
UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE SANTÉ – DÉPARTEMENT D'ODONTOLOGIE

Année 2024

2024-TOU3-3031

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

Solène FARIA DE OLIVEIRA

Le 10 juin 2024

Trouble Dysmorphique Corporel en omnipratique dentaire : évaluation des connaissances des étudiants et praticiens du département d'odontologie de Toulouse

Directrice de thèse : Dr FOURNIER Géromine

JURY

Président : Pr Jean-Noël VERGNES
1^{er} assesseur : Dr Sabine JONJOT
2^e assesseur : Dr Matthieu MINTY
3^e assesseur : Dr Géromine FOURNIER
Membre invité : Pr Christophe ARBUS



Faculté de santé
Département d'Odontologie

➔ **DIRECTION**

Doyen de la Faculté de Santé
M. Philippe POMAR

Vice Doyenne de la Faculté de Santé
Directrice du Département d'Odontologie
Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN

Directeurs Adjoint
Mme Sarah COUSTY
M. Florent DESTRUHAUT

Directrice Administrative
Mme Muriel VERDAGUER

Présidente du Comité Scientifique
Mme Cathy NABET

➔ **HONORARIAT**

Doyens honoraires
M. Jean LAGARRIGUE +
M. Jean-Philippe LODTER +
M. Gérard PALOUDIER
M. Michel SIXOU
M. Henri SOULET

Chargés de mission
M. Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)
M. Olivier HAMEL (*Maillage Territorial*)
M. Franck DIEMER (*Formation Continue*)
M. Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)
M. Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

➔ **PERSONNEL ENSEIGNANT**

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER, M. Frédéric VAYSSÉ
Maîtres de Conférences : Mme Marie- Cécile VALERA, M. Mathieu MARTY
Assistants : Mme Anne GICQUEL, M. Robin BENETAH
Adjoint d'Enseignement : M. Sébastien DOMINE, M. Mathieu TESTE, M. Daniel BANDON

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : M. Pascal BARON, M. Maxime ROTENBERG
Assistants : Mme Carole VARGAS JOULIA, Mme Chahrazed BELAILI, Mme Véronique POINSOTTE
Adjoint d'Enseignement : Mme. Isabelle ARAGON, M. Vincent VIDAL-ROSSET

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mme Catherine NABET)

Professeurs d'Université : M. Michel SIXOU, Mme Catherine NABET, M. Olivier HAMEL, M. Jean-Noël VERGNES
Maîtres de Conférences : Mme Géromine FOURNIER
Adjoint d'Enseignement : M. Alain DURAND, Mlle. Sacha BARON, M. Romain LAGARD, M. Jean-Philippe GATIGNOL
Mme Carole KANJ, Mme Mylène VINCENT-BERTHOUMIEUX, M. Christophe BEDOS

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (M. Philippe KEMOUN)

PARODONTOLOGIE

Professeurs d'Université : Mme Sara LAURENCIN- DALICIEUX,
Maîtres de Conférences : Mme Alexia VINEL, Mme. Charlotte THOMAS
Assistants : M. Antoine AL HALABI, M. Pierre JEHLE
Adjoint d'Enseignement : M. Loïc CALVO, M. Antoine SANCIER, M. Ronan BARRE , Mme Myriam KADDECH,
M. Mathieu RIMBERT, M. Joffrey DURAN

CHIRURGIE ORALE

Professeur d'Université : Mme Sarah COUSTY
Maîtres de Conférences : M. Philippe CAMPAN, M. Bruno COURTOIS
Assistants : M. Antoine DUBUC
Adjoints d'Enseignement : M. Gabriel FAUXPOINT, M. Arnaud L'HOMME, Mme Marie-Pierre LABADIE, M. Jérôme SALEFRANQUE, M. Clément CAMBRONNE

BIOLOGIE ORALE

Professeurs d'Université : M. Philippe KEMOUN, M. Vincent BLASCO-BAQUE
Maîtres de Conférences : M. Pierre-Pascal POULET, M. Matthieu MINTY
Assistants : Mme Chiara CECCHIN-ALBERTONI, M. Maxime LUIS, Mme Valentine BAYLET GALY-CASSIT, Mme Sylvie LE
Adjoints d'Enseignement : M. Mathieu FRANC, M. Hugo BARRAGUE, Mme Inessa TIMOFEEVA-JOSSINET

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (M. Franck DIEMER)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : M. Franck DIEMER
Maîtres de Conférences : M. Philippe GUIGNES, Mme Marie GURGEL-GEORGELIN, Mme Delphine MARET-COMTESSE
Assistants : M. Nicolas ALAUX, M. Vincent SUAREZ, M. Loris BOIVIN, M. Thibault DECAMPS, Mme Emma STURARO, Mme Anouk FESQUET
Adjoints d'Enseignement : M. Eric BALGUERIE, M. Jean- Philippe MALLET, M. Rami HAMDAN, M. Romain DUCASSE, Mme Lucie RAPP, Mme Marion CASTAING-FOURIER

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : M. Philippe POMAR, M. Florent DESTRUHAUT,
Maîtres de Conférences : M. Antoine GALIBOURG, M. Julien DELRIEU
Assistants : Mme Coralie BATAILLE, Mme Mathilde HOURSET, Mme Constance CUNY, M. Anthony LEBON, M. Paul POULET
Adjoints d'Enseignement : M. Christophe GHRENASSIA, Mme Marie-Hélène LACOSTE-FERRE, M. Olivier LE GAC, M. Luc RAYNALDY, M. Jean-Claude COMBADAZOU, M. Bertrand ARCAUTE, M. Fabien LEMAGNER, M. Eric SOLYOM, M. Michel KNAFO, M. Victor EMONET-DENAND, M. Thierry DENIS, M. Thibault YAGUE, M. Antonin HENNEQUIN, M. Bertrand CHAMPION,

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Professeur d'Université : Mr. Paul MONSARRAT
Maîtres de Conférences : Mme Sabine JONQOT, M. Karim NASR, M. Thibault CANCEILL,
Assistants : M. Olivier DENY, Mme Laura PASCALIN, Mme Alison PROSPER
Adjoints d'Enseignement : Mme Sylvie MAGNE, M. Thierry VERGÉ, M. Damien OSTROWSKI

Mise à jour pour le 01 Mai 2024

Remerciements

À **mes parents**, merci pour votre soutien et votre aide tout au long de mes études. Merci d'avoir fait en sorte que tout se passe pour le mieux.

À **ma sœur Maëlle**, merci pour le théâtre, la musique et pour le tampon « presque dentiste ».

À **Clément**, pour ta présence et ton soutien depuis toutes ces années.

À **Mémère**, merci pour ta sollicitude et pour ton soutien.

À **Chloé et Antonin**, merci pour tous ces moments passés ensemble, des frites de l'Hôtel Dieu aux frites à la maison.

À **Victor**, merci pour ton aide et tes conseils en toutes circonstances et ce depuis le marathon des questions.

À **Thibaut**, le meilleur binôme de clinique, merci pour ces années de fac et de clinique passées ensemble.

À **Andy et Rodrigue**, ainsi que mes camarades d'Hôtel-Dieu, merci pour votre présence et votre bonne humeur.

À **Noisette**, merci pour ton éternelle compagnie et pour ton aide en endo pendant le confinement.

Au Dr Géromine Fournier, merci pour votre aide et votre accompagnement dans la réalisation de cette thèse. Merci pour votre présence, votre aide et votre bienveillance en clinique à l'Hôtel-Dieu.

À notre président du jury de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Noël VERGNES,

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d’Odontologie,
- Habilitation à Diriger des Recherches (HDR),
- Docteur en Épidémiologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill – Montréal, Québec – Canada,
- Lauréat de l’Université Paul Sabatier.

Nous vous remercions d’avoir accepté de présider ce jury de thèse.

Nous vous remercions pour la qualité de vos enseignements théoriques comme pratiques, pour votre dévouement et votre bienveillance envers les étudiants.

Nous vous adressons l’expression de notre haute estime et de notre profonde considération.

À notre jury de thèse,

Madame le Docteur Sabine JONIOT

- Maître de Conférences des Universités, Praticien hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur d'État en Odontologie,
- Habilitation à Diriger des Recherches (HDR),
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier.

Merci de siéger dans ce jury de thèse.

Nous vous remercions pour votre implication clinique et pour la qualité de vos enseignements. Nous sommes reconnaissants de votre investissement auprès des étudiants bien avant leur entrée en chirurgie dentaire.

Nous vous adressons l'expression de notre reconnaissance et de notre haute estime.

À notre jury de thèse,

Monsieur le Docteur Matthieu MINTY

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Diplôme d'État de Docteur en Chirurgie-Dentaire,
- Master 1 de Biologie de la Santé en « Anthropologie » et « Physiopathologie des infections »,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier,
- Diplôme Inter-Universitaire MBDS : Médecine Bucco-Dentaire du Sport,
- Certificat d'Étude Supérieure d'Odontologie Conservatrice – Endodontie – Biomatériaux,
- Master 2 Physiopathologie des infections,
- AEU de Biomatériaux,
- Thèse Universitaire de Biologie.

Merci de siéger dans ce jury de thèse.

Nous vous remercions pour votre engagement clinique et pédagogique et pour la qualité de vos apprentissages. Merci pour votre accompagnement, vos conseils et votre bienveillance durant ces années de stage clinique.

Veillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et haute considération.

À notre jury de thèse,

Madame le Docteur Géromine FOURNIER,

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur en anthropologie,
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier,
- DU Odontologie Légale et Éthique,
- DU Méthode et pratique en identification Oro Faciale,
- Expert judiciaire en identification Odontologique près de la Cour d'Appel de Toulouse.

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. C'était un plaisir d'avoir l'opportunité de travailler avec vous sur ce projet. Merci pour votre temps passé pour l'aide à la réalisation de cette thèse. Merci pour vos précieux conseils, pour votre encadrement en stage clinique, pour votre bienveillance et votre considération en toutes circonstances.

Recevez l'expression de notre plus profonde gratitude et de notre profond respect.

À notre jury de thèse,

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS,

- Professeur des universités,
- Praticien hospitalier en psychiatrie,
- Chef de pôle de psychiatrie du CHU de Toulouse.

Merci pour votre présence à cette soutenance de thèse.

Nous vous adressons nos sincères remerciements pour nous avoir accordé un entretien, pour avoir répondu à nos interrogations et pour nous avoir apporté une vision extérieure et très enrichissante concernant le sujet de cette thèse.

Nous vous adressons notre profond respect et notre plus haute considération.

Table des matières

Liste des abréviations utilisées.....	12
Introduction.....	13
Partie 1 : Trouble Dysmorphique Corporel.....	15
1/ Généralités sur le Trouble Dysmorphique Corporel.....	15
A/ Définition globale du Trouble Dysmorphique Corporel.....	15
B/ Spécificités du Trouble Dysmorphique Corporel en odontologie.....	17
2/ Populations à risque, comorbidités et diagnostics différentiels.....	19
A/ Populations à risque et comorbidités.....	19
B/ Diagnostics différentiels.....	21
3/ Dépistage et prise en charge.....	21
A/ Dépister un trouble.....	21
B/ Conduite à tenir suite à un dépistage du Trouble Dysmorphique Corporel.....	26
C/ Annoncer la nécessité d'un suivi psychologique.....	28
Partie 2 : Questionnaire.....	30
1/ Matériels et méthode.....	30
2/ Design de l'étude.....	30
3/ Résultats.....	31
4/ Discussion.....	42
5/ Critique de l'étude.....	49
Partie 3 : Réalisation d'un guide clinique d'aide à la prise en charge du Trouble Dysmorphique Corporel.....	50
1/ Points clés à retenir concernant le Trouble Dysmorphique Corporel.....	50
2/ Proposition d'aide au dépistage du Trouble Dysmorphique Corporel.....	51
3/ Proposition d'une aide à la prise en charge du Trouble Dysmorphique Corporel.....	53
4/ Arbres décisionnels face aux demandes esthétiques jugées excessives.....	53
Conclusion.....	56
Table des illustrations.....	58
Annexes.....	59
Bibliographie.....	64

Liste des abréviations utilisées

TDC : Trouble Dysmorphique Corporel

BDD : *Body Dysmorphic Disorder* (Trouble Dysmorphique Corporel)

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

OCD : *Obsessive-Compulsive Disorder* (Trouble Obsessionnel Compulsif)

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

TCA : Trouble des Conduites Alimentaires

BDDQ : *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire* (Questionnaire du trouble dysmorphique corporel)

NICE: *National Institute for Health and Care Excellence* (Institut national pour l'excellence de la santé et des soins)

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

INSEE : Institut National des Statistiques et des Études Économiques

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

MSS : *Medical Student Syndrom* (Syndrome de l'étudiant en médecine)

TD : Travaux dirigés

Introduction

En odontologie, les cours théoriques et pratiques dispensés lors de la formation initiale apprennent aux futurs chirurgiens-dentistes à réaliser des soins respectant à la fois la fonction et l'esthétique de l'organe dentaire (1).

Un grand nombre de formations continues, plus ou moins privées, ciblent leurs enseignements sur les nouvelles techniques esthétiques. Les cabinets dentaires spécialisés dans l'esthétique dentaire semblent en plein essor et évoluent conjointement aux progrès observés dans ce domaine. Notamment, le « marché de l'esthétique faciale » est en pleine augmentation (2,3).

En parallèle, les demandes et exigences esthétiques des patients sont de plus en plus fortes (4). Des sourires dits « parfaits » avec des dents très blanches et parfaitement alignées ont fait leur apparition dans les médias, au cinéma et également sur les réseaux sociaux.

Récemment, certaines « tendances » émergent comme celle des « dents limées » ou « dents de requin » avec la pose de facettes ou de couronnes sur toutes les dents afin d'obtenir le célèbre « sourire hollywoodien » (5). Aussi, avec l'exposition de ces sourires parfaits sur internet, le recours à la dentisterie esthétique comme par exemple la pose de facettes devient de plus en plus banalisé (6). Le « tourisme médical » est en pleine augmentation et certains patients n'hésitent d'ailleurs pas à se rendre à l'étranger pour réaliser des soins dentaires à des prix souvent plus intéressants qu'en France (7). La demande d'esthétique apparaît alors comme un produit de consommation comme un autre (8).

Même si dans la plupart des cas, cette demande esthétique se justifie, elle peut parfois s'avérer pathologique et le patient peut alors être atteint de dysmorphophobie.

La dysmorphophobie ou le trouble dysmorphique corporel (TDC) toucherait entre 2% et 11 % de la population générale (9,10). Notons toutefois que le TDC serait sous-diagnostiqué, notamment chez les patients hospitalisés en psychiatrie (11).

Les personnes atteintes de cette pathologie ont une vision de leur corps qui est différente de la réalité. La préoccupation d'un ou plusieurs défauts physiques légers ou inexistantes entraîne des pensées obsédantes difficilement contrôlables concernant l'apparence physique. Cela est la source d'une grande souffrance psychologique et peut avoir des conséquences sur les relations sociales et professionnelles (12). Un grand nombre de comorbidités comme la dépression, l'anxiété sociale ou les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) sont associés au TDC (13). La prévalence d'idées suicidaires et de

tentatives de suicide chez les personnes atteintes apparaît très élevée (14), que cela soit attribué uniquement au trouble ou non. (15) Cette prévalence est supérieure à celle retrouvée dans la population générale. Elle varie de 19,1 % à 69,7 % pour les idées suicidaires et de 1,5 à 22,2 % pour les tentatives de suicide (15).

À notre connaissance, concernant les publications sur pubmed traitant du « Body Dysmorphic Disorder », 24 articles ont été publiés en 2000 et 148 en 2023, ce qui montre un intérêt croissant pour ce trouble de la part de la communauté scientifique.

La formation initiale du chirurgien-dentiste enseigne la notion de « soins conservateurs » en étant le plus respectueux possible des tissus dentaires. Cependant, les demandes de soins purement esthétiques nécessitent dans certains cas d'être délabrant pour l'organe dentaire (16) et peuvent parfois présenter certains risques et effets secondaires (17,18). Cela est d'autant plus à prendre en compte que les patients souffrant de dysmorphophobie ont des attentes esthétiques le plus souvent irréalistes. Ils sont donc davantage susceptibles de ne pas être satisfaits de leur traitement une fois celui-ci réalisé (2).

Après avoir détaillé le TDC et ses implications en pratique dentaire, l'objectif principal de ce travail de thèse était d'étudier les connaissances des étudiants et praticiens en chirurgie dentaire du département d'odontologie de Toulouse sur le trouble dysmorphique corporel (TDC). L'objectif secondaire était de réaliser un guide clinique pratique.

Cette thèse s'articulera particulièrement autour de l'activité d'omnipraticque au cabinet dentaire et exclura les spécificités propres à la pratique en orthodontie.

Partie 1 : Trouble Dysmorphique Corporel

1/ Généralités sur le Trouble Dysmorphique Corporel

A/ Définition globale du Trouble Dysmorphique Corporel

D'après le Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique (MSD Manuals), la dysmorphophobie se définit comme un trouble mental caractérisé par « une préoccupation concernant des défauts perçus de l'apparence physique qui ne sont pas apparents ou apparaissent légers à d'autres personnes » (19). Cette préoccupation se traduit par une inquiétude excessive qui peut se transformer en fixation obsessionnelle. C'est ce qui la différencie d'une préoccupation esthétique considérée normale (20). Cela devient la source d'une grande détresse émotionnelle et peut provoquer une altération du comportement et de la qualité de vie (21).

