



HAL
open science

Prendre en charge un patient dysmorphophobique se présentant au cabinet dentaire

Aaron David Lelouche

► **To cite this version:**

Aaron David Lelouche. Prendre en charge un patient dysmorphophobique se présentant au cabinet dentaire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02383290

HAL Id: dumas-02383290

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02383290v1>

Submitted on 27 Nov 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2019

N° 038

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 16 juillet 2019

Par

Aaron David LELOUCHE

Prendre en charge un patient dysmorphophobique se présentant au cabinet dentaire

Dirigée par M. le Professeur Philippe Pirnay

JURY

M. le Professeur Philippe Pirnay

Président

M. le Docteur Jean-Claude Tavernier

Assesseur

M. le Docteur Olivier Le May

Assesseur

M. le Docteur Farid Ghoul

Assesseur

M. le Docteur Stéphane Milliez

Invité



Tableau des enseignants de la Faculté

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
1. DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme DAVIT-BÉAL Mme DURSUN Mme VITAL	M. COURSON Mme JEGAT Mme SMAIL-FAUGERON Mme VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE		Mme BENAHMED M. DUNGLAS Mme KAMOUN-GOLDRAT Mme LE NORCY
	PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE	Mme FOLLIGUET M. PIRNAY	Mme GERMA M. TAVERNIER
2. CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE	PARODONTOLOGIE	Mme COLOMBIER Mme GOSSET	M. BIOSSE DUPLAN M. GUEZ
	CHIRURGIE ORALE	M. MAMAN Mme RADOI	Mme EJEIL M. GAULTIER M. HADIDA M. MOREAU M. NGUYEN
	BIOLOGIE ORALE	Mme CHAUSSAIN M. GOGLY Mme SÉGUIER Mme POLIARD	M. ARRETO Mme BARDET (MCF) Mme CHARDIN M. FERRE M. LE MAY
3. RÉHABILITATION ORALE	DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE	Mme BOUKPESSI Mme CHEMLA	Mme BERÈS Mme BESNAULT M. BONTE Mme COLLIGNON M. DECUP Mme GAUCHER
	PROTHÈSES		M. CHEYLAN M. DAAS M. DOT M. EID Mme FOUILLOUX-PATEY Mme GORIN M. RENAULT M. RIGNON-BRET M. TIRLET M. TRAMBA Mme WULFMAN
	FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX	M. SALMON	M. ATTAL Mme BENBELAID Mme BENOÎT A LA GUILLAUME (MCF) M. BOUTER M. CHARRIER M. CHERRUAU M. FLEITER Mme FRON CHABOUIS Mme MANGIONE Mme TILOTTA
	PROFESSEURS ÉMÉRITES	M. BÉRENHOLC Mme BRION M. LASFARGUES M. LAUTROU M. LEVY	M. PELLAT M. PIERRISNARD M. SAFFAR Mme WOLIKOW
Mise à jour le 04 septembre 2018			

Remerciements

À M. le Professeur Philippe Pirnay

Docteur en Chirurgie dentaire

Spécialiste qualifié en Médecine bucco-dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Habilité à Diriger des Recherches

Professeur des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Chef de service de l'hôpital Henri Mondor

Officier de l'ordre des palmes académiques

Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie dentaire

Lauréat de l'Académie Nationale de Médecine

Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie

Que je remercie d'avoir accepté de présider cette thèse d'exercice ainsi que de m'avoir guidé pour ce travail. Vous avez fait preuve d'une patience à toute épreuve, vous avez toujours été à l'écoute, et m'avez fourni vos plus précieux conseils. Cela a été pour moi un immense plaisir de réaliser ma formation clinique au sein de votre service d'odontologie. Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous avez pu faire pour moi.

À M. le Docteur Jean-Claude Tavernier

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Docteur en Sciences odontologiques

Maître de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publiques Hôpitaux de Paris

Chevalier de l'ordre national du mérite

Officier de l'ordre des palmes académiques

Que je remercie de me faire l'honneur et le plaisir de faire partie des membres du jury, et de m'accompagner pour ce travail.

À M. le Docteur Olivier Le May

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences odontologiques

Docteur en Sciences

Maître de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Chevalier de l'ordre des palmes académiques

Que je remercie de me faire l'honneur et le plaisir de faire partie des membres du jury, et de m'accompagner pour ce travail.

À M. le Docteur Farid Ghouli

Docteur en Chirurgie dentaire

Assistant Hospitalo-Universitaire, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Que je remercie de me faire l'honneur et le plaisir de faire partie des membres du jury, et de m'accompagner pour ce travail.

À M. le Docteur Stéphane Milliez

Docteur en Chirurgie dentaire

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Que je remercie de me faire l'honneur et le plaisir de faire partie des membres du jury, et de m'accompagner pour ce travail. Ainsi que pour tout l'apprentissage dont j'ai pu bénéficier à vos côtés durant ma formation clinique. Cela a toujours été un plaisir de travailler avec vous, et merci pour toute la patience et la tolérance que vous avez eues à mon égard.

Table des matières

INTRODUCTION	4
ABREVIATIONS	6
1 : LA DYSMORPHOPHOBIE : DONNEES GENERALES	7
1.1 DEFINITION DE LA DYSMORPHOPHOBIE	7
1.2 ÉTIOLOGIE	8
1.2.1 Âge d'apparition	8
1.2.2 Personnalités favorisant l'apparition de la pathologie	8
1.2.3 Profession et apparition de la pathologie	9
1.2.4 Expériences antécédentes favorisantes.....	9
1.2.5 Composante génétique et héréditaire.....	10
1.2.6 Pression sociale de l'apparence.....	11
1.3 ÉPIDEMIOLOGIE	11
1.3.1 Prévalence dans la population générale	11
1.3.2 Prévalence dans les populations de patients consultant pour des raisons esthétiques	12
1.3.3 Prévalence dans la population bucco-dentaire	14
1.3.4 Zones concernées	15
1.4 SYMPTOMES ET ÉVOLUTION	15
1.4.1 Les comportements compulsifs	16
1.4.2 Conscience du trouble par le patient.....	17
1.4.3 Difficultés sociales	17
1.4.4 Les consultations pour les interventions.....	18
1.4.5 Évolution de la pathologie.....	19
1.4.6 Comportements suicidaires	19
1.5 COMORBIDITES ET AUTRES CARACTERISTIQUES CLINIQUES	20
1.5.1 Troubles obsessionnels compulsifs (TOCs).....	20
1.5.2 Troubles de l'humeur et de l'anxiété.....	21
1.5.3 Troubles d'abus de substances.....	21
1.5.4 Troubles du comportement alimentaire	22
1.5.5 Troubles de la personnalité.....	22
1.6 DIAGNOSTIC ET MOYENS DE DEPISTAGE.....	22
1.7 DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS	23
1.7.1 Anorexie et Dysmorphie musculaire	23
1.7.2 Le trouble dépressif majeur	24

1.7.3	<i>La phobie sociale</i>	24
1.7.4	<i>Les troubles obsessionnels compulsifs</i>	24
1.7.5	<i>Autres</i>	24
2	LE PATIENT DYSMORPHOPHOBIQUE AU CABINET DENTAIRE	26
2.1	LE MOTIF DE CONSULTATION	26
2.1.1	<i>Population générale</i>	26
2.1.2	<i>Population dysmorphophobique</i>	26
2.2	LE DEPISTAGE PAR LE CHIRURGIEN-DENTISTE.....	27
2.2.1	<i>L'accueil du patient</i>	27
2.2.2	<i>Signes évocateurs</i>	27
2.2.3	<i>Moyens de dépistage</i>	28
2.3	DEPISTAGE POSITIF	33
2.3.1	<i>Expliquer sa pathologie au patient</i>	33
2.3.2	<i>Conduite à tenir</i>	34
2.4	ADRESSER UN PATIENT DYSMORPHOPHOBIQUE	35
2.5	ASPECTS ETHIQUES DE LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE	36
2.5.1	<i>Cas où le trouble dysmorphophobique est diagnostiqué</i>	36
2.5.2	<i>Cas où le trouble dysmorphophobique n'est pas diagnostiqué</i>	37
2.6	CONSEQUENCES DE LA PATHOLOGIE AUPRES DU PRATICIEN	37
2.6.1	<i>Agressivité et violence</i>	37
2.6.2	<i>Plaintes déposées</i>	38
2.7	CAS CLINIQUES	38
2.7.1	<i>Mme A.</i>	38
2.7.2	<i>Mr Y.</i>	38
2.7.3	<i>Mme X.</i>	39
2.7.4	<i>Mme K.</i>	39
2.7.5	<i>Les stars</i>	40
3	PRISE EN CHARGE SPECIALISEE DU PATIENT	41
3.1	PSYCHOTHERAPIES	41
3.1.1	<i>La psychoéducation</i>	41
3.1.2	<i>Entretiens motivationnels</i>	43
3.1.3	<i>Thérapie cognitivo-comportementale</i>	44
3.1.4	<i>Les résultats à long terme</i>	47
3.2	TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX	48
3.2.1	<i>Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine</i>	48
3.2.2	<i>Les résultats à long terme</i>	48
3.2.3	<i>Échec du traitement</i>	49

4 : ÉTUDE REALISEE AUPRES DE CHIRURGIENS-DENTISTES	50
4.1 MATERIEL ET METHODE.....	50
4.2 RESULTATS	52
4.3 DISCUSSION	56
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	65
TABLE DES FIGURES.....	69
TABLE DES TABLEAUX.....	70
ANNEXES.....	71

Introduction

Nous vivons dans un monde où l'esthétique prend une place de plus en plus importante dans notre société, écartant parfois les atouts les plus fondamentaux (intelligence, connaissance, caractère, etc.). Que ce soit pour des raisons professionnelles, sociales, affectives, ou simplement par peur du regard des autres, une partie de la population s'est fixé comme objectif de tendre vers la perfection physique. C'est ce que l'on peut observer de nos jours avec l'essor des réseaux sociaux et des photos constamment retouchées du bout des doigts, donnant l'espoir de ne plus avoir besoin de retouches et de filtres. Malheureusement, certaines personnes voient leurs espérances bien au-delà de ce qui est réalisable, et le chirurgien-dentiste est amené à les rencontrer dans le cadre de ses soins.

Dans un premier temps il sera nécessaire d'apprendre à connaître ces personnes qui souffrent d'un trouble psychologique nommé Dymorphophobie, Trouble Dymorphique du Corps, ou Obsession de Dymorphie Corporelle.

Il s'agira ensuite de comprendre comment des personnes en viennent à éprouver de la honte en souriant, à rester enfermées de peur que quelqu'un remarque que son menton est complètement difforme, et pour certaines d'entre elles, à réaliser l'impensable.

Dans le domaine de la chirurgie-dentaire, la dymorphophobie est très peu étudiée ou absente des enseignements universitaires, il est donc complexe pour un chirurgien-dentiste d'identifier un patient dymorphophobique et ses réelles attentes. Le praticien doit donc connaître les différents moyens de dépistage et comment prendre en charge correctement ce type de patient, car, nous le verrons, les conséquences en cas d'absence de dépistage peuvent être parfois dramatiques.

Mais comment une personne souffrant d'un mal-être physique pourrait-elle atteindre son bien être tant souhaité sans recourir à sa chirurgie esthétique ? Il est nécessaire d'identifier avant tout les origines de son mal-être physique, qui n'est parfois qu'une représentation de son mal-être psychologique, ainsi que les traitements et prises en charges possibles pour ce patient dymorphophobique.

Parmi les personnalités atteintes de dymorphophobie connues, on peut parler du personnage historique d'Élisabeth Amélie Eugénie de Wittelsbach, dite « Sissi », l'impératrice d'Autriche de la seconde moitié du XIXe siècle. Certains livres d'histoires racontent qu'elle souffrait d'anorexie et d'obsessions multiples à propos de son apparence, portant notamment sur son visage et sa taille, que l'on pouvait qualifier de trouble dymorphique du corps.

Une personnalité québécoise, Cœur de Pirate (Béatrice Martin), s'est confiée sur les réseaux sociaux sur sa dymorphophobie. Elle décrit que son trouble lui fait vivre un véritable enfer, et l'oblige parfois

à rester enfermée chez elle. Elle explique que les réseaux sociaux ont la faculté d'alimenter le trouble et invite les internautes à prendre du recul par rapport à ces sites, à ne pas en abuser.

Cette thèse a pour objectif d'enseigner les bases de la dysmorphophobie, apprendre à connaître les patients qui en sont atteints et les identifier, ainsi que savoir gérer ce type de patient au cabinet dentaire.

Abréviations

BDD : Body Dysmorphic Disorder

ODC : Obsession de Dysmorphie Corporelle

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

IRS : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

1 : La dysmorphophobie : données générales

1.1 Définition de la dysmorphophobie

La dysmorphophobie, également connue sous le nom de Trouble Dysmorphique du Corps (Body dysmorphic disorder, BDD) ou Obsession de Dysmorphie Corporelle (ODC), est un trouble mental d'ordre psychiatrique, méconnu des professions médicales, mais pourtant relativement commun et sévère.

Selon la définition donnée par C. Majdalani, c'est un trouble où la perception de l'image corporelle est altérée, négative, en inadéquation avec l'apparence physique objective. Cet écart de perception entraîne une insatisfaction pathologique du corps. L'image corporelle peut être définie comme la représentation mentale qu'un individu se fait de son apparence physique. Le patient recherchant la solution à son trouble par la chirurgie sera constamment confronté à l'échec car la chirurgie modifie l'apparence, mais ne corrigera pas l'altération de l'image corporelle ¹.

Les patients atteints de ce trouble sont persuadés d'avoir l'air laids ou déformés, alors qu'en réalité, pour autrui, ils ont l'air tout à fait normaux. Par exemple le patient pensera que son nez est large, disgracieux, que tous les regards sont fixés dessus, et que les autres individus le trouvent repoussant. Lorsque le trouble est avancé, dans certains cas, les préoccupations du patient autour de son défaut physique sont si importantes qu'il développe des TOC (Trouble Obsessionnel Compulsif), centrés sur sa partie du corps concernée (Comme le patient de Freud, l'Homme au Loup, qui sortait son miroir de poche chaque dizaine de minutes pour inspecter son nez)². En raison de ces préoccupations, les patients peuvent cesser leurs activités professionnelles et sociales, se confinent à la maison et se coupent du monde extérieur, persuadés d'être repoussants, que les gens se moquent d'eux et ne parlent que sur leur défaut.

Parfois, comme l'a étudié K. Phillips, les patients dysmorphophobiques désespérés multiplient les tentatives de suicides, et dans certains cas, ces tentatives sont réussies, aboutissant au décès du patient... ³.

¹ Majdalani C., Traiter la dysmorphophobie, l'obsession de l'apparence.

² Brunswick, « Supplement to the "History of an infantile neurosis" by Freud ».

³ Phillips, « Body dysmorphic disorder : recognizing and treating imagined ugliness ».

1.2 Étiologie

La source de ce trouble est assez complexe. On sait qu'une altération de la perception du schéma corporel d'un individu constitue la base de la pathologie. Il en viendra à idéaliser l'apparence et ne sera jamais satisfait par l'image que son miroir lui renvoie.

C'est en réalité une combinaison de plusieurs facteurs, certains contribuant au développement et d'autres au maintien des symptômes, qui amènera un individu à développer un trouble dysmorphophobique ⁴.

1.2.1 Âge d'apparition

Selon les travaux des équipes de M. Cororve, A. Bjornsson et K. Phillips, les auteurs suggèrent que la pathologie sera plus susceptible d'apparaître à l'adolescence, lorsque le facteur physique prend le plus d'ampleur, avec des préoccupations sociales importantes. A l'âge de la puberté, les modifications corporelles distinctives peuvent induire un mal-être chez l'individu, avec les problèmes d'acné et de peau. Associé à un ego très vulnérable, une imperfection mineure peut être dévastatrice sur le plan psychologique de l'adolescent ⁵.

On note fréquemment chez les patients dysmorphophobiques, une estime de soi négative, une vulnérabilité psychologique particulière, une crainte du rejet et une forte timidité, caractéristiques d'une adolescence difficile.

Une étude centrée sur le sujet, menée en 2013 par A. Bjornsson et al. montre que sur 428 patients, près de 66 % déclarent une apparition de la maladie avant l'âge de 18 ans. On note également que la perception du défaut débutait bien plus tôt, avant 18 ans pour la majorité des patients (avec un âge moyen de 13 ans) ⁶.

On note également un âge d'apparition plus tôt chez les femmes ⁷. Cependant, il y a une différence entre l'âge d'apparition de la maladie, et l'âge où elle est diagnostiquée.

Il n'a pas été prouvé qu'un âge d'apparition plus tôt soit corrélé à une plus importante sévérité de la maladie, mais on ne peut s'empêcher de notifier qu'un âge d'apparition plus jeune est associé à un taux plus important de pensées suicidaires, et de tentatives de suicides ⁸.

1.2.2 Personnalités favorisant l'apparition de la pathologie

⁴ Majdalani C., Traiter la dysmorphophobie, l'obsession de l'apparence.

⁵ Cororve et Gleaves, « Body dysmorphic disorder : a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies ».

⁶ Bjornsson et al., « Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder ».

⁷ Phillips et Diaz, « Gender differences in body dysmorphic disorder ».

⁸ Bjornsson et al., « Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder ».

Concernant les traits de personnalité, l'étude de K. Schieber et al., menée en 2013 montre que certains traits constituent un facteur de vulnérabilité face à une potentielle dysmorphophobie.

Elle prouve une significativité pour les perfectionnistes, et les individus avec un sens de l'esthétique important. Dans le groupe dysmorphophobie, on trouve alors significativement un nombre plus élevé d'individus présentant ces traits, par rapport au groupe contrôle.⁹

Les perfectionnistes, en effet, placent leurs standards et leurs idéaux plus hauts. Pour eux, des défauts mineurs seront sujets à une très grande attention, menant petit à petit à un trouble dysmorphophobique.

En 2015, A. Fang et al. expliquent également que les traits de personnalités et les croyances peuvent expliquer l'apparition du trouble chez les patients. En effet, les individus avec un sens de l'esthétique plus élevé, auront logiquement des idéaux esthétiques plus importants que la population générale. Ils idéalisent l'importance de la beauté dans la vie sociale, professionnelle. Leurs préoccupations physiques étant plus importantes, un défaut physique induira une plus grande réponse émotionnelle, et consistera un facteur prédisposant pour une dysmorphophobie ¹⁰.

1.2.3 Profession et apparition de la pathologie

D. Veale étudie beaucoup cette pathologie notamment en 2016 où il explique que lors de ses études, il compare les professions dans des groupes de patients atteints de différents troubles psychiatriques, dont un groupe de dysmorphophobiques. Selon eux, les dysmorphophobiques étant plus préoccupés par leur apparence et l'esthétique que la population générale, ils devraient donc exercer des activités apparentées au domaine de l'esthétique.

Les résultats montrent que 20 % des individus du groupe BDD ont une activité dans l'art ou le design (contre 4 %, 3 %, 0 % dans les autres groupes).

Cependant, il n'a pas été prouvé si c'était à cause de leur trouble qu'ils exerçaient dans le milieu de l'art et du design, ou inversement ¹¹.

1.2.4 Expériences antécédentes favorisantes

Que ce soit sur le plan psychologique ou biologique, M. Cororve décrit l'hypothèse selon laquelle la survenue durant l'enfance d'évènements négatifs ou d'expériences traumatisantes impliquant des caractéristiques d'apparence favoriseraient le risque de développer une BDD. Ainsi, chez un enfant

⁹ Schieber et al., « Personality traits as vulnerability factors in body dysmorphic disorder ».

¹⁰ Fang et Wilhelm, « Clinical features, cognitive biases, and treatment of body dysmorphic disorder ».

¹¹ Veale et al., « Body dysmorphic disorder in different settings : a systematic review and estimated weighted prevalence ».

fréquemment taquiné à propos d'une particularité physique, même mineure, une insatisfaction corporelle sera plus prédictible.

Ces antécédents défavorables produisent chez l'enfant des sentiments d'être rejeté, mal aimé à cause de sa différence physique, développant alors peu à peu une dysmorphophobie.

Parmi ces évènements, on peut également mentionner les agressions physiques, les harcèlements ou agressions sexuelles, tous les types de moqueries et hontes en public, les intimidations, les échecs publics, les blessures, etc., qui selon cette hypothèse, vont entretenir une BDD impliquant l'apparence et l'estime de soi ¹².

