

Université de POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2017

Thèse n°

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**
(arrêté du 17 juillet 1987)

présentée et soutenue publiquement
le 7 avril 2017 à POITIERS
par Mademoiselle BARET Lorina
née le 18 juillet 1992

La dysmorphophobie : clinique et prise en charge

Hypothèse d'une relation avec les troubles du comportement alimentaire

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur FAUCONNEAU Bernard

Membres : Madame le Docteur SOIN Valérie, Pharmacien officinal

Directeur de thèse : Madame le Docteur DEJEAN Catherine, Maître de conférences en Pharmacologie

Université de POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2017

Thèse n°

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**
(arrêté du 17 juillet 1987)

présentée et soutenue publiquement
le 7 avril 2017 à POITIERS
par Mademoiselle BARET Lorina
née le 18 juillet 1992

La dysmorphophobie : clinique et prise en charge

Hypothèse d'une relation avec les troubles du comportement alimentaire

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur FAUCONNEAU Bernard

Membres : Madame le Docteur SOIN Valérie, Pharmacien officinal

Directeur de thèse : Madame le Docteur DEJEAN Catherine, Maître de conférences en Pharmacologie



PHARMACIE

Professeurs

- CARATO Pascal, Chimie Thérapeutique
- COUET William, Pharmacie Clinique
- FAUCONNEAU Bernard, Toxicologie
- GUILLARD Jérôme, Pharmaco chimie
- IMBERT Christine, Parasitologie
- MARCHAND Sandrine, Pharmacocinétique
- OLIVIER Jean Christophe, Galénique
- PAGE Guylène, Biologie Cellulaire
- RABOUAN Sylvie, Chimie Physique, Chimie Analytique
- SARROUILHE Denis, Physiologie
- SEGUIN François, Biophysique, Biomathématiques

Maîtres de Conférences

- BARRA Anne, Immunologie-Hématologie
- BARRIER Laurence, Biochimie
- BODET Charles, Bactériologie (HDR)
- BON Delphine, Biophysique
- BRILLAULT Julien, Pharmacologie
- BUYCK Julien, Microbiologie
- CHARVET Caroline, Physiologie
- DEBORDE Marie, Sciences Physico-Chimiques
- DEJEAN Catherine, Pharmacologie
- DELAGE Jacques, Biomathématiques, Biophysique
- DUPUIS Antoine, Pharmacie Clinique (HDR)
- FAVOT Laure, Biologie Cellulaire et Moléculaire
- GIRARDOT Marion, pharmacognosie, botanique, biodiversité végétale
- GREGOIRE Nicolas, Pharmacologie (HDR)
- GRIGNON Claire, PH
- HUSSAIN Didja, Pharmacie Galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, Toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile Pharmaco chimie

- PAIN Stéphanie, Toxicologie (HDR)
- RAGOT Stéphanie, Santé Publique (HDR)
- RIOUX BILAN Agnès, Biochimie
- TEWES Frédéric, Chimie et Pharmaco chimie
- THEVENOT Sarah, Hygiène et Santé publique
- THOREAU Vincent, Biologie Cellulaire
- WAHL Anne, Pharmaco chimie, Produits naturels

PAST - Maître de Conférences Associé

- DELOFFRE Clément, Pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, Pharmacien

Professeur 2nd degré

- DEBAIL Didier

Enseignante Contractuelle en Anglais

- ELLIOT Margaret

Maître de Langue - Anglais

- DHAR Pujasree

Poste d'ATER

- FERRU-CLEMENT Romain

Poste de Moniteur

- VERITE Julie

Poste de Doctorant

- BERNARD Clément
- PELLETIER Barbara

Remerciements

Tout d'abord je tiens à remercier le Pr Bernard FAUCONNEAU pour avoir accepté de présider mon jury de thèse et pour avoir pris le temps d'examiner mon travail.

Je remercie également mon maître de thèse, le Dr Catherine DEJEAN pour m'avoir aidé et accompagné tout au long de mon travail. Merci pour vos précieux conseils, vos nombreuses relectures, votre soutien et votre disponibilité.

Un grand merci à Valérie SOIN, une personne qui compte énormément pour moi, de m'avoir fait l'honneur de faire partie de mon jury de thèse.

Je tiens à remercier tout particulièrement mon fiancé Thomas. Merci à toi de partager ma vie, de me soutenir chaque jour et de me faire sourire même dans les moments les plus difficiles. Je souhaite que l'amour incommensurable que nous nous portons s'intensifie encore un peu plus chaque jour et perdure tout au long de notre vie.

Merci énormément à ma maman pour son courage, son soutien, son amour et son affection. Merci d'être celle que tu es et de me tenir la main chaque jour. La vie n'a pas toujours été clémente mais j'espère que les plus belles années restent à venir.

Merci à toi, Marita, ma grande sœur, pour m'avoir montré le modèle et pour m'avoir tant appris depuis l'enfance. Merci pour ton amour, ton soutien et pour tout ce que tu fais pour moi.

Un énorme merci à mon papa, tant regretté, qui m'a montré le chemin à suivre dans la vie et m'a inculqué toutes les valeurs qui ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. De là-haut, continue à me montrer le chemin. Je t'aime tellement et j'espère que tu es fier de moi.

Une pensée particulière à ma mamie disparue, aux côtés de qui j'ai grandi et avec qui j'ai partagé tant de bons moments.

Je pense également à ma mémé chérie à la Réunion qui aurait aimé être là aujourd'hui.

Un grand merci à ma merveilleuse belle famille. Merci à mes beaux parents Jean-Luc et Marion pour leur présence. Merci de me considérer comme votre propre fille et pour toute votre affection. Une grosse pensée pour mon beau-frère Guillaume que j'apprécie énormément.

Merci également à toute ma famille pour votre attention, votre affection, et votre soutien malgré la distance.

Merci à toute la famille SOIN: Valérie, Jean-Jacques, Jean-Christophe et à ma sœur de cœur Hélène pour m'avoir accueillie chez vous, soutenue et considérée comme une fille et une sœur d'adoption pendant ces longues années d'études. Merci à Hélène tout particulièrement pour tous ces moments partagés et pour cette magnifique amitié.

Merci à mes amis d'avoir partagé les bancs de la fac avec moi et d'avoir rempli ma tête et mon cœur de souvenirs inoubliables. Charles, Cloé, Inès, Juliette, Laura, Loubna, Mathilde, Maud, Sarah, Solenne et les autres, une grosse pensée en espérant passer encore plein de bons moments avec vous.

Merci à mes amis de toujours à la Réunion pour toutes les bonnes choses partagées et pour m'avoir aidé dans les moments difficiles. Pour n'en citer que quelques uns : Adélaïde, Anaïs, Charlotte, Delphine, Émilie, Emma, Gabriel, Julien, Karima, Vani, ...

Je tiens à remercier toute l'équipe de la Pharmacie Duteil à la Rochelle pour avoir participé à ma formation et pour m'avoir guidée lors de ma dernière année d'étude.

Je remercie aussi toutes les personnes qui ont fait le déplacement aujourd'hui et j'adresse toutes mes pensées à celles qui auraient aimé venir mais qui ne l'ont pas pu.

Pour finir, j'adresse un merci particulier au Dr Anne-Marie Jové, médecin nutritionniste à l'île de la Réunion. Merci de m'avoir suivi depuis l'enfance et de m'avoir aidé toutes ces années.

Sommaire

<u>Introduction</u>	1
<u>Première partie : La dysmorphophobie : aspects cliniques</u>	3
I. Clinique	4
I.1. Manifestations pures	4
I.1.1. Manifestations générales	4
I.1.2. « Delusional » et « Non Delusional dysmorphophobia »	7
I.2. Évolution, troubles annexes	7
I.2.1. Qualité de vie	7
I.2.2. Dysmorphophobie et suicide	9
I.2.3. Dysmorphophobie et violence	10
I.2.4. Dysmorphophobie et drogue	11
I.2.5. Autres troubles psychiques associés	11
I.3. Différences en fonction de l'âge	12
I.4. Différences en fonction du sexe	14
I.5. Différences en fonction des cultures	16
I.6. Comparaison aux troubles obsessionnels compulsifs et aux troubles du comportement alimentaire	17
I.6.1. Comparaison aux troubles obsessionnels compulsifs (TOC)	17
I.6.2. Comparaison aux troubles du comportement alimentaire	19
II. Classification et diagnostic	20
II.1. Classification selon le DSM	20
II.1.1. Définition du DSM	20
II.1.2. Classification selon le DSM-III	20
II.1.3. Classification selon le DSM-IV	20
II.1.4. Classification selon le DSM-V	21
II.2. Diagnostic de la maladie : les différents tests	22
II.2.1. Les tests généraux	24
II.2.1.1. Le DCQ	24
II.2.1.2. Le BDDQ	24