Dans la dernière version du DSM-V de 2013, le TDC est classé dans la catégorie du « spectre des troubles obsessionnels compulsifs et apparentés ». Quatre critères permettent de définir ce trouble : (22)

- Préoccupation d'un ou plusieurs défauts perçus dans l'apparence physique qui ne sont pas observables ou qui semblent légers pour les autres ;
- Comportements répétitifs en réponse à cette préoccupation sur l'apparence (exemples : vérification dans le miroir, toilette excessive, demande de réconfort, comparaison aux autres) ;
- Détresse émotionnelle, altérations sociales et/ou professionnelles cliniquement significatives provoquées par cette préoccupation ;
- Préoccupation sur l'apparence qui ne peut pas être expliquée par une inquiétude concernant la graisse corporelle ou le poids, avec des symptômes correspondant à un trouble de l'alimentation.

En plus de ces critères, le DSM-V précise deux spécificités dans le diagnostic :

- Noter si le patient présente une dysmorphie musculaire, donc préoccupé par sa corpulence qu'il jugera trop petite ou insuffisamment musclée ;
- Évaluer à quel degré de « prise de conscience » (ou d'« *insight* ») le patient se situe vis-à-vis de son trouble dysmorphique (*insight* bon, *insight* mauvais ou idées délirantes) (23).

D'autre part, concernant le début d'apparition de ce trouble, le TDC survient couramment au cours de l'adolescence ou au début de la puberté et se développe généralement de façon chronique (12). Il est d'apparition progressive ou soudaine (19).

Les symptômes présents sont d'intensité variable selon les individus (12,21). La vision du corps est déformée par rapport à la réalité.

Parmi les pensées obsédantes et intrusives (3) difficilement contrôlables qui envahissent le quotidien des personnes atteintes, nous pouvons citer :

- Un sentiment de honte ou de dégoût ;
- Une sensation d'être observé constamment pour ce défaut ;
- Une peur de la critique et du rejet ;
- Une faible estime de soi ;
- Une comparaison aux autres.

Ces inquiétudes durent au moins une heure par jour selon les critères de diagnostic de l'International OCD Foundation (Fondation internationale des troubles obsessionnels compulsifs) (21). Cependant, dans une étude américaine parue en 2005 sur un échantillon d'adolescents de 20 ans ou moins atteints de TDC, 54,3 % ont déclaré penser à leur apparence plus de trois heures par jour (24).

Le TDC s'accompagne de comportements compulsifs et répétitifs tels que (19,21,25) :

- l'utilisation excessive de miroirs ou au contraire l'évitement des miroirs et des surfaces réfléchissantes le plus possible,
- une toilette excessive,
- une volonté de cacher le ou lesdits défauts (maquillage, accessoires, chapeaux, vêtements, etc.) et un recours répété à des soins cosmétiques mais sans effet (par exemple dermatologique, chirurgical, dentaire),
- des difficultés de concentration,
- des demandes de vérification auprès de l'entourage sur l'apparence physique (aussi appelées « demandes de réconfort »),
- un prélèvement de la peau à l'aide d'ongles ou de pincettes par exemple dans le but d'éliminer les imperfections perçues (aussi appelé « *skin picking* »),
- etc.

Cela donne lieu à des rendez-vous fréquents auprès de professionnels de santé, le plus souvent sans succès.

Le TDC peut aussi être la cause d'un isolement social voire familial. Les activités sociales et professionnelles peuvent être perturbées. Par exemple, chez l'enfant et l'adolescent, la dysmorphophobie peut causer un échec scolaire (12,24).

Une souffrance psychique importante est ainsi provoquée et la personne atteinte voit ses émotions altérées. Ainsi, le stress et l'anxiété générés peuvent progressivement amener à une dépression qui est la comorbidité la plus fréquemment associée au TDC (12).

Les différentes comorbidités et les idées suicidaires en lien avec le TDC seront développées plus loin dans ce chapitre.

Concernant la ou les sources de préoccupations retrouvées, la dysmorphophobie peut concerner n'importe quelle partie du corps. En effet, cela peut notamment concerner (12) :

- l'aspect et la forme de la peau comme les taches, les rides, les boutons et les cicatrices,
- les parties du visage comme la forme ou la taille du nez, des yeux, de la bouche voire la forme et la couleur des dents,
- les cheveux, la pilosité,
- le ventre et la forme du corps en général.

Dans l'étude américaine citée plus haut, parue en 2005 et menée sur un échantillon de 36 adolescents et 164 adultes atteints de TDC, les cinq zones corporelles qui préoccupaient le plus les participants étaient : la peau, les cheveux et la pilosité, le ventre, le poids et les dents (24). En moyenne, les préoccupations concernent ou ont concerné de 5 à 7 parties du corps différentes (21).

B/ Spécificités du Trouble Dysmorphique Corporel en odontologie

D'après la revue systématique de 2016 de Veale et al., la prévalence évaluée du TDC, et pondérée entre trois études, chez les patients consultant dans un contexte de chirurgie dentaire ou orthodontique serait de 5,2 %, avec presque 7,5% pour les femmes (9). Cependant, il est à noter qu'il existe peu de données actuelles évaluant la prévalence de ce trouble en chirurgie dentaire (26).

Ainsi, puisque le TDC semble concerner l'odontologie, il apparaît probable que le praticien soit amené à rencontrer des patients atteints de dysmorphophobie. Cela serait en partie dû au fait que la chirurgie dentaire propose des soins partiellement ou parfois uniquement dans un but esthétique (2).

Si les préoccupations concernent la sphère oro-faciale, les personnes atteintes de TDC seront donc amenées à vouloir consulter leur chirurgien-dentiste afin de tenter d'améliorer ou de corriger le ou les défauts perçus. Dans ce cas, les patients pourront présenter des préoccupations obsédantes concernant l'esthétique des dents (teinte, forme, position), l'asymétrie faciale, mais aussi la forme, la taille ou la disproportion perçue de la bouche et des lèvres, des joues, du menton ou de la mâchoire en général (27).

Le trouble dysmorphique corporel est ainsi amené à intéresser tout particulièrement l'organe dentaire et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, en dehors de tout trouble mental, la satisfaction éprouvée par l'apparence des dents serait significativement liée à la satisfaction corporelle globale d'une personne et plus généralement, à son bonheur. En effet, d'après une étude néerlandaise, 63,6 % des participants considéraient que l'apparence de leurs dents était importante pour leur bonheur personnel (28).

Ensuite, l'apparence des dents (et plus particulièrement leur teinte) aurait un effet sur « l'attrait social perçu lors d'une première impression ». En effet, dans une étude espagnole de 2014 sur un échantillon de personnes interrogées, des photos d'inconnus présentant des sourires éclaircis, de couleur naturelle et assombris ont été présentées (*fig. 1*). Les sourires éclaircis ont obtenu les scores les plus élevés concernant l'attrait social perçu (compétences sociales, capacités intellectuelles, compétences psychologiques et satisfaction relationnelle). Les dents éclaircies ou très blanches représentent donc un important facteur d'attractivité sociale (29).

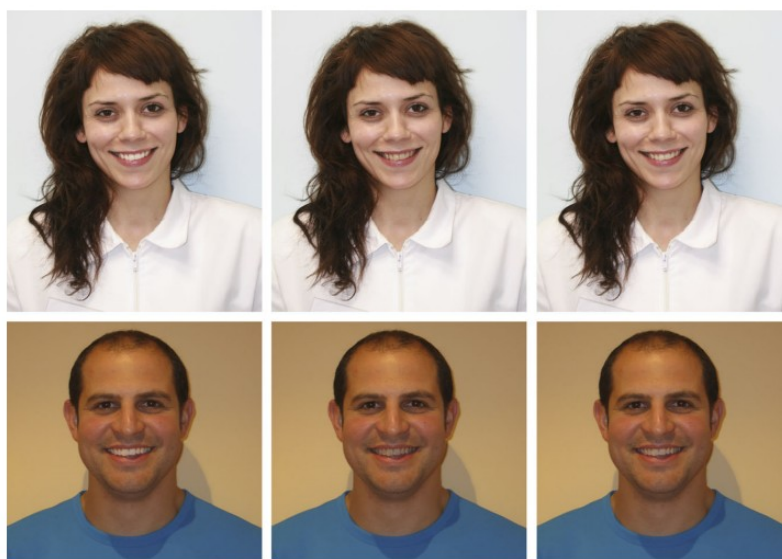


Fig.1. « The lightened, natural and darkened photographs used in this study ». (29)

Ainsi, les demandes esthétiques dentaires en général, mais aussi pour les patients souffrant de TDC, concerneront le plus souvent la teinte suivi de l'alignement des dents (30). Il apparaît donc important pour le praticien de pouvoir dépister une demande esthétique qui serait excessive voire qui pourrait être le reflet d'un trouble mental comme la dysmorphophobie.

2/ Populations à risque, comorbidités et diagnostics différentiels

A/ Populations à risque et comorbidités

*** Populations à risque**

Les populations les plus à risque de présenter un TDC sont les adolescents et les femmes. En effet, l'adolescence correspond à une étape importante de transitions et de transformations physiques et psychiques. Cela peut compliquer la représentation que l'adolescent se fait de son corps, dans une période où la comparaison aux pairs et aux modèles devient plus importante et peut entraîner un plus grand intérêt à l'esthétique (8). La demande esthétique, et notamment de chirurgie esthétique, augmente chez les adolescents et surtout chez les adolescentes (8).

Par ailleurs, les adolescents atteints de TDC présentent davantage de symptômes évocateurs de comorbidités associées à ce trouble (dépression majeure, phobie sociale, troubles obsessionnels compulsifs) que chez les adolescents de la population générale (12). Par ailleurs, la prévalence du TDC dans les études est retrouvée plus élevée chez les femmes que chez les hommes que ce soit chez les adolescents ou les adultes (9,24).

*** Comorbidités**

Le TDC est associé à un certain nombre de comorbidités (13) :

- La dépression, comorbidité la plus fréquemment rencontrée (12).
- L'anxiété ou la phobie sociale, deuxième comorbidité la plus fréquente (12), et des troubles de l'humeur et/ou troubles anxieux associés (13).
- Les Troubles Obsessionnels Compulsifs (9) qui partagent beaucoup de similitudes avec les symptômes du TDC : pensées récurrentes et chronophages, comportements ritualisés, comportements de vérification, perfectionnisme important et évitement des situations qui pourraient déclencher ces types de comportements (23) (dans le cas du TDC, les TOC associés seront représentés par des comportements axés sur l'apparence).

- Les troubles liés à l'usage de substances ou la toxicomanie (31).
- La faible estime de soi (21).
- Le névrotisme et le perfectionnisme compulsif, qui sont plus fréquemment retrouvés (23).
- Le trouble de la personnalité, les troubles des conduites alimentaires (TCA), les symptômes de stress post-traumatique (14).

Par ailleurs, le risque suicidaire représente une comorbidité importante retrouvée associée à ce trouble. Les personnes souffrant de dysmorphophobie représentent en effet une population à risque de développer des idées suicidaires voire de faire des tentatives de suicide (15). Dans l'étude américaine de 2005, 80,6 % des adolescents interrogés présentaient des antécédents d'idées suicidaires et 44,4 % avaient déjà fait une tentative de suicide (24). Ce risque de suicide chez les patients atteints de TDC serait d'autant plus fréquent pour les patients hospitalisés (12). Cependant, ce risque serait sous-estimé chez les patients atteints de TDC et ce pour deux raisons :

- un manque de sensibilisation auprès des professionnels de santé sur cette prédisposition (15) ;
- un sous-diagnostic de ces patients, même dans le cadre d'une hospitalisation en psychiatrie, dû au fait que les patients ne révéleraient pas leurs symptômes associés au TDC aux spécialistes de la santé mentale (sentiment de honte, embarras, peur d'être jugé négativement, peur d'être incompris) (11). Cela entraîne une errance médicale de ces patients et des retards de diagnostic du TDC.

En pratique dentaire, il semble donc important de pouvoir dépister un trouble dysmorphique corporel et de repérer un éventuel risque suicidaire pour pouvoir orienter ou adresser le patient le mieux possible.

B/ Diagnostics différentiels

Des troubles apparaissent dans certains cas comme des comorbidités de la dysmorphophobie. Cependant, ils peuvent en fait correspondre à des diagnostics différentiels à part entière du TDC sans forcément qu'ils y soient complètement associés :

- Les Troubles des conduites alimentaires (anorexie ou boulimie) sont à différencier du TDC si la préoccupation physique ne concerne que le poids et/ou la forme du corps et s'il existe une modification des conduites alimentaires (19).
- Les TOC constituent un diagnostic différentiel du TDC si les comportements répétitifs ne sont pas réalisés dans le but d'améliorer l'apparence physique.
- L'anxiété, la phobie sociale ou encore l'agoraphobie sont à différencier du TDC si la cause de l'évitement des situations sociales n'est pas exclusivement centrée sur l'insatisfaction de l'apparence (23,25).
- La dysphorie de genre est à différencier du TDC si les seules préoccupations concernent l'apparence de caractères sexuels physiques constituant le reflet du sexe de naissance (19).
- Les autres pathologies psychiatriques en général, comme par exemple la schizophrénie qui présente des similitudes avec le TDC, sont également à distinguer d'un diagnostic de TDC (32).

3/ Dépistage et prise en charge

A/ Dépister un trouble

*** Évaluer l'insatisfaction de l'apparence**

Face à un patient demandeur de soins à visée purement esthétique, il est important pour le praticien d'évaluer le niveau d'insatisfaction de l'apparence. En effet, une demande esthétique forte, exagérée voire injustifiée peut être le reflet d'une image corporelle négative pouvant s'avérer révélatrice d'un trouble psychiatrique.

L'insatisfaction corporelle correspond à la détresse émotionnelle créée par le décalage entre l'apparence souhaitée, idéale et la perception de l'image du corps (23). Il est souvent difficile de faire la distinction entre une préoccupation esthétique considérée normale et le début d'apparition d'un trouble psychologique provoquant une distorsion de la perception de soi, ce qui peut aller jusqu'à créer un trouble dysmorphique corporel (23).

Par ailleurs, il apparaît très subjectif pour le praticien d'évaluer à quel moment la demande esthétique devient exagérée voire totalement injustifiée. En effet, « le beau » reste une

notion souvent très subjective. La notion de « blancheur » des dents par exemple peut différer selon les représentations plus ou moins subjectives du patient et du praticien. Le patient peut baser son jugement sur la comparaison à des pairs, et le dentiste peut se référer à la teinte naturelle des dents ou comparer la teinte de son patient à d'autres patients qu'il a pu rencontrer dans sa pratique. Dans tous les cas, le jugement apporté sur la demande d'esthétique de la part du patient a une part de subjectivité.

Ainsi, pour pouvoir éventuellement dépister un trouble, nous pouvons alors retenir que dans le cas du TDC, l'insatisfaction corporelle, aussi subjective soit-elle, est telle qu'elle devient une obsession qui va provoquer des troubles du comportement.

* Évaluer les attentes vis-à-vis du traitement demandé

L'évaluation préalable des attentes du patient concernant un traitement esthétique est déterminante pour la satisfaction du patient vis-à-vis de ce traitement (3).

Cependant, un patient potentiellement atteint d'un trouble psychologique ou d'un TDC aura des attentes irréalistes vis-à-vis du traitement ou du soin esthétique demandé puisqu'il existe alors un décalage entre l'image du corps perçue et la réalité. Le patient s'attend à recevoir des résultats illusoire par rapport aux préoccupations esthétiques infimes ou inexistantes dont il est victime (3).

Par ailleurs, dans les consultations de chirurgie esthétique, les patients atteints de TDC auront aussi tendance à ne pas pouvoir exprimer clairement leurs attentes sur les résultats du traitement, alors qu'ils pourront parfaitement détailler le ou les défauts qu'ils perçoivent (20).

Ainsi, il apparaît donc essentiel de bien communiquer avec son patient avant d'envisager un traitement à visée purement esthétique dans le but d'évaluer son niveau d'insatisfaction corporelle dans un premier temps, puis de bien cerner ses attentes concernant les résultats du traitement dans un second temps (3).

* Conduite à tenir si un TDC est envisagé

Si le praticien envisage un TDC chez un de ses patients, il peut se référer aux critères du DSM-V pour tenter d'en savoir plus sur ce que ressent le patient (22) : le défaut perçu par le patient est-il très léger voire imaginaire ? (même si cela peut parfois relever de la subjectivité du praticien). Est-ce que cette préoccupation entraîne des comportements répétitifs qui perturbent les activités quotidiennes, personnelles ou professionnelles ?

Est-ce qu'il existe une souffrance psychologique ou une détresse émotionnelle associée à cette préoccupation de l'apparence ?

Il apparaît aussi important de pouvoir estimer le degré de prise de conscience du patient vis-à-vis du fait que sa préoccupation esthétique est exagérée et qu'elle peut s'avérer pathologique : le patient est-il conscient du fait que ses convictions sur son apparence sont probablement erronées ou, au contraire, est-il atteint d'idées délirantes ?

Enfin, l'évaluation des comorbidités associées au TDC et notamment le dépistage des idées suicidaires peut s'avérer révélatrice d'un trouble psychologique lié à cette préoccupation esthétique (3).

Pour pouvoir tenter de dépister un TDC en se référant donc aux critères du DSM-V, le chirurgien-dentiste pourrait utiliser un questionnaire qui permettrait d'évaluer plusieurs paramètres en même temps : évaluation du degré d'insatisfaction de l'apparence, évaluation des attentes vis-à-vis du traitement, et enfin dépistage d'un potentiel TDC.