C'est en 2006 que le sujet est le plus profondément étudié, par E. Didie et al. du département de psychiatrie du Butler Hospital. On donne à 75 sujets dysmorphophobiques un questionnaire sur les antécédents de traumatismes dans l'enfance. Près de 80 % des patients ont signalés des antécédents de maltraitance durant l'enfance : négligence affective (68 %), violence émotionnelle (56 %) ou physique (35 %), négligence physique (33 %), et violence sexuelle (28 %). Cependant, seule la sévérité de l'abus sexuel pouvait être associée à la sévérité de la dysmorphophobie ¹³.

En 2016, R. Behar va également montrer que la dysmorphophobie, l'anorexie et les troubles alimentaires présentent communément entre autres, des antécédents d'abus ou de négligence durant l'enfance ¹⁴.

Toutes ces formes d'évènements altèrent fortement l'image mentale de soi, ils pourraient donc bien être un facteur étiologique ou prédisposant d'une BDD.

1.2.5 Composante génétique et héréditaire

Jusqu'à ce jour, les études montrent que la dysmorphophobie est un trouble résultant d'une combinaison de facteurs environnementaux et génétiques.

En 2013, W. Li et al. décrivent l'association entre l'allèle GABA(A)-gamma-2 1(A) et la dysmorphophobie. Cette étude a également démontré une association de la dysmorphophobie avec l'allèle court du polymorphisme du transporteur de la sérotonine, et prouve que les facteurs génétiques sont des facteurs de susceptibilité de la dysmorphophobie ¹⁵.

Puis, en 2017, G. Krebs indique que les facteurs génétiques participent à environ 44 % aux symptômes de la dysmorphophobie, et que les facteurs environnementaux seraient quant à eux responsables des

¹² Corove et Gleaves, « Body dysmorphic disorder : a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies ».

¹³ Didie et al., « Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder ».

¹⁴ Behar et al., « Body dysmorphic disorder ».

¹⁵ Li, Arienzo, et Feusner, « Body dysmorphic disorder : neurobiological features and an updated model ».

56 % restants¹⁶. Elle s'est appuyée sur une étude de B. Monzani réalisée en 2012 sur des jumeaux qui montre que la dysmorphophobie présente bien une composante héréditaire¹⁷.

En 2018, en s'appuyant sur les études précédentes, J. Enander et al. ont également reporté entre autres l'importance des facteurs génétiques et environnementaux chez un patient dysmorphophobique. Ils estiment finalement l'héritabilité de la dysmorphophobie de 37 à 49 % (en fonction de l'âge du patient, plus le patient est jeune, plus la participation des facteurs génétiques sera importante)¹⁸.

1.2.6 Pression sociale de l'apparence

J. Tignol et al. décrivent dans leur recherche les résultats des travaux sur les troubles de l'image du corps en soulignant la pression sociale pour la beauté. Les médias proposent des idéaux de la beauté et des modèles d'apparence totalement irréalistes : la perfection du visage, du maquillage, de la coiffure et des vêtements, une extrême minceur ou une musculature hypertrophiée, irréalisables pour la plupart des individus. Mais le succès croissant des techniques médicales esthétiques rend la pratique très courante et répandue, au point que plus de la moitié des femmes américaines les approuvent. L'exposition aux médias va donc influencer négativement les individus les plus fragiles présentant des doutes sur leur apparence, sans vraiment être une véritable étiologie d'une dysmorphophobie¹⁹.

1.3 Épidémiologie

1.3.1 Prévalence dans la population générale

Les études sur la prévalence de la dysmorphophobie dans la population sont peu nombreuses, et celles comportant des échantillons suffisamment représentatifs le sont encore moins.

- La première a été réalisée en Allemagne en 2006, et porte sur 2552 sujets de 14 à 99 ans. A l'aide d'un auto-questionnaire, elle permet de trouver une prévalence de 1.7 %²⁰.
- La seconde, publiée en 2008 aux États-Unis, est une enquête par entretien téléphonique auprès de 2513 majeurs sélectionnés aléatoirement. Elle trouve une prévalence de BDD de 2.4 %²¹.

¹⁶ Krebs, Cruz, et Mataix-Cols, « Recent advances in understanding and managing body dysmorphic Disorder ».

¹⁷ Monzani et al., « A twin study of body dysmorphic Concerns ».

¹⁸ Enander et al., « Prevalence and heritability of body dysmorphic symptoms in adolescents and young adults ».

¹⁹ Tignol, Martin-Guehl, et Aouizerzate, « Body dysmorphic disorder (BDD) ».

²⁰ Rief et al., « The prevalence of body dysmorphic disorder : a population-based survey ».

²¹ Koran et al., « The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population ».

- Puis, en 2010, la première étude a été répliquée sur un autre échantillon représentatif de la population générale en Allemagne et on y retrouve un résultat de 1.8 %²².

En 2016, D. Veale et al. réalisent une étude en synthétisant toutes les études réalisées sur la prévalence de la dysmorphophobie. On peut y trouver la conclusion que la prévalence dans la population générale se situe aux alentours des 2 %, ce qui est tout de même considérable pour un trouble psychiatrique méconnu des professionnels de santé.

Plusieurs études ont été réalisées sur des population spécifiques de patients consultants dans différents services médicaux, et l'équipe de D. Veale a également réalisé une synthèse de toutes les études disponibles²³.

1.3.2 Prévalence dans les populations de patients consultant pour des raisons esthétiques

Plusieurs études ont été réalisées en sélectionnant des patients en consultation pour de la chirurgie esthétique, ou pour une prise en charge de l'acné, ou enfin pour un suivi ou une hospitalisation en psychiatrie. Les résultats sont très variables en fonction de l'âge des patients, du type de consultation, de l'année de l'étude, de la taille de l'échantillon, etc.

Cependant, dans la synthèse effectuée par D. Veale et al. en 2016 (Tableau 1 ci-dessous), on retrouve pour toutes les études une prévalence plus importante de la dysmorphophobie dans les échantillons de patients par rapport aux échantillons de la population générale, allant de 5.2 à 20.1 %²⁴.

²² Buhlmann et al., « Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder : a population-based survey ».

²³ Veale et al., « Body dysmorphic disorder in different settings ».

²⁴ Veale et al.

Tableau 1 : Synthèse des résultats des études sur la prévalence de la dysmorphophobie dans des populations spécifiques

Service de consultation / Motif de consultation	Nombre d'études reportant la prévalence de patients dysmorphophobiques	Étude la plus ancienne – Étude la plus récente	Échantillon total (populations des différentes études additionnées)	Patients présentant une dysmorphophobie Nombre et pourcentage
Hospitalisation psychiatrique, adultes	4	2001 à 2015	788	57 = 7.4 %
Consultation psychiatrique externe, adultes	3	1997 à 2015	765	38 = 5.8 %
Clinique de chirurgie esthétique	11	1998 à 2015	2191	238 = 13.2 %
Consultation pour rhinoplastie	7	2003 à 2014	885	246 = 20.1 %
Consultation de chirurgie orthognathique	2	2008 à 2014	259	29 = 11.2 %
Consultation d'orthodontie et dentaire esthétique	3	2006 à 2014	480	25 = 5.2 %
Consultation en clinique de dermatologie	5	2000 à 2014	914	126 = 11.3 %
Consultation pour les traitements d'acnés	2	2003 à 2007	287	32 = 11.1 %

Source: Veale et al., « Body dysmorphic disorder in different settings : a systematic review and estimated weighted prevalence » , 2016.

1.3.3 Prévalence dans la population bucco-dentaire

Les études suivantes ont été réalisées auprès de patients consultants chez des professionnels de la santé bucco-dentaire.

L'étude de N. Vulink et al. en 2008 est la première étude européenne réalisée auprès de patients en consultation de chirurgie maxillo-faciale. Pour cette étude, 160 patients ont été sélectionnés et ont remplis un questionnaire de dépistage de la dysmorphophobie comportant 20 items. Au total, 28 patients ont déclaré avoir des préoccupations excessives concernant leur apparence, causant une certaine détresse au quotidien. Parmi ces 28 patients, 12 n'ont pas été diagnostiqués dysmorphophobiques car ils avaient un défaut physique évident expliquant leur détresse. Mais les 16 autres ont été diagnostiqués positifs au BDD, soit 10 % des patients, et ont été adressés en consultation psychiatrique (mais seulement 4 ont accepté cette consultation).²⁵

Une étude a été réalisée en 2009 par A. De Jongh et al. auprès de 170 patients consultant pour des motifs esthétiques dans 6 différentes cliniques de chirurgie dentaire des Pays Bas, afin de comparer la prévalence de BDD chez ces patients comparativement à 878 individus de la population générale. L'étude compare premièrement la fréquence des soins esthétiques généraux et des soins dentaires esthétiques antérieurs (respectivement 16.5 % pour les patients contre 5.9 % pour la population générale, et 47.9 % contre 24.8 %), puis évalue la présence de trouble dysmorphophobique sur la base des critères DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4th edition, 3 critères de diagnostics). Une proportion plus élevée de patients répondait à 2 critères sur 3 (9.5 % contre 5.5 %), et pour le diagnostic complet de la dysmorphophobie, 4.2 % des patients étaient positifs, contre 1.5 % d'individus de la population générale.²⁶

Une étude plus récente (2014) a été réalisée par S. Yassaei et al. dans une consultation d'orthodontie en Iran sur 270 patients. 15 patients (5.5 %) ont été dépistés dysmorphophobiques.²⁷ Également en 2014, B. Collins et al. étudient la prévalence de la dysmorphophobie et trouve un taux de 13 % sur des patients consultants pour de la chirurgie orthognathique (13 patients diagnostiqués BDD sur 99)²⁸.

En 2018, A. Rosten s'appuie sur la synthèse de D. Veale et al. pour expliquer que la prévalence du trouble est plus importante pour les patients consultants en orthodontie (5.2-7.5 %) que pour ceux

²⁵ Vulink et al., « Body dysmorphic disorder screening in maxillofacial outpatients presenting for orthognathic surgery ».

²⁶ De Jongh et al., « Symptoms of body dysmorphic disorder among people presenting for cosmetic dental treatment : a comparative study of cosmetic dental patients and a general population sample ».

²⁷ Yassaei et al., « Body dysmorphic disorder in Iranian orthodontic patients ».

²⁸ Collins et al., « Body dysmorphic disorder and psychological distress in orthognathic surgery patients ».

recherchant un traitement dentaire esthétique (4.1 %) ²⁹. (Les résultats ont également été synthétisés dans le Tableau 1)

On remarque alors que dans les différentes populations concernées par la zone maxillo-faciale, la prévalence de la dysmorphophobie est plus forte que dans la population générale, variant de 4.2 % à 13 %. C'est assez élevé pour une pathologie inconnue de la plupart des praticiens, et cela montre que tout chirurgien-dentiste (orthodontiste et chirurgien oral également), mais également tout professionnel de santé prodiguant des soins esthétiques, sera fréquemment confronté à des patients dysmorphophobiques, sans forcément le savoir.

1.3.4 Zones concernées

En général, dans les différentes études effectuées, les résultats diffèrent peu en fonction du sexe du patient, et les zones concernées sont parfois multiples chez un même individu.

En 2017, M. Jafferany et al. étudient les zones qui préoccupent des adolescents dysmorphophobiques et trouvent des résultats assez similaires à ceux des autres études sur le sujet, les zones les plus fréquemment évoquées étant le visage, la peau, les dents, les lèvres, le nez et les yeux ³⁰.

On peut observer dans les différents résultats, que les zones les plus fréquemment concernées par la dysmorphophobie se situent au niveau du visage, et chez près de 30 % des patients présentant un BDD, la bouche et les dents constituent une préoccupation.

1.4 Symptômes et Évolution

La dysmorphophobie est caractérisée par une préoccupation anxieuse pour un défaut physique léger ou imaginaire, et oriente toutes les pensées du patient autour de ce défaut, son existence, son apparence, ses conséquences, et comment le camoufler. Parfois les patients ont conscience de cette obsession mais sont tout simplement incapables de lutter.

La durée quotidienne de ces préoccupations est variable, mais J. Tignol et al. indiquent que quand elle dépasse une heure, on peut parler de dysmorphophobie. En réalité, pour la plupart des patients, cette durée dépasse largement l'heure³¹.

²⁹ Rosten, Cunningham, et Newton, « Body dysmorphic disorder : a guide to identification and management for the orthodontic team ».

³⁰ Jafferany et Osuagwu, « Evaluation of the body parts that preoccupy adolescents with body dysmorphic disorder ».

³¹ Tignol, Martin-Guehl, et Aouizerzate, « Body dysmorphic disorder (BDD) ».

1.4.1 Les comportements compulsifs

À ces obsessions sont associées des comportements obsessionnels, incontrôlables pour la plupart, et ce sont ces comportements qui rapprochent la dysmorphophobie d'un trouble obsessionnel compulsif. Cela peut être simplement des comparaisons à autrui, des questions incessantes à l'entourage, ou bien l'évitement ou la recherche constante des miroirs.

D'autre part, les patients présentent des préoccupations pour trouver des solutions au défaut en adoptant certains comportements. J. Tignol et al. les regroupent en deux catégories :

- Le camouflage : Il concerne les vêtements ou chapeaux (habits larges pour cacher les formes), la posture (la main devant la bouche pour parler), le maquillage, pour dissimuler le défaut. Les patients vont constamment vérifier dans un le miroir que le camouflage est efficace, ou demander à leur entourage si le défaut est bien camouflé. Ces méthodes sont caractéristiques des dysmorphophobiques, car les personnes avec de réels défauts mais sans trouble ont beaucoup moins ces habitudes de camouflage.
- La correction du défaut : Ce sont des manœuvres personnelles qui consistent à « se curer la peau » (skin picking). C'est le fait de se nettoyer la peau, les impuretés, avec les ongles ou des instruments pointus. Cela a pour conséquence d'abimer la zone du défaut et de la blesser causant ainsi des lésions cutanées, cette fois bien réelles, et ils auront ensuite recours au maquillage pour camoufler ces lésions. Le skin picking est un comportement ressenti comme vraiment handicapant par les dysmorphophobiques, mais il ne doit pas être vu comme de l'auto mutilation, plutôt comme une volonté d'améliorer son apparence physique³².

C. Majdalani, quant à elle, compte deux catégories de comportements supplémentaires :

- La recherche de traitement chirurgical ou dermatologique : Plus de la moitié des patients dysmorphophobiques consultent un professionnel de santé pour des soins esthétiques. Quand ils n'obtiendront pas l'intervention chirurgicale désirée chez un praticien, ils auront tendance à consulter chez un autre jusqu'à l'obtenir. Souvent ces patients avant de consulter un spécialiste, passeront beaucoup de temps à effectuer des soins de toilettes excessifs, tout en essayant toutes sortes de produits de beauté.
- La recherche de réassurance : 54 % des patients vont systématiquement interroger leur entourage sur leur apparence afin de se rassurer positivement ou négativement (en tentant de persuader leur entourage de la réalité du défaut)³³.

³² Tignol, Martin-Guehl, et Aouizerzate. « Body dysmorphic disorder (BDD) ».

³³ Majdalani C., Traiter la dysmorphophobie, l'obsession de l'apparence.

En moyenne, le nombre de comportements compulsifs et répétitifs est de 4 par patient, et on retrouve toujours : se comparer à autrui, se scruter dans le miroir, se camoufler, rechercher un traitement médical, questionner l'entourage, s'arranger, éviter les miroirs et le skin picking. Les dysmorphophobiques consacrent plusieurs heures par jour à ces comportements et le ressentent comme un réel handicap.

1.4.2 Conscience du trouble par le patient

J. Tignol et al. décrivent précisément la conscience du trouble en 2012, c'est-à-dire qu'ils reconnaissent que leur défaut est négligeable et que leurs préoccupations sont exagérées. Malgré cela, elles restent incontrôlables. C'est similaire aux comportements incontrôlables des Troubles Obsessionnels Compulsifs. Les professionnels de la santé mentale appellent cela « l'insight ».

L'insight permet de séparer les patients en « délirants » ou « non délirants », par exemple, à l'inverse du patient « insight », le patient délirant sera convaincu que son défaut est bien réel, que toute opinion contradictoire de son entourage est fautive, et que toutes ses préoccupations sont entièrement justifiées. Pour un patient délirant, la première étape pour la guérison de son BDD est de prendre conscience de la pathologie, et devenir insight.

D'autres ne reconnaîtront pas que leur défaut est absent, mais vont tout de même en parler, et admettent une divergence de vision entre eux-mêmes et autrui. Ils ont une certaine conscience partielle de leur pathologie, ils ont un insight faible, on dit qu'ils présentent une idée prévalente.

La forme de dysmorphophobie la plus fréquente est la délirante, de 41 %, contre 37 % de patients avec un insight bon, et 18 % de patients avec l'idée prévalente. Cependant, 52 % des patients ont déjà été dans une forme délirante de la pathologie ³⁴.

1.4.3 Difficultés sociales

Le patient dysmorphophobique, avec ses pensées obsessionnelles anxieuses et ses comportements compulsifs, présente une déficience fonctionnelle, un handicap, qui va entraver sa vie courante. Ce handicap sévère porte sur plusieurs domaines, que ce soit au niveau social, professionnel, intime ou familial. Le patient contracte une peur du rejet, une inquiétude d'être constamment jugé négativement à cause de son défaut physique, qui va entretenir son anxiété sociale.

Les études de K. Phillips de 1997 jusqu'à aujourd'hui montrent que dans une population de patients dysmorphophobiques, on observe un taux important de difficultés sociales, associées à des

³⁴Tignol, Martin-Guehl, et Aouizerzate, « Body dysmorphic disorder (BDD) ».

symptômes dépressifs, et une majorité de ces patients sont célibataires (63 % de célibataires et 16 % de divorcés)³⁵.

G. Krebs explique en 2017 que chez les patients adultes, on retrouve des taux importants de chômage, de comportements d'isolements et de difficultés socio-professionnelles. Tandis que les adolescents montrent une réduction importante des performances scolaires et des difficultés d'intégration.

En effet, le temps dépensé par les comportements compulsifs les rend moins disponibles, et ils passent le plus clair de leur temps les pensées focalisées sur leur défaut, cela causant des problèmes sérieux de concentration et d'attention³⁶.

1.4.4 Les consultations pour les interventions

Comme il a été décrit dans le chapitre 1.4.1, ces patients rechercheront souvent la solution à leur problème par la voie médicale. Ils consulteront des praticiens et demanderont un traitement cosmétique ou dermatologique pour « réparer » leur défaut. Les études de C. Crerand et al. montrent en 2006 que dans un échantillon de 50 patients, la moitié a déjà demandé un traitement, et plus d'un quart d'entre eux a déjà subi une ou plusieurs interventions chirurgicales. Dans un échantillon un peu plus grand (n=188), 70 % ont cherché à recevoir des traitements esthétiques, et 58 % les ont obtenus. Parmi les interventions les plus recherchées par les patients on trouve les liposuccions, les rhinoplasties, les augmentations mammaires, des injections de collagène et autre produits anti-âge, et les blanchiments dentaires.

Les praticiens refusent dans la majorité des cas de réaliser les interventions demandées, souvent car ils trouvent le traitement inutile ou inadapté. Cependant, les patients ne s'arrêtent pas là et vont consulter de nombreux praticiens jusqu'à trouver celui qui réalisera l'intervention, c'est ce qu'on appelle le « shopping médical »³⁷.

A. Rosten explique cela en 2018 dans ses recherches. Souvent cela peut paraître intéressant de recevoir un patient qui demande à tout prix une intervention, parfois couteuse, et sans trop réfléchir certains praticiens réalisent le traitement. Cette précipitation va le plus souvent apporter des ennuis au patient ainsi qu'au praticien. C'est-à-dire que le patient ne sera pas satisfait, ou seulement temporairement satisfait des résultats du traitement, ils iront alors soit consulter d'autres praticiens pour recommencer le traitement, ou en réaliser de plus invasifs encore, soit retourner chez leur praticien pour exprimer leur insatisfaction, et c'est ainsi que commence le calvaire pour le praticien.

³⁵ Weingarden et al., « Shame and defectiveness beliefs in treatment seeking patients with body dysmorphic disorder ».

³⁶ Krebs, Cruz, et Mataix-Cols, « Recent advances in understanding and managing body dysmorphic disorder ».

³⁷ Crerand, Franklin, et Sarwer, « Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery ».

Elle décrit des cas où les patients sont violents et menaçants, et ont tentés d'agresser leur praticien, ou de l'attaquer en justice, car cet échec ne fait qu'accentuer les symptômes de la pathologie³⁸.

Il faut être donc très prudent avec tous les patients demandant un traitement esthétique, s'informer sur leurs consultations et traitements antérieurs afin de pouvoir diagnostiquer une éventuelle ODC.