II.2.1.3. Le BABS	26
II.2.1.4. Le BDD-YBOCS	29
II.2.1.5. Le BDDE	29
II.2.1.6. Le AAI	29
II.2.1.7. Le HAM-D	31
II.2.2. Les tests spécifiques aux enfants et aux adolescents	31
II.2.2.1. Le BIQ-C	32
II.2.2.2. Le ChEAT	33
II.2.2.3. Le SCAS	33
II.2.2.4. Le SMFQ	33
II.2.2.5. Le SDQ	33
II.2.2.6. Le PQ-LES-Q	34
II.2.3. Le DMS : un test spécifique aux hommes	34
III. Causes, physiopathologie de la maladie	35
III.1. Causes neurologiques	35
III.2. Causes externes	36
IV. Épidémiologie	39
IV.1. Chez les adultes	39
IV.2. Chez les adolescents	41
IV.3. Chez les étudiants	42
<u>Deuxième partie : Prise en charge de la dysmorphophobie</u>	44
I. Traitements médicamenteux	45
I.1. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine : ISRS	46
I.1.1. Mécanisme d'action et molécules	46
I.1.2. Indications	47
I.1.3. Place dans le traitement de la dysmorphophobie	47
I.2. La clomipramine, un antidépresseur tricyclique	51
I.2.1. Mécanisme d'action et famille	51
I.2.2. Indications	52
I.2.3. Place dans le traitement de la dysmorphophobie	52

I.3. Posologies	53
I.4. Associations de classes thérapeutiques	53
I.4.1. Bénéfiques des associations	53
I.4.2. Association ISRS/Antipsychotiques	54
I.4.2.1. Rappels sur les antipsychotiques	54
I.4.2.2. Association aux ISRS dans la dysmorphophobie	55
I.4.3. Association ISRS/Anxiolytiques	56
I.4.3.1. Rappels sur les anxiolytiques	56
I.4.3.2. Association aux ISRS dans la dysmorphophobie	56
II. TCC : Thérapie cognitive et comportementale	58
II.1. Principe de la TCC	58
II.1.1. La psychoéducation et la formulation de cas	58
II.1.2. L'ERP : Exposure and Response (Ritual) Prevention	58
II.1.3. La restructuration cognitive	59
II.1.4. Les expériences comportementales	59
II.1.5. Vision de pleine conscience, reconversion de perceptions	60
II.1.6. Stratégies cognitives avancées	60
II.1.7. Prévention des rechutes	60
II.1.8. Autres	60
II.2. Place dans la stratégie thérapeutique	61
II.3. A qui s'adresser ?	63
III. Autres pistes de traitements	65
III.1. La neurochirurgie	65
III.2. L'électroconvulsivothérapie : ECT	65
III.3. Le Navon stimuli	66
IV. Évolution de la maladie après prise en charge	67
V. Prévention	71
VI. Rôle du pharmacien dans la dysmorphophobie	74

<u>Troisième partie : Dysmorphophobie et troubles du comportement alimentaire</u>	76
I. Les troubles du comportement alimentaire : TCA	77
I.1. Généralités	77
I.2. Les principaux troubles du comportement alimentaire	77
I.2.1. L'anorexie mentale	77
I.2.2. La boulimie nerveuse	79
II. Troubles du comportement alimentaire et dysmorphophobie	80
II.1. Description et épidémiologie	80
II.1.1. Dysmorphophobie et TCA dans la population générale	80
II.1.2. Différences entre les hommes et les femmes	83
II.1.3. Dysmorphophobie et TCA chez les adolescents	83
II.2. Les traitements	85
<u>Conclusion</u>	86
<u>Annexes</u>	88
Annexe 1 : L'échelle de la dépression selon Hamilton (HAM-D)	89
Annexe 2 : Children's Eating Attitude Test (ChEAT)	90
Annexe 3 : The drive for muscularity scale (DMS)	92
<u>Bibliographie</u>	93
<u>Résumé</u>	99
<u>Serment de Galien</u>	100
<u>Résumé</u>	101

Liste des abréviations

AAI : Appearance Anxiety Inventory
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ASAPS : American Society for Aesthetic Plastic Surgery
BABS : Brown Assessment of Beliefs Scale
BDD : Body Dysmorphic Disorder
BDDE : Body Dismorphic Disorder Examination
BDDQ : Body Dysmorphic Disorder Questionnaire
BDD-YBOCS : Semi-structured Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for BDD
BIDQ : Body Image Disturbance Questionnaire
BIQ-C : Body Image Questionnaire, Child and adolescents
ChEAT : Child version of the 26-items Eating Attitudes Test
CIM : Classification Internationale des Maladies
DCQ : Dysmorphic Concern Questionnaire
DMS : Drive for Muscularity Scale
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECT : Electroconvulstivothérapie
ERP : Exposure and Response (Rituals) Prevention
FDA : Food and Drug Administration
GABA : Acide gama-aminobutyrique
HDL-c : High-Density Lipoprotein-cholesterol
IMAO : Inhibiteur de la Monoamine Oxydase
IMC : Indice de Masse Corporelle
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de Sérotonine
LDL-c : Low-Density Lipoprotein-cholesterol
NICE : United Kindom's National Institute of Clinical Excellence
PQ-LES-Q : Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire
SCAS : Spence Children's Anxiety Scale
SDQ : Strenghs and Difficulties Questionnaire
SMFQ : Short Mood and Feelings Questionnaire
TCA : Troubles du Comportement Alimentaire
TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale
TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs

Liste des tableaux

Tableau 1 : Composition de l'étude de Clerkin et Teachman, 2009

Tableau 2 : État des lieux au début de l'étude de Phillips et Menard, 2006

Tableau 3 : État des lieux à la fin de l'étude de Phillips et Menard, 2006

Tableau 4 : Spécificité des symptômes selon le sexe dans la dysmorphophobie

Tableau 5 : Caractéristiques de la dysmorphophobie comparées aux troubles du comportement alimentaire

Tableau 6 : Prévalence de la dysmorphophobie dans différentes populations

Tableau 7 : Prévalence de la dysmorphophobie chez les patients atteints de maladies psychiatriques hospitalisés

Tableau 8 : Prévalence de la dysmorphophobie chez les patients atteints de maladies psychiatriques et non hospitalisés

Tableau 9 : Prévalence de la dysmorphophobie chez les adolescents hospitalisés en psychiatrie

Tableau 10 : Prévalence de la dysmorphophobie chez les étudiants

Tableau 11 : Résultats de l'étude fluoxétine contre placebo, Phillips et al., 2002

Tableau 12 : Composition de l'étude escitalopram et dysmorphophobie, Phillips, 2006

Tableau 13 : Doses efficaces des médicaments utilisés dans le traitement de la dysmorphophobie

Tableau 14 : Classification des antipsychotiques

Tableau 15 : Classification des anxiolytiques

Tableau 16 : Composition de l'étude de Wilhelm et al., 2011

Tableau 17 : Parties du corps concernées chez les différents sujets de l'étude de Wilhelm et al., 2011

Tableau 18 : Principales zones du corps concernées chez les patients dysmorphophobiques de l'étude de Kittler et al., 2007

Tableau 19 : Composition de l'étude de Dingemans et al., 2012

Tableau 20 : Troubles du comportement alimentaire chez les patients de l'étude de Dingemans et al., 2012

Tableau 21 : Composition de l'étude de Phillips et al., 2006

Tableau 22 : Composition de l'étude de Schneider et al., 2016

Tableau 23 : Proportion de TCA retrouvée dans les deux groupes de l'étude de Schneider et al., 2016

Liste des figures

Figure 1 : Arbre décisionnel du test BDDQ-A

Figure 2 : Le Navon stimuli (1)

Figure 3 : Mécanisme d'action des ISRS

Figure 4 : Le Navon stimuli (2)

Figure 5 : Arbre décisionnel sur la poursuite du traitement par ISRS

Introduction

Beaucoup de personnes sont insatisfaites de leur apparence. Aux États-Unis, plus de la moitié des femmes et environ la moitié des hommes n'aiment pas l'image qu'ils renvoient (Pope et al., 2002, How to identify, treat, and prevent Body Obsession in men and boys).

Cependant, certaines personnes sont obsédées par un défaut imaginaire ou peu visible de leur apparence et la préoccupation concernant leur image est excessive : il s'agit de dysmorphophobie ou troubles dysmorphiques corporels.¹

La dysmorphophobie a été décrite pour la première fois en 1891 par le médecin Italien Enrique Morselli² et signifie littéralement la phobie d'avoir une déformation physique. En anglais on la nomme « dysmorphophobia » ou encore « BDD » pour Body Dysmorphic Disorder.