Il faut être vigilant sur la distinction entre un « dépistage » et un « diagnostic », et notamment pour le trouble dysmorphique corporel. Le dépistage peut être réalisé par n'importe quelle profession médicale alors que le diagnostic ne peut se faire que par un professionnel de la santé mentale (33). Les professionnels de la santé mentale ont à leur disposition des questionnaires spécifiques qui seraient difficiles à mettre en œuvre dans la pratique du chirurgien-dentiste (33), comme le *BDDQ (Body Dysmorphic Disorder Questionnaire)* qui permet d'apprécier la nécessité d'évaluer la santé mentale d'un patient chez qui un traitement apparaît inapproprié (2).

Cependant, des questionnaires spécifiques à la pratique en orthodontie ont été mis au point pour évaluer psychologiquement les patients avant d'envisager un traitement orthodontique. Ainsi, il est recommandé d'orienter un patient soupçonné de présenter un TDC vers un psychiatre pour qu'un diagnostic soit posé et ce avant d'envisager une prise en charge orthodontique (34). Pour cela, le dépistage peut se faire à l'aide de questionnaires qui sont parfois systématisés dans les cabinets d'orthodontie.

Tableau 1 : « Screening questionnaire for BDD in orthodontic patients ». (34)

Questionnaire de dépistage du TDC chez les patients orthodontiques
Comment le patient évalue-t-il la gravité de son problème ou de son défaut orthodontique ?
Comment le patient évaluerait-il la quantité de détresse ou d'inquiétudes produites par son problème orthodontique, son défaut ou son apparence « peu attrayante » ?
Ce défaut (mineur ou perçu) cause-t-il une détresse importante, soit socialement, soit liée aux activités familiales/ professionnelles ?
Pourquoi un traitement orthodontique est-il recherché ?
Des évaluations antérieures concernant leur « défaut » orthodontique ont-elles été effectuées ?
Pourquoi des évaluations orthodontiques complémentaires sont-elles recherchées ?
Les attentes pour cette procédure orthodontique particulière sont-elles raisonnables ?
Des demandes pour d'autres procédures cosmétiques ont-elles déjà été obtenues ?
Ces autres interventions esthétiques ont-elles été effectuées ? Sont-elles fréquentes ? Combien ? Quand ?
Y a-t-il des antécédents d'insatisfaction à l'égard des procédures cosmétiques précédentes ? Sont-ils multiples ?
Le patient signale-t-il des antécédents de troubles psychiatriques ou psychologiques ou des références antérieures pour des évaluations psychologiques/ psychiatriques ?

Dans l'exemple de questionnaire *Tableau 1*, plusieurs éléments permettent un dépistage du TDC : l'évaluation de la détresse émotionnelle, l'évaluation des attentes et de la « prise de conscience » avec la question « les attentes (...) sont-elles raisonnables ? », la notion d'errance médicale et l'insatisfaction face à des traitements orthodontiques antérieurs.

Par ailleurs, dans le domaine de la chirurgie esthétique, certains auteurs recommandent de rajouter aux documents de consentement des éléments relatifs au trouble dysmorphique corporel pour tout patient dont ce diagnostic serait suspecté (20). Ces éléments mettent notamment en lumière le fait que les résultats des traitements, une fois la chirurgie réalisée, ne seront peut être pas ce à quoi le patient s'attendait (*Tableau 2*).

Tableau 2 : « Pre-procedure patient checklist ». (20)

Liste de contrôle du patient avant l'intervention
1. Je n'ai jamais été diagnostiqué ou traité pour un TDC.
2. J'ai déjà subi des interventions de chirurgie plastique dans le passé et je n'ai pas été mécontent de ces procédures.
3. J'accepte de contacter mon ancien chirurgien plasticien.
4. Je reconnais qu'il y a une composante émotionnelle importante dans le choix d'une intervention de chirurgie plastique facultative.
5. Je comprends que la procédure que je recherche n'aboutira peut-être pas au résultat exact que je désire.

Par ailleurs, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recommande le dépistage systématique du TDC chez les personnes en demande de traitement esthétique (cosmétique ou dermatologique) et présentant de légères imperfections (35). En effet, le NICE a mis en place cinq questions à poser au patient pour aider le praticien à identifier une dysmorphophobie :

Tableau 3 : Cinq questions à poser - NICE (35) et éléments de dépistage recherchés.

NICE : cinq questions à poser	Éléments de dépistage de TDC recherchés
1) Vous inquiétez-vous beaucoup de votre apparence et souhaiteriez-vous pouvoir y penser moins ?	- Fixation obsessionnelle d'un ou plusieurs défauts.
2) Quelles préoccupations spécifiques avez-vous concernant votre apparence ?	- Cibler le défaut perçu. - Lister les autres préoccupations physiques éventuelles (sachant qu'un patient atteint de TDC est souvent préoccupé par plusieurs parties de son corps).
3) Au cours d'une journée type, combien d'heures par jour votre apparence vous préoccupe-t-elle ?	- « Plus d'une heure par jour » est considéré comme excessif.
4) Quel effet cela a-t-il sur votre vie ?	- Conséquences de cette préoccupation sur la vie quotidienne de la personne.
5) Est-ce que cela rend difficile de faire votre travail ou d'être avec des amis ?	- Conséquences du défaut perçu sur la vie sociale et professionnelle. - Déceler une éventuelle phobie/anxiété sociale.

Ainsi, dans un cabinet d'omnipratique, face à un patient demandeur de soins esthétiques qui peuvent apparaître exagérés (sur la teinte ou sur la forme des dents par exemple), il serait envisageable de donner un questionnaire d'aide au dépistage du TDC au patient. Ce questionnaire pourrait s'inspirer des questionnaires existants pour l'orthodontie et la chirurgie esthétique et serait adapté à l'omnipratique dentaire. Il serait également possible d'intégrer quelques questions sur l'insatisfaction de l'apparence, voire sur les comorbidités associées à la dysmorphophobie comme les TOC ou la dépression par exemple. Il pourrait également être envisageable d'ajouter à ce questionnaire des questions relatives au comportement du patient avec les réseaux sociaux.

Ce questionnaire permettrait de caractériser chaque doléance et attente vis-à-vis du traitement souhaité. Cela pourrait être demandé à chaque motif de consultation à visée esthétique (à chaque demande de blanchiment dentaire par exemple) ou bien directement dans le questionnaire médical. Ainsi, cela pourrait rendre systématique le dépistage à l'ensemble des patients, et ce dès la première consultation (33).

B/ Conduite à tenir suite à un dépistage du Trouble Dymorphique Corporel

*** Conséquences d'un traitement esthétique chez un patient atteint de TDC**

Puisque les attentes d'un patient dysmorphophobique sont irréalistes, il sera « très susceptible d'être insatisfait quel que soit le résultat du traitement mis en œuvre » (2).

De plus, les études montrent que réaliser quand même le traitement à visée esthétique demandé chez les patients atteints de TDC n'entraîne pas d'amélioration pour le patient la plupart du temps. Cela peut même provoquer une détérioration des symptômes (3,12).

En effet, dans une étude de 2005 menée sur 200 individus atteints de TDC et analysant les résultats de 419 traitements médicaux reçus par ces patients (le plus souvent dermatologique ou chirurgical), les sujets ont rapporté :

- Concernant les symptômes généraux du TDC : pas de changement dans 91 % des cas, amélioration dans 3,6 % des cas et situation empirée dans 5,4 % des cas ;
- Concernant la préoccupation de la partie du corps traitée, pas de changement dans 75,5 % des cas, amélioration dans 17,7 % des cas et situation empirée dans 6,8 % des cas (36).

Plus spécifiquement, dans cette même étude, étude, concernant les résultats de 26 traitements dentaires réalisés (le plus souvent des blanchiments dentaires ou le port de bagues), les patients ont rapporté une amélioration des symptômes généraux du TDC dans seulement 3,8 % des cas, et une préoccupation concernant la partie du corps traitée améliorée dans 46,2 % des cas (pas de changement dans 46,2 % des cas également).

*** Risques pour le patient et le praticien de réaliser le traitement esthétique demandé**

Réaliser les soins esthétiques demandés par un patient atteint de TDC peut représenter certains risques autant pour le patient que pour le chirurgien-dentiste (2).

- Pour le patient, puisque ses attentes concernant les résultats du traitement sont irréalistes et qu'il existe une distorsion de la perception de son corps, il est très probable qu'il soit déçu des résultats du traitement. Il peut ainsi y avoir un risque de détérioration des symptômes du TDC une fois le traitement réalisé, comme expliqué précédemment : le patient percevra toujours le défaut ou le trouvera aggravé (20).

- Pour le praticien, puisque le patient est très susceptible d'être insatisfait, il s'expose au risque de perdre la confiance qu'il entretenait avec son patient mais également au risque de conflit, de violence ou de poursuites judiciaires (20).

* Savoir refuser de réaliser le geste

Que faire face à un patient chez qui le chirurgien-dentiste a pu mettre en évidence la possible existence d'un trouble dysmorphique corporel ?

S'il existe un trouble psychologique associé à la fixation obsessionnelle esthétique du patient, le chirurgien-dentiste est-il en mesure de refuser de réaliser le traitement qu'il jugerait inutile, excessif et qui s'avérerait inefficace puisque le patient resterait insatisfait ? Refuser de réaliser le traitement semble nécessaire mais il apparaît difficile d'affirmer un refus dans ce contexte (20). En effet, les patients dysmorphophobiques vont avoir des attentes supérieures au simple objectif esthétique de leur prise en charge : le traitement améliorerait leur confiance en eux, leur permettrait de pouvoir sortir de chez eux, les rendrait heureux, etc.

De plus, réaliser les soins esthétiques chez les patients atteints de TDC pourrait alors s'apparenter à des thérapeutiques de confort que l'on peut retrouver en médecine ou en chirurgie, comme par exemple la stimulation cérébrale profonde dans la prise en charge de la maladie de Parkinson (37). Dans ce cas-là, les attentes du patient sont évaluées en amont de la chirurgie qui est assez lourde : si les attentes sont trop élevées, la thérapeutique n'est pas réalisée.

Ainsi, il faut retenir que **réaliser un soin à visée esthétique** chez un patient ayant des attentes irréalistes/ potentiellement atteint de TDC :

- **Ne résoudra pas dans tous les cas le problème initial du patient** : il est très probable que le patient soit **toujours préoccupé par son « défaut »** après le traitement et ses symptômes évocateurs du TDC resteront inchangés ;
- Présente des risques à la fois pour le patient (aggravation des symptômes du TDC) et pour le praticien (détérioration de la relation de soin, violences).

Il est donc recommandé de ne pas réaliser le soin esthétique demandé chez un patient chez qui un TDC est envisagé.

C/ Annoncer la nécessité d'un suivi psychologique

* Adresser un patient atteint de Trouble Dysmorphique Corporel

En refusant de réaliser le traitement parce que jugé non nécessaire, le chirurgien-dentiste peut décider d'adresser le patient à un confrère. Mais s'il s'avère que le patient souffre réellement de TDC, cela ne ferait que retarder sa nécessaire prise en charge psychologique et créer une véritable errance médicale de ce trouble (27). De plus, il est possible que le dentiste soit le premier contact du patient avec le corps médical, patient ayant une expression des symptômes du TDC (2).

Plusieurs auteurs suggèrent donc d'éviter le traitement et recommandent d'adresser le patient à une équipe de santé mentale (3). Cependant, il peut être extrêmement délicat de devoir annoncer à un patient qu'il souffre potentiellement d'un trouble psychologique alors que son motif de consultation est purement esthétique.

D'ailleurs, la distinction est ici à établir entre les troubles d'origine psychogène à expression somatique avec une ou plusieurs manifestations physiques réelles (douleurs, paralysie, etc.), et le cas du TDC :

- dans le cas des troubles psychogènes à expression somatique : il est plus aisé pour le praticien d'annoncer au patient que le trouble est potentiellement d'origine psychogène. En effet, une fois que tous les examens ont été réalisés (scanners, bilans biologiques, etc.), la preuve qu'il n'y a aucune anomalie est plus facile à apporter au patient. Il est ainsi moins compliqué d'annoncer qu'une consultation avec un spécialiste de la santé mentale serait nécessaire. Cette consultation permettra non seulement de diagnostiquer un éventuel problème relatif à la santé mentale, mais également d'offrir au patient la possibilité de « guérir » et de supprimer l'expression somatique du trouble.

- dans le cas du TDC : l'origine est également psychogène mais la doléance est esthétique. Il apparaît alors difficile de prouver que la demande est complètement injustifiée. En effet, le praticien ne se base pas sur des critères objectifs comme une imagerie ou des examens biologiques sur lesquels on ne verrait rien de particulier, mais il se base sur des critères esthétiques qui ont une grande part de subjectivité (38).

Pour ne pas brusquer le patient en l'adressant directement à un spécialiste de santé mentale, une solution pourrait être de laisser le patient s'exprimer sur son insatisfaction vis-à-vis de son défaut. Le praticien pourrait poser des questions plus détaillées sur les causes réelles de la demande de traitement esthétique et sur les causes réelles du mal-être exprimé (problèmes d'estime de soi, comparaison aux autres, etc.). Un **cadre propice à la**

confidentialité pourra être envisagé pour que le patient puisse s'exprimer pleinement sur les causes de son mal-être (3). Le chirurgien-dentiste devrait alors adopter une **attitude empathique et d'écoute réflexive**, en essayant de ne pas contester directement les convictions du patient sur le ou les défauts perçus (39).

Ainsi, petit à petit, le patient pourrait potentiellement comprendre que la source de son mal être vient de la perception qu'il a de son corps. À ce moment là, le praticien pourrait envisager l'éventualité d'une consultation avec un spécialiste de la santé mentale, mais uniquement si le patient devient potentiellement demandeur. Par ailleurs, certains auteurs suggèrent aussi d'orienter le patient par l'intermédiaire du médecin généraliste ou d'une unité hospitalière spécialisée (orthodontie, chirurgie maxillo-faciale) qui décideront à leur tour de la nécessité d'adresser à un psychologue ou un psychiatre (40).

* Prise en charge du patient par une équipe de santé mentale

Concernant la prise en charge du patient une fois adressé dans un service de santé mentale, des revues systématiques rapportent une efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) d'un côté et de l'utilisation de médicaments dont le plus souvent des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine d'un autre côté (41–43).

Cependant, dans ces revues systématiques, des limites sont relevées dans certaines études analysées puisqu'il existe un nombre important d'abandons de la part des participants à ces études. Cela est retrouvé que ce soit avec une prise en charge pharmacologique ou en en thérapie cognitivo-comportementale. Ces abandons pourraient être expliqués par le faible degré de « prise de conscience » de certains patients dysmorphophobiques (42).

* Collaboration du chirurgien-dentiste avec une équipe de santé mentale

Si le diagnostic de TDC est posé par un professionnel de la santé mentale, il sera alors nécessaire pour le chirurgien-dentiste de travailler en collaboration avec l'équipe de santé mentale pour pouvoir éventuellement évaluer la nécessité ultérieure de soins dentaires (2). Pour pouvoir être à même de communiquer efficacement avec son patient sur son besoin d'évaluation psychiatrique, le praticien pourrait se créer un réseau de soins pluridisciplinaire avec une équipe de santé mentale (34).

Des centres dentaires spécialisés en soins esthétiques peuvent être imaginés, avec un psychologue présent sur place, tout comme dans certains centres de chirurgie esthétique, voire des dentistes spécialement formés à une prise en charge pluridisciplinaire, dentaire et psychologique.

Partie 2 : Questionnaire

1/ Matériels et méthode

L'objectif principal de cette étude était d'étudier les connaissances des étudiants et praticiens en chirurgie dentaire du département d'odontologie de Toulouse sur le trouble dysmorphique corporel. Le premier objectif secondaire était tout d'abord d'analyser et de comparer ces connaissances en fonction du statut étudiant ou enseignant. Le second objectif secondaire était, dans un second temps, de s'appuyer sur les résultats de cette étude afin de réaliser un support pratique.

2/ Design de l'étude

Un questionnaire *google form* a été réalisé afin d'interroger facilement les étudiants et enseignants du département d'odontologie de Toulouse. Ce questionnaire a été diffusé sur les adresses électroniques universitaires de l'ensemble des étudiants et enseignants de la faculté et la période de réponses s'est étendue du 11/10/2023 au 18/12/2023. Les réponses aux questions étaient anonymes. L'intégralité des questions de ce questionnaire est disponible en annexe 1.

La population source visée par le questionnaire était l'ensemble des étudiants de la 2^e à la 6^e année d'études (N = 476), les internes (n = 29) et les enseignants (p = 105) du département d'odontologie de Toulouse.

Les questions posées s'adressaient soit uniquement aux étudiants, soit uniquement aux praticiens, soit aux deux. De plus, certaines questions étaient réservées à ceux ayant déjà pratiqué sur des patients au moins au cours de leurs études (donc 4^e année, 5^e année, 6^e année, internes et praticiens) et d'autres à ceux ayant déjà exercé en pratique libérale au moins au cours d'un remplacement (donc 6^e année, internes et praticiens ayant déjà effectué des remplacements).

Certaines questions proposaient des réponses utilisant l'échelle de Likert (tout à fait d'accord/ plutôt d'accord/ neutre/ plutôt pas d'accord/ tout à fait en désaccord). L'utilisation de ce système de notation des réponses (44) est intéressant notamment parce qu'il permet aux participants de choisir de ne pas se positionner quant à l'affirmation proposée et

d'avoir une réponse « neutre », pour ainsi ne pas faussement orienter l'ensemble des réponses données.

