeunes filles pour les rendre opulentes prêtes pour un mariage.

Cet embonpoint tant recherché est l'un des principaux critères de la beauté mauritanienne. En plus de cela, elle permettait de refléter la situation économique aussi bien de la famille de la gavée que de celle de son futur mari.

Devenue rare dans les grandes villes, cette pratique se fait maintenant par l'auto-administration de fortes doses de corticoïdes pour ses effets secondaires particulièrement la prise pondérale.

Cette nouvelle pratique n'est pas sans conséquence notamment psychiatriques.

L'existence de co-occurrence entre la recherche de l'embonpoint, l'abus de dexaméthasone et la survenue de troubles psychiatriques a attiré notre attention durant notre période de pratique.

Nous avons effectué une étude qualitative et rétrospective de rapport de cas menée au service de psychiatrie du centre hospitalier des spécialités de Nouakchott (Mauritanie).

Notre travail a porté sur deux patientes qui partagent la même ethnie « harratine » (maure noir), la même substance consommée (la dexaméthasone 0,5 mg) et le même contexte (cérémonie de mariage).

Le matériel a été retranscrit fidèlement au fil des entretiens semi-directifs durant l'hospitalisation pour ne pas en altérer la dynamique.

Nous avons retrouvé chez nos patientes, un fort attachement à la tradition, un niveau socio-économique bas, une fragilité émotionnelle, un stress lié au mariage, avec un faible niveau d'instruction.

La co-occurrence des troubles psychiatriques dans ce contexte ne permet pas d'affirmer un lien de cause à effet, mais devrait pousser à des études en population générale pour mieux en apprécier les différents aspects cliniques et psychopathologiques.

**Mots clés :** Gavage ; Embonpoint ; Psychopathologie ; Abus de dexaméthasone ; Troubles psychiatriques cortico-induits ; culture harratine.

**Docteur Aïnina SOGHO.**