1.4.5 Évolution de la pathologie

D'après les études menées par J. Tignol et K. Phillips, c'est une pathologie qui évolue progressivement avec l'individu, de façon chronique. En débutant souvent à l'enfance et l'adolescence, le trouble peut s'installer sur le long terme. En effet, cette maladie n'est pas épisodique et elle présente très peu de rémission complète, même après traitement (un taux de rémission complète de 0.20 après traitement, et un taux de rémission partielle de 0.55). La sévérité des symptômes peut même évoluer au fil du temps avec le patient, et rendre le trouble de plus en plus compliqué à traiter³⁹.

Plus la pathologie est installée et avec des symptômes sévères, plus la probabilité de rémission sera faible. Cependant on observe de meilleurs taux de rémission lorsque la prise en charge est plus ciblée, avec des traitements adaptés, sur le long terme.

C'est donc une pathologie chronique compliquée à prendre en charge, avec un taux de rechute élevé malgré des traitements adaptés (selon l'étude de K. Phillips et al., à 4 ans post traitement un taux de rechute complète de 0.42, et un taux de rechute partiel de 0.63)⁴⁰.

1.4.6 Comportements suicidaires

Dans ses recherches de 2017, M. Gupta et al. décrivent l'importance d'évaluer le risque de tentative de suicide dans une population dermatologique, quand une composante psychologique de la pathologie présente est suspectée. Ainsi dans une étude sur 16 patients dermatologiques ayant mis fin à leurs jours, la plupart présentaient un trouble de l'image corporelle⁴¹.

C'est en effet une conséquence non négligeable de la dysmorphophobie, car près de 80 % des sujets dysmorphophobiques d'une étude de De La Vega et al. de 2018 présentaient un historique de pensées suicidaires⁴².

³⁸ Rosten, Cunningham, et Newton, « Body dysmorphic disorder : a guide to identification and management for the orthodontic team ».

³⁹ Tignol, Martin-Guehl, et Aouizerzate, « Body dysmorphic disorder (BDD) ».

⁴⁰ Phillips et al., « A 4-year prospective observational follow-up study of course and predictors of course in body dysmorphic disorder ».

⁴¹ Gupta et al., « Suicidal behaviors in the dermatology patient ».

⁴² De La Vega, Giner, et Courtet, « Suicidality in subjects with anxiety or obsessive-compulsive and related disorders : recent advances ».

K. Phillips et E. Siegfried décrivent que chez les patients dysmorphophobiques, le risque suicidaire est en moyenne 2.6 fois plus élevé que dans la population psychiatrique, et 6 fois plus élevé que dans la population générale. Ces taux sont plus élevés que dans les autres pathologies psychiatriques, car les dysmorphophobiques présentent un nombre plus important de facteurs de risques : hospitalisations nombreuses, célibat, divorce, relations sociales faibles, sans emploi, anxiété et dépression sévère, faible estime de soi, comorbidités importantes, etc.⁴³.

1.5 Comorbidités et autres caractéristiques cliniques

La dysmorphophobie est souvent accompagnée de certains autres troubles psychiatriques.

Dans son ouvrage, C. Majdalani indique que 21.7 % des patients présentent un trouble psychiatrique comorbide, 28.6 % deux troubles, et 41.4 % trois troubles ou plus. On note la dépression, la phobie sociale, les troubles du comportement alimentaire, les troubles obsessionnels compulsifs, et les troubles liés aux substances ⁴⁴.

1.5.1 Troubles obsessionnels compulsifs (TOCs)

On sait que la dysmorphophobie est fréquemment retrouvée avec des Troubles obsessionnels compulsifs, et ces pathologies concernent à peu près le même type de patients. Ce sont deux pathologies, très similaires, d'ailleurs leur traitement est quasiment identique. Cependant, les comportements compulsifs d'un dysmorphophobique concerneront exclusivement les parties du corps.

E. Siegfried, en 2017, décrit la mise en évidence de l'association entre la dysmorphophobie et les TOCs : c'est une comorbidité dans 30 à 35 % des cas⁴⁵.

Si on compare la dysmorphophobie et l'hypochondrie, on remarque que les troubles sont très similaires, impliquant des pensées obsessionnelles et des comportements compulsifs ; l'un concerne l'apparence physique, et l'autre la santé. Dans une étude de C. Crerand et al., 2 % des individus d'une population de dysmorphophobiques présentaient une comorbidité avec l'hypochondrie ⁴⁶.

⁴³ Siegfried, Ayrolles, et Rahioui, « L'obsession de dysmorphie corporelle : perspectives d'évolution de la prise en charge ».

⁴⁴ Majdalani C., Traiter la dysmorphophobie, l'obsession de l'apparence.

⁴⁵ Siegfried, Ayrolles, et Rahioui, « L'obsession de dysmorphie corporelle : perspectives d'évolution de la prise en charge ».

⁴⁶ Crerand, Franklin, et Sarwer, « Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery ».

1.5.2 Troubles de l'humeur et de l'anxiété

Si l'on reprend C. Majdalani et J. Tignol et al., la dépression semble être la comorbidité la plus retrouvée chez les patients dysmorphophobiques. On retrouve des antécédents de dépression majeure chez plus de 75 % de dysmorphophobiques, et des symptômes de dépression majeure en cours chez plus de 50 % de patients. La concurrence TOC et dépression est retrouvée dans 25 % des cas⁴⁷.

Les troubles anxieux sont également fréquemment associés, avec un taux de patients présentant des antécédents de troubles anxieux de plus de 60 %.

La phobie sociale est également une comorbidité du BDD, mais a plutôt tendance à précéder l'apparition de la dysmorphophobie. Le taux de comorbidité de la phobie sociale est d'environ 38 %⁴⁸.

1.5.3 Troubles d'abus de substances

On retrouve fréquemment chez les dysmorphophobiques des historiques de troubles d'abus de substances (25-30 % au cours de la vie).

Une étude majeure sur le sujet, de 2005 de J. Grant et al. sur 176 sujets dysmorphophobiques a étudié cette comorbidité en différenciant Abus de substances et Dépendance à une substance. Près de la moitié des individus présentaient un trouble d'abus de substances (actuel ou antérieur). Parmi eux, 9.1 % ont rapporté des abus de substances actuels, et 9.7 % une dépendance actuelle à une substance. 59 % des patients présentant le trouble ont déclaré que leur dysmorphophobie est survenue avant le trouble d'abus de substances. La plupart expliquent que la dysmorphophobie est une raison, ou la raison principale, à leur abus de substances.

Les substances les plus utilisées sont l'alcool et le cannabis, et sont considérées par les patients comme une forme d'automédication afin d'évacuer le stress et les symptômes causés par la pathologie⁴⁹.

En effet, M. Kelly et al. en 2017, ayant trouvé une prévalence d'alcoolémie très élevée parmi les patients dysmorphophobiques, ont étudié les motifs de cette chute dans l'alcoolisme. Les patients ont reporté les 3 principales raisons : leur image corporelle les bouleversait (49.5 %), pour oublier leur préoccupations corporelles (52.5 %), pour se sentir plus à l'aise par rapport à leur apparence avec leur entourage (59.4 %)⁵⁰.

Donc le taux d'abus de substances est significativement supérieur dans la population dysmorphophobique, par rapport à la population générale, mais également par rapport aux autres populations psychiatriques.

⁴⁷ Majdalani C., Traiter la dysmorphophobie, l'obsession de l'apparence.

⁴⁸ Crerand, Franklin, et Sarwer, « Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery ».

⁴⁹ Grant et al., « Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder ».

⁵⁰ Kelly M. et al., « Motives to drink alcohol among individuals with body dysmorphic disorder ».

Ce trouble n'est pas négligeable, car le taux de suicide et de tentative de suicide est significativement supérieur chez les patients présentant des troubles d'abus de substances.

1.5.4 Troubles du comportement alimentaire

Les troubles tels que l'anorexie et la boulimie sont fréquents chez les patients dysmorphophobiques. R. Behar et al. étudient la comorbidité entre ces deux troubles en 2016 et trouvent un taux de comorbidité de 12 %⁵¹.

Dans l'étude de C. Crerand et al., concernant 41 patients hospitalisés pour de l'anorexie, près de 40 % présentaient des symptômes de dysmorphophobie⁵².

1.5.5 Troubles de la personnalité

C. Majdalani décrit ce trouble comme très commun chez les dysmorphophobique, notamment le trouble de la personnalité évitante, avec un taux de comorbidité parfois supérieur à 57 % (au moins un trouble de la personnalité comorbide).⁵³

1.6 Diagnostic et Moyens de dépistage

Aujourd'hui la dysmorphophobie est considérée comme un trouble psychiatrique à part entière par le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition » (DSM-IV), et comporte son propre moyen de dépistage (Figure 1), qui est celui qui a servi de base pour tous les autres moyens d'évaluation qui ont été développés. En effet, le manuel décrit seulement trois critères permettant de poser un diagnostic positif de dysmorphophobie, sans vraiment fournir de questionnaire.

Il est très important de différencier le dépistage et le diagnostic, car le dépistage pourra être réalisé par n'importe quel professionnel de santé, mais un diagnostic ne pourra être posé uniquement par un professionnel de la santé mentale^{54, 55}.

⁵¹ Behar et al., « Body dysmorphic disorder : clinical aspects, nosological dimensions and controversies with anorexia nervosa ».

⁵² Crerand, Franklin, et Sarwer, « Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery ».

⁵³ Majdalani C., *Traiter la dysmorphophobie : l'obsession de l'apparence*.

⁵⁴ Winfree, Rouse, et Brown, « Body dysmorphic disorder and cosmetic dentistry : diagnostic, management, and ethical issues ».

⁵⁵ American psychiatric association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.

Figure 1 : Critères de diagnostics du trouble dysmorphique du corps

- Critères de diagnostics du Trouble Dysmorphique du Corps
 - A. Préoccupation d'un défaut imaginaire, ou préoccupation excessive d'une légère anomalie physique
 - B. La préoccupation provoque une détresse, une dysfonction sociale, professionnelle, ou autre
 - C. La préoccupation n'est pas expliquée par un autre trouble mental

Source : American psychiatric association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th Edition*, 1994.

Les différents questionnaires et tests de dépistage et d'évaluation du BDD seront décrits dans le chapitre suivant.

1.7 Diagnostics différentiels

La dysmorphophobie est souvent non diagnostiquée, ou alors diagnostiquée comme étant un autre trouble, avec pour conséquence une absence ou une erreur de traitement. Bien qu'étant souvent comorbide avec d'autres troubles, ou liée aux symptômes de certains troubles, la dysmorphophobie doit être désignée comme étant un diagnostic bien distinct. Il est donc primordial de la diagnostiquer afin de pouvoir la cibler dans le traitement ⁵⁶.

Nous présentons ci-après quelques erreurs de diagnostics les plus fréquentes :

1.7.1 Anorexie et Dysmorphie musculaire

On a vu que l'anorexie peut souvent être un trouble comorbide associé à la dysmorphophobie. Mais il faut être vigilant à cause des nombreuses similitudes entre les deux troubles, car lorsque la préoccupation excessive est limitée uniquement au poids et à la peur d'être obèse, le diagnostic de trouble dysmorphique du corps ne peut pas être posé.

Un troisième trouble décrit par A. Hartmann et al. peut souvent leur être associé, c'est la dysmorphie musculaire ou la bigorexie, atteignant plus souvent les hommes, mais moins fréquent que l'anorexie. Lorsque la préoccupation est uniquement centrée sur la musculature, c'est une dysmorphie musculaire et non une dysmorphophobie ⁵⁷.

⁵⁶ Phillips, « The presentation of body dysmorphic disorder in medical settings ».

⁵⁷ Hartmann, Greenberg, et Wilhelm, « The relationship between anorexia nervosa and body dysmorphic disorder ».

1.7.2 Le trouble dépressif majeur

Souvent comorbide avec la dysmorphophobie, il est important lors du diagnostic de différencier un réel trouble dysmorphique du corps et une altération de l'humeur centrée sur l'apparence lors d'un épisode dépressif majeur.

Selon C. Majdalani, la différence majeure dans la perception du corps entre un patient dysmorphophobique et un patient dépressif est la spécificité de la perception dans le cas d'une ODC. En effet, les symptômes du patient dépressif seront plutôt généralisés : « Je suis laid, affreux, gros vieux », alors qu'un patient dysmorphophobique dira plutôt : « Mon nez est horrible, mon bras est difforme, ma peau est rugueuse, etc. »⁵⁸.

1.7.3 La phobie sociale

La phobie sociale ou trouble de la personnalité évitante est souvent secondaire à une dysmorphophobie, induisant un réflexe d'évitement social. Il faut donc savoir exactement ce qui provoque ce trouble, car si ce n'est pas l'apparence du patient qui l'empêche d'avoir une vie sociale, le diagnostic de dysmorphophobie ne peut pas être confirmé⁵⁹.

1.7.4 Les troubles obsessionnels compulsifs

Les symptômes étant très similaires à la dysmorphophobie, le diagnostic peut parfois s'avérer compliqué. Les patients dysmorphophobiques auront un faible insight, plus fréquemment des pensées suicidaires, et des troubles dépressifs comorbides plus fréquents.

Les patients présentant une ODC présenteront une honte liée à leur perception du corps, alors que dans les TOC, les patients présentent une honte liée directement aux symptômes du trouble.

Si les préoccupations et les comportements compulsifs sont centrés sur l'apparence, alors le diagnostic de dysmorphophobie pourra être posé⁶⁰.

1.7.5 Autres

On peut retrouver parmi ces erreurs de diagnostic d'autres troubles moins évidents et parmi ceux-ci on peut également noter la schizophrénie, l'agoraphobie (peur des espaces libres et des lieux publics)

⁵⁸ Majdalani, Traiter la dysmorphophobie, l'obsession de l'apparence.

⁵⁹ Phillips, « The presentation of body dysmorphic disorder in medical settings ».

⁶⁰ Majdalani, Traiter la dysmorphophobie, l'obsession de l'apparence.

et la trichotillomanie (arrachage compulsif des poils et cheveux). Il faudra clairement identifier la base du problème, car si la préoccupation principale est physique, alors le diagnostic de dysmorphophobie peut être posé ⁶¹.

⁶¹ American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.

2 : Le patient dysmorphophobique au cabinet dentaire

On a montré dans le chapitre précédent que la prévalence de la dysmorphophobie dans les populations de patients consultants pour des motifs bucco-dentaire est d'environ 10 %, ce qui n'est pas négligeable. De plus, les recherches de C. Majdalani montrent que 86 % des patients dysmorphophobiques mentionnent le visage comme étant leur préoccupation. Ces patients voient en la thérapeutique interventionnelle la solution à tous leurs problèmes. C'est pourquoi les chirurgiens-dentistes d'aujourd'hui, beaucoup plus tournés vers une pratique esthétique de haute qualité, doivent absolument être informés des caractéristiques de la prise en charge de ces patients, depuis le premier contact jusqu'à l'adressage du patient, en passant par le diagnostic ⁶².

2.1 Le motif de consultation

2.1.1 Population générale

Concernant la dentisterie esthétique, plusieurs motifs amenant un patient à consulter peuvent être relevés. Voici les résultats (demande esthétique et fréquence de la demande) de l'étude menée à l'hôpital Charles Foix concernant la demande esthétique en consultation bucco-dentaire :

- Le remplacement des dents manquantes, 47.5 %
- La modification de la teinte des dents, 45.8 %
- Le remplacement des anciennes restaurations, 35.9 %
- La position des dents, 25.4 %.

Parmi l'intégralité des patients en consultation, 65 % avaient une demande esthétique ⁶³.

2.1.2 Population dysmorphophobique

Dans son étude de 2009, A. De Jongh et al. se sont intéressés aux patients dysmorphophobiques consultant dans des cliniques dentaires pour des raisons esthétiques, et découvre que ces patients sont 9 fois plus susceptibles de recourir à un blanchiment dentaire, et 6 fois plus susceptibles

⁶² Majdalani, *Traiter la dysmorphophobie : l'obsession de l'apparence*.

⁶³ Simon, Attal, et Tirlet, « Evaluation de la demande esthétique à la consultation externe du service d'odontologie de l'hôpital Charles Foix / Ivry sur Seine ».

d'entamer un traitement orthodontique que les patients de la population générale, sans forcément aller au bout de leur traitement parfois pour des raisons financières ⁶⁴.

2.2 Le dépistage par le chirurgien-dentiste

Comme il a été dit, on ne parlera pas de diagnostic de la pathologie, car ce dernier ne pourra être établi que par un professionnel de la santé mentale.

2.2.1 L'accueil du patient

Comme le décrivent S. Scott et J. Newton, le dépistage commence dès que la prise en charge débute, dès le premier contact avec le patient, quel que soit le motif de la consultation. En effet, le proverbe « la première impression est toujours la bonne » est bien réel, car le premier sentiment que le praticien évoque à son patient va perdurer, et sera compliqué à changer. Un praticien en retard avec une expression anxieuse transmettra son anxiété à son patient, et ce dernier gardera cette image anxieuse de son praticien, ce qui aboutira à une perte de confiance du patient. Il est donc primordial pour le chirurgien-dentiste d'accueillir tous ses patients avec le sourire, une expression chaleureuse, une tenue soignée, afin de mettre en confiance le patient et de faciliter le dépistage.

Le contexte doit encourager le patient à discuter et à partager ses ressentiments et ses problèmes, cela implique de prévoir suffisamment de temps pour la discussion, de choisir les mots adéquats et éviter les remarques inappropriées, et réduire au maximum la présence ou intervention d'autres personnes (assistantes, secrétaires, autres praticiens) ⁶⁵.

2.2.2 Signes évocateurs

Certains signes pourront attirer l'attention de l'équipe soignante afin de se pencher vers un éventuel dépistage de dysmorphophobie, et permettront d'orienter l'entretien médical. Les premiers signes peuvent être recueillis avant même la consultation du patient, à travers les informations qu'il fournit lors de la prise de rendez-vous ou lors du remplissage du questionnaire médical, l'attitude du patient dans la salle d'attente, son comportement vis-à-vis du personnel non médical...

En général on pourra retrouver ces signes d'appel de 4 façons :

⁶⁴ De Jongh et al., « Symptoms of body dysmorphic disorder among people presenting for cosmetic dental treatment ».

⁶⁵ Scott et Newton, « Body dysmorphic disorder and aesthetic dentistry ».

- Questionnaire médical lors de la première consultation :
 - Préoccupation excessive concernant un défaut mineur ou imaginaire, ou incapacité de décrire le défaut qui les amène
 - Demande spécifique, patients amenant des photos de leur 20 ans avec un beau sourire en voulant le retrouver à tout prix
 - Traitements dentaires antérieurs insatisfaisants, shopping médical
 - Attentes irréalisables, patients pensant que le traitement va changer leurs vies
- Antécédents médicaux :
 - Antécédents de troubles psychologiques ou psychiatriques
 - Antécédents d'hospitalisation en service de psychiatrie ou d'addictologie
 - Antécédents de traitements psychiatriques, ou d'abus de substances
 - Présence de troubles anxieux ou troubles de comportements alimentaires
- Contexte socio-économique
 - Patient sans emploi, avec des difficultés pour en trouver ou en garder
 - Patient seul, célibataire ou divorcé
 - Patient en isolement social, avec un entourage très restreint
- Comportements
 - Annulation ou report fréquents des rendez-vous
 - Cicatrices sur le visage évoquant un comportement de skin picking
 - Consultations ou évitements des miroirs
 - Camouflage du défaut, port d'une écharpe pour se cacher la bouche, la main devant la bouche en parlant ou en riant, le visage baissé en parlant ou un patient s'efforçant de garder la bouche fermée.

Si le praticien note un ou plusieurs de ces signes, il aura en tête que le praticien pourrait être atteint d'une dysmorphophobie, et que le véritable traitement pour ce patient serait donc une prise en charge psychiatrique de son trouble.

Il n'y a pas de questions participant au dépistage de la dysmorphophobie dans les questionnaires médicaux remplis par les patients dans les cabinets dentaires, et il serait intéressant d'y inclure une ou deux questions qui pourraient évoquer au praticien un éventuel trouble dysmorphique, et orienter correctement la suite de l'entretien.

2.2.3 Moyens de dépistage

En général, les professionnels de la santé mentale utilisent des questionnaires bien précis, difficiles à mettre en œuvre pour le chirurgien-dentiste. Néanmoins, certains praticiens ont décrit des méthodes

afin de savoir rapidement si un patient est sain, ou serait susceptible de présenter une dysmorphophobie.