Les variables étudiées dans ce questionnaire étaient :

- des paramètres épidémiologiques : âge, genre, catégorie socio-professionnelle (étudiant ou praticien, année d'étude, modalité d'entrée dans les études dentaires, statut hospitalo-universitaire) ;
- des paramètres évaluant les connaissances sur le TDC : sources des connaissances, domaines de pratique concernés, comorbidités associées, le risque suicidaire associé et les populations à risque (adolescents) ;
- des paramètres évaluant la pratique dentaire face aux demandes esthétiques excessives : l'impact des réseaux sociaux, les demandes esthétiques et/ou attentes irréalistes rencontrées, la prise en charge du TDC (le fait de se sentir capable, savoir à qui adresser) et l'éventuelle utilité de questionnaires d'aide au dépistage du TDC ;
- des paramètres évaluant la nécessité et le type d'un éventuel support de cours ou d'information sur le TDC.

Les données récoltées mettant en évidence les différences de réponses entre les étudiants et les praticiens ont été soumises à un test exact de Fisher avec un seuil de significativité choisi à 0,05. Les écarts-types à la moyenne ont été calculés pour les moyennes d'âges de tout l'échantillon, de l'échantillon d'étudiants et de praticiens.

3/ Résultats

*** Épidémiologie**

Au recueil des résultats, 106 participants au total ont répondu au questionnaire, ce qui constitue un échantillon total de 88 étudiants (83,0%) et 18 praticiens (17,0%). Cette différence de taille entre les deux échantillons restait représentative de la proportion étudiants/praticiens du département d'odontologie de Toulouse. Concernant les taux de réponses, 17,4 % des étudiants et 17,1 % des praticiens du département d'odontologie de Toulouse ont participé au questionnaire (*tableau 4*).

Tableau 4 : Taux de réponses des participants.

	Population générale	Échantillon	Taux de réponses
Étudiants	505	88	17,4 %
Promotion 2 ^e année	101	19	18,8 %
Promotion 3 ^e année	98	26	26,5 %
Promotion 4 ^e année	105	10	9,5 %
Promotion 5 ^e année	88	9	10,2 %
Promotion 6 ^e année	84	21	25,0 %
Internes en MBD	9	1	11,1 %
Internes en chirurgie-orale	8	1	12,5 %
Internes en orthodontie	12	1	8,3 %
Praticiens	105	18	17,1 %
CCU-AH	26	9	36,0 %
PU-PH	13	4	28,6 %
MCU-PH	20	4	21,1 %
Praticien attaché ou adjoint d'enseignement	46	1	2,2 %

Tableau 5 : Données épidémiologiques des participants.

Taille de l'échantillon total		N = 106
Âge	Âge moyen	24,8 ± 8,3 ans
	Âge médian	22,5 ans
Sexe	Femmes	77 (72,6%)
	Hommes	28 (26,4%)
	Préfère ne pas répondre	1 (0,9%)
4 ^e , 5 ^e , 6 ^e année, interne ou praticien, ayant donc au moins déjà pratiqué au centre de soins		61 (57,5%)
6 ^e année, internes ou praticiens ayant déjà exercé en pratique libérale (remplacements, etc)		41 (38,7%)

L'âge moyen des participants ayant répondu au questionnaire était de $24,8 \pm 8,3$ ans. L'âge minimum était de 18 ans et l'âge maximum retrouvé était de 60 ans. La majorité des participants étaient des femmes (72,6%) et des étudiants (83,0%). Un peu plus de la moitié de l'échantillon total (57,5%) correspondait à des étudiants de 4^e année, 5^e année, 6^e année, internes et praticiens, ayant donc déjà exercé le métier de chirurgien-dentiste, au moins dans un contexte hospitalier. De plus, 38,7 % des participants avaient déjà exercé en pratique libérale.

Nous allons détailler plus précisément l'échantillon d'étudiants (n=88).

Tableau 6 : Données épidémiologiques de l'échantillon d'étudiants.

Échantillon d'étudiants		N = 88
Âge	Âge moyen	21,9 ans \pm 2,6 ans
	Âge médian	21,5 ans
Sexe	Femmes	69 (78,4%)
	Hommes	18 (20,5%)
	Préfère ne pas répondre	1 (1,1%)
Modalité d'entrée dans les études de chirurgie dentaire	PACES	37 (42%)
	PASS	28 (31,8%)
	LAS	16 (18,2%)
	Passerelle	7 (8,0%)
Année d'études	2 ^e année	19 (21,6%)
	3 ^e année	26 (29,5%)
	4 ^e année	10 (11,4%)
	5 ^e année	9 (10,2%)
	6 ^e année	21 (23,9%)
	Interne en MBD	1 (1,1%)
	Interne en chirurgie-orale	1 (1,1%)
	Interne en orthodontie	1 (1,1%)

La plupart des étudiants ayant répondu au questionnaire étaient des femmes (78,4%) et les promotions les plus représentées étaient respectivement les 3^e années (29,5%), les 6^e années (23,9%) et les 2^e années (21,6%). Seuls 3 internes ont participé à l'étude (3,3%).

Nous allons à présent détailler plus précisément l'échantillon de praticiens.

Tableau 7 : Données épidémiologiques de l'échantillon de praticiens

Échantillon de praticiens		N= 18
Âge	Âge moyen	39,2 ans ± 11,2 ans
	Âge médian	34,5 ans
Sexe	Femmes	8 (44,4%)
	Hommes	10 (55,6%)
	Préfère ne pas répondre	0
Statut hospitalo-universitaire	CCU-AH	9 (50%)
	PU-PH	4 (22,2%)
	MCU-PH	4 (22,2%)
	Praticien attaché ou adjoint d'enseignement	1 (5,6%)

Dans l'échantillon de praticiens, quasiment autant de femmes que d'hommes ont répondu au questionnaire (8 femmes et 10 hommes) et l'âge médian des praticiens était de 34,5 ans. La moitié des praticiens représentés étaient des CCU-AH.

* Étude des connaissances sur le Trouble Dysmorphique Corporel

L'intitulé complet des questions se trouve en annexe 1.

Tableau 8 : Étude des connaissances sur le TDC – 1ère partie. Les p-values ont été calculées selon le test exact de Fisher, avec un seuil de significativité établi à $p \leq 0,05$. Les p-values significatives ont été surlignées en gras.

		Total N = 106	Étudiants N = 88	Praticiens N = 18	p-value
Connaissez vous le TDC ?	Oui	78 (73,6%)	62 (70,5%)	16 (88,9%)	0,57
	Non	27 (25,5%)	25 (28,4%)	2 (11,1%)	0,36
	Je ne sais pas	1 (0,9%)	1 (1,1%)	0	1

Si oui, comment en avez-vous entendu parler ?	Cours dispensés à la faculté	7 (6,6%)	5 (6,7%)	2 (11,1%)	0,61
	Reportages/ médias	40 (37,7%)	38 (43,2%)	2 (11,1%)	0,06
	Recherches personnelles	32 (30,2%)	21 (23,9%)	11 (61,1%)	0,05* (arrondi de 0,047)
	Autre	20 (18,9%)	15 (17,0%)	5 (27,8%)	0,36
	Je n'en ai jamais entendu parler	28 (26,4%)	26 (29,5%)	2 (11,1%)	0,25
D'après vous, quels domaines de pratique sont concernés par le TDC?	Orthodontie	93 (87,7%)	76 (86,4%)	17 (94,4%)	0,85
	Dentisterie esthétique	98 (92,5%)	81 (92,0%)	17 (94,4%)	1
	Chirurgie Orale	41 (38,7%)	35 (39,8%)	6 (33,3%)	0,81
	Chirurgie maxillo-faciale (chirurgie orthognatique)	88 (83%)	74 (84,1%)	14 (77,8%)	1
	Omnipraticque	66 (62,3%)	52 (59,1%)	14 (77,7%)	0,55
	Parodontologie	50 (47,2%)	40 (45,5%)	10 (55,6%)	0,66
	Occlusodontie	47 (44,3%)	38 (43,2%)	9 (50,0%)	0,82
	Pédodontie	38 (35,8%)	31 (35,2%)	7 (38,9%)	0,81
	Prise en charge de patients à besoins spécifiques	40 (37,7%)	33 (37,5%)	7 (38,9%)	1
	Implantologie	59 (55,7%)	47 (53,4%)	12 (66,7%)	0,67
	Endodontie	13 (12,3%)	12 (13,6%)	1 (5,6%)	0,69
Quelles sont, d'après vous, les comorbidités associées au TDC ?	Dépression	100 (94,3%)	83 (94,3%)	17 (94,4%)	1
	Troubles obsessionnels compulsifs (TOC)	77 (72,6%)	64 (72,7%)	13 (72,2%)	1
	Anxiété/phobie sociale	100 (94,3%)	83 (94,3%)	17 (94,4%)	1
	Troubles de l'usage de substances	52 (49,1%)	41 (46,6%)	11 (61,1%)	0,52
	Troubles des conduites alimentaires	83 (78,3%)	69 (78,4%)	14 (77,8%)	1
	Aucune des réponses ci-dessus	0	0	0	1
	Je ne sais pas	1 (0,9%)	1 (1,1%)	0	1

La majorité des participants (73,6%) connaissait le TDC, avec une proportion plus grande chez les praticiens (88,9%) que chez les étudiants (70,5%).

Une proportion de 28,4% des étudiants ne connaissait pas ce trouble. La majorité de

l'échantillon d'étudiants avait entendu parler de ce trouble par le biais de reportages/médias (43,2%) et la majorité des praticiens grâce à des recherches personnelles (61,1%). D'ailleurs, une différence statistiquement significative était observée entre les deux échantillons (p -value = 0,047) : les recherches personnelles concernaient 23,9 % des étudiants et 61,1 % des praticiens.

La grande majorité de l'échantillon total (94,3%, que ce soit pour les étudiants ou les praticiens) pensait que la dépression et l'anxiété/phobie sociale sont des comorbidités associées au TDC. Un peu moins de la moitié des participants (49,1%) pensait que le trouble de l'usage de substances est une comorbidité associée à ce trouble.

Tableau 9 : Étude des connaissances sur le TDC – 2e partie. Les p -values ont été calculées selon le test exact de Fisher, avec un seuil de significativité établi à $p \leq 0,05$. Les p -values significatives ont été surlignées en gras.

		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Tout à fait en désaccord
La prévalence d'idées suicidaires et de tentatives de suicide dans le TDC est supérieure à la prévalence retrouvée dans la population générale.	Total N = 106	22 (20,8%)	63 (59,4%)	15 (14,2%)	6 (5,7%)	0
	Étudiants N = 88	20 (22,7%)	50 (56,8%)	14 (15,9%)	4 (4,5%)	0
	Praticiens N = 18	2 (11,1%)	13 (72,2%)	1 (5,6%)	2 (11,1%)	0
	p-value	0,52	0,55	0,46	0,29	1
Le TDC touche davantage les adolescents.	Total N = 106	28 (26,4%)	52 (49,1%)	15 (14,2%)	11 (10,4%)	0
	Étudiants N = 88	27 (30,7%)	41 (46,6%)	12 (13,6%)	8 (9,0%)	0
	Praticiens N = 18	1 (5,6%)	11 (61,1%)	3 (16,7%)	3 (16,7%)	0
	p-value	0,12	0,52	0,72	0,41	1
Depuis mon entrée en chirurgie dentaire, je constate que je focalise davantage sur l'esthétique de mes dents et de mon visage.	Total N = 106	35 (33,0%)	37 (34,9%)	21 (19,8%)	12 (11,3%)	1 (0,9%)
	Étudiants N = 88	32 (36,4%)	32 (36,4%)	14 (15,9%)	9 (10,2%)	1 (1,1%)
	Praticiens N = 18	3 (16,7%)	5 (27,7%)	7 (38,9%)	3 (16,7%)	0
	p-value	0,28	0,80	0,13	0,45	1
Les réseaux sociaux favorisent l'apparition de demandes esthétiques excessives de la part des patients.	Total N = 106	90 (84,9%)	13 (12,3%)	2 (1,9%)	1 (0,9%)	0
	Étudiants N = 88	77 (87,5%)	8 (9,1%)	2 (2,3%)	1 (1,1%)	0
	Praticiens N = 18	13 (72,2%)	5 (27,8%)	0	0	0
	p-value	0,70	0,13	1	1	1

Au total, 72,2 % des praticiens et 56,8 % des étudiants étaient plutôt d'accord avec le fait que la prévalence d'idées suicidaires et de tentatives de suicide dans le TDC est supérieure à la prévalence retrouvée dans la population générale. Par ailleurs, 61,1 % des praticiens et 46,6 % des étudiants étaient plutôt d'accord sur le fait que le TDC touche davantage les adolescents.

Respectivement 33,0 % et 34,9 % des participants étaient tout à fait d'accord et plutôt d'accord avec le fait de focaliser davantage sur l'esthétique de leurs dents et de leur visage depuis leur entrée en chirurgie dentaire.

De plus, 84,9 % des participants au questionnaire étaient tout à fait d'accord avec le fait que les réseaux sociaux favorisent l'apparition de demandes esthétiques excessives de la part des patients.

Les questions présentes dans le tableau suivant (*tableau 10*) ont été posées uniquement à ceux ayant pratiqué au moins au centre de soins (4^e, 5^e, 6^e années, internes ou praticiens), donc sur un échantillon total de 61 participants constitué de 43 étudiants et 18 praticiens.

Tableau 10 : Expérience des participants face au TDC et/ou demandes esthétiques excessives. Les p-values ont été calculées selon le test exact de Fisher, avec un seuil de significativité établi à $p \leq 0,05$. Les p-values significatives ont été surlignées en gras.

		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Tout à fait en désaccord
J'ai déjà rencontré au sein du service d'odontologie (Hôtel-Dieu ou Rangueil) un patient avec des demandes esthétiques excessives et/ou des attentes irréalistes en terme de résultats esthétiques.	Total N = 61	22 (36,1%)	11 (18,0%)	10 (16,4%)	14 (23,0%)	4 (6,6%)
	Étudiants N = 43	13 (30,2%)	5 (11,6%)	8 (18,6%)	13 (30,2%)	4 (9,3%)
	Praticiens N = 18	9 (50,0%)	6 (33,3%)	2 (11,1%)	1 (5,6%)	0
	p-value	0,43	0,16	0,71	0,10	0,57
Je me sentirais capable de prendre en charge un patient atteint de TDC.	Total N = 61	2 (3,3%)	13 (21,3%)	17 (27,9%)	25 (41,0%)	4 (6,6%)
	Étudiants N = 43	2 (4,7%)	8 (18,6%)	12 (27,9%)	19 (44,2%)	2 (4,7%)
	Praticiens N = 18	0	5 (27,8%)	5 (27,8%)	6 (33,3%)	2 (11,1%)
	p-value	1	0,53	1	0,79	0,58

Dans mon activité, un questionnaire d'aide au dépistage du TDC ainsi que des demandes esthétiques exagérées me serait utile.	Total N = 61	19 (31,1%)	27 (44,3%)	10 (16,4%)	3 (4,9%)	2 (3,3%)
	Étudiants N = 43	13 (30,2%)	23 (53,5%)	6 (14,0%)	1 (2,3%)	0
	Praticiens N = 18	6 (33,3%)	4 (22,2%)	4 (22,2%)	2 (11,1%)	2 (11,1%)
	p-value	1	0,19	0,49	0,23	0,10
Dans le cadre de mon activité, je rencontre davantage de patients ayant des doléances seulement esthétiques plutôt que des patients ayant des doléances fonctionnelles.	Total N = 61	4 (6,6%)	14 (23,0%)	9 (14,8%)	28 (45,9%)	6 (9,8%)
	Étudiants N = 43	2 (4,7%)	10 (23,2%)	7 (16,3%)	20 (46,5%)	4 (9,3%)
	Praticiens N = 18	2 (11,1%)	4 (22,2%)	2 (11,1%)	8 (44,4%)	2 (11,1%)
	p-value	0,58	1	1	1	1
		Non adressé	Dentiste spécialisé en esthétique	Médecin généraliste	Spécialiste de la santé mentale (psychologue ou psychiatre)	
Face à un patient ayant des demandes esthétiques excessives et chez qui vous soupçonnez un TDC, vers quel professionnel adresseriez-vous ce patient ?	Total N = 61	5 (8,2%)	12 (19,7%)	6 (9,8%)	38 (62,3%)	
	Étudiants N = 43	2 (4,7%)	8 (18,6%)	5 (11,6%)	28 (65,1%)	
	Praticiens N = 18	3 (16,7%)	4 (22,2%)	1 (5,6%)	10 (55,5%)	
	p-value	0,32	0,75	0,67	0,82	
		Oui	Non	Je ne sais pas		
Avez vous déjà rencontré un patient qui vous a présenté une photo de lui-même avec un filtre ou d'une star/influenceur(euse) comme modèle pour une demande de traitement ?	Total N = 61	4 (6,6%)	57 (93,3%)	0		
	Étudiants N = 43	0	43 (100%)	0		
	Praticiens N = 18	4 (22,2%)	14 (77,8%)	0		
	p-value	0,01*	0,68	1		

A l'affirmation « J'ai déjà rencontré au sein du service d'odontologie (Hôtel-Dieu ou Rangueil) un patient avec des demandes esthétiques excessives et/ou des attentes irréalistes en terme de résultats esthétiques », 36,1 % des participants (dont 50 % des praticiens et 30,2 % des étudiants) étaient tout à fait d'accord et 18 % étaient plutôt d'accord.

À l'affirmation suivante : « Je me sentirais capable de prendre en charge un patient atteint de trouble dysmorphique corporel », 41 % des participants ont répondu « plutôt pas d'accord ».