A distinguer d'une simple insatisfaction de son corps, la dysmorphophobie se définit comme un « syndrome psychiatrique dans lequel le malade est convaincu qu'une partie de son corps est déformée et craint d'impressionner ainsi défavorablement autrui. C'est un trouble de l'image corporelle situé aux confins de la névrose et de la psychose».³ Cette phobie est accompagnée par des comportements répétitifs et compulsifs⁴ et peut être retrouvée à n'importe quel âge : de l'enfant de 5 ans à la personne âgée de 80 ans.⁵

Cette pathologie a ensuite été décrite par Emil Kraepelin et Pierre Janet et au fil du temps des cas ont été recensés sur toute la planète.⁵

Cependant, cette pathologie psychiatrique, bien différente des troubles obsessionnels compulsifs, des troubles du comportement alimentaire et de la dépression, a vraiment attiré l'attention depuis une quinzaine d'années.

Bien que cette pathologie soit retrouvée partout dans le monde, la majorité des études proviennent des États-Unis, d'Italie et d'Angleterre.²

Dans une première partie nous étudierons les aspects cliniques de la pathologie. Nous verrons quelles sont ses manifestations, comment elle est classée et à partir de quels critères la diagnostiquer. Nous étudierons également ses causes, sa physiopathologie et nous ferons un point sur son épidémiologie.

Après avoir approfondi cela, nous pourrions discuter dans une deuxième partie de la prise en charge de la maladie et nous évoquerons le rôle du pharmacien officinal.

Pour finir, nous étudierons dans la troisième partie un cas particulier, celui de la possible relation entre la dysmorphophobie et la survenue de troubles du comportement alimentaire.

Première partie :
La dysmorphophobie : aspects
cliniques

I. Clinique

I.1. Manifestations pures

I.1.1. Manifestations générales

Les personnes souffrant de dysmorphophobie sont préoccupées par une partie de leur corps qu'elles perçoivent comme un **défaut majeur** dégradant totalement leur apparence. Ce défaut n'est pourtant pas observable par les autres ou alors ne l'est que très légèrement.⁶

Le plus fréquemment, cela concerne des parties du visage comme la peau (acné, cicatrices, taches de rousseur...), le nez, ou encore les cheveux; mais cela peut concerner n'importe quelle partie du corps comme les seins, le ventre, le poids, les cuisses, et bien d'autres.^{2,6,7}

Cependant, ces personnes peuvent tout à fait ne pas se sentir concernées par un défaut physique, qui lui, existe réellement.⁸

Les personnes atteintes de troubles dysmorphiques corporels sont généralement préoccupées par 5 à 7 parties de leur corps et certains par leur apparence en général.⁵

Ils décrivent alors leur corps comme monstrueux, hideux, moche, ou pas attirant. Ce problème les préoccupe plusieurs heures par jour, 3 à 8 heures en moyenne, sans qu'ils ne puissent le contrôler.⁶

Ces individus vont développer des **comportements répétitifs**, sortes de **compulsions** ressemblant à de véritables rituels. Ils vont s'examiner, améliorer leur apparence, se rassurer à propos du « défaut », se camoufler.¹

Ces comportements répétitifs apparaissent en réponse à des idées ou pensées du malade. Ils sont très chronophages et difficiles à contrôler.⁵ Ils vont consister à **examiner leur corps dans le miroir** de façon répétée pour 90% des patients^{5,6}, analysant la partie tant détestée, ce qui ne fera qu'augmenter leur mal-être. Certains patients vont justement éviter totalement les miroirs pour ne pas se dévisager et se sentir encore plus mal.⁹

En 2009, une étude de Clerkin et Teachman⁹ a été faite sur des étudiants de premier cycle de l'université de Virginie aux États-Unis. Les étudiants ont été soumis à plusieurs tests consistant à se regarder dans le miroir puis ont répondu à des questionnaires sur l'image qu'ils avaient d'eux-même, sur l'évitement du miroir et sur l'anxiété engendrée par cette expérience. Ils ne savaient pas que l'étude portait sur la dysmorphophobie.

Un des derniers tests était le BDD-YBOCS, défini au chapitre II.2.1.4. de la première partie, qui étudie la sévérité de la maladie. Aucun diagnostic de dysmorphophobie n'a été étudié mais les participants ont été classés en deux groupes.

La composition de l'étude⁹ est détaillée dans le tableau suivant :

	Groupe 1 Personnes avec de forts symptômes de dysmorphophobie (scores importants aux tests)	Groupe 2 Personnes avec de faibles symptômes de dysmorphophobie (faibles scores aux tests)
Nombre de personnes	32	31
Femmes	66,00%	68,00%
Hommes	34,00%	32,00%

Tableau 1 : Composition de l'étude de Clerkin et Teachman, 2009

Le second groupe aurait pu être identifié par « personnes n'étant pas atteintes de dysmorphophobie » mais comme aucun diagnostic n'a été posé, on ne peut se permettre de le qualifier de tel.⁹

Les individus du groupe 1 (avec de forts symptômes de dysmorphophobie) ont montré :

- une plus forte tendance à avoir des interprétations négatives à propos de leur apparence,
- une exagération de l'importance d'être attirant : si une personne trouve qu'être attirant est primordial, elle éprouvera plus d'anxiété à la vue d'un défaut même minime,
- une tendance à ressentir de la détresse et un comportement d'évitement devant le miroir,
- un fort degré de perfectionnisme.⁹

Différents types de miroirs ont été utilisés : un miroir grossissant, un miroir avec ajustement et un sans ajustement. La détresse et l'évitement face à ces derniers vont être différents. L'anxiété est significativement plus importante dans le groupe 1 par rapport au groupe 2 pour les miroirs grossissants mais pas forcément pour les autres types de miroirs. Donc la contrariété et l'anxiété des patients avec des symptômes de dysmorphophobie va dépendre du type de miroir utilisé et toutes les expositions ne seront pas anxiogènes.

Cette étude est en accord avec celles précédemment réalisées sur le même sujet (Veale et al. en 1996, Buhlmann et al. en 2002). Il n'est cependant pas possible de l'extrapoler directement à la dysmorphophobie car aucun diagnostic n'a été posé durant l'enquête.⁹

Les personnes avec des symptômes de dysmorphophobie pensent que l'apparence physique influe sur beaucoup d'aspects de leur vie et développent une relation conflictuelle avec les miroirs. Les comportements d'évitement sont surtout utilisés pour prévenir les rituels, car les patients savent qu'en se fixant dans le miroir ils vont analyser leurs défauts et donc qu'une anxiété importante va surgir.⁹

Souvent ils vont se comparer à des personnes de leur entourage ou tout simplement à des inconnus dans la rue.^{5,6}

Certains patients vont même aller jusqu'à se faire du mal, comme abîmer leur peau à force de frotter pour enlever les taches par exemple. C'est un cercle vicieux, ce comportement destructif touchant l'apparence et aggravant donc le trouble.

Les patients vont également essayer de **camoufler** « le défaut » en utilisant des positions cachant le corps, du maquillage quand il s'agit de la peau ou des vêtements amples lorsqu'il s'agit du ventre ou des cuisses.⁶

Le camouflage est considéré comme un **comportement de sécurité**. Le patient se sent protégé, il a l'impression d'être plus à l'abri des regards, mieux caché avec ces procédés.

Ce comportement de sécurité peut s'avérer être un comportement répétitif et compulsif s'il s'effectue plusieurs fois par jour.⁶

Ces individus vont aussi interroger autour d'eux pour se rassurer et demander si leur apparence est acceptable.⁵

Certains patients vont développer des troubles d'acheteurs compulsifs et s'endetter. Ils vont par exemple acheter sans arrêt des vêtements ou encore toute sorte de maquillage ou de produits coiffants pour camoufler la partie de leur corps qui leur pose problème.¹⁰

Plus le trouble dysmorphique corporel est important, plus il entraînera une **diminution de la qualité de vie** et une augmentation de **l'anxiété**.⁶ En fonction de l'intensité des symptômes on pourra observer des troubles pouvant aller d'une simple difficulté à se concentrer à un absentéisme important dans le milieu scolaire et au travail ainsi qu'à une

difficulté voire une **incapacité à interagir avec autrui** ou à avoir une relation amoureuse.⁶

I.1.2.« Delusional» et « Non delusional dysmorphophobia »

Il existe deux types de dysmorphophobie : les troubles « **delusional** » et « **non-delusional** ».