- Différents tests de dépistage et d'évaluation du BDD pour les professionnels de la santé mentale

- 1993, le Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for BDD, qui est initialement un test pour les TOCs. Compte tenu des points communs entre les TOCs et la dysmorphophobie, K. Phillips a adapté ce test au BDD, afin d'évaluer la sévérité des symptômes dysmorphophobiques à l'aide de 12 items ⁶⁶.
- 1995, le Body Dysmorphic Disorder Questionnaire basé sur le DSM-IV, développé par K. Phillips, comportant 9 items. Il permet de poser le diagnostic de dysmorphophobie lorsque le score obtenu est égal ou supérieur à 4. Il a été modifié en 2001 par Dr Dufresne, afin d'obtenir des réponses ouvertes (échelle de Likert), et donc des informations plus précises pour le praticien ⁶⁷.
- 1996, le Body Dysmorphic Disorder Examination, développé par J. Rosen et J. Reiter, permet de diagnostiquer la dysmorphophobie et d'en évaluer les symptômes. Cependant ce test est assez long à mettre en place car il comporte plus d'une trentaine d'items, mais il est très utile pour évaluer précisément la sévérité des symptômes du patient ⁶⁸.
- 1998, le Brown Assessment of Beliefs Scale, développé par J. Eisen, qui comporte 7 items permettant au praticien d'évaluer la conscience qu'a patient par rapport à sa maladie. Il est utilisé dans le diagnostic de nombreux troubles psychiatriques, mais permet dans le cas de patients dysmorphophobiques de déterminer si le patient est délirant ou non délirant, mesurer son insight et l'évolution de la pathologie au cours du traitement ⁶⁹.
- 2016, S. Wilhelm et al. utilisent à nouveau tous ces tests de référence dans leur recherche et développent un outil de diagnostic permettant d'évaluer plus précisément les symptômes et la sévérité que les anciens : Le Body Dysmorphic Disorder – Symptom Scale (BDD-SS) ⁷⁰.

C. Majdalani décrit tous ces questionnaires comme des références dans le diagnostic de l'Obsession de la Dysmorphie Corporelle ⁷¹.

⁶⁶ Phillips et al., « A severity rating scale for body dysmorphic disorder : development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown obsessive compulsive scale ».

⁶⁷ Phillips et al., « Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients ».

⁶⁸ Rosen et Reiter, « Development of the body dysmorphic disorder examination ».

⁶⁹ Eisen et al., « The brown assessment of beliefs scale : reliability and validity ».

⁷⁰ Wilhelm et al., « The body dysmorphic disorder symptom scale ».

⁷¹ Majdalani, Traiter la dysmorphophobie, l'obsession de l'apparence.

Un praticien possède donc tous les outils à sa disposition afin de pouvoir lui-même établir un questionnaire pour dépister la dysmorphophobie lorsqu'il suspecte un patient.

Le dépistage de la dysmorphophobie lors de l'exercice quotidien de la chirurgie-dentaire est donc différent du dépistage ciblé réalisé pendant les études sur la pathologie. Si le praticien vient à suspecter un patient d'être dysmorphophobique, il va devoir mener une évaluation précise afin d'approfondir ses recherches. Si un environnement sûr a été établi, alors la suite sera plus simple, car le patient fait confiance à son praticien, permettant une communication ouverte ⁷².

S. Cunningham et C. Feinman ont décrit les différents domaines que la discussion devrait aborder synthétisés dans le Tableau 2 ⁷³.

Il s'agira alors de savoir si les préoccupations centrées autour du défaut sont raisonnables, et si les conséquences du défaut sur le patient sont disproportionnées.

Au niveau du dernier point, à propos des pensées suicidaires, le praticien devra identifier si le patient présente clairement des idées suicidaires :

- Pense-t-il que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ?
- Présente-t-il des envies de suicides ?
- Pense-t-il souvent à la façon dont il voudrait se suicider ?

A ces trois questions devra être attribué un score (0 : jamais, 1 : quelquefois, 2 : souvent, 4 : tout le temps), et un courrier sera rédigé à un référent en psychiatrie en fonction des scores obtenus.

⁷² Scott et Newton, « Body dysmorphic disorder and aesthetic dentistry ».

⁷³ Cunningham et Feinmann, « Psychological assessment of patients requesting orthognathic surgery and the relevance of body dysmorphic disorder ».

Tableau 2 : Domaines à aborder lors de l'entretien avec un patient suspecté d'être atteint de BDD

- Quelle est la principale préoccupation ?
 - La perception du défaut est-elle cohérente ?
- Quand le patient a-t-il pris conscience du problème pour la première fois ?
- Pour le patient demande-t-il de l'aide maintenant ?
- Qu'est-ce que le patient attend du traitement ?
- Dans quelle mesure le problème interfère-t-il avec la vie quotidienne ?
 - L'évaluation du degré d'interférence est-elle cohérente ?
- Quelqu'un d'autre met la pression au patient pour qu'il reçoive un traitement ?
- Le patient reçoit-il du soutien de sa famille ou de ses amis ?
- Le patient a-t-il déjà consulté pour ce problème ?
 - Un autre dentiste ou une autre spécialité médicale (shopping médical)
- Y a-t-il une dimension psychiatrique/ psychologique ?
- Y a-t-il des signes de dépression ?
 - Troubles du sommeil
 - Léthargie
 - Incapacité à se réjouir
 - Désespoir / Impuissance
- Y a-t-il des signes d'anxiété ?
 - Agitation
 - Symptômes somatiques : vertiges, essoufflements, douleurs abdominales
- Le patient a-t-il des antécédents de troubles de comportements alimentaires ?
- Le patient a-t-il des antécédents de troubles obsessionnels compulsifs ?
- Y a-t-il une suspicion d'abus de substances ? Noter la fréquence de la consommation d'alcool chaque semaine, ainsi que l'utilisation de drogues
- Le patient présente-t-il des pensées suicidaires ? Si oui, le patient doit être adressé vers un service de psychiatrie ou de psychologie.

Source : Cunningham et Feinmann, « Psychological assessment of patients requesting orthognathic treatment and the relevance of body dysmorphic disorder », 1998.

Parfois, le diagnostic peut s'avérer plus complexe en l'absence de signes évocateurs évidents, et il devient plus difficile d'orienter la discussion vers une éventuelle dysmorphophobie. Il serait alors intéressant selon moi d'inclure quelques questions dans le questionnaire médical rempli par le patient en première consultation, afin de recueillir des informations avant même de rencontrer le patient. Par

exemple, en consultation de chirurgie orthognathique, N. Vulink fait remplir un questionnaire de 20 items pour dépister une dysmorphophobie ⁷⁴. Certes, ce questionnaire est assez long à remplir et à interpréter, mais une sélection de quelques items à inclure dans le questionnaire médical serait suffisant :

- 1- Êtes-vous très préoccupé par l'apparence d'une partie de votre corps, que vous considérez comme étant particulièrement inesthétique ?
- 2- Ces préoccupations ont-elles un impact sur votre vie quotidienne ?
- 3- Ce défaut vous pousse-t-il à éviter certaines situations ?

Selon le Dr Mario Polo exerçant l'orthodontie, dans son étude de 2011, tout clinicien prodiguant des soins esthétiques devrait effectuer un questionnaire de dépistage, car la population de patients dysmorphophobiques se présentant dans ces consultations est 4 fois plus élevée que dans la population générale. Il a alors développé un questionnaire adapté aux consultations d'orthodontie (tableau 3), mais pouvant être utilisé dans d'autres spécialités ⁷⁵.

A. Rosten et al. décrivent dans leur recherche de 2018, en reprenant les travaux du Dr Polo, qu'avant toute intervention orthodontique invasive, un questionnaire médical orienté sur le dépistage d'une dysmorphophobie doit être mené (peu importe le questionnaire choisi), et en cas de doute, le patient devra être référé à un spécialiste avant l'intervention afin de confirmer un éventuel diagnostic de dysmorphophobie ⁷⁶.

De nombreux éléments sont donc à disposition afin de confirmer le diagnostic de dysmorphophobie, ou au contraire de l'écarter.

⁷⁴ Vulink et al., « Body dysmorphic disorder screening in maxillofacial outpatients presenting for orthognathic Surgery ».

⁷⁵ Polo, « Body dysmorphic disorder : a screen guide for orthodontists ».

⁷⁶ Rosten, Cunningham, et Newton, « Body dysmorphic disorder : a guide to identification and management for the orthodontic team ».

Tableau 3 : Questionnaire de dépistage du BDD pour les patients en consultation orthodontique

<ul style="list-style-type: none"> • Comment le patient évalue-t-il la sévérité de son problème orthodontie ou de son défaut ?
<ul style="list-style-type: none"> • Comment le patient évalue-t-il la détresse ou l'inquiétude produite par son problème orthodontique ou son défaut ?
<ul style="list-style-type: none"> • Ce défaut entraîne-t-il une détresse sociale, familiale, ou professionnelle ?
<ul style="list-style-type: none"> • Pourquoi le traitement orthodontique est recherché ?
<ul style="list-style-type: none"> • Des évaluations antérieures concernant leur défaut ont-elles déjà été effectuées ?
<ul style="list-style-type: none"> • Pourquoi d'autres évaluations orthodontiques sont-elles recherchées ?
<ul style="list-style-type: none"> • Les attentes pour ce traitement orthodontique sont-elles raisonnables ?
<ul style="list-style-type: none"> • Des demandes d'autres traitements esthétiques ont-elles déjà été faites ?
<ul style="list-style-type: none"> • Ces traitements esthétiques ont-ils été réalisés ? Fréquemment ? Combien et quand ?
<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il des antécédents d'insatisfaction par rapport à ces traitements ?
<ul style="list-style-type: none"> • Le patient signale-t-il des antécédents de troubles psychiatriques ou psychologiques ou des évaluations antérieures psychiatriques ou psychologiques ?

Source : Polo, « Body dysmorphic disorder : a screening guide for orthodontists », 2011.

2.3. Dépistage positif

Si le chirurgien-dentiste suspecte fortement une dysmorphophobie, alors la prise en charge du patient sera différente, et devra être centrée sur ce trouble.

2.3.1 Expliquer sa pathologie au patient

C'est là le point le plus délicat de la prise en charge, car le patient consulte initialement pour recevoir un soin, censé corriger un défaut, et son praticien va lui expliquer qu'il lui a découvert un trouble psychiatrique.

Comme l'explique K. Phillips, le mieux pour les praticiens est d'aborder leur diagnostic comme s'ils parlaient de tout autre maladie, en faisant preuve d'une grande empathie, et d'expliquer clairement au patient pourquoi il a décidé de poser un diagnostic de dysmorphophobie. Il peut être intéressant d'indiquer au patient les différents moyens de se renseigner sur sa pathologie, dans les livres, les

revues, les articles ou sur internet, afin qu'il en apprenne mieux de lui-même et s'identifie dans sa lecture. Cette manière d'impliquer le patient dans son diagnostic pourrait l'aider à accepter plus facilement sa dysmorphophobie.

Le plus compliqué sera d'aborder la composante physique du trouble. En effet, expliquer au patient « certes vous avez une petite cicatrice sur la joue, mais elle ne se voit pratiquement pas » pourrait être dévastateur, en raison du très faible insight de ces patients. Les patients pouvant interpréter de multiples façons les commentaires à propos de leur défaut, il vaut mieux ne pas aborder ce sujet. Il faudra cependant expliquer que chez les patients dysmorphophobiques, c'est au niveau de la vision et du traitement de l'image de soi que cela diffère, par rapport au regard d'autrui.

Ensuite il faudra expliquer ce qui a amené le praticien à établir son diagnostic, orienter la discussion sur les symptômes présents chez le patient afin qu'il comprenne que ses préoccupations et ses comportements sont caractéristiques de sa pathologie. Ainsi il faudra amener le patient à comprendre que les soins ne sont pas dans son intérêt et qu'une prise en charge spécifique serait nécessaire.

En général, le patient a besoin d'un certain temps afin d'accepter le diagnostic de sa pathologie, et augmenter son insight. Il passera sûrement par toutes les étapes du deuil : le déni, la colère, le marchandage, la tristesse, la résignation, et enfin l'acceptation. A ce moment-là, le patient pourra réagir de deux manières différentes : soit il veut tout de même bénéficier des soins, soit il accepte complètement son trouble et demande une prise en charge adaptée ⁷⁷.

L'IPCCEM (association pour le développement de l'éducation thérapeutique) a développé une proposition de compétences et d'objectifs spécifiques pour aider le patient à s'adapter à la maladie, disponible dans les annexes (annexe 1) ⁷⁸.

2.3.2 Conduite à tenir

Dans le cas où le patient persiste dans son désir de recevoir des soins, persuadé que l'intervention est la seule solution à son problème, des questions éthiques se posent :

- Doit-on refuser les soins au patient, sachant qu'il est sain d'esprit et a bien compris son diagnostic ?
- Doit-on prodiguer les soins demandés tout en sachant qu'ils ne couvriront pas les attentes du patient, même s'ils sont aux données acquises de la science ?

Il y a donc deux possibilités : fournir les soins demandés, ou les refuser et laisser le patient consulter un autre praticien.

⁷⁷ Phillips, « The presentation of body dysmorphic disorder in medical settings ».

⁷⁸ d'Ivernois et Gagnayre, « Compétences d'adaptation à la maladie du patient ».

Dans le cas où le patient a correctement saisi l'importance de traiter en priorité son trouble psychiatrique, on peut soit décider de prendre nous-même en charge le patient et sa dysmorphophobie, soit adresser le patient à un confrère plus expérimenté, un spécialiste, ou un service de psychiatrie ⁷⁹.

2.4. Adresser un patient dysmorphophobique

On va observer qu'il peut parfois s'avérer très compliqué d'adresser un patient vers un service psychologique ou psychiatrique. Lorsque c'est un patient qui a accepté sa pathologie et qui est prêt à recevoir un traitement adapté, il ne s'opposera pas à recourir à un spécialiste. Mais quand le patient reste sceptique vis-à-vis du diagnostic, il pourra refuser de se voir adressé vers ces services, et consultera à la place un autre praticien.

En effet, on a vu qu'il était délicat d'annoncer à un patient qu'il présente un trouble psychiatrique. Mais l'adresser en consultation de psychiatrie est une autre étape. Il faut lui expliquer qu'une maladie psychiatrique est comme tout autre maladie et qu'elle est donc curable, que ce n'est pas un échec ou une faiblesse mentale ; souligner le fait que la prise en charge spécifique va permettre de diminuer les préoccupations concernant le défaut, sa détresse et sa souffrance, et l'aider à avoir un quotidien plus facile et agréable. Il sera également nécessaire de le prévenir des risques d'échecs en cas de poursuite des soins, pouvant même aggraver les symptômes du trouble ^{80, 81}.

Une autre difficulté rencontrée lors d'une étude auprès d'orthodontistes en 2006 par K. Juggins et al. est la difficulté d'adresser des patients pour diverses raisons :

- Ils ne savaient pas à qui adresser, ou n'avaient personne à qui adresser (45.2 %),
- Ils avaient peur de la réaction du patient (15.8 %),
- L'équipe psychologique niait la nécessité d'une consultation spécialisée (12.4 %),
- La liste d'attente des consultations psychiatriques était bien trop longue (9.6 %) ⁸².

Ce qui est certain, c'est que la meilleure solution pour ces patients est de les adresser dans un service de psychiatrie, à un praticien qui a l'habitude de traiter les patients dysmorphophobiques, ou bien à un praticien spécialiste des troubles obsessionnels compulsifs. Mais il sera également important de continuer à recevoir le patient pour les autres soins, et pour suivre l'avancée de sa prise en charge psychologique ⁸³.

⁷⁹ Dds et Adair, « Mental disorders in dental practice ».

⁸⁰ Phillips, « The presentation of body dysmorphic disorder in medical settings ».

⁸¹ Scott et Newton, « Body dysmorphic disorder and aesthetic dentistry ».

⁸² Juggins et al., « Psychological support for orthognathic patients. what do orthodontists want ? »

⁸³ De Jongh, Cosmetic dentistry : concerns with facial appearance and body dysmorphic disorder.

2.5. Aspects éthiques de la prise en charge chirurgicale

Le problème soulevé plus haut n'est qu'un aspect de toute la problématique que pose la prise en charge de tels patients au cabinet dentaire.

Primum non nocere, la priorité pour tout professionnel de santé sera de ne pas nuire à son patient.

Nous ne sommes plus dans un modèle paternaliste ou nous décidons des traitements pour nos patients, aujourd'hui le patient a le droit de décider de ses soins et doit fournir son consentement ⁸⁴. Ce sera donc au praticien de convaincre le patient de la non-nécessité des soins, et de l'utilité d'une consultation psychiatrique.

2.5.1 Cas où le trouble dysmorphophobique est diagnostiqué

Si le praticien a bien diagnostiqué la pathologie, alors il sait que le traitement adapté est la prise en charge psychiatrique du trouble. Néanmoins, un patient insistant donnera facilement son consentement pour l'intervention, et si le praticien la réalise correctement, pourrait-il être poursuivi en cas d'échec ?

Mis à part les compétences du praticien concernant l'intervention, il est également nécessaire que celle-ci soit aux données acquises de la science, et permette une amélioration physique et mentale du patient. C. Majdalani indique que ces soins ne feront qu'aggraver le trouble de l'image corporel perçu par le patient. Il est donc clair que le traitement interventionnel n'est pas approprié pour un patient dysmorphophobique, et le praticien sera donc responsable des dommages psychologiques qu'il aura causé ⁸⁵.

A. Rosten montre dans ses recherches de 2018 que les études prouvent que plus de 60 % des interventions orthodontiques réalisées sur les patients dysmorphophobiques se résultent par un échec (pas de changement ou aggravation des symptômes de la pathologie). Elle dit clairement « une fois qu'un patient a été formellement diagnostiqué dysmorphophobique, il n'est pas recommandé de fournir le traitement esthétique demandé » ⁸⁶. Comme le rappelle le Dr Pirnay : « Le praticien est responsable des suites dommageables des soins qu'il prodigue si eu égard à son obligation de moyens, il s'est rendu coupable d'une imprudence, d'une inattention ou d'une négligence révélant la méconnaissance de ses devoirs » ⁸⁷. Dans ce cas, l'intervention constituera donc une faute du praticien, et il pourra répondre de son tort devant le patient et un chirurgien-dentiste expert.

⁸⁴ Pirnay, « L'information et le consentement - Référentiel de cours Paris V ».

⁸⁵ Majdalani, *Traiter la dysmorphophobie, l'obsession de l'apparence*.

⁸⁶ Rosten, Cunningham, et Newton, « Body dysmorphic disorder : a guide to identification and management for the orthodontic team ».

⁸⁷ Pirnay, « La responsabilité médicale - Référentiel de cours Paris V ».

2.5.2 Cas où le trouble dysmorphophobique n'est pas diagnostiqué

Maintenant, dans le cas où aucun trouble dysmorphophobique n'est diagnostiqué, s'agirait-il d'une faute du praticien de ne pas avoir réalisé d'évaluation psychiatrique, ou de ne pas l'avoir réalisée correctement ?

Concernant les patients consultant dans un service d'orthodontie, F. Benkimoun affirme : « Ne pas prendre en compte la dimension psychologique de nos patients constitue une dérogation à l'éthique professionnelle, dans la mesure où nos actes ont des conséquences psychologiques »⁸⁸. Cependant, le code de déontologie des chirurgiens-dentistes ne mentionne pas l'obligation de réaliser une évaluation psychiatrique avant chaque traitement esthétique.

Dans le cas où les soins ont été réalisés aux données acquises de la science, le praticien ne pourra pas être mis en cause s'il s'avère que le patient souffrait de dysmorphophobie, ou à la suite de l'apparition d'une dysmorphophobie après l'intervention.

2.6 Conséquences de la pathologie auprès du praticien

2.6.1 Agressivité et violence

Les études montrent que les patients dysmorphophobiques présentent souvent des périodes agressives ou des épisodes violents. Ainsi, dans l'étude de G. Perugi et al., 29 % des hommes et 46 % des femmes ont répondu positivement à au moins une de ces deux caractéristiques :⁸⁹

- Êtes-vous parfois enragés au point de perdre le contrôle et devenir insultant, agressif et violent ?
- Dans ce moment-là, vous arrive-t-il de briser des objets ou de frapper dans les murs ou les portes ?

Étant alors déjà agressif à cause du trouble, un patient non satisfait des soins reçus peut rapidement devenir un vrai cauchemar. Surtout quand les soins entraînent une aggravation des symptômes de la dysmorphophobie. On peut noter des cas où les patients se sont montrés violents envers leurs praticiens après l'intervention, notamment lors d'une étude de I. Sweis et al. de 2017 auprès de 265 chirurgiens esthétiques, où 29 % des praticiens ont déclaré avoir déjà été menacé par un patient dysmorphophobique. On pourra même noter quelques cas d'homicides de praticiens par le patient (au moins 3 depuis 1991)⁹⁰.