Plus de la moitié des étudiants interrogés (53,5%) ayant déjà exercé au centre de soins étaient « plutôt d'accord » avec le fait qu'un questionnaire d'aide au dépistage du TDC et des demandes esthétiques exagérées leur serait utile dans leur activité.

Face à un patient ayant des demandes esthétiques excessives et chez qui est soupçonné un TDC, 62,3 % des participants (respectivement 65,1 % des étudiants et 55,5 % des praticiens) adresseraient ce patient vers un spécialiste de la santé mentale (psychologue ou psychiatre), 19,7 % l'adresseraient vers un dentiste spécialisé en esthétique, 9,8 % vers le médecin généraliste du patient et 8,2 % ne l'adresseraient pas.

Au total, 4 des participants ont déjà rencontré un patient qui leur a présenté une photo de lui-même avec un filtre ou d'une star/influenceur(euse) comme modèle pour une demande de traitement. Ces 4 participants étaient tous des praticiens et il existe une différence statistiquement significative entre les réponses des étudiants et des praticiens (p -value = 0,01).

À l'affirmation « Dans le cadre de mon activité, je rencontre davantage de patients ayant des doléances seulement esthétiques plutôt que des patients ayant des doléances fonctionnelles », la majorité des participants (45,9%) ont répondu « plutôt pas d'accord ».

La question présente dans le tableau suivant a été posée uniquement à ceux ayant déjà exercé en pratique libérale (remplacements, etc.), ce qui constitue un échantillon de 41 participants dont 23 étudiants et 18 praticiens.

Tableau 11 : Expérience en pratique libérale face au TDC et/ou aux demandes esthétiques excessives. Les p-values ont été calculées selon le test exact de Fisher, avec un seuil de significativité établi à $p \leq 0,05$. Les p-values significatives ont été surlignées en gras.

		Total N = 41	Étudiants N = 23	Praticiens N = 18	p-value
Au cours d'un de vos remplacements ou de votre pratique libérale, avez-vous déjà rencontré un patient avec des demandes esthétiques excessives et/ou des attentes irréalistes en terme de résultats esthétiques ?	Oui	20 (48,8%)	7 (30,4%)	13 (72,2%)	0,17
	Non	19 (46,3%)	16 (69,6%)	3 (16,7%)	0,04*
	Je ne sais pas	2 (4,9%)	0	2 (11,1%)	0,21

Au total, 72,2 % des praticiens et 30,4 % des étudiants interrogés ont déjà rencontré un patient avec des demandes esthétiques excessives et/ou des attentes irréalistes en terme de résultats esthétiques au cours d'un de leur remplacement ou de leur pratique libérale. La réponse « non » à cette question présentait une différence de résultats statistiquement significative entre les étudiants et les praticiens (p -value = 0,04).

Les questions présentes dans le tableau suivant ont de nouveau été posées à tout l'échantillon.

Tableau 12 : Étude d'une aide à la prise en charge du TDC. Les p -values ont été calculées selon le test exact de Fisher, avec un seuil de significativité établi à $p \leq 0,05$. Les p -values significatives ont été surlignées en gras.

		Total N = 106	Étudiants N = 88	Praticiens N = 18	p-value
Seriez-vous intéressés par un support de cours ou d'information sur le TDC, ses moyens de dépistage en cabinet dentaire et comment le prendre en charge ?	Oui	94 (88,7%)	80 (90,9%)	14 (77,8%)	0,70
	Non	5 (4,7%)	2 (2,3%)	3 (16,7%)	0,05* (arrondi de 0,045)
	Je ne sais pas	7 (6,6%)	6 (6,8%)	1 (5,6%)	1
Si oui, quel serait selon vous le support idéal pour diffuser ces informations sur le TDC auprès des étudiants en chirurgie dentaire ?	Un cours magistral	23 (21,7%)	21 (23,9%)	2 (11,1%)	0,53
	Un TD	29 (27,4%)	26 (29,5%)	3 (16,7%)	0,56
	Un cours en ligne sous forme de capsule vidéo	23 (21,7%)	18 (20,5%)	5 (27,8%)	0,56
	Un guide clinique pratique sous forme d'une plaquette	27 (25,5%)	21 (23,9%)	6 (33,3%)	0,58
	Autre	0	0	0	1
	J'ai répondu « non » à la question précédente	4 (3,8%)	2 (2,3%)	2 (11,1%)	0,15

Parmi l'échantillon d'étudiants et de praticiens 88,7 % se déclaraient intéressés par un support de cours ou d'information sur le trouble dysmorphique corporel, ses moyens de dépistage en cabinet dentaire et comment le prendre en charge.

La question sur le support idéal pour diffuser les informations sur le TDC auprès des étudiants en chirurgie dentaire a obtenu des réponses plutôt disparates avec des résultats proches obtenus pour le cours magistral (21,7%), le TD (27,4%), le cours en ligne sous forme de capsule vidéo (21,7%) et le guide clinique pratique sous forme d'une plaquette (25,5%).

Les étudiants auraient une préférence pour le TD avec 29,5 % des réponses et les praticiens le guide clinique pratique avec 33,3 % des réponses.

Pour la dernière partie du questionnaire, nous avons laissé le choix pour des remarques/suggestions :

- le participant 1 a écrit « *Un support + des activités interactives (cas concret / mise en situation) seraient des bonnes approches pour nos futures relations avec nos patients et ceci dès le début de nos études. C'est un sujet très intéressant !* »

- le participant 2 a écrit « *Rendre le guide disponible à tous, externes, internes et enseignants.* »

- le participant 3 a écrit « *C'est un phénomène sociétal, il faut donc que tous les professionnels de santé agissent dans le même sens, et donc avoir des directives nationales. Sinon, cela ne sert à rien, puisque si l'un refuse, l'autre acceptera et le patient n'aura pas conscience que sa demande est absurde.* »

- le participant 4 a écrit « *Je trouve cela délicat d'orienter un patient qu'on soupçonne atteint de dysmorphophobie vers un spécialiste en psychiatrie/un psychologue car, bien que la prise en charge serait adaptée, un patient qui se présente chez son chirurgien-dentiste ne s'attend pas à ce genre d'orientation dans sa prise en charge. Et je me demande quel serait le risque qu'il se sente jugé et sa demande non considérée ?* »

- le participant 5 a écrit « *Idée supplémentaire de support pour un public plus large : podcast.* »

- le participant 6 a écrit « *À rajouter pour moi un guide clinique également.* »

- le participant 7 a écrit « *Très bonne idée d'essayer de cadrer le diagnostic et la prise en charge de ces patient(e)s qui à mon sens sont de plus en plus nombreux(ses).* »

4/ Discussion

L'objectif principal de ce questionnaire était d'étudier les connaissances des étudiants et praticiens en chirurgie dentaire du département d'odontologie de Toulouse concernant le trouble dysmorphique corporel.

Les objectifs secondaires étaient :

- d'analyser et de comparer ces connaissances en fonction du statut étudiant ou praticien.
- de réaliser un support pratique sur la prise en charge des patients ayant des demandes esthétiques excessives voire atteints de ce trouble, pouvoir éventuellement les dépister et savoir comment les prendre en charge et/ou les adresser.

Les principaux résultats de cette étude ont montré que plus d'un quart des participants interrogés ne connaissaient pas le TDC (25,5%). Seuls 6,6 % avaient déjà entendu parler de ce trouble par le biais de cours dispensés à la faculté. Plus de la moitié des participants au total (54,1%) et 83,3 % des praticiens avaient déjà rencontré un patient avec des demandes esthétiques excessives et /ou des attentes irréalistes en terme de résultats esthétiques au sein du service d'odontologie de l'Hôtel-Dieu ou de Rangueil. De plus, 48,8 % des participants au total dont 72,2 % des praticiens en avaient déjà rencontré au cours d'une pratique libérale. Enfin, 88,7 % de l'échantillon s'est dit intéressé par un support de cours ou d'information sur le TDC, ses moyens de dépistage en cabinet dentaire et les moyens de le prendre en charge.

Le questionnaire a récolté 106 réponses (88 étudiants dont 3 internes et 18 praticiens), ce qui correspondait à une participation plutôt faible de 17,4 % de la part des étudiants et 17,1 % de la part des praticiens (*tableau 4*).

L'âge moyen des participants de l'étude était de $24,8 \pm 8,3$ ans (*tableau 5*), ce qui constitue un échantillon assez jeune. Par ailleurs, l'âge médian des praticiens (n = 18) était de 34,5 ans (*tableau 7*), ce qui reste une médiane d'âge relativement jeune.

La majorité des participants au questionnaire était composée d'étudiants (83,0 %), ce qui était représentatif de la population source (*tableau 4*), car les étudiants sont plus nombreux que les praticiens au sein du département d'odontologie de Toulouse (505 étudiants dont 29 internes contre 105 praticiens).

Un peu plus de la moitié de l'échantillon total (57,5%) correspondait à des étudiants de 4^e année, 5^e année, 6^e année, internes et praticiens, ayant donc déjà exercé le métier de chirurgien-dentiste, et 38,7 % avaient déjà exercé en pratique libérale (*tableau 5*). Cela permettait d'avoir une idée des connaissances et des attentes vis-à-vis du TDC des étudiants n'ayant jamais pratiqué d'un côté et des étudiants et praticiens ayant déjà au moins une certaine expérience professionnelle, que ce soit uniquement dans un contexte hospitalier ou dans une activité libérale d'un autre côté.

Au total, 72,6% des participants (*tableau 5*) dont 78,4 % des étudiants sont des femmes (*tableau 6*). Cela peut s'expliquer par une augmentation de la proportion de femmes en France en général (51,7% de femmes au 1^{er} janvier 2022 contre 51,3% en 1991, d'après les chiffres de l'INSEE (45)), mais également par une féminisation de la profession de chirurgien-dentiste (66% de femmes parmi les inscrits en médecine, odontologie et pharmacie en 2020-2021, d'après les chiffres de l'INSEE) (45). De plus, la part des femmes chirurgiens-dentistes en activité en France (métropolitaine ou DROM) a augmenté depuis 2012 (40 % de femmes en 2012, 48 % en 2021, d'après les chiffres de la DREES) (46).

* Étude des connaissances sur le TDC

Un quart de l'échantillon (25,5 %) ne connaissaient pas le TDC (*tableau 8*). Il existe en effet un manque d'information sur ce trouble auprès des soignants en général mais notamment auprès des chirurgiens-dentistes (26).

À notre connaissance, il n'existe pas ou alors très peu de mention faite au TDC dans la formation initiale du chirurgien-dentiste, ce qui peut expliquer les 6,6 % de l'échantillon seulement qui en avaient entendu parler grâce à des cours dispensés au département d'odontologie de Toulouse .

Sur les 73,6 % qui connaissaient le TDC, 37,7 % en avaient entendu parler via des reportages et/ou des médias et 30,2 % par le biais de recherches personnelles.

Une grande majorité de l'échantillon (79,5 % des étudiants et 83,3 % des praticiens) étaient plutôt d'accord ou tout à fait d'accord sur le fait que la prévalence d'idées suicidaires et de tentatives de suicide dans le TDC est supérieure à la prévalence retrouvée dans la population générale (*tableau 9*), ce qui est confirmé (15). En effet, comme dit précédemment, la prévalence retrouvée dans ce trouble d'idées suicidaires et de tentatives de suicide apparaît très élevée. Dans notre étude, la majorité des participants sont d'accord ou tout à fait d'accord avec ce fait, ce qui pourrait montrer que ceux qui connaissent déjà le TDC savent qu'il existe un risque suicidaire important dans cette population, ou bien qu'ils l'ont déduit, et cela pourrait être dû au fait que la question soit un peu orientée. Cependant, puisqu'une partie des participants se dit « neutre » ou en « désaccord », il existe tout de même une nécessité de sensibilisation auprès des soignants dans leur formation vis-à-vis de cette prédisposition au risque suicidaire dans ce trouble (15).

Par ailleurs, 61,1 % des praticiens et 46,6 % des étudiants étaient plutôt d'accord sur le fait que le TDC touche davantage les adolescents (et respectivement 30,7 % des étudiants et 5,6 % des praticiens étaient tout à fait d'accord) (*tableau 9*). Les adolescents sont une population plus à risque de développer un TDC, l'adolescence représentant une période de bouleversements physiques et psychiques, avec souvent un plus grand intérêt porté à l'esthétique (8). De manière générale, les participants au questionnaire étaient plutôt d'accord avec l'affirmation. Il apparaît alors important de pouvoir dépister une préoccupation esthétique excessive dans une population adolescente, voire d'intercepter les prémices d'un TDC.

D'autre part, respectivement 33,0 % et 34,9 % des participants étaient tout à fait d'accord et plutôt d'accord avec le fait de focaliser davantage sur l'esthétique de leurs dents et de leur visage depuis leur entrée en chirurgie dentaire (*tableau 9*). La majorité des participants étaient en définitive d'accord sur le fait que d'avoir suivi des études dentaires les avait amené à se focaliser davantage sur l'aspect de leurs dents et de leur visage.

En effet, les études de santé en général peuvent favoriser le fait de se concentrer sur la maladie ou la partie du corps que l'on étudie : le « syndrome de l'étudiant en médecine » (medical student syndrom ou MSS en anglais) peut se définir ainsi : « un étudiant en médecine éprouvant une anxiété liée à la santé alors qu'il étudie une maladie spécifique, car il relie faussement ses symptômes à la maladie étudiée » (47).

Bien que l'existence réelle de ce syndrome soit contestée par certains auteurs (48), les étudiants en santé (et notamment ceux inscrits en chirurgie dentaire) atteints de ce syndrome présenteraient notamment des symptômes hypocondriaques (47). Ainsi, les étudiants en chirurgie dentaire pourraient représenter une population à risque d'hypocondrie. Par extension, ils pourraient avoir davantage tendance à focaliser sur l'esthétique de leurs dents ou de leur visage. En effet, ils sont amenés à étudier spécifiquement et de manière approfondie certaines maladies et dysharmonies dento-faciales, l'anatomie bucco-dentaire et notamment les déterminants de « l'esthétique dentaire ».

« La vie que l'on veut montrer nécessite une image de soi valorisante aux yeux des autres » (8).

Au total, 84,9 % des participants au questionnaire (soit 87,5 % des étudiants et 72,2 % des praticiens) (*tableau 9*) étaient tout à fait d'accord avec le fait que les réseaux sociaux favorisent l'apparition de demandes esthétiques excessives de la part des patients, .

Une augmentation croissante de l'utilisation des réseaux sociaux a été observée, notamment depuis l'épidémie de COVID (49). Cependant, le temps passé sur les réseaux sociaux est corrélé avec une plus grande insatisfaction de l'apparence (49) : en effet, les normes de beauté varient selon plusieurs paramètres : l'époque, la géographie, la culture, mais également les interactions sociales qui peuvent donc se faire via les réseaux sociaux. L'image du corps peut cependant apparaître modifiée (retouches photos, filtres, etc.) et est, bien souvent, non conforme à la réalité. Ainsi, les utilisateurs de réseaux sociaux se voient exposés à des images retouchées voire à de nouvelles représentations des critères de beauté et cela peut entraîner une comparaison aux autres. Chez les personnes susceptibles de présenter une dysmorphie corporelle, cela peut accentuer ou provoquer une distorsion de l'image de soi (49). Dans le cas du TDC, l'utilisation répétée et excessive des réseaux sociaux peut augmenter la préoccupation esthétique et la dépression associée à ce trouble (49).

Une revue systématique datant de 2020 a mis en évidence 30 études montrant une association entre un engagement sur les réseaux sociaux de la part de jeunes adultes en bonne santé (partager des publications, aimer, commenter) ou une exposition à un contenu lié à l'image (photos, vidéos et notamment des images dites « idylliques » ou idéalisées) et une plus grande insatisfaction corporelle (50). Cette revue systématique met en lumière plusieurs thèmes abordés dans les études analysées dont notamment :

- les réseaux sociaux favorisent et encouragent la comparaison aux autres, ce qui peut exacerber les sentiments perçus concernant l'image corporelle ;
- les utilisateurs des réseaux sociaux sont dans la recherche de réconfort et d'une validation externe (donc notamment concernant leur apparence) ;
- les utilisateurs sont incités à poster une image d'eux-mêmes idéalisée et sont ainsi tentés de modifier leur apparence. Pour ce faire, par exemple, les jeunes adultes de ces études sont amenés à retoucher leurs photos postées en ligne, ce qui entretient d'autant plus le fait qu'énormément de représentations de corps idéalisées apparaissent sur ces médias.
- les jeunes adultes des études analysées sont conscients de l'impact des réseaux sociaux sur la perception de leur image corporelle.

En pratique dentaire, l'utilisation des réseaux sociaux peut provoquer des attentes irréalistes et donc des demandes esthétiques excessives de la part des patients. En effet, « les attentes contemporaines en matière d'esthétique dentaire reposent sur des normes propagées par des médias sociaux et d'autres plateformes de marketing et de communication » (6). Par exemple, les réseaux sociaux ont provoqué une augmentation des demandes de facettes en composite sans préparation de la part des patients. Ces types de facettes connaissent une visibilité en constante augmentation sur tous types de plateformes et de réseaux sociaux, tant pour les patients que pour les praticiens (6). Certains chirurgiens-dentistes, spécialisés en « dentisterie esthétique » présentent en effet leurs cas cliniques en ligne, avec des « avant/après » parfois spectaculaires, ce qui peut avoir pour effet de créer une impression de facilité d'accès à ce type de soins pour les patients, voire d'accentuer une comparaison aux autres. Certains auteurs mettent d'ailleurs en évidence des cas de « sur-utilisation » de ces types de facettes en composite (6).