Les individus souffrant de « delusional dysmorphophobia » sont totalement convaincus que leur défaut est réel. Pour eux, ils n'ont en aucun cas une vision déformée d'eux même.¹¹ Cette forme concerne de un tiers à 60% des patients atteints de dysmorphophobie.¹¹

Les patients souffrant de « Non Delusional dysmorphophobia » reconnaissent qu'ils ont une vision déformée de leur corps et que le défaut qui les préoccupe tant pourrait ne pas exister ou n'existerait pas.¹¹

Bien que la forme « delusional » présenterait des symptômes un peu plus sévères, il semblerait y avoir plus de similarités que de différences entre ces deux formes de la pathologie. On retrouve par exemple ces similarités au niveau des symptômes, de la morbidité ou des facteurs de risques environnementaux.¹¹

C'est pourquoi, au fil des années les recherches ont tenté de montrer qu'ils ne seraient en réalité qu'un seul trouble mais à un degré d'évolution de la maladie différent.⁵

I.2. Évolution, troubles annexes

I.2.1. Qualité de vie

Sans traitement, la dysmorphophobie devient souvent **chronique** et associée à un fort taux de **morbidité** et de **mortalité**.⁶

Elle est à l'origine d'une forte **diminution de la qualité de vie**, qui est plus importante que pour les patients atteints de diabète ou de dépression.⁵

En effet, deux études (Phillips, 2000 et Phillips et al., 2005) ont montré que la qualité de vie des patients dysmorphophobiques était plus faible :

- que dans la population générale aux États-Unis,

- que chez les personnes atteintes de maladies chroniques ou de dépression.¹⁰

Elle entraîne de grosses **souffrances** et une **diminution du fonctionnement psychosocial**.⁶ Les personnes qui en souffrent ont **peu d'interactions sociales**. Ils ont tendance à se couper du monde, ont en général peu d'amis et ne voient que rarement leurs familles. Ils évitent au maximum tout contact avec autrui de peur d'être jugés.⁵

Les personnes souffrant de troubles dysmorphophobiques ont plus tendance à être seules, à éviter de sortir, à ne pas se marier ou à divorcer que la population générale. Elles ont tendance à avoir des relations sociales et amoureuses de moins bonne qualité et à être plus isolées.^{5,12}

Dans une étude de 2006 de Didie et al. validée par « the Hospital Institutional Review Board », la qualité de vie de 200 patients atteints de dysmorphophobie a été étudiée. Parmi eux, 131 ont été retenus pour l'étude entière. Il s'est avéré que les personnes n'ayant pas de relation amoureuse au moment de l'étude (55,7%) étaient en majorité des hommes jeunes, avaient une plus mauvaise qualité de vie avec un fonctionnement psychosocial moins important, étaient plus souvent sans emploi, souffraient d'un stade plus grave de la maladie et étaient plus sujets à être dépressifs. Cependant l'étude n'a pas montré de différences concernant l'anxiété entre les deux groupes.¹²

Sur 200 sujets, 177 (88%) ont déclaré que leur apparence était un frein à leurs interactions sociales et 53 à 76 personnes (69,7%) ont déclaré que la maladie interférait avec leurs possibles rendez-vous amoureux ou leur intimité.¹²

Cette étude a supporté l'hypothèse que le fait de ne pas avoir de relation amoureuse influait sur la gravité de la dysmorphophobie.¹²

Cette préoccupation entraîne une forme de **dépression** chez les patients avec de l'**anxiété**, de la **détresse**, de la **honte** et d'autres émotions négatives.⁶

Elles ont aussi plus de mal à obtenir ou garder un emploi et sont donc plus sujettes au chômage.⁵

L'**absentéisme** est lui aussi un problème important. L'étude de Didie et al. en 2006 réalisée sur 200 individus a montré que 36% des sujets n'étaient pas allés au travail durant une semaine au cours du mois précédent et restaient confinés chez eux à cause de cette pathologie et 11% avaient abandonné l'école à cause des symptômes.⁵ Cette observation est en accord

avec l'étude de Phillips et al. de 2005, qui montrait que sur 200 patients dysmorphophobiques, 36% ne travaillaient pas au moment de l'essai et que 32% étaient souvent absents à cause de la souffrance occasionnée par leur maladie.¹⁰

I.2.2. Dysmorphophobie et suicide

Les patients ont des idées suicidaires et le taux de tentatives de suicide est plus élevé chez les personnes atteintes de dysmorphophobie que dans la population générale et encore plus élevé que dans certains troubles mentaux sévères tels que la maladie bipolaire ou les grosses dépressions.⁶

Une étude de 2006 du Butler Hospital, Brown Medical School orchestrée par Katharine A. Phillips, et William Menard, a étudié la proportion de suicide dans une population de 185 sujets atteints de dysmorphophobie.¹³

Cette étude inclut 68,1% de femmes (126 personnes) et 31,9% d'hommes (59 personnes).

La moyenne d'âge est de 33 ans.

Au total, 167 personnes (90,3%) ont reçu un traitement durant les 4 ans de suivi.

Les chiffres de ces études sont adaptés dans les tableaux suivant :

Problèmes rencontrés	Nombre de personnes concernées
Historique d'idées suicidaires	147 personnes (79,5%)
Tentatives de suicide	51 personnes (27,6%)

Tableau 2 : État des lieux au début de l'étude de Phillips et Ménard, 2006

Les chiffres précédents sont en accord avec des études plus anciennes (Phillips & Diaz, 1997 ; Phillips et al., 2005, Veale et al., 1996).¹⁰

	Nombre de personnes concernées	Hommes	Femmes	Âge moyen
Tentatives de suicide	9	4	5	37,1 ans
dont suicide	2	2	0	42,5 ans

Tableau 3 : État des lieux à la fin de l'étude de Phillips et Ménard, 2006

Deux hommes se sont suicidés durant l'étude. Un d'entre eux, âgé de 31 ans, avait un historique de tentatives de suicide et d'hospitalisations mais l'autre, âgé de 54 ans, n'en avait pas. Lors de leur dernière interview, ils présentaient tous les deux un stade très sévère de dysmorphophobie et considéraient cette pathologie comme la plus problématique.¹³

Cette étude a permis de mettre en évidence la réelle importance du risque suicidaire chez les patients dysmorphophobiques. La prévalence annuelle d'idées suicidaires était de 57,8%, soit 10 à 25 fois plus importante que dans la population générale aux États-Unis et la prévalence moyenne des tentatives de suicide était de 2,6%, soit 3 à 12 fois supérieure à celle relevée dans la population générale de ce pays.¹³

Un ajustement sur l'âge, le sexe, et la région géographique a été fait et le taux de suicide moyen a été évalué environ 45 fois plus important que dans la population générale^{10,13} et plus important que ceux rapportés pour les autres troubles mentaux.¹⁰ Cependant, ces chiffres peuvent être sous-estimés car la méthode utilisée n'a pas détecté tous les suicides en raison de la petite taille de l'échantillon et de la faible durée de l'essai dans le temps.¹³

I.2.3. Dysmorphophobie et violence

Des comportements violents ont été rapportés par environ 1/3 des patients malades. Ils peuvent en avoir envers eux mêmes ou un étranger dont ils auraient mal interprété le regard. Il a même été rapporté des cas de violence envers les chirurgiens plastiques dont ils n'étaient pas satisfaits. En 2002, Sarwer évalue à 12% le nombre de chirurgiens plastiques ayant déjà été **menacés** physiquement par un patient dysmorphophobique insatisfait. Certains d'entre eux rapportent des cas inquiétants d'attaques, pouvant aller jusqu'à la **tentative de meurtre**.⁵ Effectivement, le docteur Vazquez Anon et le docteur Michael Tavis ont été assassinés par des patients dysmorphophobiques insatisfaits.¹⁴

En 2001, une étude a été faite sur 265 membres de l'ASAPS (American Society for Aesthetic Plastic Surgery, société américaine des chirurgiens plastiques et esthétiques en français). Sur ces chirurgiens esthétiques, 40 % attestent avoir déjà été menacés par un patient atteint de dysmorphophobie:

- 29% ont été menacés sur le plan légal,

- 2% ont été menacés physiquement,
- et 10% ont été menacés à la fois sur le plan légal et physiquement.¹⁴

I.2.4. Dysmorphophobie et drogues

Beaucoup d'individus souffrant de cette maladie consomment de manière abusive de l'alcool ou se droguent. Dans une étude de 2005 portant sur 176 patients atteints de dysmorphophobie, Grant et al. ont évalué à 48,9% le nombre de participants concernés par le problème. Plus précisément, 42,6% ont rapporté un problème de consommation abusive d'**alcool**, 30,1% ont rapporté une consommation de **cannabis**.⁵ Dans 60% des cas, l'addiction est apparue plus d'un an après le début de la dysmorphophobie, dans 21% des cas elle est apparue dans la même année et dans 19% des cas l'addiction a précédé la dysmorphophobie.⁵ Lorsqu'on interroge les patients à propos de ces addictions, la majorité d'entre eux (68%) affirment que la dysmorphophobie contribuerait à ce que ces abus de substances deviennent problématiques.⁵

En 2015, Mme M. Cabantous réalise une enquête, dans le cadre de sa thèse¹⁵ de médecine, auprès d'étudiants de la ville de Poitiers, toutes spécialités confondues, sur le lien entre dysmorphophobie et conduites addictives. Sur 7427 demandes, 801 questionnaires ont été récupérés. Sur 795 réponses analysées, 92 étudiants (soit 11,57%) étaient atteints de dysmorphophobie.