⁸⁸ Benkimoun F., « How to evaluate psychological risks ».

⁸⁹ Perugi et al., « Gender-related differences in body dysmorphic disorder (dysmorphophobia) ».

⁹⁰ Sweis et al., « A review of body dysmorphic disorder in aesthetic surgery patients and the legal implications ».

2.6.2 Plaintes déposées

A. Rosten parle dans ses travaux d'une enquête qui avaient été menée auprès de membre de la Société américaine de chirurgie plastique et esthétique, et dont 29 % avaient déclaré avoir déjà été attaqués en justice par un patient, 2 % attaqués physiquement, et 10 % attaqués physiquement et en justice.

Un cas clinique a été décrit, celui du Dr. Hugo et de sa patiente Lynn : En 2001, le Dr. Hugo réalise une liposuction et une plastie abdominale. La patiente avait donné son consentement en signant un formulaire attestant qu'elle était consciente des risques du traitement, et n'avait pas été diagnostiquée dysmorphophobie à ce moment-là. Cependant, à la suite du traitement, Lynn n'est pas satisfaite du résultat et tente une action en justice contre le praticien. Ses avocats ont expliqué qu'elle souffrait de dysmorphophobie et qu'elle n'était donc pas apte à consentir à un traitement esthétique, mais comme le diagnostic a été réalisé post-traitement, il n'y avait pas de preuve comme quoi elle était inapte à consentir au moment du traitement, et le consentement était donc valable.

A. Rosten explique donc qu'un orthodontiste effectuant un traitement sur un patient dysmorphophobie peut être condamné en cas d'action en justice, car le consentement peut ne pas être accepté si le patient avait déjà été diagnostiqué auparavant⁹¹.

2.7 Cas cliniques

2.7.1 Mme A.

Au cours d'un entretien, le Pr Pirnay nous a confié le cas de Mme A., une danseuse étoile à l'opéra de Paris qui ne supportait pas l'aspect de ses molaires, pourtant saines et tout à fait ordinaires. Elle voulait absolument que le Pr Pirnay les lui extraie car elle les trouvait disgracieuses lorsqu'elle effectuait certaines figures. Mme A présentait clairement une dysmorphophobie et le Pr Pirnay a refusé d'accéder à sa demande, elle n'est plus revenue le consulter ensuite.

2.7.2 Mr Y.

Mr Y. est un jeune étudiant en médecine de 20 ans. Il est obsédé par ses muscles et passe tellement de temps à la salle de sport à scruter leur volume et leur évolution dans le miroir qu'il n'a plus le temps d'aller en cours. Les rares fois où il sort avec ses amis, il passe son temps à les questionner sur leur perception de sa musculature. Quand il participe à des soirées, il danse de telle sorte à ce que ses mouvements rendent ses muscles bien saillants. Ce qui l'a finalement fait prendre conscience de son

⁹¹ Rosten, Cunningham, et Newton, « Body dysmorphic disorder : a guide to identification and management for the orthodontic team ».

problème, c'est lorsque sa copine l'a quitté, lui expliquant que pendant l'acte sexuel, il était plus préoccupé par ses pectoraux que par elle ⁹².

2.7.3 Mme X.

Au cours d'un entretien, le Pr. Pirnay nous a confié l'histoire de cette patiente :

En 2016, Mme X. consulte un chirurgien-dentiste particulièrement qualifié en esthétique et lui explique qu'elle a entrepris la réalisation de couronnes antérieures esthétiques il y a quelques années, mais qu'elles ne la satisfont pas, malgré les avoir refaites plusieurs fois en consultant tous les praticiens de la ville. Elle lui explique qu'il est sa « dernière chance », et qu'il s'il ne réussit pas à la soigner correctement, elle perdrait tout espoir de retrouver un jour son beau sourire. Fort de ses compétences, le chirurgien-dentiste réalise un traitement au résultat esthétique excellent, et explique à la patiente que le traitement a été correctement entrepris et que tout était réglé.

Quelques semaines plus tard, le chirurgien-dentiste est satisfait d'avoir réussi son traitement. Cependant, il reçoit un courrier de celle-ci : elle explique qu'elle n'était toujours pas satisfaite du résultat esthétique et que sa détresse après son traitement était telle qu'elle ne pouvait plus supporter sa vie, et a donc mis fin à ses jours.

2.7.4 Mme K.

Mme K. est une femme de 32 ans, divorcée et mère de trois enfants, qui présente des difficultés pour gérer son foyer et ses études en même temps. Elle consulte un chirurgien-dentiste pour un contrôle. Il lui fait part de la nécessité de consulter un chirurgien oral afin d'extraire les dents de sagesse, cariées. Elle a des doutes concernant le diagnostic du chirurgien-dentiste et la nécessité de l'intervention mais n'ose pas les lui exprimer.

Le chirurgien, considérant que le chirurgien-dentiste avait déjà informé la patiente et qu'elle avait consenti à la procédure, réalise l'extraction des quatre dents de sagesse sous anesthésie locale.

De retour chez elle, la patiente s'effondre émotionnellement, se sentant violée par une opération qui n'était pas nécessaire. Peu à peu elle commence à observer un changement de son apparence, elle voit ses mâchoires décalées, et perçoit ce changement comme une dévastation de son physique.

Au cours des mois suivants, elle souffre de maux de têtes, d'insomnies, et cesse alors d'étudier car elle ne peut plus se concentrer. Elle passe plusieurs heures par jour à s'occuper de son apparence.

Plus tard, elle retourne consulter le chirurgien oral afin de se faire poser des implants à la place des dents de sagesse extraites. Elle estime que cela rétablirait ses mâchoires et résoudrait son problème.

⁹² Majdalani, *Traiter la dysmorphophobie : l'obsession de l'apparence*.

Le chirurgien refuse, lui expliquant que des implants à cet endroit ne sont pas la solution, et l'adresse vers un chirurgien-dentiste. Ce dernier lui explique également qu'aucun traitement n'est nécessaire, et l'adresse vers un psychiatre.

Mme K. devient de plus en plus dépressive et tente de se suicider. Elle a refusé de consulter un psychiatre, car les implants sont son seul espoir pour résoudre son problème, qui était, selon elle, uniquement d'origine dentaire. Elle a donc préféré voir un autre chirurgien-dentiste et le suivi de la patiente a été perdu ⁹³.

2.7.5 Les stars

On peut également citer les cas de certaines personnalités ayant eu recours à de nombreuses reprises à de la chirurgie esthétique, comme Michael Jackson ou Andy Warhol, qui partageaient une obsession du nez qui les poussait à pratiquer des rhinoplasties (9 au total pour Michael Jackson). Ils ne cherchaient pas la correction d'un défaut physique, mais c'était plutôt la façon dont ils pensaient être perçus qui les poussé à dépasser les limites.

Miley Cyrus, la jeune star américaine, a confié à quel point sa dysmorphophobie lui a « rongé » son adolescence. En effet, elle décrit que toutes ses photos excessivement retouchées ont grandement contribuées à l'apparition du trouble et sa crainte d'être laide.

Plusieurs personnalités actives sur les réseaux sociaux ont également décrit avoir développé une dysmorphophobie à cause de commentaires désobligeants sur leurs physique, et se sont alors focalisées négativement sur une partie de leur corps à cause des points de vue d'inconnus.

Une prise en charge psychologique paraît donc indispensable pour traiter correctement ces patients et leur permettre d'accepter leur physique.

Figure 2 : Michael Jackson, avant-après



Source : Skyrock, « Michael Jackson pop », 2009.

⁹³ de Jongh et Adair, « Mental disorders in dental practice : a case report of body dysmorphic disorder ».

3 : Prise en charge spécialisée du patient

La prise en charge d'un patient dysmorphophobique doit inclure un accompagnement psychologique du patient, que l'intervention chirurgicale soit réalisée ou non. Par ailleurs, dans la plupart des cas, cette intervention se conclue par un échec en l'absence de consultation chez un psychologue ou un psychiatre⁹⁴. J. Tignol et al. décrivent les résultats d'une intervention chez un certain nombre de patients :

- Aucun résultat : la partie traitée est inchangée dans 57 % des cas
- Résultat positif : la partie traitée est améliorée dans 21 % des cas
- Résultat négatif : patients constatant leur dysmorphophobie s'aggraver après traitement : 22 % en cas de chirurgie, 8 % en dermatologie et 50 % pour les soins dentaires⁹⁵.

Il sera donc primordial d'expliquer au patient que l'importance de la première consultation chez un spécialiste de la santé mentale, afin qu'il puisse poser un diagnostic sûr et précis, et établir une prise en charge pluridisciplinaire adaptée, pour, au terme des soins, obtenir le bien-être du patient.

On décrira les deux principales thérapeutiques les plus efficaces dans la prise en charge de la dysmorphophobie : le traitement psychologique et le traitement médicamenteux.

3.1. Psychothérapies

Les psychothérapies présentent plusieurs dimensions et peuvent être multiples et variées, on parlera ici principalement des méthodes de psychoéducatons et de motivation au traitement, décrites par Dr Majdalani comme les étapes préliminaires à la psychothérapie, et de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) comme traitement de la dysmorphophobie.

3.1.1. La psychoéducation

La psychoéducation va désigner l'ensemble des entretiens durant lesquels le thérapeute expliquera son trouble au patient. L'objectif de cette étape préliminaire est d'améliorer l'insight du patient, sa conscience du trouble dysmorphique. Car en effet, avant de débiter une prise en charge psychologique, ces patients sont persuadés que leur problème se situe au niveau de leur apparence

⁹⁴ Rosten, Cunningham, et Newton, « Body dysmorphic disorder : a guide to identification and management for the orthodontic team ».

⁹⁵ Tignol, Martin-Guehl, et Aouizerzate, « Body dysmorphic disorder (BDD) ».

physique, et la difficulté de la psychoéducation sera de leur apprendre à comprendre l'origine de leur trouble, qui se situe dans l'image « non fidèle » de leur corps qu'ils perçoivent.

A. Fang décrit un entretien au cours duquel le patient et le thérapeute vont ensemble développer une introduction au modèle cognitivo-comportementale afin de comprendre les symptômes spécifiques au patient, ainsi que les facteurs potentiels à l'origine du trouble, ou participants à son maintien ⁹⁶.

C. Majdalani divise cette psychoéducation en deux étapes avec deux caractéristiques à discuter :

- La définition du trouble : le thérapeute va établir une définition de la dysmorphophobie dans laquelle le patient pourra s'identifier, ils en discuteront les détails et les différents points essentiels afin que le patient puisse prendre conscience peu à peu de la spécificité de son trouble. Ils rédigeront une fiche personnalisée définissant la dysmorphophobie du patient, afin qu'il puisse s'y retrouver au fil des séances.
- Le caractère pathologique du trouble : le thérapeute va décrire au patient les différences existantes avec un individu non dysmorphophobique. Quelques-unes de ces différences sont abordées dans le tableau 4 ⁹⁷.

Tableau 4 : Différences de perception entre un individu dysmorphophobique et un individu sain

Patient dysmorphophobique	Individu sain
Douloureusement et honteusement insatisfait de son corps	N'est pas nécessairement satisfait de son corps
Image corporelle perçue déformée et non fidèle à l'apparence physique	Image corporelle plutôt fidèle de l'apparence physique objective
Perçoit son corps en mode « zoom sur les défauts »	Possède une vision globale de son corps, des défauts comme des qualités
Recours à la chirurgie esthétique nécessaire voire vital	Le recours à la chirurgie esthétique est un bonus, ou un luxe

Source : Majdalani, *Traiter la dysmorphophobie*, 2017.

Au fil des séances de psychoéducation, le patient prend peu à peu conscience que le problème se situe dans sa perception déformée de son image corporelle et sera plus enclin à entamer une réelle thérapie psychologique.

⁹⁶ Fang et Wilhelm, « Clinical features, cognitive biases, and treatment of body dysmorphic disorder ».

⁹⁷ Majdalani, *Traiter la dysmorphophobie : l'obsession de l'apparence*.

Chaque thérapeute pratique ses propres méthodes, mais le Dr K.Hong ajoute comme contrôle de la psychoéducation des appels téléphoniques hebdomadaires afin d'entretenir avec le patient une relation professionnelle plus solide ⁹⁸.

On peut alors aborder la seconde étape préliminaire à la psychothérapie.

3.1.2. Entretiens motivationnels

Les différents auteurs (Wilhelm, Phillips, Krebs, Ritter, Majdalani, etc.) ayant travaillé sur la psychothérapie s'accordent à dire que la motivation du patient au changement est la clé du succès des traitements.

En effet, au cours de leurs travaux de 2011 à 2016, les Dr S. Wilhelm et K. Phillips ont mené à bien des thérapies cognitivo-comportementales sur 12 patients dysmorphophobiques, et parmi eux, un patient a décidé d'interrompre les thérapies, entre autres à cause de son manque de motivation à modifier ses habitudes comportementales. De plus, que la thérapeutique finale soit chirurgicale, psychologique ou médicamenteuse, les entretiens motivationnels permettront au patient de mieux cerner son besoin afin qu'il puisse envisager un éventuel succès des traitements, et donc un meilleur engagement de sa part ⁹⁹.

V. Ritter et al. ont étudié en 2016 la motivation des patients consultant en dermatologie à recevoir une aide psychologique au cours des traitements. Et contrairement à ce que l'on pourrait penser, ce sont les patients présentant un trouble dysmorphique du corps qui ont montré le plus haut niveau de motivation au changement, en acceptant un travail actif sur leurs problèmes et leur comportement, et un support psychologique ¹⁰⁰.

La motivation et l'engagement du patient sont donc primordiaux pour le bon déroulement du travail psychologique. C'est un véritable atout thérapeutique qui va permettre au patient de supporter plus facilement l'apprentissage des nouveaux comportements, l'adhésion thérapeutique, ainsi que surmonter les phases de résistance auxquelles il pourra faire face. C Majdalani décrit dans son œuvre les différentes composantes que devront aborder les entretiens motivationnels :

- La réelle demande du patient : il faut prendre le temps de former avec le patient une bonne alliance thérapeutique afin de déceler ses pensées cachées et découvrir ses émotions derrière son trouble. Une fois la demande identifiée, il faudra encourager le patient en lui faisant voir la thérapeutique comme un challenge à surmonter en différentes étapes.

⁹⁸ Hong, Nezgovorova, et Hollander, « New perspectives in the treatment of body dysmorphic disorder ».

⁹⁹ Wilhelm et al., « Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder ».

¹⁰⁰ Ritter et al., « Body dysmorphic concerns, social adaptation, and motivation for psychotherapeutic support in dermatological outpatients ».

- Comprendre les obsessions et les croyances du patient : le patient devra faire un travail personnel à travers une fiche à remplir durant une semaine, que lui remet le thérapeute. Il devra y noter toutes ses préoccupations corporelles ainsi que leur intensité. Il devra ensuite en discuter avec le thérapeute afin de comprendre ce qu'il reproche à ces zones corporelles et donc identifier ses croyances. Par exemple, une patiente complexée par sa pilosité est persuadée qu'elle ressemble à un singe, et que son entourage pense à un singe quand ils la regardent, ou une autre qui pense qu'à sa prochaine rencontre avec un homme, il s'enfuira pour vomir, dégoûté par l'aspect de son menton.
- Identifier les comportements compulsifs : tout comme les obsessions, le patient devra consigner sur une fiche durant une semaine tous les comportements qu'il adopte en lien avec ses obsessions, et les classer en 4 catégories (les vérifications, la recherche de réassurance, les comportements de rassurement et les évitements). Il faudra ensuite réfléchir avec le patient sur le temps quotidien nécessaire pour accomplir ces comportements, et ainsi lui montrer que la vraie problématique est la conséquence négative de ces comportements.
- Trouver les déclencheurs des obsessions : c'est la dernière étape, qui consiste à identifier avec le patient les situations qui ont déclenché, qui déclenchent ou qui pourraient déclencher ses symptômes. Il devra noter sur une autre fiche toutes les situations probables qui pourraient déclencher ou majorer ses préoccupations. Par exemple, se trouver en présence d'un bel homme ou d'une belle femme, au moment de prendre une photo, ou de prendre la parole en public, par peur d'être le centre d'attention. Cela peut aussi être une situation périodique comme l'arrivée de l'été, de l'hiver, ou des règles pour les femmes ¹⁰¹.

Une fois ces étapes préliminaires terminées, le thérapeute pourra alors cerner précisément la dysmorphophobie de son patient, ainsi que toutes les composantes spécifiques à celui-ci. Il va alors pouvoir établir de manière efficace, rapide et personnalisées les étapes suivantes de la psychothérapie, dont il a pu assurer le bon déroulement avant même de les avoir débutées.

3.1.3 Thérapie cognitivo-comportementale

L'équipe de Psycom édite une brochure en 2018 expliquant les principes de la thérapie cognitivo-comportementale. « C'est une thérapie brève, qui porte sur les interactions entre pensées, émotions et comportements. Elle a pour objectif d'aider la personne à mieux comprendre les schémas de pensées négatives à l'origine de comportements inadaptés qui peuvent être sources de détresse psychique ». Elle est cognitive car le thérapeute va apprendre au patient à modifier ses pensées

¹⁰¹ Majdalani, *Traiter la dysmorphophobie : l'obsession de l'apparence*.

négatives et adopter de nouvelles façons de penser plus adaptées ; et comportementale car le patient devra bouleverser ses comportements compulsifs et en apprendre de nouveaux ¹⁰².

A cet instant, l'insight du patient (sa conscience du trouble) a été renforcé, il est motivé, et connaît précisément les caractéristiques de son trouble, il est donc prêt à entamer une thérapie psychologique.

La thérapie s'étend en général sur quelques semaines à quelques mois, avec entre 12 et 22 séances hebdomadaires d'une heure selon V. Krebs, avec entre chaque séance des exercices à réaliser par le patient. Cette thérapie demande donc du temps et de l'investissement de la part du patient, d'où l'importance des précédents entretiens motivationnels ¹⁰³. En aucun cas cette thérapie ne devra être entamée par le chirurgien-dentiste ou par un autre praticien non professionnel de la santé mentale.

3.1.3.1 La dimension cognitive de la thérapie

A ce niveau-là, le patient devra apprendre à modifier sa façon de penser par différents exercices à réaliser avec le thérapeute puis par lui-même entre les séances. Ces exercices devront lui permettre d'augmenter le contrôle de soi et diminuer son niveau d'anxiété. Dans ses travaux de 2015, A. Fang décrit un exercice à faire au patient qui lui permet d'apprendre à se voir d'une vision générale plutôt qu'en mode « zoom sur défauts » de manière négative : le patient se place devant un miroir et est invité à décrire chaque partie de son corps une à une sans y associer de critère de jugement ¹⁰⁴.

Il faut donc remplacer ses croyances biaisées par d'autres plus adaptées à la réalité, par exemple le patient qui pense que son entourage ne pense qu'à ses dents et à leur teinte quand il parle ou il sourit, devra adopter de nouvelles pensées plus proches de la réalité : « Quand je parle, les gens seront focalisés sur ce que je dis plutôt que de fixer mes dents. »

C. Majdalani divise la réalisation de ces exercices en 6 étapes :

- Identifier les croyances à défier
- Reconstituer le développement des croyances
- Identifier les mécanismes de distorsions négatives
- Faire douter le patient de la certitude de ses croyances
- Ajuster les croyances sur l'apparence
- Œuvrer vers une alternative ¹⁰⁵.

Grâce à cela, V. Krebs préconise au patient de s'entraîner à gérer ses pensées à travers diverses situations de plus en plus anxiogènes en résistant à la tentation de ses comportements compulsifs, par

¹⁰² Loubières et Villemonteix, « Thérapie comportementale et cognitive (TCC) ».

¹⁰³ Krebs, Cruz, et Mataix-Cols, « Recent advances in understanding and managing body dysmorphic disorder ».

¹⁰⁴ Fang et Wilhelm, « Clinical features, cognitive biases, and treatment of body dysmorphic disorder ».

¹⁰⁵ Majdalani, *Traiter la dysmorphophobie : l'obsession de l'apparence*.

exemple pour débiter mettre en place une discussion hypothétique avec un proche qui présenteraient des pensées dysmorphophobiques et le patient devra l'aider à modifier son mode de pensée comme il l'a appris avec le thérapeute. Il pourra même s'exercer par la suite de manière plus expérimentale à travers des épreuves de réalité au cours de l'apprentissage comportemental : Un patient complexé par ses dents, découvrant très peu les lèvres en parlant devra se rendre à la boulangerie, parler normalement, et enfin sourire à la boulangère en découvrant les lèvres et constatera qu'elle ne s'enfuit pas en courant à la vision de ses dents ¹⁰⁶.