* Évaluation des besoins vis-à-vis de la prise en charge du TDC

Premièrement, parmi les participants ayant au moins déjà pratiqué au centre de soins, donc en 4e, 5e, 6e années, internes ou praticiens (61 participants) : 36,1 % des participants (dont 50 % des praticiens et 30,2 % des étudiants) étaient tout à fait d'accord (et 18 % plutôt d'accord) avec l'affirmation « J'ai déjà rencontré au sein du service d'odontologie (Hôtel-Dieu ou Rangueil) un patient avec des demandes esthétiques excessives et/ou des attentes irréalistes en terme de résultats esthétiques » (*tableau 10*).

Deuxièmement, au total : 4 de ces 61 participants interrogés avaient déjà rencontré un patient qui leur a présenté une photo de lui-même avec un filtre ou d'une star/influenceur(euse) comme modèle pour une demande de traitement, ce qui représente tout de même 6,6 % de l'échantillon des 61 participants interrogées. Ces 4 personnes étaient toutes des praticiens (*tableau 10*).

Troisièmement, parmi les répondants ayant déjà exercé en pratique libérale (41 participants) : 72,2 % des praticiens et 30,4 % des étudiants interrogés avaient déjà rencontré un patient avec des demandes esthétiques excessives et/ou des attentes irréalistes en terme de résultats esthétiques au cours d'un de leur remplacement ou de leur pratique libérale (*tableau 11*).

Ainsi, il apparaît qu'il n'est pas rare de rencontrer au cours de sa pratique un patient avec des demandes esthétiques excessives et/ou des attentes irréalistes en terme de résultats esthétiques. D'ailleurs, la probabilité de croiser ce type de patients semble augmenter avec l'expérience puisque les praticiens étaient plus nombreux à en avoir rencontré dans leur pratique.

Dans la population générale, la prévalence étudiée du trouble dysmorphique corporel varie de 2% à 11,3% environ selon les études (9,10). Cependant, les études analysées dans les revues systématiques et méta-analyse existantes présentent de nombreuses limites et sont très hétérogènes avec par exemple beaucoup d'échantillons dits « de commodité » et souvent peu représentatifs de la population générale.

De plus, l'incidence de ce trouble semble avoir augmenté chez les patients en demande de traitement à visée esthétique (26). Même si des études rigoureuses d'analyses de la prévalence du TDC dans la population générale et dans un contexte dentaire sont à mener, il est à supposer qu'un chirurgien-dentiste, dans toute sa carrière, est très susceptible de rencontrer au moins une fois un patient avec des demandes esthétiques exagérées, ou atteint de dysmorphophobie.

La majorité des participants (45,6%) étaient « plutôt pas d'accord » avec le fait que, dans le cadre de leur activité, ils rencontrent davantage de patients ayant des doléances seulement esthétiques plutôt que des patients ayant des doléances fonctionnelles (*tableau 10*). En effet, en omnipratique dentaire, il apparaît que les doléances esthétiques sont moins importantes en proportion par rapport aux doléances fonctionnelles (retrouver une

efficacité masticatoire, ne plus avoir mal, etc.). Les doléances esthétiques qui domineraient dans une activité pourraient alors concerner les cabinets dentaires spécialisés en esthétique ou l'orthodontie par exemple. Le fait de rencontrer un patient présentant des doléances esthétiques excessives pourrait alors s'avérer plutôt rare dans un cabinet dentaire d'omnipratique, mais cela reste néanmoins toujours possible.

Parmi les participants au questionnaire ayant pratiqué au moins au centre de soins (4e, 5e, 6e années, internes ou praticiens), la majorité des 61 répondants (41%) ne se sentaient plutôt pas capables (ont répondu plutôt pas d'accord) de prendre en charge un patient atteint de TDC (44,3 % des étudiants et 33,3 % des praticiens) (*tableau 10*).

De plus, face à un patient ayant des demandes esthétiques excessives et chez qui un TDC est soupçonné, 62,3 % des 61 répondants (65,1 % des étudiants et 55,5 % des praticiens) auraient adressé ce patient vers un spécialiste de la santé mentale et 19,7 % l'auraient adressé vers un dentiste spécialisé en esthétique (*tableau 10*).

Ces résultats renvoient au fait qu'il existe un manque de consensus clair sur une aide à la prise en charge d'un patient soupçonné voire atteint de dysmorphophobie. Le fait que 19,7 % des répondants veuillent adresser à un dentiste spécialisé en esthétique quand les demandes du patient semblent dépasser leurs compétences peut s'avérer problématique. En effet, le fait d'adresser un patient atteint de TDC vers un spécialiste en esthétique ne fera que renforcer son sentiment que le véritable problème est purement esthétique et accentuer l'errance médicale de ces patients (27).

Des recherches supplémentaires sont à mener pour mettre en place des outils de dépistage efficaces du TDC dans un contexte de demande esthétique excessive (51).

Plus de la moitié des étudiants (53,5%) ayant déjà au moins exercé au centre de soins (61 participants) étaient « plutôt d'accord » avec le fait qu'un questionnaire d'aide au dépistage du TDC (ainsi que des demandes esthétiques exagérées) leur serait utile dans leur activité (*tableau 10*).

De plus, 88,7 % de l'échantillon total se déclaraient intéressés par un support de cours ou d'information sur le TDC, ses moyens de dépistage en cabinet dentaire et comment le prendre en charge (90,9 % des étudiants et 77,8 % des praticiens) (*tableau 12*). Ces résultats justifient d'autant plus l'objectif secondaire de ce questionnaire : réaliser un support pratique sur le dépistage et la prise en charge des patients ayant des demandes esthétiques excessives voire atteints de TDC.

La question portant sur le support idéal pour diffuser les informations sur le TDC auprès des étudiants en chirurgie dentaire a obtenu des résultats plutôt disparates avec des résultats équivalents obtenus pour le cours magistral (21,7%), le TD (27,4%), le cours en ligne sous forme de capsule vidéo (21,7%) et le guide clinique pratique sous forme d'une plaquette (25,5%) (*tableau 12*).

Les étudiants préféraient légèrement le TD avec 29,5 % des réponses et les praticiens le guide clinique pratique avec 33,3 % des réponses. Le support idéal pour diffuser ces informations semble ainsi dépendre des préférences de chacun. De plus, les différences observées étudiants/praticiens pourraient s'expliquer par le fait que les étudiants voient directement l'aspect plus pédagogique d'un TD, et que les praticiens se projettent plus facilement dans une utilisation clinique voire libérale avec un guide clinique pratique sous forme d'une plaquette, utilisable directement dans leur pratique professionnelle.

5/ Critique de l'étude

Notre questionnaire présentait quelques limites. Tout d'abord le taux de réponses par rapport à la population cible restait relativement faible avec 17,4 % des étudiants et 17,1 % des praticiens qui ont participé au questionnaire. Ensuite, les deux échantillons comparés étaient très déséquilibrés, avec 88 étudiants et 18 praticiens. Cependant, cette différence de taille restait plutôt représentative de la proportion étudiants/praticiens du département d'odontologie de Toulouse.

En outre, ce questionnaire s'est présenté sous la forme d'une étude rétrospective, ce qui peut avoir créé des biais de mémorisation sur certaines réponses. De plus, il existait également une part de subjectivité pour certaines réponses, notamment celles demandant de juger si des demandes esthétiques étaient exagérées ou non, tout ceci relevant en grande partie de la subjectivité de l'étudiant ou du praticien.

Partie 3 : Réalisation d'un guide clinique d'aide à la prise en charge du Trouble Dysmorphique Corporel

En définitive, une des perspectives de ce travail était la réalisation d'un support pour diffuser des informations sur le TDC, afin de proposer une aide au dépistage et à la prise en charge des demandes esthétiques excessives de patients potentiellement atteints de ce trouble. Notre choix s'est porté ici sur la réalisation d'un guide clinique pratique sous forme d'une plaquette.

Ce guide clinique devrait pouvoir détailler les points suivants :

- 1) Les différents points clés définissant le TDC, avec un résumé des notions abordées dans la première partie : critères de définition du DSM-V, comportements observés, populations à risque, comorbidités, risque suicidaire.
- 2) Une aide au dépistage de ce trouble face aux patients aux demandes esthétiques excessives : questions à poser, savoir repérer les facteurs de risques et les signes révélateurs d'un potentiel trouble.
- 3) Une proposition d'aide à la prise en charge : évaluer si un soutien psychologique serait nécessaire, savoir à qui adresser, l'importance de s'entourer d'un réseau de santé.

1/ Points clés à retenir concernant le Trouble Dysmorphique Corporel

Ces « points clés à retenir concernant le TDC » serviront d'introduction à notre guide clinique pratique.

* Définition du DSM-V (22) :

- **préoccupation/fixation obsessionnelle d'un ou plusieurs défauts** de l'apparence physique **inexistants** ou **légers** aux yeux des autres ;
- **comportements ou actes mentaux répétitifs** (vérification dans le miroir, demande de réconfort, comparaison aux autres, etc.) ;
- **détresse émotionnelle importante** ;
- **conséquences quotidiennes** (sociales, professionnelles, scolaires, etc).

* Comorbidités associées au TDC : dépression, anxiété / phobie sociale, Troubles Obsessionnels Compulsifs et troubles liés à l'usage de substances (13).

* Risque Suicidaire : population à risque suicidaire élevé (risque de développer des idées suicidaires et de faire des tentatives de suicide) (15).

* Populations à risque de présenter un TDC : adolescents et femmes.

2/ Proposition d'aide au dépistage du Trouble Dysmorphique Corporel

Comme rappelé précédemment, seul un professionnel de la santé mentale peut réaliser un véritable diagnostic de trouble dysmorphique corporel. Le chirurgien-dentiste ne pourra qu'éventuellement réaliser un dépistage de ce trouble uniquement (33).

Face à un patient dont le motif de consultation correspond à une demande esthétique exagérée, le chirurgien-dentiste doit :

* **Évaluer le niveau d'insatisfaction de l'apparence** : comme détaillé précédemment, il est parfois délicat pour le praticien d'évaluer objectivement si la préoccupation est légitime ou si elle relève véritablement d'une distorsion de la perception que la personne a de son corps (23). De plus, cette insatisfaction deviendra inquiétante, qu'elle soit légitime ou non, quand elle entraîne une modification du comportement de la personne.

* **Évaluer les attentes vis-à-vis du traitement** : le praticien devra alors chercher à savoir quels sont les résultats du traitement attendus par le patient. Dans le cas d'un TDC, les attentes seront irréalistes.

* Ces investigations supplémentaires permettront au praticien de **repérer les signes potentiellement révélateurs d'un TDC**. En effet, lors de la consultation, il est important de noter si le patient (40) :

- Déclare se sentir préoccupé par un défaut mineur ou imperceptible (la description de ce défaut peut alors être très spécifique) ;
- Évoque une ou plusieurs expériences non satisfaisantes de traitements antérieurs avec une errance médicale concernant son historique de soins ;
- Pense que la rectification esthétique (notamment dentaire) du ou des défauts perçus améliorera ou changera un aspect de sa vie ou de sa relation avec les autres (38) ;
- Admet avoir un comportement de vérification centré sur la partie du corps qui le préoccupe ;
- Présente des attentes irréalistes quant aux résultats du traitement demandé (le patient peut parfois apporter des images ou des photos expliquant comment il doit être traité ou à quoi il aimerait ressembler) ou bien n'arrive pas à exprimer clairement ses attentes (20) ;
- Se montre particulièrement exigeant ou suspicieux ;
- Se couvre régulièrement la bouche avec une main ou un vêtement (foulard, etc.) ;
- Passe plus d'une heure par jour à penser au défaut perçu (21) ;

- Peut présenter les antécédents ou comorbidités suivants : antécédents de prise en charge psychiatrique, dépression, trouble anxieux/phobique, TOC, phobie sociale, trouble de l'usage de substances, TCA (13).

*** *Questions à poser pour une aide au dépistage***

Ainsi, face à un patient demandeur de procédures esthétiques, le praticien pourrait tenter de repérer les signes potentiellement révélateurs d'un TDC en posant des questions directement au patient. Dans le cadre de la réalisation de notre guide clinique pratique, nous ferons donc un résumé des questions à poser à un patient que l'on suspecte atteint de dysmorphophobie pour fournir une aide au dépistage en cabinet d'omnipratique. Cette liste de questions s'inspirera notamment de la liste des cinq questions mise en place par le NICE (35) et s'inspirera également des questionnaires mis en place en cabinet d'orthodontie (34) :

- Vous inquiétez-vous beaucoup de votre apparence et souhaiteriez-vous pouvoir y penser moins ? (et/ou par exemple : à quel niveau évaluez-vous/À quel degré d'inquiétude se situe votre problème esthétique ?).
- Quelles préoccupations spécifiques avez-vous concernant votre apparence ?
- Au cours d'une journée type, combien d'heures par jour votre apparence vous préoccupe-t-elle ?
- Quel effet cette insatisfaction cela a-t-il sur votre vie/ Est-ce que cela rend difficile de faire votre travail ou d'être avec des amis ? (ou : quelles conséquences cette préoccupation esthétique a-t-elle sur votre vie ?)
- Avez-vous déjà consulté d'autres praticiens concernant ce « défaut » ? Si oui, est-ce que des traitements ont déjà été réalisés et avez vous été satisfait du résultat ?
- Quelles sont vos attentes concernant les résultats du traitement que vous demandez/ Pensez-vous que vos attentes concernant le traitement demandé sont raisonnables ?
- Quels sont vos antécédents médicaux ? (de manière à déceler un antécédent de prise en charge psychiatrique ou psychologique par exemple).

3/ Proposition d'une aide à la prise en charge du Trouble Dysmorphique Corporel

Face à des demandes de traitement esthétique qui apparaissent injustifiées chez un patient pour lequel on soupçonne un TDC, le praticien doit pouvoir être **capable de refuser de réaliser le traitement** (3,12). Ainsi, il est recommandé que le chirurgien-dentiste adresse le patient en question à un **professionnel de la santé mentale** (3), soit directement, soit via le médecin généraliste ou une unité hospitalière (40) pour qu'une évaluation psychologique soit faite dans le but de diagnostiquer ou non un TDC (38).

Comme détaillé précédemment, il est parfois délicat de simultanément refuser de réaliser le geste et d'orienter le patient vers un spécialiste de la santé mentale : la demande esthétique est justifiée pour la plupart des patients atteints de TDC (avec un mauvais degré de « prise de conscience ») (38). Il est pourtant à garder à l'esprit que « le dentiste n'est tenu ni éthiquement ni légalement d'effectuer toute intervention demandée par le patient » (52).

Pour disposer de conseils sur comment communiquer avec ses patients si l'on soupçonne un TDC mais aussi pour savoir vers qui les orienter, le chirurgien-dentiste doit pouvoir s'entourer d'un réseau de soins pluridisciplinaire avec notamment une équipe de santé mentale (34).

4/ Arbres décisionnels face aux demandes esthétiques jugées excessives

Martin James et al. (2) ont mis au point un organigramme de prise de décision face à un patient demandeur de soins esthétiques (*fig. 2*). Face à ce genre de demande, les auteurs recommandent d'avoir recours au BDDQ (*Body Dysmorphic Disorder Questionnaire*) ou à un questionnaire qui concerne la dysmorphie. Si le résultat à l'un de ces questionnaires s'avère positif, le patient doit être adressé dans un service de santé mentale (généralement en passant par le médecin généraliste) pour recevoir un diagnostic de TDC ou non. Une fois adressé, trois possibilités pour le patient :

- Le diagnostic de TDC s'avère finalement négatif : dans ce cas le traitement esthétique peut être réalisé normalement.
- Le diagnostic de TDC s'avère positif et le traitement esthétique demandé est indiqué : dans ce cas la prise en charge doit se faire avec précaution et en collaboration avec l'équipe de santé mentale.

- Le diagnostic de TDC s'avère positif et le traitement esthétique demandé est contre-indiqué : dans ce cas il faut éviter les traitements à visée esthétique.