Parmi eux, les conduites addictives associées étaient la consommation d'alcool (17%) et de cannabis (près de 10%) ce qui ne diffère pas significativement de la population générale, ce qui est en contradiction avec les données précédentes. Cependant ces résultats sont à analyser avec un œil critique car les conditions de l'étude sont différentes : les études se font habituellement sur des populations cliniques. Cette enquête porte sur une population d'étudiants et cela pourrait constituer un biais.¹⁵

I.2.5. Autres troubles psychiques associés

La dysmorphophobie est souvent associée à d'autres troubles psychiques, la **dépression majeure** étant le trouble le plus retrouvé (75% des troubles associés) (Phillips et al., 2005 ; Gunstad et Phillips, 2003). Les personnes dysmorphophobiques souffrant de dépression majeure présentent une morbidité plus importante avec des signes cliniques plus

marqués tels une plus faible qualité de vie, un risque suicidaire plus important ou encore un plus faible fonctionnement psychosocial.¹⁶ Un trouble de la personnalité ainsi qu'une forme de dysmorphophobie très forte peuvent faire soupçonner la présence de dépression majeure.¹⁶

Sont aussi associés fréquemment des **addictions** à certaines substances (30 à 48,9% des troubles associés), des **troubles obsessionnels compulsifs** (32 à 33% des troubles associés), et de la **phobie sociale** (37 à 39% des troubles associés) (Gunstad et Phillips, 2003 ; Phillips et al., 2005 ; Grant et al., 2005).¹⁶

La dysmorphophobie est retrouvée dans différentes populations médicales. Elle concerne¹:

- 8,8 à 12% des patients en dermatologie (Uzun et al., 2003 ; Phillips et al., 2000),
- 7% des patients en chirurgie esthétique (Sarwer et al., 1998),
- 14 à 42% des patients avec une dépression majeure atypique (Nierenberg et al., 2002 ; Phillips et al., 1996 ; Perugi et al., 1998),
- 11 à 13% des patients souffrant de phobie sociale (Brawman-Minzer et al., 1995 ; Wilhelm et al., 1997),
- 8 à 37% des patients souffrant de troubles obsessionnels compulsifs (Wilhelm et al., 1997 ; Pigott et al., 1994 ; Simeon et al., 1995),
- 39% des patients souffrant d'anorexie nerveuse (Grant et al., 2002).¹

C'est une maladie qui est **chronique** si elle n'est pas traitée.⁵

La dysmorphophobie est **sous évaluée** et devrait faire l'objet de **dépistage** chez tout patient se présentant avec une dépression, une dépendance à certaines substances, des troubles obsessionnels compulsifs ou encore une anxiété malade.¹⁷

I.3. Différences en fonction de l'âge

La dysmorphophobie commence généralement lors de **l'adolescence** c'est à dire avant l'âge de 18 ans.⁵ L'âge moyen de début est de 16 ans.¹⁸

Certaines difficultés sont plus apparentes chez cette tranche d'âge car c'est une période compliquée de transition entre l'enfance et l'âge adulte.

En effet, la puberté est une période de grands changements avec la transformation du corps, le début de la sexualité et la recherche d'identité.¹⁹

De plus, l'image que l'on a de son corps est très importante durant cette période et pourrait être le facteur le plus important dans le développement de l'estime de soi.¹⁹

Ce facteur, associé à la pression sociale chez des individus vulnérables comme les adolescents pourrait peut-être en partie expliquer l'apparition de cette maladie durant cette tranche d'âge.¹⁹ La relation entre l'adolescence et l'apparition de cette pathologie n'est pas claire et des études supplémentaires sont nécessaires pour établir le lien entre ces deux événements.

Les adultes ayant déclaré cette maladie avant l'âge de 18 ans semblent présenter plus de comorbidités que ceux dont la maladie s'est déclarée à l'âge adulte¹⁸:

- un taux plus élevé de suicide et de tentatives de suicide,
- une tendance plus élevée à une violence envers eux mêmes,
- un risque plus élevé d'être hospitalisés en hôpital psychiatrique,
- une tendance plus importante à développer un trouble du comportement alimentaire (anorexie nerveuse, boulimie...),
- des risques plus importants d'addictions (à l'alcool ou à d'autres substances),
- plus d'anxiété,
- ou encore de la phobie sociale.²⁰

Cependant les données se contredisent selon les méthodes utilisées et certaines d'entre-elles ne montrent pas une sévérité différente en fonction de l'âge d'apparition de la dysmorphophobie.²⁰ Ces différences sont peut-être dues à l'âge choisi pour la limite entre dysmorphophobie apparue jeune ou plus tardivement.²⁰ Sans réelle définition de l'âge choisi comme limite, les comparaisons sont difficiles à faire et ne montrent pas une grande fiabilité.²⁰

Les troubles seraient plus prononcés chez les garçons, bien qu'un peu moins fréquents.²¹

Toutefois, certaines études ne le valident pas. D'après une étude de 2016 du « Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists »¹⁸ réalisée dans des écoles d'Australie et de Nouvelle-Zélande et portant sur 3149 adolescents âgés de 12 à 18 ans, la dysmorphophobie semble altérer la qualité de vie de manière très importante chez les garçons. Ils semblent avoir de gros troubles émotionnels, de l'hyperactivité et des problèmes de conduite (discipline). On sait que le problème touche de manière égale les deux sexes chez les

adultes **mais** compte tenu du peu de données chez les adolescents, on est à ce jour dans l'incapacité de dire si l'intensité des troubles est la même chez les adolescents des deux sexes.¹⁸

Cependant, un peu plus de filles sont concernées par le problème.¹⁹

Chez les adolescents souffrant de dysmorphophobie, les parties du corps concernées sont similaires à celles retrouvées chez les adultes : les cheveux, le ventre, le poids, les dents, mais la majeure partie des plaintes concerne la peau (acné, cicatrices, ...).¹⁹

Les adolescents ont plus tendance à souffrir de la forme « delusional » que les adultes.¹⁹

Bien que certains symptômes soient plus retrouvés chez les filles que chez les garçons, beaucoup de critères cités précédemment apparaissent de manière similaire dans les deux sexes.¹⁸

Les adolescents semblent touchés de manière plus forte que les adultes.

Cette pathologie perturbe le développement normal d'un adolescent.¹⁹ Elle va impacter sur les relations sociales, l'initiation aux relations amoureuses et au romantisme, ainsi que sur l'éducation, la découverte et le suivi d'une vocation professionnelle.¹⁸

On peut observer chez eux une qualité de vie très diminuée, une plus grande détresse et ils sont plus sujets à devenir des consommateurs de drogues.^{5,19} Une étude comparative entre adolescents et adultes dysmorphophobiques a montré que 30,6% des adolescents contre 12,8% des adultes ont un problème d'addiction.⁵

De plus, le taux de tentatives de suicide est plus important chez les adolescents souffrant de ce trouble (44,4%) comparé aux adultes malades (23,8%) et aux adolescents ne souffrant pas de dysmorphophobie.^{5,19} Les idées suicidaires, quant à elles, concernent 80,6% des adolescents et 77,4% des adultes selon une étude de 2006 englobant 36 adolescents et 164 adultes atteints de dysmorphophobie.¹⁹

I.4. Différences en fonction du sexe

Les parties du corps faisant l'objet du trouble auront tendance à changer en fonction du sexe.

La préoccupation concerne souvent les muscles chez les hommes. La pathologie se nomme alors « **muscle dysmorphia** », dysmorphophobie associée aux muscles.

Dans ce type de dysmorphophobie le patient développe une préoccupation excessive au sujet

de sa musculature. Il se trouve insuffisamment musclé, trop « gringalet », ou chétif.⁴

Au contraire, ils paraissent souvent aux yeux des autres très musclés. Ils suivent généralement un entraînement intensif et ont un régime alimentaire très strict digne d'un bodybuilder avec la prise de fortes doses de protéines.⁴

La prise de stéroïdes a été rapportée chez un certain nombre d'entre eux, et beaucoup d'addictions à des substances ont été observées.⁴

Il faudra donc être particulièrement attentifs à cette pathologie à cause des risques directs sur la santé (causés par les stéroïdes) qu'elle peut engendrer⁴ :

Touchant directement la dysmorphophobie

- troubles de l'humeur (violence, agressivité, risque suicidaire...),
- dépendance,
- perturbation psychologique et sociale,
- perturbations endocriniennes (féminisation et gynécomastie chez l'homme, hirsutisme et perturbation du cycle menstruel chez la femme, diminution des capacités sexuelles, acné, perte de cheveux...),
- prise de poids.

Touchant l'état de santé en général

- troubles digestifs,
- atteintes hépatiques,
- troubles du bilan lipidique (augmentation du LDL-cholesterol et diminution du HDL-cholesterol),
- atteintes rénales,
- troubles hydro-électrolytiques,
- risques cardiaques (hypertension artérielle, troubles du rythme, mort subite).