Il aborde donc progressivement la dimension comportementale de la thérapie cognitivo-comportementale.

3.1.3.2 La dimension comportementale de la thérapie

Les comportements compulsifs qu'a adopté le patient le soulagent sur le court terme, mais prennent tellement de place dans son quotidien qu'ils en deviennent nocifs et dévastateurs à moyen et long terme. Grâce aux fiches réalisées au fil des séances précédentes, le thérapeute et son patient devront choisir les comportements à réduire ou à éliminer, de manière progressive.

S. Wilhelm et al. préconisent d'établir une hiérarchie des situations anxiogènes, et le patient devra s'exposer à ces situations en débutant par la situation la plus simple à gérer pour lui, en décidant de réduire certains comportements concernés. Grâce à l'apprentissage cognitif, une femme qui déteste ses cheveux qui se couvre toujours la tête pourra alors sortir en laissant découvrir de plus en plus sa chevelure ¹⁰⁷. Cependant, comme le soulignent D. Veale et al., certains comportements demanderont au patient une grande autonomie car ils ne pourront pas être contrôlés par le thérapeute, comme le skin picking, ou le temps passé devant un miroir avant de sortir ¹⁰⁸.

Il s'agira donc de résister à tous ces comportements et de diminuer leur ampleur, afin de les rendre compatibles avec une vie normale pour le patient. Ils devront donc établir une nouvelle fiche de comportements compulsifs, comme C. Majdalani procède lors de ses thérapies, et en mettre à jour les objectifs au cours des entretiens. Par exemple le temps passé par le patient devant un miroir sera réduit et réservé uniquement pour se coiffer dix minutes avant de sortir.

¹⁰⁶ Krebs, Cruz, et Mataix-Cols, « Recent advances in understanding and managing body dysmorphic disorder ».

¹⁰⁷ Wilhelm et al., « Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder ».

¹⁰⁸ Veale et al., « Efficacy of cognitive behaviour therapy versus anxiety management for body dysmorphic disorder : a randomised controlled trial ».

Au fil des semaines, avec le nouveau mode de pensée acquis et les premières situations anxiogènes affrontées, le patient sera au maximum de sa motivation et pourra se voir confronté aux situations les plus compliquées, comme par exemple le cas du patient qui ira sourire à la boulangère.

Le patient comprend donc qu'il est entré dans un cercle vicieux créé par ses comportements compulsifs, et doit en apprendre de nouveaux afin d'en sortir ¹⁰⁹.

Les principes de la thérapie sont sensiblement les mêmes pour tous les thérapeutes mais chacun les appliquera selon sa manière de procéder et en fonction de ses patients. Il se doit d'être très flexible, ne jamais cesser d'encourager le patient et même le pousser à prévoir une récompense pour ses succès.

3.1.4 Les résultats à long terme

On a vu précédemment que la dysmorphophobie est une pathologie complexe qui nécessite une prise en charge ciblée et adaptée, en conservant un suivi du patient, car le taux de rechute reste significatif et en cas de bonne prise en charge le taux de rémission (complète ou non) est élevé. En 2015, D. Veale et al. retrouvent des résultats similaires dans leurs recherches et expliquent que par rapport aux autres troubles plus courants, la dysmorphophobie nécessite plus d'investissement dans la thérapie et la maintenance afin de prévenir au maximum la rechute, et maximiser le taux de rémission ¹¹⁰.

En 2015 également, A. Fang et al. ont analysé les différentes études ayant testé l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale. Bien que les méthodes thérapeutiques se soient pas toutes identiques, les différentes études laissent observer une amélioration significative des symptômes dysmorphophobiques des patients, jusqu'à 6 mois post-traitement ¹¹¹.

Plus récemment en 2017, G. Krebs et al. réalisent un suivi sur 12 mois pour 22 des 26 patients ayant suivi une thérapie cognitivo-comportementale. L'étude montre que tant qu'un suivi psychologique est assuré, on peut s'attendre à une baisse significative des symptômes, car en effet, les patients restent vulnérables et le taux de rechute est élevé. Un suivi à long terme est donc recommandé selon eux pour maintenir les bons résultats de la thérapie ¹¹².

Puis, en 2018, K. Hong et al. étudient les traitements de la dysmorphophobie et démontrent également l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale à moyen terme. Ils préconisent des traitements médicamenteux sur le long terme afin de maintenir le succès de la thérapie ¹¹³.

¹⁰⁹ Majdalani, *Traiter la dysmorphophobie : l'obsession de l'apparence*.

¹¹⁰ Veale, Miles, et Anson, « Long-term outcome of cognitive behavior therapy for body dysmorphic disorder : a naturalistic case series of 1 to 4 years after a controlled trial ».

¹¹¹ Fang et Wilhelm, « Clinical features, cognitive biases, and treatment of body dysmorphic disorder ».

¹¹² Krebs et al., « Long-term outcomes of cognitive-behavioral therapy for adolescent body dysmorphic disorder ».

¹¹³ Hong, Nezgovorova, et Hollander, « New perspectives in the treatment of body dysmorphic disorder ».

3.2. Traitements médicamenteux

E. Siegfried et al. expliquent dans leur recherche au sein de l'hôpital Sainte-Anne en 2018 que les recommandations internationales préconiseront en première intention la thérapie cognitivo-comportementale dans la plupart des cas. Ensuite, un traitement médicamenteux spécifique pourra être prescrit en cas d'échec de la TCC, ou chez les patients présentant des symptômes sévères, comme un syndrome dépressif majeur ou des comportements suicidaires. Le traitement de choix sera l'utilisation d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS). D'autres médicaments ont été également évoqués et testés mais aucun n'a démontré de réelle efficacité utilisé seul¹¹⁴.

3.2.1. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine

D'après les recherches de J. Tignol et al. en 2012, c'est le Dr. Hollander qui a été le premier à traiter avec succès la dysmorphophobie par un inhibiteur de recapture de la sérotonine et en a démontré son efficacité : la fluoxétine. La molécule va agir comme un antagoniste de la sérotonine et va permettre une augmentation du taux du neurotransmetteur dans le cerveau, ce qui va agir sur la charge émotionnelle du patient et diminuer les symptômes dépressifs. C'est également la molécule de choix pour les traitements des TOCs, et le mode d'utilisation est identique : une dose élevée prescrite et un délai d'action long. La dose prescrite peut parfois être supérieure à celle utilisée habituellement pour les TOCs¹¹⁵.

Et G. Krebs et al. ont étudié en 2017 les résultats des différentes études contrôlées randomisées testant l'efficacité des IRS les plus couramment utilisés (la fluoxétine, la fluvoxamine, l'escitalopram, et la clomipramine) et trouvent un taux de succès de 53 à 70 %¹¹⁶.

Les auteurs s'accordent à dire qu'on ne peut pas déclarer un IRS inefficace avant 12 semaines de traitement à la dose maximale tolérée.

3.2.2. Les résultats à long terme

En raison du risque élevé de rechute, les différents auteurs préconisent la poursuite du traitement à long-terme afin de diminuer ce risque. La dose sera peu à peu réduite afin de d'atténuer les effets secondaires liés au traitement : nausées, troubles gastro-intestinaux, anxiété, troubles sexuels, troubles du sommeil et prise de poids. K. Hong et al. décrivent les résultats obtenus lors de l'étude contrôlée randomisée de K. Phillips et al. en 2016 : après un traitement efficace de patients dysmorphophobiques par IRS, un groupe a continué à en prendre pendant 6 mois, et un autre a pris

¹¹⁴ Siegfried, Ayrolles, et Rahioui, « L'obsession de dysmorphie corporelle : perspectives d'évolution de la prise en charge ».

¹¹⁵ Tignol, Martin-Guehl, et Aouizerzate, « Body dysmorphic disorder (BDD) ».

¹¹⁶ Krebs, Cruz, et Mataix-Cols, « Recent advances in understanding and managing body dysmorphic disorder ».

un placebo. 40 % des patients du groupe placebo ont rechuté, contre 18 % des patients ayant continué le traitement ¹¹⁷. On observe donc une réduction du risque de rechute en poursuivant le traitement au long cours, mais le risque reste toujours présent.

3.2.3. Échec du traitement

En cas d'échec du traitement par IRS, E. Siegfried et al. décrivent plusieurs options :

- Augmenter la posologie du médicament au-delà de la dose autorisée
- Utiliser un autre IRS en relais, qui est une stratégie plutôt recommandée car on obtient un résultat positif dans 43 % des cas.

Une troisième option a également été testée, mais montre des résultats plutôt faibles : il s'agit d'utiliser un autre médicament en potentialisation des IRS, comme des antipsychotiques ou des neuroleptiques ¹¹⁸.

Cependant, l'étude plus récente de K. Hong explique que l'administration de neuroleptiques de seconde génération (la rispéridone notamment) ou d'anxiolytique non benzodiazépinique (la buspirone) en complément de l'IRS peut être efficace. Il s'appuie sur une méta-analyse de 14 essais contrôlés randomisés en double aveugle réalisée en 2015 démontrant significativement l'efficacité des neuroleptiques en potentialisation d'un IRS chez des patients souffrant de TOCs, et se montrant résistant au traitement par IRS ^{119, 120}.

¹¹⁷ Hong, Nezgovorova, et Hollander, « New perspectives in the treatment of body dysmorphic disorder ».

¹¹⁸ Siegfried, Ayrolles, et Rahioui, « L'obsession de dysmorphie corporelle : perspectives d'évolution de la prise en charge ».

¹¹⁹ Hong, Nezgovorova, et Hollander, « New perspectives in the treatment of body dysmorphic disorder ».

¹²⁰ Dold et al., « Antipsychotic augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder : an update meta-analysis of double-blind, randomized, placebo-controlled trials ».

4 : Étude réalisée auprès de chirurgiens-dentistes

4.1 Matériel et méthode

Notre étude porte sur la dysmorphophobie dans le cadre de l'activité de la chirurgie dentaire. Elle a pour objectif d'évaluer le niveau de connaissance des praticiens concernant la pathologie. Nous avons cherché à savoir d'une part si les chirurgiens-dentistes connaissaient la dysmorphophobie, et s'ils avaient déjà reçu en consultation un patient atteint de ce trouble, ou présentant certains signes évocateurs du trouble, et d'autre part, s'ils avaient déjà adressé un patient dysmorphophobique vers un professionnel de la santé mentale.

Notre étude a été réalisée grâce à un questionnaire conçu à partir du site Google Forms, proposé par internet à des chirurgiens-dentistes du groupe « Dentistes de France » du réseau social Facebook, comportant 19 767 membres. Les participants ont rempli anonymement le questionnaire, afin de permettre une plus grande liberté des réponses.

Il existe néanmoins quelques biais de sélection :

- Il y a statistiquement plus de jeunes praticiens sur les réseaux sociaux,
- Ce groupe comprend une majorité de chirurgiens-dentistes, mais également des assistantes dentaires, des étudiants, des prothésistes dentaires, etc.,
- Seront-seulement interrogées les personnes ayant accès à Facebook, ce groupe ne représente donc pas la totalité des chirurgiens-dentistes de France.

Nous avons choisi un questionnaire court et simplifié pour permettre aux chirurgiens-dentistes d'y répondre rapidement, et ainsi augmenter le taux de réponses obtenu. Il comporte 7 questions, qui permettent une interprétation assez simple des résultats obtenus, et une synthèse claire. Grâce à ces 7 questions, nous pouvons évaluer le niveau de connaissance global des chirurgiens-dentistes concernant la dysmorphophobie. J'ai sélectionné ces questions car ce sont celles-ci que je me suis posé en tant que futur chirurgien-dentiste.

Nous l'avons mis en ligne le 11 décembre et l'avons retiré le 16 décembre. Nous y avons joint une note expliquant brièvement la pathologie.

Les réponses sont collectées grâce à l'outil de Google Forms, permettant de lire chaque réponse individuellement, ou sous forme de graphique pour les questions à choix multiples.

En 5 jours, nous avons pu recueillir 164 réponses anonymes.

Voici le questionnaire utilisé :

Questionnaire sur la dysmorphophobie

« Bonjour, merci pour le temps que vous consacrerez à ce questionnaire.

Je réalise ma thèse sur la dysmorphophobie, un trouble psychiatrique très peu connu mais assez répandu surtout chez les patients consultants en secteur esthétique. Ces patients ont la phobie de paraître difforme, à cause d'un défaut léger ou imaginaire. Leur perception de leur corps est altérée, non fidèle à la réalité et le patient est persuadé que la correction du défaut par l'intervention esthétique est la seule solution. Ces patients peuvent être anxieux, dépressifs, éviter de sortir de chez, et parfois même tenter de se suicider.

Exemple : Un patient qui se trouve complètement déformé après une extraction de dent de sagesse, et veut absolument la remplacer par un implant.

Un patient qui refait plusieurs fois son bridge antérieur mais qui n'est jamais satisfait du résultat (le travail étant pourtant réalisé à la perfection). »

Question 1 : Avez-vous déjà entendu parler de la dysmorphophobie ?

Question 2 : Avez-vous déjà reçu un patient avec des demandes esthétiques exagérées ou démesurées ?

Question 3 : Si oui, aviez-vous réalisé le soin demandé ?

Question 4 : Comment se sont déroulés les soins et cela a-t-il été un succès ou un échec ?

Question 5 : En général, l'intervention esthétique demandée par les patients les soulage rarement, et ils ont tendance à consulter d'autres praticiens pour recommencer, même quand l'intervention a bien été réalisée. Avez-vous déjà reçu un de ces patients en consultation ?

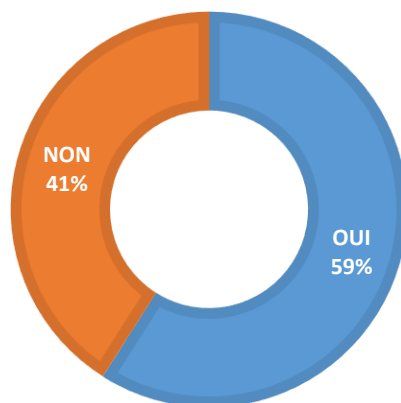
Question 6 : Avez-vous déjà adressé ce type de patient à un psychologue ou à un psychiatre ?

Question 7 : Avez-vous une anecdote à propos d'un patient potentiellement dysmorphophobique qui vous vient à l'esprit en lisant ces questions ?

4.2 Résultats

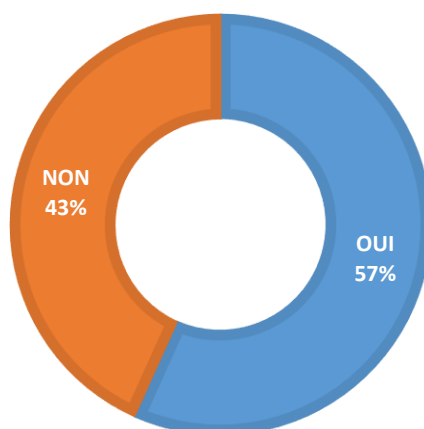
1- AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DE LA DYSMORPHOPHOBIE

■ OUI ■ NON



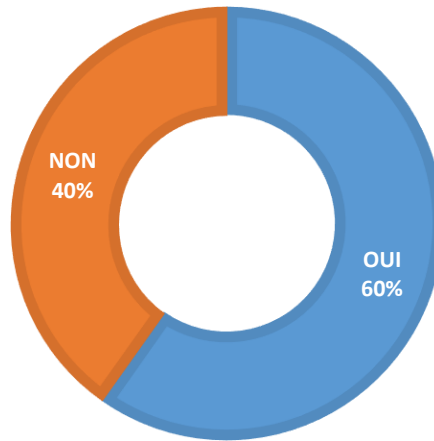
2- AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU UN PATIENT AVEC DES DEMANDES ESTHÉTIQUES EXAGÉRÉES OU DÉMESURÉES ?

■ OUI ■ NON



3- AVEZ-VOUS RÉALISÉ LE SOIN DEMANDÉ (DEMANDE ESTHÉTIQUE EXAGÉRÉE) ?

■ OUI ■ NON



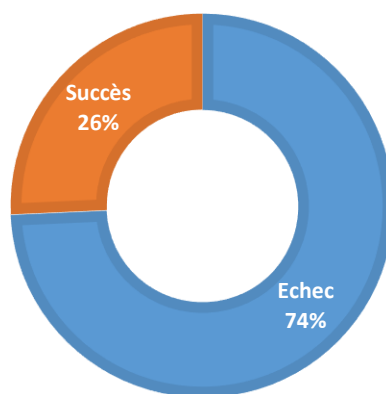
Échec ou succès ?

Résultat	Raison / Déroulement des soins
Échec	Le soin a manifestement renforcé son mal être
Échec	Patiente jamais satisfaite, demandant constamment des retouches
Échec	Rappel de la patiente 30min après la fin des soins pour dire que sa vie était brisée
Succès	Soins tendus lors des phases d'essayage esthétique
Échec	12 et 22 refaites plusieurs fois, la patiente est toujours insatisfaite, elle attendait un résultat irréalisable.
Échec	Son défaut imaginaire était toujours la
Succès	Soins compliqués
Succès partiel	Réalisé avec stress, plusieurs retouches et compromis, résignation de la patiente
Échec	Soins réalisés correctement et validés par le patient, mais le patient revient deux semaines plus tard en demandant de refaire la couronne

	avec insistance. Je lui ai remis un devis pour refaire la couronne et il n'est plus revenu.
Échec	Soins refais plusieurs fois jusqu'à l'approbation du patient qui n'était finalement pas totalement satisfait.
Succès	Plusieurs jeux de provisoires, pas de définitifs tant que le patient n'a pas validé

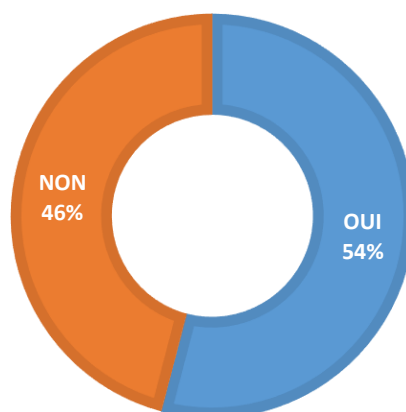
4- ÉCHEC OU SUCCÈS ?

■ Echec ■ Succès

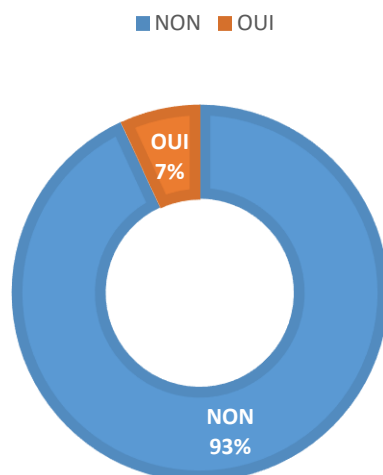


5- AVEZ-VOUS DÉJÀ RECU UN PATIENT EN CONSULTATION POUR UNE REPRISE DE TRAITEMENT ESTHÉTIQUE CORRECTEMENT RÉALISÉ ?

■ OUI ■ NON



6 -AVEZ-VOUS DÉJÀ ADRESSÉ CE TYPE DE PATIENT À UN PSYCHOLOGUE OU UN PSYCHIATRE ?



Anecdotes de praticiens :

- Patiente présentant une obsession de son menton, le trouvant trop petit. Elle ne s'est jamais mariée de peur de se retrouver à un dîner de famille, où sa belle-famille prendrait alors conscience de sa difformité.
- Patiente de 25 ans, avec des dents blanches et saines, un beau sourire, voulait se faire poser des facettes sur toutes les dents antérieures car elles n'étaient pas assez blanches pour elle.
- Patiente qui souhaitait que son bridge antérieur soit le plus blanc possible alors que cela ne correspondait pas du tout à son visage. Après essayage parfait du bridge en teinte A2, elle a demandé encore plus blanc, pourtant prévenue que ce serait inesthétique. Une fois le bridge en teinte A1 essayé, c'est la forme des dents qui ne lui plaisait plus...
- Je ne comprenais pas l'énorme problème évoqué par le patient, et me sentant ridicule, je lui ai demandé de m'expliquer ce qui le gênait devant le miroir, et là j'ai compris qu'il ne fallait surtout pas entreprendre de soins avec ce patient.
- Patiente de 70 ans, avec une atteinte parodontale, des soucis d'ODF et des prothèses fixes inesthétiques se présente en consultation au cabinet avec une photo de Julia Roberts, et demandant le même sourire.