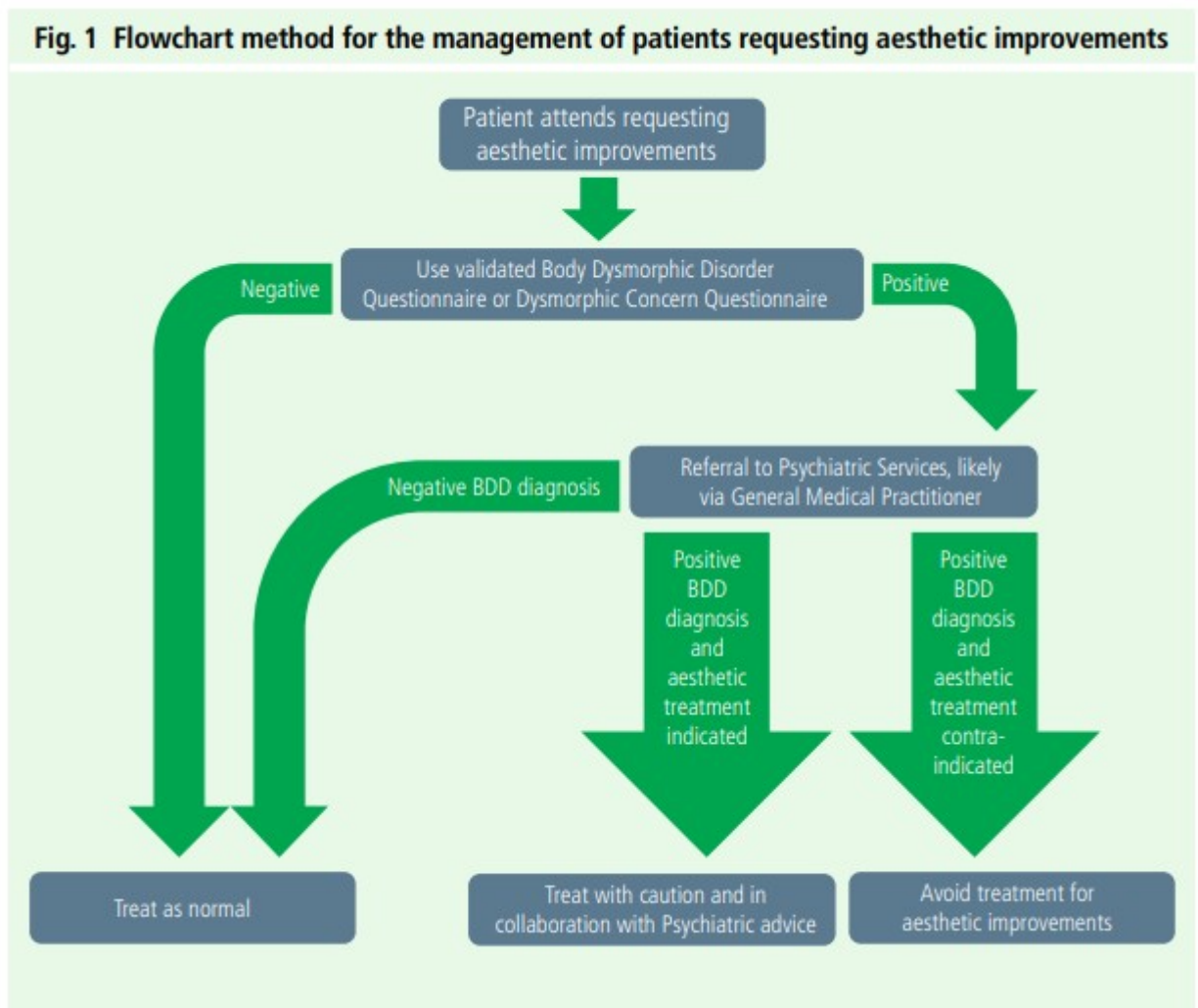


Fig. 2 : « Flowchart method for the management of patients requesting aesthetic improvement ». (2)

Dyonne L.M. Broers et al. (52) ont mis au point un organigramme de prise de décision éthique (fig. 3) cette fois-ci dans le cas où un patient serait lui-même demandeur d'avulsions dentaires. Le parallèle peut ainsi être fait entre un patient demandeur de soins esthétiques injustifiés et un patient demandeur d'extractions elles aussi injustifiées. Dans les deux cas, la décision de réaliser le traitement repose sur le principe de non malfaisance (52). Plusieurs éléments sur l'arbre décisionnel mis au point par les auteurs rentrent notamment en ligne de compte pour décider de réaliser le traitement ou non : l'autonomie du patient, l'évaluation du praticien quant à la justification du traitement demandé ou encore les causes réelles de la demande de traitement (ce sur quoi se base la demande).

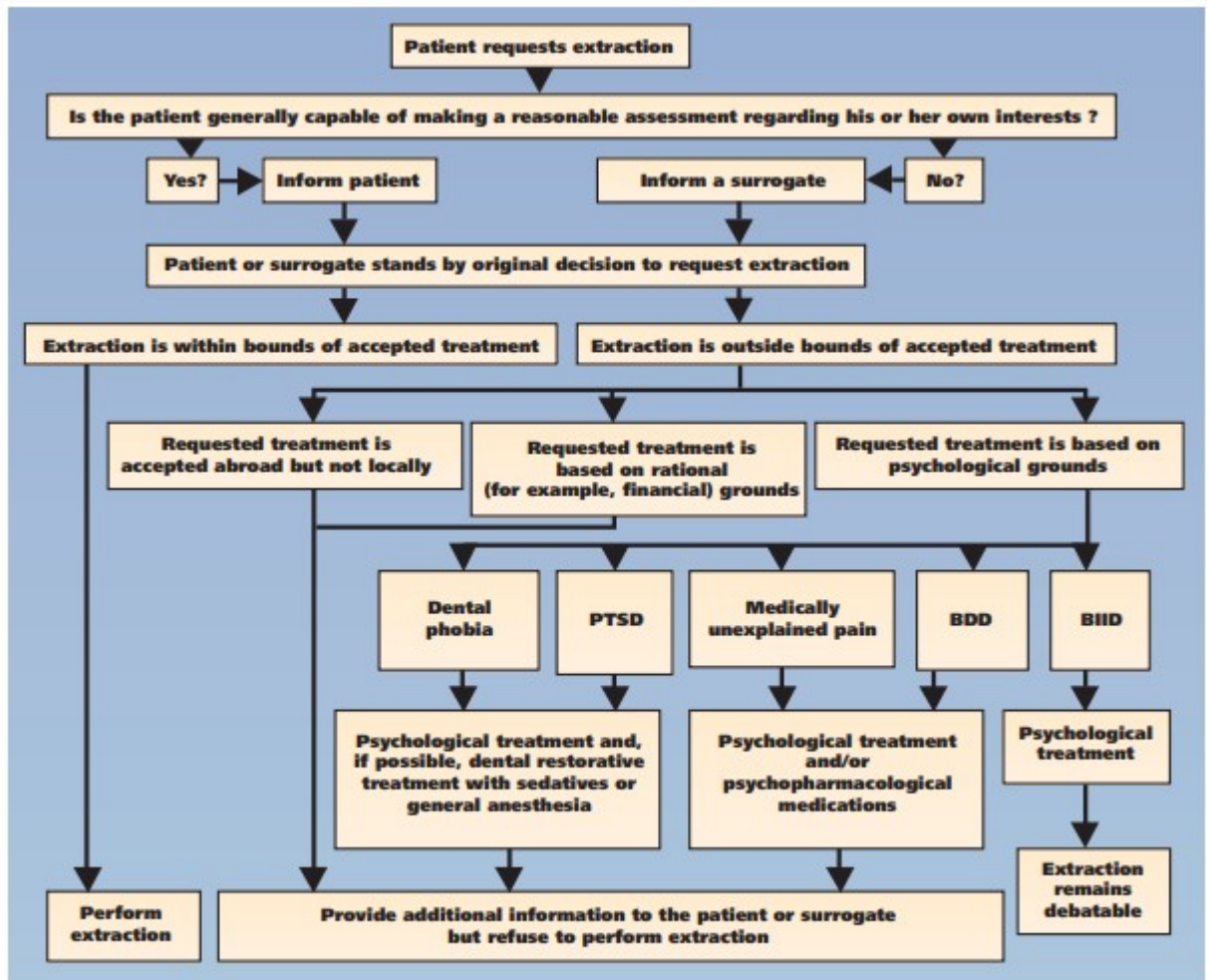


Figure. Flowchart of the considerations regarding a patient's request for extraction. BDD: Body dysmorphic disorder. BIID: Body integrity identity disorder. PTSD: Posttraumatic stress disorder.

Fig. 3 : « Flowchart of the considerations regarding a patient's request for extractions ». (52)

Dans le cadre de la réalisation de notre guide clinique pratique, l'aide à la prise en charge pourrait ainsi s'inspirer de ces deux organigrammes ainsi que des éléments d'aide au dépistage évoqués précédemment.

Une maquette du guide clinique pratique d'information, d'aide au dépistage et à la prise en charge du TDC réalisée est disponible dans son intégralité en annexe 2.

Conclusion

Le chirurgien-dentiste exerçant en omnipratique peut être amené à rencontrer des patients ayant des motifs de consultation esthétiques excessifs voire des patients potentiellement atteints de trouble dysmorphique corporel. Dans ce cas, le patient a une vision déformée de son corps et présentera une préoccupation esthétique obsessionnelle d'un ou plusieurs défauts dentaires inexistantes ou légers. Les comorbidités associées au TDC sont nombreuses : dépression, anxiété, phobie sociale, TOC, troubles liés à l'usage de substances et risque suicidaire plus élevé que dans la population générale.

Dans les résultats de l'étude menée auprès des étudiants et praticiens du département d'Odontologie de Toulouse, plus d'un quart (25,5%) des participants interrogés ne connaissaient pas le TDC (25,5%). Seuls 6,6 % avaient déjà entendu parler de ce trouble par le biais de cours dispensés à la faculté. Plus de la moitié des répondants au total (54,1%) et 83,3 % des praticiens avaient déjà rencontré un patient avec des demandes esthétiques excessives et /ou des attentes irréalistes en terme de résultats esthétiques au sein des services hospitaliers de Toulouse. De plus, 48,8 % des répondants et 72,2 % des praticiens en avaient déjà rencontré au cours d'une pratique libérale. Enfin, 88,7 % de l'échantillon s'est dit intéressé par un support de cours ou d'information sur le TDC, ses moyens de dépistage en cabinet dentaire et les moyens de le prendre en charge.

Suite à cette étude, un guide clinique pratique d'aide à la prise en charge des patients atteints de TDC en cabinet dentaire d'omnipratique a été réalisé. Ce guide permet de visualiser rapidement les caractéristiques cliniques du TDC, ses comorbidités, les questions à poser face à une demande esthétique jugée excessive, les signes potentiellement révélateurs d'un TDC et la conduite à tenir si un trouble est finalement soupçonné.

Ainsi, il est important que le patient soit pris en compte dans sa globalité (modèle bio-psycho-social) et non pas uniquement en considérant son motif de consultation initial.

Par ailleurs, il apparaît essentiel pour le chirurgien-dentiste exerçant en omnipratique de pouvoir travailler en collaboration avec un réseau de soins pluridisciplinaire, notamment dans le domaine de la santé mentale. En effet, le praticien peut être amené à collaborer avec des psychologues ou des psychiatres dans sa pratique quotidienne sans que cela soit

forcément en lien avec une demande esthétique excessive, comme par exemple lors d'une prise en charge d'un sevrage tabagique conduite par le chirurgien-dentiste.

Le Président,

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Pr Jean-Noël VERGNES

La Directrice de thèse,

A handwritten signature in blue ink, featuring a large, stylized 'G' followed by a horizontal line and a small loop.

Dr Géromine FOURNIER

Table des illustrations

Figure 1 : « The lightened, natural and darkened photographs used in this study » (29)

Figure 2 : « Flowchart method for the management of patients requesting aesthetic improvement » (2)

Figure 3 : « Flowchart of the considerations regarding a patient's request for extractions » (52)

Tableau 1 : « Screening questionnaire for BDD in orthodontic patients. » (34)

Tableau 2 : « Pre-procedure patient checklist » (20)

Tableau 3 : Cinq questions à poser - NICE (35) et éléments de dépistage recherchés

Tableau 4 : Taux de réponses des participants

Tableau 5 : Données épidémiologiques des participants

Tableau 6 : Données épidémiologiques de l'échantillon d'étudiants

Tableau 7 : Données épidémiologiques de l'échantillon de praticiens

Tableau 8 : Étude des connaissances sur le TDC – 1ère partie

Tableau 9 : Étude des connaissances sur le TDC – 2e partie

Tableau 10 : Expérience des participants face au TDC et/ou demandes esthétiques excessives

Tableau 11 : Expérience en pratique libérale face au TDC et/ou aux demandes esthétiques excessives

Tableau 12 : Étude d'une aide à la prise en charge du TDC

Annexes

Annexe 1 : questionnaire de l'étude

Ce questionnaire comportait l'introduction suivante :

« Je m'appelle Solène Faria de Oliveira, je suis étudiante en odontologie en 6e année.

Dans le cadre de ma thèse d'exercice, je travaille sur le trouble dysmorphique corporel ou dysmorphophobie en omnipratique dentaire.

Le trouble dysmorphique corporel se définit comme une préoccupation excessive concernant un ou plusieurs défauts légers ou inexistants de l'apparence physique, ce qui provoque une grande détresse émotionnelle et/ou une altération du comportement et du fonctionnement quotidien des personnes atteintes. À notre connaissance, ce trouble est peu enseigné dans la formation initiale d'odontologie. L'objectif de ce questionnaire est d'évaluer les besoins des étudiants en odontologie afin de proposer un support adapté sur cette thématique. Ce questionnaire prendra environ 5 minutes. Les réponses aux questions seront anonymes. Pour plus d'informations ou si vous voulez récupérer les résultats de ce questionnaire, vous pouvez me contacter par mail. »

* Questions s'adressant à tout l'échantillon (étudiants et praticiens) :

1- Quel âge avez vous ? (réponse libre proposée).

2- Vous êtes ? (un choix de réponse possible : un homme/ une femme/ autre/ je préfère ne pas répondre).

3- Vous êtes ? (un choix de réponse possible : étudiant/ praticien).

* Questions s'adressant uniquement aux étudiants (ayant répondu « étudiants » à la question 3) :

3.1- Quel était votre mode d'entrée dans les études de chirurgie dentaire ? (un choix de réponse possible : PACES/ PASS/ LAS/ passerelle).

3.2- Quelle est votre année d'études ? (un choix de réponse possible : 2^e année, 3^e année, 4^e année, 5^e année, 6^e année, interne en MBD, interne en chirurgie orale, interne en orthodontie).

* Question s'adressant uniquement aux praticiens (ayant répondu « praticiens » à la question 3) :

3.3- Précisez votre statut hospitalo-universitaire (un choix de réponse possible : PU-PH, MCU-PH, CCU-AH, Praticien attaché ou adjoint d'enseignement).

* Questions s'adressant de nouveau à tout l'échantillon (étudiants et praticiens) :

4- Connaissez-vous le Trouble Dismorphique Corporel ou Dismorphophobie ? (un choix de réponse possible : oui/ non/ je ne sais pas).

5- Si oui, comment en avez-vous entendu parler ? (plusieurs choix de réponses possibles : cours dispensés à la faculté/ reportages, médias/ recherches personnelles/ autre/ je n'en ai jamais entendu parler).

6- D'après vous, quels domaines de pratique sont concernés par le Trouble Dismorphique Corporel ? (plusieurs choix de réponses possibles : orthodontie/ dentisterie esthétique/ chirurgie orale/ chirurgie maxillo-faciale (chirurgie orthognatique)/ omnipratique/ parodontologie/ occlusodontie/ pédodontie/ prise en charge de patients à besoins spécifiques/ implantologie/ endodontie).

7- Quelles sont, d'après vous, les comorbidités associées au Trouble Dismorphique Corporel ? (plusieurs choix de réponses possibles : la dépression/ les troubles obsessionnels compulsifs (TOC)/ l'anxiété, la phobie sociale/ le trouble de l'usage de substances/ les troubles des conduites alimentaires (TCA)/ aucune des réponses ci-dessus/ je ne sais pas).

8- A propos de l'affirmation suivante : « La prévalence d'idées suicidaires et de tentatives de suicide dans le Trouble Dismorphique corporel est supérieure à la prévalence retrouvée dans la population générale. », vous êtes ? (un choix de réponse possible parmi : tout à fait d'accord/ plutôt d'accord/ neutre/ plutôt pas d'accord/ tout à fait en désaccord).

9- A propos de l'affirmation suivante « Le Trouble Dismorphique corporel touche davantage les adolescents », vous êtes ? (un choix de réponse possible parmi : tout à fait d'accord/ plutôt d'accord/ neutre/ plutôt pas d'accord/ tout à fait en désaccord).

10- A propos de l'affirmation suivante : "Depuis mon entrée en chirurgie dentaire, je constate que je focalise davantage sur l'esthétique de mes dents et de mon visage", vous êtes ? (un choix de réponse possible parmi : tout à fait d'accord/ plutôt d'accord/ neutre/ plutôt pas d'accord/ tout à fait en désaccord).

11- A propos de l'affirmation suivante : "Les réseaux sociaux favorisent l'apparition de demandes esthétiques excessives de la part des patients", vous êtes ? (un choix de réponse possible parmi : tout à fait d'accord/ plutôt d'accord/ neutre/ plutôt pas d'accord/ tout à fait en désaccord).

12- Petit rappel, vous êtes ? (un choix de réponse possible : en 2e ou en 3e année/ en 4e, 5e, 6e année, interne ou praticien).

* Questions s'adressant à ceux ayant déjà pratiqué sur des patients au moins au cours de leurs études (ayant répondu « en 4e, 5e, 6e année, interne ou praticien » à la question 12) :

13- A l'affirmation suivante : "J'ai déjà rencontré au sein du service d'odontologie (Hôtel-Dieu ou Rangueil) un patient avec des demandes esthétiques excessives et/ou des attentes irréalistes en terme de résultats esthétiques ?", vous êtes ? (un choix de réponse possible parmi : tout à fait d'accord/ plutôt d'accord/ neutre/ plutôt pas d'accord/ tout à fait en désaccord).

14- A l'affirmation suivante : "Je me sentirais capable de prendre en charge un patient atteint de Trouble Dismorphique corporel", vous êtes ? (un choix de réponse possible parmi : tout à fait d'accord/ plutôt d'accord/ neutre/ plutôt pas d'accord/ tout à fait en désaccord).

15- En orthodontie, certains praticiens utilisent des questionnaires d'aide au dépistage des patients atteints de dysmorphophobie. A l'affirmation suivante : "Dans mon activité, un questionnaire d'aide au dépistage du Trouble Dismorphique Corporel ainsi que des demandes esthétiques exagérées me serait utile", vous êtes ? (un choix de réponse possible parmi : tout à fait d'accord/ plutôt d'accord/ neutre/ plutôt pas d'accord/ tout à fait en désaccord).