Ce type de dysmorphophobie a beaucoup de similitudes avec les troubles du comportement alimentaire de par son régime strict et est surnommé « reverse anorexia », anorexie inverse. En effet le but est inverse à l'anorexie : prendre de la masse.⁴

Cette pathologie est accompagnée d'insécurité, de mises en danger de la santé (prise d'anabolisants, séances de musculation excessives), de difficultés dans les interactions sociales et d'un très grand mal-être.⁶

Cette forme de dysmorphophobie est souvent associée à d'autres troubles comme la phobie sociale ou encore les troubles obsessionnels compulsifs.⁴

Symptômes	Hommes	Femmes
Parties du corps concernées	Musculature Parties génitales Perte de cheveux	Seins Fesses Chevelure trop massive Nez Peau Ventre Dents Cuisses Poids
Comportements	Toxicomanie Musculature-Haltérophilie	Techniques de camouflage Troubles du comportement alimentaire Grattage de peau pour enlever les imperfections (parfois jusqu'au sang)

Tableau 4 : Spécificité des symptômes selon le sexe dans la dysmorphophobie²

(Adapté en français d'après la publication de Thomas et al. de 2008 « The Mirror Lies : Body Dysmorphic Disorder » basé sur des études de Phillips et al. de 2005 et 2006).

L'étude de Phillips et al. de 2006 porte sur 200 individus (137 femmes et 63 hommes) atteints de dysmorphophobie et met en avant les similarités et les différences entre les hommes et les femmes.²² Les hommes de cette étude sont significativement plus âgés, ont plus tendance à être célibataires et à vivre seuls que les femmes.

Les femmes quant à elles ont plus tendance à être préoccupées par plusieurs parties de leur corps que les hommes.²²

Cette étude a aussi montré que les hommes atteints de dysmorphophobie avaient plus tendance à avoir un problème d'addiction à des substances et que les femmes avaient plus tendance à avoir un trouble du comportement alimentaire associé.²²

Malgré les similarités entre les deux sexes, cette étude montre que d'importantes différences existent. Pour une prise en charge optimale, les spécialistes devront en tenir compte afin d'adopter les meilleures stratégies en fonction du cas.²²

I.5. Différences en fonction des cultures

Les parties du corps faisant l'objet de dysmorphophobie sont plus ou moins les mêmes

partout dans le monde, bien que certaines soient spécifiques à une culture.²

Certaines recherches ont établi une différence entre les pays selon leur statut socio-économique (Van den Berg et al., 2010) et entre les milieux ruraux et urbains (Swami et al., 2011).¹⁷

Swami et al. (2011) ont montré que les problèmes d'insatisfaction au sujet de son corps étaient supérieurs en Amérique, peut être à cause de différents aspects de l'environnement des américains, notamment de l'influence des médias dans le pays.¹⁷

Au Japon, les cas rapportés concernaient beaucoup la forme des paupières, ce qui est très rare dans les pays occidentaux.²

I.6. Comparaison aux troubles obsessionnels compulsifs et aux troubles du comportement alimentaire

I.6.1. Comparaison aux troubles obsessionnels compulsifs (TOC)

La relation entre les TOC et la dysmorphophobie n'est pas claire. Ces deux maladies ont beaucoup de points communs notamment l'âge d'apparition de la pathologie (adolescence). En effet, tout comme pour la dysmorphophobie, plus le TOC est apparu jeune, plus les comorbidités sont importantes.²⁰ Toutefois, toutes les études ne sont pas en accord avec ce point, et certaines d'entre-elles ne montrent pas de différences de comorbidités selon les âges d'apparition des TOC.²⁰

Ces deux pathologies ont également en commun la durée ainsi que bien d'autres variables.²³

En effet, toutes les deux s'organisent autour de comportements répétitifs, véritables rituels.⁶ Pour les TOC, les obsessions les plus courantes sont de se laver, de vérifier les choses et de répéter les rituels. Pour la dysmorphophobie, l'obsession sera surtout portée sur une partie du corps (le plus souvent la peau, les cheveux, le nez) et les rituels seront la comparaison avec les autres, le camouflage et l'analyse dans le miroir.²³

Cependant les personnes atteintes de dysmorphophobie sont plus sujettes que les personnes atteintes de TOC :

- à avoir un insight (c'est-à-dire une conscience de sa pathologie) pauvre^{1,23} (défini au II.1.4. de la première partie),
- à souffrir de la forme « delusional »,²³

- à avoir des idées suicidaires^{1,23,24} (cependant le nombre de tentatives ne diffère pas significativement),²³
- à être dépendants de substances,^{23,24}
- à être célibataires,¹
- à avoir un trouble associé comme la dépression, la phobie sociale.^{1,24}

Plusieurs études ont également montré que les patients atteints de dysmorphophobie avaient une qualité de vie moins bonne ainsi qu'une vie sociale et une situation familiale plus compliquée que ceux atteints de TOC (mariages brisés, célibat).²³

Dans le DSM-IV, défini au chapitre II.1.3. de la première partie, les TOC sont classés comme une maladie anxieuse tandis que la dysmorphophobie comme un désordre somatoforme (expression somatique d'un trouble psychique). Toutefois, il a déjà été proposé un classement de la dysmorphophobie comme faisant partie des TOC ou comme étant une variante de ces derniers, l'obsession de la dysmorphophobie porterait dans ce cas sur une partie de son corps.²³

Déjà en 1891, Morselli avait évoqué les similarités entre les deux pathologies.²³

En 1985, Solyom et al. suggéraient que la dysmorphophobie était un type de psychose obsessionnelle, forme maligne des TOC.²³

Comme plusieurs études auparavant, en 2007, Phillips et al. ont comparé les TOC et la dysmorphophobie chez 210 personnes atteintes uniquement de TOC, 45 uniquement atteintes de dysmorphophobie et 40 atteintes des deux pathologies.²³

Cette étude a montré plus de similarités que de différences entre les deux maladies. Elles sont similaires au niveau de l'âge d'apparition, des comorbidités en général et du taux de tentatives de suicide (estimé à 15,9% pour les patients atteints de TOC et à 13,3% pour les patients dysmorphophobiques).²³

Les mêmes différences que citées précédemment ont été montrées: une morbidité plus importante pour les patients dysmorphophobiques (idées suicidaires, insight pauvre, troubles associés) et cet essai montrait en plus une tendance plus importante à quitter l'école ou à avoir des difficultés au travail (absentéisme).²³

Les personnes atteintes à la fois de dysmorphophobie et de TOC ont des comorbidités et un niveau de symptômes plus importants que celles atteintes uniquement par une de ces deux pathologies : taux de suicide plus important, plus mauvaise qualité de vie, vie amoureuse

plus compliquée, et bien d'autres points.²³

Bien que de nombreuses similitudes tendent à rapprocher les deux maladies, beaucoup de différences les séparent et les études ne semblent pas toutes se mettre d'accord à ce sujet.

Des clichés IRM montrent des anomalies différentes chez les patients atteints de dysmorphophobie et de TOC. Mais ces pathologies sont complexes et des études supplémentaires dans différents domaines (génétique, neurologique, comportementales, facteurs environnementaux) sont nécessaires pour établir les critères à retenir pour la classification de ces maladies, donc pour savoir si la dysmorphophobie et les TOC doivent être classés dans la même pathologie ou non.²³

I.6.2. Comparaison aux troubles du comportement alimentaire

Il faut bien différencier la dysmorphophobie de l'anorexie nerveuse et des autres troubles du comportement alimentaire. Les pathologies sont différentes, cependant certaines personnes souffrent des deux maladies en même temps.

Dysmorphophobie	Troubles du comportement alimentaire
Préoccupation à propos d'un défaut d'une partie du corps	Perception d'une distorsion du corps entier
Camouflage d'une partie spécifique du corps	Camouflage de tout le corps
Évitement des interactions sociales	Excès, purge (vomissements) et restriction alimentaire
Consultations et interventions chirurgicales non nécessaires	Exercice excessif

Tableau 5 : Caractéristiques de la dysmorphophobie comparées aux troubles du comportement alimentaire²⁵

(Adapté en français d'après l'article « In pursuit of perfection : A primary care physician's guide to body dysmorphic disorder » de Slaughter et Ann ,1999 inspiré des articles de Phillips et al.,1995 ; Rosen et Ramirez,1998 ; DSM-IV American psychiatric association,1994).

II. Classification et diagnostic

II.1. Classification selon le DSM

II.1.1. Définition du DSM

Le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux en français) recense et classe les maladies mentales. Il est le manuel de référence en psychiatrie, sa première édition datant de 1952.