4.3 Discussion

Selon l'étude, on peut donc noter que plus de la moitié des chirurgiens-dentistes ayant participé connaissent la dysmorphophobie ou du moins en ont déjà entendu parler. Cependant, c'est une notion qui n'est pas abordée au cours du cursus universitaire des études de chirurgie-dentaire à Paris Descartes. Alors comment les praticiens ont-ils pu acquérir des connaissances sur la pathologie ?

Plusieurs possibilités peuvent être évoquées :

- Le thème est abordé dans d'autres facultés de chirurgie-dentaire
- La pathologie est enseignée lors de formations continues postuniversitaires
- Chaque année sont organisées des conférences, dont certaines traitant de pathologies mentales
- Les praticiens lisent des revues sur la chirurgie-dentaire, ou des articles en ligne, et ont pu y découvrir la dysmorphophobie
- Ils ont entendu parler de la pathologie par leur entourage, ou confrères ayant déjà des connaissances.

Il est tout de même important de remarquer le nombre de praticiens de l'étude n'ayant jamais entendu parler de la dysmorphophobie, qui est pourtant, comme on l'a vu précédemment, une pathologie présentant une prévalence non négligeable : 5.2 % dans une population de patients se présentant en consultation d'orthodontie ou de soins dentaires esthétiques, et 11.2 % dans une population de patients se présentant en consultation de chirurgie orthognathique, selon la synthèse effectuée par Veale et al.¹²¹.

Serait-ce une partie de la profession qui n'a pas entrepris de formation postuniversitaire ? Ou tout simplement le sujet de la dysmorphophobie qui est trop rarement abordé, peut-être même parfois négligé ? Si un patient dysmorphophobique se présente en consultation chez un chirurgien-dentiste qui n'a aucune connaissance à propos de la dysmorphophobie, et que ce dernier entreprend des soins inappropriés, pourrait-il être mis en cause ? Si l'on étudie le code de déontologie des chirurgiens-dentistes, en aucun cas le chirurgien-dentiste n'a l'obligation de réaliser une évaluation psychologique de son patient avant d'entreprendre des soins.

Cependant, si cette évaluation psychologique était mentionnée dans le code de déontologie, les chirurgiens-dentistes seraient peut-être plus soucieux de connaître les éventuelles pathologies

¹²¹ Veale et al., « Body dysmorphic disorder in different settings : A systematic review and estimated weighted prevalence ».

psychiatriques auxquelles ils pourraient être confrontés. Mais est-ce nécessaire pour que le niveau de connaissance des praticiens concernant la dysmorphophobie soit plus important ?

Un simple chapitre lors d'un enseignement universitaire suffirait à augmenter significativement le niveau de connaissance des praticiens sur la dysmorphophobie. Car en effet, la dysmorphophobie est une pathologie assez atypique, qui pourrait rester dans les esprits des futurs chirurgiens-dentistes, et au regard de sa complexité, donner envie d'en savoir plus à son sujet. Il est marquant d'entendre en cours magistral des anecdotes de patients qui se sont suicidés parce qu'un chirurgien-dentiste ne s'était pas soucié de l'aspect psychologique de leur demande.

Si l'on observe les résultats obtenus à la seconde question, sur les demandes exagérées de patients, on peut noter une certaine cohérence avec les résultats de la première question : presque le même nombre de praticiens connaissant la pathologie déclarent avoir déjà reçu un patient présentant des symptômes dysmorphophobiques. On peut probablement expliquer cela par le fait que seuls les praticiens ayant des connaissances sur la dysmorphophobie peuvent remarquer leurs symptômes. Car si l'on observe le taux de patients dysmorphophobiques consultant chez un chirurgien-dentiste, on pourrait croire qu'un praticien recevra plus d'un patient atteint du trouble au cours de son exercice. Donc si un chirurgien-dentiste ne connaît pas la dysmorphophobie, il ne pourra pas dépister un patient éventuellement atteint, et un patient aux demandes abusives ne sera pas si différent d'un autre patient.

On peut aussi penser que le nombre de réponses négatives à cette question est représentatif de la proportion plus importante de jeunes praticiens sur les réseaux sociaux, qui n'ont peut-être pas encore reçu ce type de patients dans le cadre de leur exercice.

Si les chirurgiens-dentistes étaient plus sensibilisés à cette pathologie, ils pourraient alors noter que lorsqu'un patient paraît avoir des exigences trop élevées, il pourrait être atteint de dysmorphophobie, et donc tenter un dépistage du trouble.

Parmi les praticiens ayant reçu ces patients, 40 % ont déclaré avoir réalisé le soin demandé. On doit se questionner sur ce résultat étonnant. Pourquoi accepter de débiter les séances de soins alors que la demande du patient ne reposait pas sur un réel besoin médical ?

Quelques raisons peuvent justifier la décision de ces praticiens :

- Un « ego important » du praticien, qui pense qu'il peut toujours satisfaire le patient. C'est une manière pour lui de tester ses capacités et prouver ses compétences,
- Par fierté, quand le patient explique au chirurgien-dentiste qu'on lui a indiqué de le consulter car il est le meilleur,

- La sympathie du praticien a pris le dessus, et afin de satisfaire au maximum son patient, il décide de répondre à la demande,
- L'appât du gain, quand le patient demande des soins onéreux en étant prêt à en payer le prix fort,
- Praticien respectant le modèle autonomiste et accédant toujours à la demande du patient,
- Praticien craignant la réaction du patient en cas de refus, certains patients peuvent être assez intimidants,
- Patient très insistant qui convainc le chirurgien-dentiste de réaliser les soins.

Après avoir lu les réponses des chirurgiens-dentistes, on peut remarquer que la plupart ont regretté ces soins. Ils décrivent les séances comme très stressantes, et compliquées par les critiques incessantes des patients, constamment insatisfaits. En effet, ils s'attendent à un résultat impossible à obtenir. D'ailleurs certains praticiens notent cet aspect : après avoir terminé les soins, selon eux correctement, ils estiment que le succès n'est pas atteint, car le patient n'est pas totalement satisfait du résultat. Souvent le patient revient quelques jours après la fin des soins pour demander d'autres retouches, ou alors de recommencer complètement les soins.

Seulement 26 % des chirurgiens-dentistes décrivent les résultats obtenus comme un succès. On ne peut pas savoir si le succès correspond au ressenti du praticien, celui du patient, ou des deux. Comme certains praticiens l'ont expliqué, leurs soins étaient corrects, mais ne contentant pas exactement les attentes du patient, et ils ne pouvaient donc pas qualifier leurs résultats de « succès ». Alors qui sont ces praticiens ayant obtenus un succès ? On peut répondre par plusieurs propositions :

- Le résultat final peut être un succès à court terme, ce qui est souvent le cas pour les patients dysmorphophobiques. Ils sont temporairement satisfaits, puis retournent chez leur praticien, ou en consultent un autre.
- Le praticien a réalisé des soins excellents, il les qualifie donc de succès. Mais le patient peut le voir autrement, car des soins aboutissent rarement au bien-être du patient dysmorphophobique sans prise en charge psychologique. Le critère de jugement du chirurgien-dentiste est donc uniquement la qualité de ses soins. Tandis que la prise en charge du patient dysmorphophobique ne dépend pas uniquement de la qualité des soins.
- Le praticien répond « succès » par fierté, ne voulant pas admettre avoir subi un échec après un lourd travail.

A l'inverse, parmi les praticiens ayant obtenu un échec, certains expliquent même un « renforcement du mal-être de leur patient ». Une patiente a même appelé 30min après la fin des soins pour dire que sa vie était brisée. On voit donc que pour cette patiente, la dysmorphophobie était bien présente à la base, et que le chirurgien-dentiste a entrepris des soins sans savoir que sa patiente était dysmorphophobique, ce qui a entraîné un effet inverse des soins.

On sait que les patients dysmorphophobiques sont rarement satisfaits après avoir reçu les soins demandés. Il est vrai qu'un patient consultant en insistant pour recevoir une intervention onéreuse peut être intéressant. Mais les praticiens qui réalisent les soins dans prendre un temps de réflexion suffisant se dirigent vers une situation délicate. Les patients dysmorphophobiques peuvent parfois causer des soucis au praticien, en insistant pour reprendre les traitements jusqu'à être complètement satisfaits. Sinon, quand le praticien a plus de chance, le patient se tourne vers un autre chirurgien-dentiste.

Ces praticiens ont regretté d'avoir accepté la demande de leur patient, car ils ont pris conscience que peu importe la qualité de leurs soins, les résultats ne satisferont pas le patient.

C'est ce qu'ont compris, lors de la première consultation, les chirurgiens-dentistes ayant refusé les soins demandés. Ils expliquent leur abstention par le fait qu'ils connaissent ce genre de patients toujours insatisfaits et leurs attentes inatteignables. Dans les réponses recueillies, ils décrivent souvent des patients avec des attentes esthétiques irréalisables et comprennent sur le moment que ce ne sont pas leurs interventions qui soulageront le patient.

On peut croire que parmi ces 60 % de praticiens ayant refusé les soins se trouvent les 59 % qui ont des connaissances sur la dysmorphophobie, ce qui leur a permis d'éviter des séances de soins vouées à l'échec. Cela signifierait que le simple fait de savoir que la pathologie existe et que nous, chirurgiens-dentistes, pouvons être confrontés à des patients dysmorphophobiques, pourrait suffire à prévenir ces soins qui seraient nocifs pour le patient. En effet, d'après les recherches de Tignol et al, seuls près de 79 % des patients constatent un échec de leur traitement sans prise en charge psychologique :

- 57 % ne déclarent aucune amélioration du défaut
- 22 % déclarent une aggravation du défaut ¹²²

La question suivante a été incluse dans le questionnaire pour évaluer le critère de jugement des praticiens quant à la qualité des soins réalisés par un confrère. Et le nombre de praticiens ayant déjà reçu en consultation un patient pour une reprise de traitement esthétique initialement correct est

¹²² Tignol, Martin-Guehl, et Aouizerzate, « Body dysmorphic disorder (BDD) ».

intrigant. Il permet un rapprochement avec la réflexion sur la question précédente : presque le même nombre de praticiens a déjà reçu un patient avec des demandes esthétiques abusives. La question « avez-vous réalisé le traitement demandé ? » n'a pas été posée car les réponses obtenues auraient été similaires à la 3^e question. Les mêmes praticiens qui ont accédé à des demandes abusives traiteraient ces patients. Donc un traitement correct à reprendre et une demande esthétique abusive correspondent à une situation identique.

Ces patients paraissent être des dysmorphophobiques cherchant à recommencer constamment leurs traitements en étant persuadé qu'un chirurgien-dentiste arrivera un jour ou l'autre à leur résultat tant espéré. Car ils restent convaincus que la solution à leur problème se trouve dans l'intervention esthétique miracle. C'est ce qu'on appelle le « shopping médical » ou « nomadisme médical ».

Les études de C. Crerand et al. montrent que dans un échantillon de 50 patients, la moitié a déjà demandé un traitement esthétique, et plus d'un quart d'entre eux a déjà subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ¹²³.

Les praticiens refusent dans la majorité des cas de réaliser les interventions demandées, souvent car ils trouvent le traitement inutile ou inadapté. Cependant, les patients ne s'arrêtent pas là et consultent de nombreux praticiens jusqu'à trouver celui qui réalisera l'intervention.

Il est donc fort probable que les patients soignés avec « succès », consultent un autre chirurgien-dentiste par la suite afin de reprendre le traitement. Jusqu'à tomber sur un praticien connaissant sa pathologie et qui saura établir une prise en charge adaptée.

Pourtant, à la question « Avez-vous déjà adressé ce type de patient à un psychologue ou un psychiatre ? » le pourcentage de chirurgiens-dentistes de l'étude ayant répondu affirmativement est étonnamment faible. Par rapport au nombre de chirurgiens-dentistes connaissant la dysmorphophobie, ou ayant déjà reçu un patient avec des demandes esthétiques abusives, ce pourcentage paraît ridicule. Malgré les connaissances acquises sur la pathologie, le simple fait de savoir qu'elle existe ne suffit pas à savoir comment prendre en charge les patients qui en présentent les symptômes. De plus, adresser un patient à un spécialiste de la santé mentale est une démarche complexe. On peut expliquer cela par plusieurs points :

- On n'apprend pas à adresser ces types de patients lors de la formation initiale, car c'est différent que d'adresser un patient à un ORL ou un orthodontiste
- Demander à un patient d'aller consulter un psychiatre, sans savoir réellement comment le faire convenablement, ce serait comme lui dire qu'il est fou

¹²³ Crerand, Franklin, et Sarwer, « Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery ».

- Certains chirurgiens-dentistes peuvent simplement refuser de s'impliquer dans la prise en charge du patient et le laisseront quitter le cabinet sans l'adresser
- Certains préféreront adresser le patient à un autre chirurgien-dentiste plus expérimenté
- Ils n'ont pas identifié une nécessité de prise en charge psychologique chez le patient
- Les chirurgiens-dentistes collaborent rarement avec des professionnels de la santé mentale

En effet, adresser le patient, c'est le point le plus délicat de la prise en charge. Il convient d'expliquer au patient l'origine de son mal-être en abordant peu à peu la dysmorphophobie comme s'il s'agissait d'une pathologie comme une autre. Le praticien doit faire preuve d'une grande empathie afin de se faire comprendre par le patient, et sans le froisser. Il doit expliquer convenablement les différentes raisons qui l'ont amené à suspecter une dysmorphophobie, en laissant un temps de parole ou de réflexion au patient. Il doit permettre au patient de s'impliquer dans ce dépistage en lui indiquant les différents moyens d'en apprendre plus sur son trouble, afin de l'aider à accepter sa pathologie. Le patient est alors en mesure d'identifier l'origine de son problème et comprend comment un spécialiste de la santé mentale pourrait lui venir en aide.

C'est donc à ce moment que l'on pourra lui expliquer les bénéfices de l'accompagnement psychologique et l'adresser à un spécialiste. Il faut lui expliquer qu'une pathologie mentale est comme toute autre pathologie, qu'elle présente une prise en charge spécifique et un traitement adapté. Et que cette prise en charge permettra d'aboutir à un quotidien plus agréable.

Une fois le patient prévenu des risques encourus en cas de poursuite du traitement interventionnel, c'est à celui de décider de la suite de sa prise en charge. Le chirurgien-dentiste pourra alors l'adresser à un service adapté, ou bien, dans le cas où le patient n'accepte pas les faits, continuer ou interrompre la prise en charge dans son cabinet dentaire.

Mais que se passe-t-il pour les chirurgiens-dentistes qui entreprennent les soins demandés par ses patients ? Ces situations posent deux différents problèmes éthiques, dans le cas où la dysmorphophobie est identifiée, et dans le cas où elle ne l'est pas :

- Dans la première situation, si le trouble est diagnostiqué, en suivant les réflexions de A. Rosten¹²⁴ et Pr. Pirnay¹²⁵, on voit qu'il n'est pas recommandé de fournir le traitement

¹²⁴ Rosten, Cunningham, et Newton, « Body dysmorphic disorder : a guide to identification and management for the orthodontic team ».

¹²⁵ Pirnay, « La responsabilité médicale - Referentiel de cours Paris V ».

esthétique demandé, que le praticien est responsable des soins qu'il prodigue, et qu'il pourra donc être mis en cause si le patient décide de porter plainte.

- Dans la seconde situation, on peut souligner le fait que le code de déontologie des chirurgiens-dentistes ne mentionne pas l'obligation d'une évaluation psychologique du patient avant un traitement esthétique. Dans le cas où les soins ont été correctement réalisés, le praticien ne pourra pas être attaqué s'il s'avère que le patient souffrait de dysmorphophobie, ou à la suite de l'apparition d'une dysmorphophobie après les soins.

Un chirurgien-dentiste ne pourrait pas donc pas être mis en cause s'il n'adresse pas un patient dysmorphophobique à un psychologue ou un psychiatre.

Pour conclure, les chirurgiens-dentistes manquent donc de formation quant à l'orientation des patients vers des professionnels de la santé mentale, et sur la dysmorphophobie à proprement parler. On a pu voir qu'il est nécessaire d'avoir de réelles connaissances du trouble afin de pouvoir effectuer un dépistage correct, comprendre les attentes du patient, et le prendre en charge correctement. Ensuite alors lui expliquer son trouble et l'orienter vers le professionnel de santé qui pourra traiter sa dysmorphophobie.

On peut cependant concevoir qu'il serait compliqué et chronophage pour un chirurgien-dentiste de se former sur toutes les pathologies mentales auxquelles il pourrait être confronté dans le cadre de son exercice. Et surtout s'il doit avoir recours à des formations continues spécialisées, car il faut le souligner, le fait de savoir adresser un patient à un psychiatre peut être un atout ou un enrichissement personnel, mais ce ne sera pas financièrement avantageux. Les chirurgiens-dentistes préféreront se tourner vers des formations qui leur permettront d'apprendre des méthodes de soins plus rapides, plus efficaces, plus rentables, afin de pouvoir eux-mêmes prendre en charge leurs patients.

Cependant, c'est une question qui nécessite une réponse. Alors quelles solutions pourraient être envisagées ?

- Approfondir le sujet des pathologies psychiatriques lors de la formation initiale en faculté d'odontologie, ce qui paraît être la solution la plus simple,
- Des formations postuniversitaires orientées,
- Mettre en avant des articles dans les revues les plus consultées par les chirurgiens-dentistes,
- Le présenter lors de conférences ou congrès médico-dentaire, ou en faire le thème de journées d'études,
- Inclure systématiquement un cours sur la psychologie du patient dans les formations proposant des traitements esthétiques.

Conclusion

La dysmorphophobie représente donc une pathologie encore relativement peu connue des chirurgiens-dentistes, qui est pourtant bien présente au sein de leur patientèle.

Nous avons pu constater le travail nécessaire à la prise en charge d'un patient dysmorphophobique et l'investissement que cela implique pour ce dernier. Ce sont des patients qui souffrent de leur mal-être et qui cherchent à tout prix à se sentir mieux. Cependant, ils ne savent pas eux-mêmes de quoi ils souffrent exactement, et ils se tournent vers ce qui leur semble être le plus évident face à leur problème physique : une solution physique. Un patient bien pris en charge saura alors que son problème ne provient pas de son aspect physique, mais réside dans sa perception de son corps. Il apprendra à connaître sa pathologie, à la comprendre, et obtiendra peu à peu les clés qui le mèneront vers un bien-être physique et mental.

Le plus important aujourd'hui est de sensibiliser les praticiens afin qu'ils soient capables dans le cadre de leur exercice, de recevoir un patient dysmorphophobique, connaître les symptômes et les signes d'appels de la pathologie pour pouvoir la dépister, et ensuite accompagner le patient le long de sa prise en charge spécialisée.

Outre la formation, un chirurgien-dentiste doit se montrer apte à prendre en charge correctement tous les patients qui se présentent en consultation dans son cabinet. Par exemple, en dermatologie buccale, pour un praticien qui détecte une lésion suspecte en bouche d'un patient, il n'est pas nécessaire d'établir de diagnostic précis afin d'adresser ce patient au service adapté. En faisant preuve d'empathie, il pourra expliquer au patient pour quelles raisons il doit consulter un service spécialisé, sans forcément évoquer de pathologie précise. Le patient pourra alors bénéficier de la prise en charge dont il a besoin, grâce à la démarche de son chirurgien-dentiste.

Le principe est exactement le même pour un patient dysmorphophobique. En menant à bien l'entretien médical, et avec toute l'empathie dont il doit faire preuve, le chirurgien-dentiste peut aboutir à suspecter un trouble mental. C'est pour cette raison que, peu importe le patient se présentant au cabinet dentaire, la relation patient-praticien doit être au centre des soins. Le patient doit se sentir en confiance face à son chirurgien-dentiste, et être convaincu qu'il fera tout son possible pour lui venir en aide.

Le chirurgien-dentiste devient capable de permettre une prise en charge adaptée à tous ses patients. En acceptant cette dimension purement médicale de la profession, il devient médecin bucco-dentaire. Et aucun patient ne pourra en vouloir à son médecin d'avoir souhaité être bienveillant à son égard, peu importe le confrère chez qui il a pu être adressé.

Un patient dysmorphophobique qui acceptera d'être pris en charge par un spécialiste de la santé mentale se souviendra que son chirurgien-dentiste est le premier « médecin » qui lui a permis de comprendre son trouble et le traiter.

Après la convention de 2019, les chirurgiens-dentistes ne peuvent plus se démarquer par le prix de leurs prothèses, la qualité de leurs soins ou le nombre de leurs diplômes. Ils doivent offrir à leurs patients la meilleure prise en charge possible. Un travail sur une relation soignant-soigné empathique est nécessaire afin que chaque patient puisse percevoir son entrée dans un réseau de soin qui aboutira à son bien-être physique et mental.