16- Face à un patient ayant des demandes esthétiques excessives et chez qui vous soupçonnez un Trouble Dismorphique corporel, vers quel professionnel adresseriez-vous ce patient ? (un choix de réponse possible : je n'adresse pas le patient/ vers un dentiste spécialisé en esthétique/ vers le médecin généraliste du patient/ vers un spécialiste de la santé mentale (psychologue ou psychiatre).

17- Avez vous déjà rencontré un patient qui vous a présenté une photo de lui-même avec un filtre ou d'une star/ influenceur(euse) comme modèle pour une demande de traitement ? (un choix de réponse possible : oui/ non/ je ne sais pas).

18- A l'affirmation suivante "Dans le cadre de mon activité, je rencontre davantage de patients ayant des doléances seulement esthétiques plutôt que des patients ayant des

doléances fonctionnelles", vous êtes ? (un choix de réponse possible parmi : tout à fait d'accord/ plutôt d'accord/ neutre/ plutôt pas d'accord/ tout à fait en désaccord).

19- Avez-vous déjà exercé en pratique libérale (remplacements, etc) ? (un choix de réponse possible : oui/ non).

* Question s'adressant uniquement à ceux ayant déjà exercé en pratique libérale (ayant répondu « oui » à la question 19) :

20- Au cours d'un de vos remplacements ou de votre pratique libérale, avez-vous déjà rencontré un patient avec des demandes esthétiques excessives et/ou des attentes irréalistes en terme de résultats esthétiques ? (un choix de réponse possible : oui/ non/ je ne sais pas).

* Questions s'adressant de nouveau à tout l'échantillon (étudiants et praticiens) :

21- Seriez-vous intéressés par un support de cours ou d'information sur le Trouble Dysmorphique corporel, ses moyens de dépistage en cabinet dentaire et comment le prendre en charge ? (un choix de réponse possible : oui/ non/ je ne sais pas).

22- Si oui, quel serait selon vous le support idéal pour diffuser ces informations sur le Trouble Dysmorphique Corporel auprès des étudiants en chirurgie dentaire ? (un choix de réponse possible : un cours magistral/ un TD/ un cours en ligne sous forme de capsule vidéo/ un guide clinique pratique sous forme d'une plaquette/ autre/ j'ai répondu non à la question précédente).

21- Avez-vous des remarques ou des suggestions ? (réponse libre facultative).

Annexe 2 : guide clinique pratique

Prise en charge des patients atteints de

Trouble Dysmorphique Corporel

en cabinet dentaire d'omnipratique

- **préoccupation importante/ fixation obsessionnelle d'un ou plusieurs défauts** de l'apparence physique inexistants ou légers
 - **comportements ou actes mentaux répétitifs**
 - **détresse émotionnelle** importante
 - **conséquences** sociales, professionnelles, scolaires, etc.
- => comorbidités : dépression - anxiété/ phobie sociale - TOC - troubles liés à l'usage de substances
- =>/!\ risque suicidaire
- => populations à risque : adolescents, femmes

Face à une demande de traitement esthétique jugée excessive

Signes potentiellement révélateurs d'un TDC :

- * Défaut mineur ou imperceptible
- * Expérience(s) non satisfaisantes de traitements antérieurs, errance médicale
- * Le patient pense que la rectification esthétique améliorera ou changera un aspect de sa vie/de sa relation avec les autres
- * Comportement de vérification
- * Attentes irréalistes quant aux résultats du traitement
- * Comportement particulièrement exigeant/ suspicieux
- * Le patient se couvre régulièrement la bouche avec une main ou un vêtement

Questions à poser au patient :

- * Quelles **préoccupations spécifiques** avez-vous concernant votre apparence ?
- * À quel **niveau/degré d'inquiétude** se situe votre problème esthétique ?
- * Au cours d'une journée type, combien de **temps par jour** votre apparence vous préoccupe-t-elle ? (>1h = préoccupant)
- * Quel effet cette insatisfaction a-t-elle sur votre **vie (sociale/ professionnelle)** ?
- * Quelles sont vos **attentes** concernant les résultats du traitement que vous demandez ?

Si un TDC est envisagé

- Principe de **non malfaisance** : refuser de réaliser le traitement
- Laisser le patient s'exprimer sur les **causes de son mal-être** (confidentialité)
- Proposer **la nécessité d'une évaluation psychologique** avant d'envisager le traitement
- Adresser le patient à un **service de santé mentale** ± via le médecin généraliste



N° accueil Psychiatrie CHU Toulouse Purpan : 05-34-55-75-00
(Hôpital de Psychiatrie 330 avenue Grande Bretagne TSA 70034 – 31059 Toulouse cedex 9)

Bibliographie

1. UNECD. Guide d'aide à l'orientation des étudiants - La chirurgie dentaire, c'est quoi ? [Internet]. 2020 [cité 10 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.une.cd.com/guide/guide-daide-a-lorientation-des-etudiants-la-chirurgie-dentaire-cest-quoi/>
2. James M, Clarke P, Darcey R. Body dysmorphic disorder and facial aesthetic treatments in dental practice. *Br Dent J.* nov 2019;227(10):929-33.
3. Newton JT, Cunningham SJ. Great expectations: what do patients expect and how can expectations be managed? *J Orthod.* juin 2013;40(2):112-7.
4. Rignon-Bret C, Fattouh J, Kom NT, Jonas P, Montcel ST du. Demande esthétique des seniors. *L'Information Dentaire* n°33 [Internet]. 1 janv 2007 [cité 10 nov 2023]; Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/formations/demande-esthetique-des-seniors/>
5. De Tappie R. L'image de dents et couronnes : la tendance TikTok qui alarme les dentistes. <https://www.dentaire365.fr/> [Internet]. 4 janv 2022 [cité 2 avr 2024]; Disponible sur: <https://www.dentaire365.fr/actualites/limage-de-dents-et-couronnes-la-nouvelle-tendance-tiktok-qui-alarme-les-dentistes/>
6. Hirata R, Hilgert LA, Sampaio CS, de Andrade OS, Melo G, Ritter AV. Quo vadis, esthetic dentistry? Part II: Composite resin overtreatment and social media appeal. *J Esthet Restor Dent Off Publ Am Acad Esthet Dent Al.* janv 2024;36(1):32-6.
7. Loustau M. Le tourisme implantaire des ressortissants français en Europe [Internet]. [Faculté de Chirurgie dentaire Toulouse]: TOULOUSE III Paul Sabatier; 2017 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/57881480-Universite-toulouse-iii-paul-sabatier-faculte-de-chirurgie-dentaire.html>
8. Saboye J. [Legal aspects of teenager aesthetic surgery]. *Ann Chir Plast Esthet.* nov 2022;67(5-6):272-7.
9. Veale D, Gledhill LJ, Christodoulou P, Hodsoll J. Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image.* sept 2016;18:168-86.
10. McGrath LR, Oey L, McDonald S, Berle D, Wootton BM. Prevalence of body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis. *Body Image.* sept 2023;46:202-11.
11. Conroy M, Menard W, Fleming-Ives K, Modha P, Cerullo H, Phillips KA. Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008;30(1):67-72.
12. Hardardottir H, Hauksdottir A, Bjornsson AS. [Body dysmorphic disorder: Symptoms, prevalence, assessment and treatment]. *Laeknabladid.* mars 2019;105(3):125-31.

13. Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2003;44(4):270-6.
14. Phillips KA, Coles ME, Menard W, Yen S, Fay C, Weisberg RB. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*. juin 2005;66(6):717-25.
15. Angelakis I, Gooding PA, Panagioti M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. nov 2016;49:55-66.
16. Houvenaeghel M. Les techniques de préparations pour restaurations adhésives collées antérieures: actualisation des données, fiches de protocole pédagogique et clinique. [Faculté d'Odontologie de Marseille]: Aix Marseille Université; 2019.
17. Rodríguez-Martínez J, Valiente M, Sánchez-Martín MJ. Tooth whitening: From the established treatments to novel approaches to prevent side effects. *J Esthet Restor Dent Off Publ Am Acad Esthet Dent Al*. sept 2019;31(5):431-40.
18. Goldberg M, Grootveld M, Lynch E. Undesirable and adverse effects of tooth-whitening products: a review. *Clin Oral Investig*. févr 2010;14(1):1-10.
19. Phillips KA, Stein DJ. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 11 nov 2023]. *Dysmorphophobie - Troubles psychiatriques*. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-obsessionnels-compulsifs-et-troubles-similaires/dysmorphophobie?query=Dysmorphophobie>
20. Sweis IE, Spitz J, Barry DR, Cohen M. A Review of Body Dysmorphic Disorder in Aesthetic Surgery Patients and the Legal Implications. *Aesthetic Plast Surg*. août 2017;41(4):949-54.
21. Phillips KA. International OCD Foundation. [cité 11 nov 2023]. What is BDD (Body Dysmorphic Disorder)? Disponible sur: <https://bdd.iocdf.org/about-bdd/>
22. Administration SA and MHS. Table 23, DSM-IV to DSM-5 Body Dysmorphic Disorder Comparison [Internet]. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2016 [cité 11 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/table/ch3.t19/>
23. Lecerf S. Intéroception et image du corps : un lien à explorer ? Étude de recherche. [Institut de Formation en Psychomotricité]: Université Toulouse III Paul Sabatier; 2022.
24. Phillips KA, Didie ER, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg RB. Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Res*. 30 mars 2006;141(3):305-14.
25. Scott SE, Newton JT. Body dysmorphic disorder and aesthetic dentistry. *Dent Update*. mars 2011;38(2):112-4, 117-8.
26. Alharbi A, Alkhatami A, Farooqi FA, Al-Khalifa KS, Shahin S, Nassar E, et al. The Prevalence of Body Dysmorphic Disorder and Its Associated Risk Factors Among Dental Patients: Why Are My Patients Not Satisfied? *Cureus*. nov 2023;15(11):e49739.

27. de Jongh A, Adair P. Mental disorders in dental practice: a case report of body dysmorphic disorder. *Spec Care Dent Off Publ Am Assoc Hosp Dent Acad Dent Handicap Am Soc Geriatr Dent.* 2004;24(2):61-4.
28. Gresnigt-Bekker COVM, de Jongh A, Vo G, Lie F, Oosterink-Wubbe FMD, van Rood Y. [Satisfaction about physical appearance and teeth. Results of a nationwide study]. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* juill 2008;115(7):369-73.
29. Montero J, Gómez-Polo C, Santos JA, Portillo M, Lorenzo MC, Albaladejo A. Contributions of dental colour to the physical attractiveness stereotype. *J Oral Rehabil.* oct 2014;41(10):768-82.
30. Samorodnitzky-Naveh GR, Geiger SB, Levin L. Patients' satisfaction with dental esthetics. *J Am Dent Assoc* 1939. juin 2007;138(6):805-8.
31. Grant JE, Menard W, Pagano ME, Fay C, Phillips KA. Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry.* mars 2005;66(3):309-16; quiz 404-5.
32. Rossell SL, Labuschagne I, Castle DJ, Toh WL. Delusional themes in Body Dysmorphic Disorder (BDD): Comparisons with psychotic disorders and non-clinical Controls. *Psychiatry Res.* févr 2020;284:112694.
33. Lelouche AD. Prendre en charge un patient dysmorphophobique se présentant au cabinet dentaire. [Faculté de Chirurgie dentaire]: Université Paris Descartes; 2019.
34. Polo M. Body dysmorphic disorder: a screening guide for orthodontists. *Am J Orthod Dentofac Orthop Off Publ Am Assoc Orthod Its Const Soc Am Board Orthod.* févr 2011;139(2):170-3.
35. National Institute for Health and Care Excellence. Recommendations | Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2005 [cité 31 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/chapter/Recommendations#step-1-awareness-and-recognition>
36. Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 2005;46(6):549-55.
37. CHU Toulouse [Internet]. 2021 [cité 2 avr 2024]. Stimulation cérébrale profonde - Centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse. Disponible sur: <https://www.chu-toulouse.fr/-stimulation-cerebrale-profonde->
38. Hostiu S, Isailă OM, Rusu MC, Negoii I. Ethical Challenges Regarding Cosmetic Surgery in Patients with Body Dysmorphic Disorder. *Healthc Basel Switz.* 20 juill 2022;10(7):1345.
39. Khemlani-Patel S. International OCD Foundation. [cité 11 nov 2023]. Motivating People with BDD to Participate in Treatment. Disponible sur: <https://bdd.iocdf.org/professionals/motivation/>

40. Naini FB, Gill DS. Body dysmorphic disorder: a growing problem? *Prim Dent Care J Fac Gen Dent Pract UK*. avr 2008;15(2):62-4.
41. Monzani B, Fallah D, Rautio D, Gumpert M, Jassi A, Fernández de la Cruz L, et al. Psychometric Evaluation of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder for Adolescents (BDD-YBOCS-A). *Child Psychiatry Hum Dev*. déc 2023;54(6):1799-806.
42. Harrison A, Fernández de la Cruz L, Enander J, Radua J, Mataix-Cols D. Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev*. août 2016;48:43-51.
43. Phillipou A, Rossell SL, Wilding HE, Castle DJ. Randomised controlled trials of psychological & pharmacological treatments for body dysmorphic disorder: A systematic review. *Psychiatry Res*. 30 nov 2016;245:179-85.
44. Bishop PA, Herron RL. Use and Misuse of the Likert Item Responses and Other Ordinal Measures. *Int J Exerc Sci*. juill 2015;8(3):297-302.
45. INSEE. Démographie – Femmes et hommes, l'égalité en question [Internet]. 2022 [cité 1 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6051042?sommaire=6047805>
46. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Doss DREES. mars 2021;
47. Abdulghani HM, Marwa K, Alghamdi NA, Almasoud RN, Faraj AT, Alshuraimi AF, et al. Prevalence of the medical student syndrome among health professions students and its effects on their academic performance. *Medicine (Baltimore)*. 27 oct 2023;102(43):e35594.
48. Waterman LZ, Weinman JA. Medical student syndrome: fact or fiction? A cross-sectional study. *JRSM Open*. févr 2014;5(2):2042533313512480.
49. Laughter MR, Anderson JB, Maymone MBC, Kroumpouzou G. Psychology of aesthetics: Beauty, social media, and body dysmorphic disorder. *Clin Dermatol*. 2023;41(1):28-32.
50. Rounsefell K, Gibson S, McLean S, Blair M, Molenaar A, Brennan L, et al. Social media, body image and food choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review. *Nutr Diet J Dietit Assoc Aust*. févr 2020;77(1):19-40.
51. Pereira IN, Chattopadhyay R, Fitzpatrick S, Nguyen S, Hassan H. Evidence-based review: Screening body dysmorphic disorder in aesthetic clinical settings. *J Cosmet Dermatol*. juill 2023;22(7):1951-66.
52. Broers DLM, Brands WG, Welie JVM, de Jongh A. Deciding about patients' requests for extraction: ethical and legal guidelines. *J Am Dent Assoc* 1939. févr 2010;141(2):195-203.

**TROUBLE DYSMORPHIQUE CORPOREL EN OMNIPRATIQUE DENTAIRE : ÉVALUATION DES
CONNAISSANCES DES ÉTUDIANTS ET PRATICIENS DU DÉPARTEMENT D'ODONTOLOGIE DE
TOULOUSE**

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :

Face à une demande esthétique jugée excessive, le chirurgien-dentiste omnipratique peut envisager un TDC. L'objectif principal de cette étude qui a récolté 106 réponses de participants dont 88 étudiants et 18 praticiens était d'étudier les connaissances des étudiants et praticiens du département d'odontologie de Toulouse sur ce trouble. Plus d'un quart des participants ne connaissaient pas le TDC (25,5%) et seuls 6,6 % avaient déjà entendu parler de ce trouble via des cours dispensés à la faculté. La moitié des participants (54,1%) dont une majorité de praticiens (83,3%) avait déjà rencontré un patient avec des demandes esthétiques excessives et/ou des attentes esthétiques irréalistes au sein du service hospitalier de Toulouse, et plus des deux-tiers des praticiens (72,2%) au cours d'une pratique libérale. La majorité des participants à l'étude (88,7 %) s'est dit intéressé par un support de cours ou d'informations sur le dépistage et la prise en charge du TDC en cabinet dentaire.

**BODY DYSMORPHIC DISORDER IN DENTAL GENERAL PRACTICE :
EVALUATION OF THE KNOWLEDGE OF STUDENTS AND PRACTITIONERS OF THE TOULOUSE
DEPARTMENT OF ODONTOLOGY**

ABSTRACT :

Faced with an aesthetic demand considered excessive, the general dentist may consider BDD. The main objective of this study, which collected 106 responses from participants including 88 students and 18 practitioners, was to study the knowledge of students and practitioners of the Toulouse department of odontology about this disorder. More than a quarter of the participants did not know about BDD (25.5%) and only 6.6% had already heard of this disorder through lessons given at the faculty. Half of the participants (54.1%), including a majority of practitioners (83.3%), had already encountered a patient with excessive aesthetic demands and/or unrealistic aesthetic expectations within the Toulouse hospital service, and more than two-thirds of practitioners (72.2%) during private practice. The majority of study participants (88.7%) expressed interested in lessons or informational materials about screening and management of BDD in the dental office.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : CHIRURGIE DENTAIRE

MOTS CLÉS : Trouble Dysmorphique Corporel – dysmorphophobie – esthétique – préoccupation – santé mentale – dépistage

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR : Université Toulouse III-Paul Sabatier Faculté de santé - Département d'Odontologie - 3 chemin des Maraîchers - 31062 Toulouse Cedex 09

DIRECTRICE DE THÈSE : Dr FOURNIER Géromine