II.1.2. Classification selon le DSM-III

La dysmorphophobie a été incluse pour la première fois dans le DSM-III (publié en 1980) comme désordre somatoforme atypique, mais aucun critère diagnostique n'était fourni.⁵ Dans cette version, les auteurs ne savent pas s'ils doivent classer la dysmorphophobie comme un trouble psychotique ou non psychotique.¹¹

Les premiers critères diagnostiques apparaissent dans le DSM-III-R (publié en 1987), dans lequel la dysmorphophobie est classée comme une pathologie à part entière,⁵ avec un nombre complet de critères.¹¹

Ce manuel considère déjà qu'il existe deux types de dysmorphophobie, une « delusional » et l'autre « non delusional » mais les auteurs ne savent pas, faute de données, s'il s'agit de deux maladies différentes ou de deux formes de la même maladie.¹¹

II.1.3. Classification selon le DSM-IV

Grâce aux données supplémentaires et aux observations cliniques recueillies depuis l'élaboration de la version précédente, le DSM-IV, publié en 1994, suggère que les deux variants (« delusional » et « non delusional ») sont deux formes de la même maladie. En effet les sujets atteints des deux formes présentent plus de similarités que de différences et peuvent être caractérisés plus ou moins de la même façon.¹¹

Tout comme le DSM-III, il classe la dysmorphophobie dans les maladies somatoformes. Lors de sa réalisation, il a été envisagé de classer cette pathologie dans les troubles anxieux mais trop peu de données existaient pour justifier ce changement.⁵

Il différencie cependant la forme « delusional » qu'il classe dans la section des psychoses avec un type somatique (psychosis) et la forme « non delusional » qu'il classe dans la section somatoforme.¹¹

La dysmorphophobie peut donc être doublement codée à travers le DSM-IV, un patient atteint de la forme « delusional » pouvant être diagnostiqué de patient dysmorphophobique et de patient avec un trouble hallucinatoire (delusional disorder).¹¹

Le DSM-IV classe la dysmorphophobie selon plusieurs critères diagnostiques.

Le critère A est défini comme « une préoccupation par rapport à un défaut imaginaire de l'apparence. Si le trait physique anormal est présent, la réaction du patient est nettement excessive ». ⁵ Les patients pensent à ce problème au minimum une heure par jour. ⁵

Le critère B implique que cette pensée cause d'importants problèmes au niveau social ainsi que de la détresse. ⁵

Le critère C implique que cette préoccupation ne puisse pas être rattachée à un autre désordre mental. ⁵

Toutes ces informations montrent à l'évidence que les formes « delusional » et « non delusional » sont deux variantes de la même maladie. ⁵

II.1.4. Classification selon le DSM-V

Le DSM-V, publié en 2013, classe la dysmorphophobie comme liée à un désordre obsessionnel compulsif et les traitements utilisés ont d'ailleurs en partie été inspirés de ceux utilisés pour les TOC. ²⁴

Il établit également des critères :

Le critère A concerne le défaut qui préoccupe les patients. ⁶

Le critère B concerne la présence de comportements répétitifs. ⁶

Le DSM-V va classer les dysmorphophobies en plusieurs groupes ⁶ :

- la dysmorphophobie associée aux muscles : concerne généralement les hommes qui

cherchent à avoir un corps bien sculpté, de plus en plus musclé.

- le degré des idées dysmorphiques :
 - **bon insight** : reconnaissent que le défaut concerné n'existe pas ou n'existe probablement pas.¹¹
 - **insight pauvre** : Les individus pensent que le défaut est probablement réel¹¹ et acceptent qu'ils aient un trouble mental plus qu'une réelle déformation physique.⁶
 - **insight absent** : absence de croyance au problème mental, croyance ultime du défaut (delusional: patient déconnecté de la réalité) : les individus sont complètement convaincus que leur défaut est réel.⁶

Cette nouvelle classification implique donc que les deux formes de dysmorphophobie (delusional et non delusional) sont en réalité un seul trouble, la seule différence étant le degré d'évolution de la maladie.⁵ Elles peuvent donc être traitées de la même façon.⁶

De plus, les patients décrivent une fluctuation en fonction des jours, il y a des jours où ça va mieux que d'autres, ce qui va dans le sens de la classification selon le DSM-V.⁵

II.2. Diagnostic de la maladie : les différents tests

La dysmorphophobie est **difficile à diagnostiquer**. Les patients ont souvent honte et ont du mal à admettre qu'ils ont un problème et à demander de l'aide.²

C'est une pathologie sous-diagnostiquée. Dans une étude de Phillips et al. de 2006, 110 patients dysmorphophobiques et recevant un traitement médicamenteux étaient analysés. Seuls 41% d'entre eux avaient révélé leurs symptômes à leur médecin. Les autres ne l'avaient pas fait par honte ou de peur d'être incompris ou jugés négativement. Le problème est que le traitement est différent de celui des autres troubles mentaux susceptibles d'être diagnostiqués à cause de ce manque d'information. Il est donc important que les patients en parlent afin de cibler les symptômes de dysmorphophobie et de pouvoir bien traiter.¹⁰

Les patients qui, quant à eux, demandent de l'aide, s'adressent souvent à un professionnel de santé qui ne va corriger que l'objet de l'obsession (chirurgiens esthétiques, dermatologues, dentistes...). Il faudrait faire un test de dépistage de la dysmorphophobie chez tous les patients atteints de troubles psychiatriques tels que les troubles bipolaires, les troubles anxieux, la dépression, les idées suicidaires, les addictions...^{10,17} Et vice versa, rechercher chez

les patients atteints de dysmorphophobie les troubles cités précédemment.¹⁷ Cela permettrait une meilleure prise en charge des patients avec un traitement adapté à leur réelle pathologie.¹⁷ Avant même d'utiliser un test, de simples questions sur le ressenti du patient par rapport à son corps pourrait amener le médecin sur la piste d'une dysmorphophobie.¹⁰ Il est cependant conseillé au professionnel de santé de ne pas utiliser de termes trop extrêmes pour le patient tels que « défaut imaginaire », « déformé », « défiguré ».¹⁰

Dès 2008, Hunt et al.² avaient proposé des signes qui pourraient être reconnus par les médecins:

- une préoccupation de plusieurs heures par jour sur un défaut inexistant ou peu visible d'une partie du corps,
- cette préoccupation cause de véritables dégâts dans la vie du patient :
 - difficultés à s'intégrer socialement,
 - difficultés à avoir une relation amoureuse ou destruction de cette relation à cause du problème,
 - difficultés à se concentrer au travail pouvant mener à une incapacité de travailler et donc de garder un emploi,
 - échec scolaire,
 - beaucoup de temps destiné au camouflage d'une partie du corps,
- le trouble n'appartient pas à un autre trouble psychique.

Ces trois signes doivent être présents pour le diagnostic d'une dysmorphophobie.²

Pour identifier cette pathologie, plusieurs questions devront être posées² :

- Quel est le degré de préoccupation ?
- Combien de temps par jour y pensez-vous ?
- Y-a-t-il une influence sur votre qualité de vie ?

Ces questions sont retrouvées dans les tests permettant le diagnostic de la dysmorphophobie. Seuls les tests comportant au maximum 10 questions seront traduits et développés, certains seront mis en annexes. La liste proposée n'est pas exhaustive.

II.2.1. Les tests généraux

II.2.1.1. Le DCQ

Le DCQ est le « Dysmorphic Concern Questionnaire ».

C'est un test simple composé de 7 questions.^{4,26} Chaque question est notée de 0 à 3, 0 correspondant à « pas du tout » et 3 à « plus que la plupart des gens »²⁶, le score pouvant aller de 0 à 21. Plus le score est grand, plus le patient a un risque de souffrir de dysmorphophobie. Les questions portent sur la vision de leur apparence qu'ont les patients et sur leurs éventuels comportements associés.²⁶

Ce test pourrait être utilisé par les médecins généralistes afin de détecter une dysmorphophobie. Ce dernier pourrait ensuite conseiller le patient et l'orienter vers des spécialistes afin d'avoir recours à un traitement.⁴

Le DCQ²⁷

(Adapté en français d'après l'article de Danesh et al. « Body Dysmorphic Disorder Screening Tools for the Dermatologist », Practical dermatology, 2015).

- 1) Avez-vous déjà été vraiment préoccupé par rapport à un aspect de votre apparence ?
- 2) Avez-vous déjà considéré une partie de votre corps comme mal-formée ou difforme (ex : nez/cheveux/organes génitaux/musculature) ?
- 3) Avez-vous déjà considéré une partie de votre corps comme dysfonctionnelle (odeurs corporelles excessives, flatulences, transpiration) ?
- 4) Avez-vous déjà consulté ou envisagé de consulter un chirurgien plastique ou un dermatologue à propos de ce sujet ?
- 5) Avez-vous déjà entendu les autres ou les médecins vous dire que vous étiez normal alors que vous pensiez fortement que quelque chose était anormal dans votre apparence ou dans le fonctionnement de votre corps ?
- 6) Avez-vous déjà passé beaucoup de temps à être anxieux à propos du défaut de votre apparence ou du fonctionnement de votre corps ?
- 7) Avez-vous déjà passé beaucoup de temps à camoufler les défauts de votre apparence ou de votre dysfonctionnement corporel ?