L'apprentissage des différentes pathologies auxquelles le chirurgien-dentiste peut être confronté est certainement primordial. Mais un médecin doit avant tout savoir prendre en charge chaque patient, en étant le soignant, ou bien en étant capable de l'orienter vers le professionnel de santé qui pourra le soigner.

Bibliographie

- American psychiatric association. *DSM-IV : diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington : American psychiatric association, 1994.
- Behar, R., M. Arancibia, C. Heitzer, et N. Meza. « Body dysmorphic disorder : clinical aspects, nosological dimensions and controversies with anorexia nervosa ». *Revista medica de Chile* 144, n° 5 (2016): 626-33. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000500011>.
- Benkimoun, F. « Évaluation du risque psychologique : une éthique de la demande esthétique en orthodontie ». *Orthodontie française* 86, n° 4 (2015): 269-76. <https://doi.org/10.1051/orthodfr/2015035>.
- Bjornsson, A. S., E. R. Didie, J. E. Grant, W. Menard, E. Stalker, et K. A. Phillips. « Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder ». *Comprehensive psychiatry* 54, n° 7 (2013): 893-903. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.019>.
- Brunswick, R. M. « Supplement to the "History of an infantile neurosis" by Freud ». *Revue française de psychanalyse* 35, n° 1 (1971): 5-46.
- Buhlmann, U., H. Glaesmer, R. Mewes, J. M. Fama, S. Wilhelm, E. Brähler, et W. Rief. « Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder : a population-based survey ». *Psychiatry research* 178, n° 1 (2010): 171-75. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.05.002>.
- Collins, B., D. Gonzalez, D. Gaudilliere, P. Shrestha, et S. Girod. « Body dysmorphic disorder and psychological distress in orthognathic surgery patients ». *Journal of oral and maxillofacial surgery* 72, n° 8 (2014): 1553-58. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2014.01.011>.
- Cororve, M. B., et D. H. Gleaves. « Body dysmorphic disorder : a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies ». *Clinical psychology review* 21, n° 6 (2001): 949-70.
- Crerand, C. E., M. E. Franklin, et D. B. Sarwer. « Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery ». *Plastic and reconstructive surgery* 118, n° 7 (2006): 167-80. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000242500.28431.24>.
- Cunningham, S. J., et C. Feinmann. « Psychological assessment of patients requesting orthognathic surgery and the relevance of body dysmorphic disorder ». *British journal of orthodontics* 25, n° 4 (1998): 293-98. <https://doi.org/10.1093/ortho/25.4.293>.
- De Jongh, A., I. H. A. Aartman, H. Parvaneh, et M. Ilik. « Symptoms of body dysmorphic disorder among people presenting for cosmetic dental treatment : a comparative study of cosmetic dental patients and a general population sample ». *Community dentistry and oral epidemiology* 37, n° 4 (2009): 350-56. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2009.00469.x>.
- De La Vega, D., L. Giner, et P. Courtet. « Suicidality in subjects with anxiety or obsessive-compulsive and related disorders : recent advances ». *Current psychiatry reports* 20, n° 4 (2018): 26. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0885-z>.
- Didie, E. R., C. C. Tortolani, C. G. Pope, W. Menard, C. Fay, et K. A. Phillips. « Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder ». *Child abuse and neglect* 30, n° 10 (2006): 1105-15. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.007>.
- Dold, M., M. Aigner, R. Lanzenberger, et S. Kasper. « Antipsychotic augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder : an update meta-analysis of double-blind, randomized, placebo-controlled trials ». *The international journal of neuropsychopharmacology* 18, n° 9 (2015). <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyv047>.
- Eisen, J. L., K. A. Phillips, L. Baer, D. A. Beer, K. D. Atala, et S. A. Rasmussen. « The brown assessment of beliefs scale : reliability and validity ». *The american journal of psychiatry* 155, n° 1 (1998): 102-8. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.1.102>.

- Enander, J., V. Ivanov, D. Mataix-Cols, R. Kuja-Halkola, B. Ljótsson, S. Lundström, A. Pérez-Vigil, et al. « Prevalence and heritability of body dysmorphic symptoms in adolescents and young adults : a population-based nationwide twin study ». *Psychological medicine* 48, n° 16 (2018): 2740-47. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000375>.
- Fang, A., et S. Wilhelm. « Clinical features, cognitive biases, and treatment of body dysmorphic disorder ». *Annual review of clinical psychology* 11 (2015): 187-212. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112849>.
- Grant, J. E., W. Menard, M. Pagano, C. Fay, et K. Phillips. « Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder ». *The journal of clinical psychiatry* 66, n° 3 (2005): 309-16.
- Gupta, M., D. Pur, B. Vujcic, et A. Gupta. « Suicidal behaviors in the dermatology patient ». *Clinics in dermatology* 35, n° 3 (2017): 302-11. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.01.006>.
- Hartmann, A., J. Greenberg, et S. Wilhelm. « The relationship between anorexia nervosa and body dysmorphic disorder ». *Clinical psychology review* 33, n° 5 (2013): 675-85. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.002>.
- Hong, K., V. Nezgovorova, et E. Hollander. « New perspectives in the treatment of body dysmorphic disorder ». *Research* 7 (2018): 361. <https://doi.org/10.12688/f1000research.13700.1>.
- Ivernois, J. F. d', et R. Gagnayre. « Compétences d'adaptation à la maladie du patient : une proposition », 2011.
- Jafferany, M., et F. Osuagwu. « Evaluation of the body parts that preoccupy adolescents with body dysmorphic disorder ». *The primary care companion for CNS disorders* 19, n° 5 (2017). <https://doi.org/10.4088/PCC.17m02154>.
- Jongh, A. de, et P. Adair. « Mental disorders in dental practice : a case report of body dysmorphic disorder ». *Special care in dentistry* 24, n° 2 (2004): 61-64.
- Juggins, K. J., C. Feinmann, J. Shute, et S. J. Cunningham. « Psychological support for orthognathic patients. What do orthodontists want ? » *Journal of orthodontics* 33, n° 2 (2006): 107-15. <https://doi.org/10.1179/146531205225021492>.
- Kelly M., Simmons R., Wang S., et Phillips KA. « Motives to drink alcohol among individuals with body dysmorphic disorder ». *Journal of obsessive-compulsive and related disorders* 12 (2017): 52-57. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.11.001>.
- Koran, L. M., E. Abujaoude, M. D. Large, et R. T. Serpe. « The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population ». *CNS spectrums* 13, n° 4 (2008): 316-22.
- Krebs, G., L. de la Cruz, B. Monzani, et L. Bowyer. « Long-term outcomes of cognitive-behavioral therapy for adolescent body dysmorphic disorder ». *Behavior therapy* 48, n° 4 (2017): 462-73. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.01.001>.
- Krebs, G., L. F. Cruz, et D. Mataix-Cols. « Recent advances in understanding and managing body dysmorphic disorder ». *Evidence-based mental health* 20, n° 3 (2017): 71-75. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102702>.
- Li, W., D. Arienzo, et J. D. Feusner. « Body dysmorphic disorder : neurobiological features and an updated model ». *Zeitschrift für klinische psychologie und psychotherapie* 42, n° 3 (2013): 184-91. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000213>.
- Loubières C., et Villemonteix T. « Thérapie comportementale et cognitive (TCC) ». psycom.org, 2018. [Therapie_comportementale_et_cognitive_TCC_2018-09_v3_HD.pdf](http://psycom.org/Therapie_comportementale_et_cognitive_TCC_2018-09_v3_HD.pdf).
- Majdalani C. *Traiter la dysmorphophobie : l'obsession de l'apparence*. Malakoff: Dunod, 2017.
- Monzani, B., F. Rijdsdijk, M. Anson, A. C. Iervolino, L. Cherkas, T. Spector, et D. Mataix-Cols. « A twin study of body dysmorphic concerns ». *Psychological medicine* 42, n° 9 (2012): 1949-55. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002741>.
- Perugi, G., H. S. Akiskal, D. Giannotti, F. Frare, S. Di Vaio, et G. B. Cassano. « Gender-related differences in body dysmorphic disorder (dysmorphophobia) ». *The journal of nervous and mental disease* 185, n° 9 (1997): 578-82.
- Phillips, K. A. « Body dysmorphic disorder : recognizing and treating imagined ugliness ». *World psychiatry* 3, n° 1 (2004): 12-17.

- . « The presentation of body dysmorphic disorder in medical settings ». *Primary psychiatry* 13, n° 7 (2006): 51-59.
- Phillips, K. A., et S. F. Diaz. « Gender differences in body dysmorphic disorder ». *The journal of nervous and mental disease* 185, n° 9 (1997): 570-77.
- Phillips, K. A., R. G. Dufresne, C. S. Wilkel, et C. C. Vittorio. « Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients ». *Journal of the american academy of dermatology* 42, n° 3 (2000): 436-41.
- Phillips, K. A., E. Hollander, S. A. Rasmussen, B. R. Aronowitz, C. DeCaria, et W. K. Goodman. « A severity rating scale for body dysmorphic disorder : development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale ». *Psychopharmacology bulletin* 33, n° 1 (1997): 17-22.
- Phillips, K. A., W. Menard, E. Quinn, E. R. Didie, et R. L. Stout. « A 4-year prospective observational follow-up study of course and predictors of course in body dysmorphic disorder ». *Psychological medicine* 43, n° 5 (2013): 1109-17.
- Pirnay P. « La responsabilité médicale - Referentiel de cours Paris V », 2016.
- Polo et al., M. « Body dysmorphic disorder : a screening guide for orthodontists ». *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics* 139, n° 2 (2011): 170-73. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2010.09.025>.
- Rief, W., U. Buhlmann, S. Wilhelm, A. Borkenhagen, et E. Brähler. « The prevalence of body dysmorphic disorder : a population-based survey ». *Psychological medicine* 36, n° 6 (2006): 877-85. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007264>.
- Ritter, V., J. Fluhr, S. Schliemann-Willers, et P. Elsner. « Body dysmorphic concerns, social adaptation, and motivation for psychotherapeutic support in dermatological outpatients ». *Journal der deutschen dermatologischen gesellschaft* 14, n° 9 (2016): 901-8. <https://doi.org/10.1111/ddg.12908>.
- Rosen, J. C., et J. Reiter. « Development of the body dysmorphic disorder examination ». *Behaviour research and therapy* 34, n° 9 (1996): 755-66.
- Rosten, A., S. Cunningham, et J. Newton. « Body dysmorphic disorder : a guide to identification and management for the orthodontic team ». *Journal of orthodontics* 45, n° 3 (2018): 163-68. <https://doi.org/10.1080/14653125.2018.1490874>.
- Schieber, K., I. Kollei, M. de Zwaan, A. Müller, et A. Martin. « Personality traits as vulnerability factors in body dysmorphic disorder ». *Psychiatry Research* 210, n° 1 (2013): 242-46. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.009>.
- Scott, S., et J. Newton. « Body dysmorphic disorder and aesthetic dentistry ». *Dental update* 38, n° 2 (2011): 112-14. <https://doi.org/10.12968/denu.2011.38.2.112>.
- Siegfried, E., A. Ayrolles, et H. Rahioui. « L'obsession de dysmorphie corporelle : perspectives d'évolution de la prise en charge ». *L'encephale* 44, n° 3 (2017): 288-90. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.08.001>.
- Simon J., Attal J.P., et Tirllet G. « Evaluation de la demande esthétique à la consultation externe du service d'odontologie de l'hôpital Charles Foix / Ivry sur Seine ». *ID. l'information dentaire* 90, n° 31 (2008): 1677-82.
- Sweis, I., J. Spitz, D. Barry, et M. Cohen. « A review of body dysmorphic disorder in aesthetic surgery patients and the legal implications ». *Aesthetic plastic surgery* 41, n° 4 (2017): 949-54. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0819-x>.
- Tignol, J., C. Martin-Guehl, et B. Aouizerzate. « Body dysmorphic disorder (BDD) ». *Presse médicale* 41, n° 1 (2012): 22-35. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2011.05.021>.
- Veale, D., M. Anson, S. Miles, et M. Pieta. « Efficacy of cognitive behaviour therapy versus anxiety management for body dysmorphic disorder : a randomised controlled trial ». *Psychotherapy and psychosomatics* 83, n° 6 (2014): 341-53. <https://doi.org/10.1159/000360740>.
- Veale, D., L. Gledhill, P. Christodoulou, et J. Hodsoll. « Body dysmorphic disorder in different settings : a systematic review and estimated weighted prevalence ». *Body image* 18 (2016): 168-86. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.07.003>.

- Veale, D., S. Miles, et M. Anson. « Long-term outcome of cognitive behavior therapy for body dysmorphic disorder : a naturalistic case series of 1 to 4 years after a controlled trial ». *Behavior therapy* 46, n° 6 (2015): 775-85. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.06.003>.
- Vulink, N. C. C., A. Rosenberg, J. M. Plooij, R. Koole, S. J. Bergé, et D. Denys. « Body dysmorphic disorder screening in maxillofacial outpatients presenting for orthognathic surgery ». *International journal of oral and maxillofacial surgery* 37, n° 11 (2008): 985-91. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2008.06.005>.
- Weingarden, H., A. Shaw, K. A. Phillips, et S. Wilhelm. « Shame and defectiveness beliefs in treatment seeking patients with body dysmorphic disorder ». *The journal of nervous and mental disease* 206, n° 6 (2018): 417-22. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000808>.
- Wilhelm, S., J. Greenberg, E. Rosenfield, I. Kasarskis, et A. Blashill. « The body dysmorphic disorder symptom scale : development and preliminary validation of a self-report scale of symptom specific dysfunction ». *Body image* 17 (2016): 82-87. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.006>.
- Wilhelm, S., K. A. Phillips, J. Fama, J. Greenberg, et G. Steketee. « Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder ». *Behavior therapy* 45, n° 3 (2014): 314-27. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.02.002>.
- Winfree, W., L. Rouse, et R. Brown. « Body dysmorphic disorder and cosmetic dentistry : diagnostic, management, and ethical issues ». *Dentistry today* 33, n° 3 (2014): 72-74.
- Yassaie, S., M. Goldani Moghadam, H. Aghili, et S. M. Tabatabaei. « Body dysmorphic disorder in Iranian orthodontic patients ». *Acta medica iranica* 52, n° 6 (2014): 454-57.

Table des figures

Figure 1 : Critères de diagnostiques du trouble dysmorphique du corps.....	23
Figure 2 : Michael Jackson, avant-après.....	40

Table des tableaux

Tableau 1 : Synthèse des résultats des études sur la prévalence de la dysmorphophobie dans des populations spécifiques.....	13
Tableau 2 : Domaines à aborder lors de l'entretien avec un patient suspecté d'être atteint de BDD .	31
Tableau 3 : Questionnaire de dépistage du BDD pour les patients en consultation orthodontique....	33
Tableau 4 : Différences de perception entre un individu dysmorphophobique et un individu sain	42

Annexes

Annexe 1 (P.34)

Compétences	Objectifs spécifiques ou composantes
1- Informer, éduquer son entourage	Expliquer sa maladie et les contraintes qui en découlent ; former l'entourage aux conduites à tenir en cas d'urgence.
2- Exprimer ses besoins, solliciter l'aide de son entourage	Exprimer ses valeurs, ses projets, ses connaissances, ses attentes, ses émotions ; Associer son entourage à son traitement, y compris diététique, et à ses soins ; associer son entourage aux modifications de l'environnement de vie rendues nécessaires par la maladie.
3- Utiliser les ressources du système de soins – Faire valoir ses droits	Savoir où et quand consulter, qui appeler ; faire valoir ses droits au travail, à l'école, vis-à-vis des assurances. Participer à la vie des associations de patients.
4- Analyser les informations reçues sur sa maladie et son traitement	Savoir rechercher l'information utile et spécifique ; confronter différentes sources d'information ; vérifier leur véracité.
5- Faire valoir ses choix de santé	Justifier ses propres choix et ses priorités dans la conduite du traitement ; expliquer ses motifs d'adhésion ou de non adhésion au traitement ; Exprimer les limites de son consentement.
6- Exprimer ses sentiments relatifs à la maladie et mettre en œuvre des conduites d'ajustement	Verbaliser des émotions ; se dire ; rapporter ses sentiments de vécu de sa maladie ; Exprimer sa fatigue de l'effort quotidien de prendre soin de soi ; mobiliser ses ressources personnelles, ajuster sa réponse face aux problèmes posés par la maladie; S'adapter au regard des autres ; Gérer le sentiment d'incertitude vis-à-vis de l'évolution de la maladie et des résultats des actions mises en œuvre.
7- Établir des liens entre sa maladie et son histoire de vie	Donner du sens – S'expliquer la survenue de la maladie dans son histoire de vie ; Décrire ce que la maladie a fait apprendre sur soi-même et sur la vie.
8- Formuler un projet, le mettre en œuvre	Identifier un projet réalisable, conciliant les exigences du traitement ; Rassembler les ressources pour le mettre en œuvre ; Évoquer des projets d'avenir.

Questionnaire sur la dysmorphophobie

Bonjour, merci pour le temps que vous consacrerez à ce questionnaire.

Je réalise ma thèse sur la dysmorphophobie, un trouble psychiatrique très peu connu mais assez répandu surtout chez les patients consultants en secteur esthétique. Ces patients ont la phobie de paraître difforme, à cause d'un défaut léger ou imaginaire. Leur perception de leur corps est altérée, non fidèle à la réalité et le patient est persuadé que la correction du défaut par l'intervention esthétique est la seule solution. Ces patients peuvent être anxieux, dépressifs, éviter de sortir de chez, et parfois même tenter de se suicider.

Exemple : Un patient qui se trouve complètement déformé après une extraction de dent de sagesse, et veut absolument la remplacer par un implant.

Un patient qui refait plusieurs fois son bridge antérieur mais qui n'est jamais satisfait du résultat (le travail étant pourtant réalisé à la perfection).

Lelouche Aaron

Avez-vous déjà entendu parler de la dysmorphophobie ?

- OUI
 NON

Avez-vous déjà reçu un patient avec des demandes esthétiques exagérées ou démesurées ?

- OUI
 NON

Si oui, aviez-vous réalisé le soin demandé ? Comment se sont déroulés les soins et cela a-t-il été un succès ou un échec ?

Réponse courte
.....

En général, l'intervention esthétique demandée par les patients les soulage rarement, et ils ont tendance à consulter d'autres praticiens pour recommencer, même quand l'intervention a bien été réalisée. Avez-vous déjà reçu un de ces patients en consultation ?

Réponse courte
.....

Avez-vous déjà adressé ce type de patient à un psychologue ou un psychiatre ?

- OUI
 NON

Avez-vous une anecdote à propos d'un patient potentiellement dysmorphophobique qui vous vient à l'esprit en lisant ces questions ?

Réponse courte
.....

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire
de l'Université Paris Descartes

Professeur Philippe PIRNAY

Professeur Louis MAMAN

Vu, le Président de l'Université Paris Descartes

Professeur Frédéric DARDEL

Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Louis MAMAN

Prendre en charge un patient dysmorphophobique se présentant au cabinet dentaire

Résumé :

La dysmorphophobie est une pathologie assez peu connue des chirurgiens-dentistes, mais relativement fréquente. Elle caractérise un défaut de perception visuelle de sa propre image, renvoyant une image non fidèle à la réalité, et le patient se voit alors difforme, ou se plaint de défauts imaginaires. Cette thèse est un travail de recherche visant à comprendre le trouble, ses symptômes et son évolution, mais aussi le patient dysmorphophobique lui-même. Un patient atteint du trouble peut être la cause de nombreux soucis pour le praticien, s'il ne dépiste pas le trouble avant de réaliser une intervention, notamment esthétique. On étudie les principales méthodes de dépistage, accessibles aux chirurgiens-dentistes. Et enfin comment prendre en charge le patient plus concrètement, et quels traitements peuvent lui être proposés. Ce travail est accompagné d'une étude cherchant à évaluer le niveau de connaissance des chirurgiens-dentistes concernant la pathologie.

Discipline :

Psychologie médicale

Mots clés français (fMeSH et Rameau) :

Relations dentiste-patient -- Dissertations universitaires ; Dentisterie esthétique -- psychologie -- Dissertations universitaires ; Santé mentale -- Thèses et écrits académiques ; Dysmorphophobie -- Thèses et écrits académiques

English keywords (MeSH) :

Dentist-Patient Relations -- Academic Dissertations ; Esthetics Dental -- psychology -- Academic Dissertations

Université Paris Descartes
Faculté de Chirurgie dentaire
1, rue Maurice Arnoux
92120 Montrouge