II.2.1.2. Le BDDQ

Le BDDQ correspond au « Body Dysmorphic Disorder Questionnaire ». C'est un test fiable pour **détecter** la possible présence de dysmorphophobie chez une personne. Il consiste en un arbre décisionnel et est composé de questions au sujet de la partie concernée et du ressenti des patients à son sujet.¹⁸

Le principal problème de ce test est qu'il **exclue d'emblée les personnes avec une préoccupation à propos de leur poids**.¹⁸ Il ne permet donc pas de diagnostiquer tous les types de dysmorphophobie.

BDDQ pour adultes²⁸

(Adapté en français d'après le site overcomingbdd.com qui s'appuie sur le livre de K.A. Phillips « Understanding body bidmorphic disorder ». New-York : Oxford University Press,2009).

Question 1

Êtes-vous très préoccupé par une ou plusieurs parties de votre corps que vous considérez particulièrement non attirante? Oui / Non

→ Si oui : Vous y pensez beaucoup et aimeriez y penser moins ? Oui/Non

→ Si oui : Quelles parties du corps concernent ces pensées ?

→ Qu'est-ce qui vous dérange dans l'apparence de cette (ces) partie(s) du corps ?

(N.B. : Si vous répondez non à une de ces étapes, le test s'arrête ici)

Question 2

Est-ce que votre principale préoccupation à propos de votre apparence est que vous ne vous trouvez pas assez mince ou que vous avez peur de devenir trop gros? Oui/ Non

(N.B. : Si vous répondez oui, le test s'arrête ici)

Question 3

Quel impact a votre préoccupation sur votre vie ?

- Est-ce que ce défaut vous engendre beaucoup de détresse ou de douleur émotionnelle ?
- Est-ce qu'il interfère significativement avec votre vie sociale ? Oui/ Non
→ si oui, comment ?
- Est-ce que ce défaut interfère significativement avec vos études, votre travail, vos capacités à remplir votre rôle (ex : femme d'intérieur) ? Oui/ Non

- si oui, comment ?
- Y-a-t-il des choses que vous évitez à cause de votre défaut ?
 - si oui, lesquelles ?

Question 4

Combien de temps par jour passez-vous en moyenne à penser à votre défaut ?

- a) moins d'une heure par jour
- b) une à trois heures par jour
- c) plus de trois heures par jour

Résultats :

Le patient souffre peut être de dysmorphophobie si :

- il répond oui à tous les items des questions 1 et 3
- il répond b ou c à question 4

II.2.1.3. Le BABS

Le BABS correspond au « Brown Assessment of Beliefs Scale ».

C'est un test en 7 items qui mesure la conviction de la croyance et sert à déterminer si le patient souffre de la **forme « delusional » ou « non delusional »**. Il se note de 0 à 24 et plus le score est élevé, plus on se rapproche de la forme « delusional ». ^{19,29} La forme « delusional » est diagnostiquée pour un score de 18 ou plus et si le patient obtient un score de 4 à la première question, cela montre qu'il est complètement convaincu que sa croyance est exacte. ²⁹

Le BABS³⁰

(Adapté en français d'après la publication de Eisen et al., « Brown Assesment of Beliefs Scale », 2001).

Question 1 : Convictions

A quel point êtes-vous convaincus de cette idée/croyance ? Êtes-vous certains que votre idée/croyance est juste ? (Sur quoi se base votre certitude?)

- 0 : Complètement convaincu que la croyance est fausse (0% de certitude).
- 1 : Cette croyance n'est probablement pas réelle, un doute substantiel existe.
- 2 : La croyance peut être vraie comme peut ne pas l'être : patient incapable de décider si la croyance est réelle ou non.

→ 3 : Pratiquement certain que la croyance est réelle mais un doute subsiste.

→ 4 : Convaincu à 100% que la croyance est réelle.

Question 2 : Perception de ce que les autres voient

Que pensez-vous que les autres pensent de votre croyance ? [PAUSE]

Êtes-vous certain que la **plupart** des gens pensent que votre croyance a un sens ?

→ 0 : Complètement certain que les autres personnes trouvent sa croyance irréaliste.

→ 1 : Pratiquement certain que les autres personnes trouvent sa croyance irréaliste.

→ 2 : Les autres peuvent trouver cette croyance irréaliste ou pas, incertain de ce que les autres personnes pensent à propos de cette croyance.

→ 3 : Pratiquement certain que les autres personnes trouvent cette croyance réaliste.

→ 4 : Complètement certain que les autres personnes trouvent cette croyance réaliste.

Question 3 : Explication des différents points de vue

Vous dites ça (réponse à la question 1), mais ça (réponse à la question 2). [PAUSE] Comment expliquez-vous la différence entre ce que vous pensez et ce que les autres pensent à propos de l'exactitude de votre croyance ? (Qui a probablement plus raison?)

→ 0 : Complètement certain que la croyance est irréaliste et absurde (« mon esprit me joue des tours sur moi »).

→ 1 : Pratiquement certain que la croyance est irréaliste ou absurde.

→ 2 : Incertain de pourquoi les autres ne sont pas d'accord : la croyance peut être vraie comme peut ne pas l'être.

→ 3 : Pratiquement certain que la croyance est vraie : la perception des autres est moins exacte.

→ 4 : Complètement certain que la croyance est réelle : la perception des autres personnes est fausse.

Question 4 : Fixité des idées

Si je devais questionner l'exactitude de votre croyance, quelle serait votre réaction ? [PAUSE]

Est-ce que je pourrais vous convaincre que vous avez tort ? [PAUSE] Considérez la possibilité.

→ 0 : D'accord pour émettre la possibilité que cette croyance est fausse ; ne montre aucune difficulté à considérer cela.

→ 1 : Facilement prêt à considérer la possibilité que la croyance peut être fausse, les

réticences sont minimales.

→ 2 : Assez prêt à considérer la possibilité que la croyance peut être fausse, mais un peu de résistance est présente.

→ 3 : Clairement réticent à considérer la possibilité que cette croyance peut être fausse, les réticences sont largement présentes.

→ 4 : Refuse absolument de considérer la possibilité que la croyance peut être fausse, les croyances sont fixes.

Question 5 : Tentatives de contradiction d'idées

Depuis une semaine, combien de fois avez-vous essayé de vous convaincre que votre croyance était fausse ?

→ 0 : Sans arrêt en train de contredire la croyance ou non nécessaire de contredire car la croyance est fausse.

→ 1 : Fréquemment en train de réfuter la croyance.

→ 2 : Parfois en train de réfuter la croyance.

→ 3 : Occasionnellement en train de réfuter la croyance.

→ 4 : Ne fais aucune tentative pour se convaincre que la croyance est fausse.

Question 6 : Insight

Que pensez-vous à propos de la cause de cette croyance ? [PAUSE] Pensez-vous qu'elle a une cause psychologique (ou psychiatrique) ou qu'elle est réelle ?

→ 0 : La croyance a définitivement une cause psychiatrique/psychologique.

→ 1 : La croyance a probablement une cause psychiatrique/psychologique.

→ 2 : Il est possible que la croyance ait une cause psychiatrique/psychologique.

→ 3 : La croyance n'a probablement pas une cause psychiatrique/psychologique.

→ 4 : La croyance n'a définitivement pas une cause psychiatrique/psychologique.

Question 7 : Idées/Illusions de référence

Est-il déjà arrivé que les gens parlent de vous ou portent une attention particulière à cause de (compléter avec la croyance) ?

→ 0 : Non, les autres ne me portent définitivement aucune attention particulière.

→ 1 : Les autres ne me portent probablement pas d'attention particulière.

→ 2 : Les autres me portent ou ne me portent pas d'attention particulière.

→ 3 : Les autres me portent probablement une attention particulière.

→ 4 : Les autres me portent définitivement une attention particulière.

En Option : Qu'en est-il de la réception de messages spéciaux de la part de votre environnement à propos de (citer la croyance) ? (A quel point en êtes-vous certain?)

II.2.1.4. Le BDD-YBOCS

Le BDD-YBOCS est le « Semi-structured Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for BDD ».

C'est un test de 12 questions très fiable et beaucoup utilisé chez les adultes dysmorphophobiques permettant d'établir le **degré de sévérité** de leur maladie.^{9,19}

Le score va de 0 à 48, et plus il est élevé, plus la pathologie est grave.

II.2.1.5. Le BDDE

Le BDDE est le « Body Dysmorphic Disorder Examination ».

Il permet d'évaluer la **sévérité des symptômes** de la maladie et **l'image de soi** chez les patients atteints de dysmorphophobie.

C'est un test avec une bonne fiabilité.¹⁹

II.2.1.6. Le AAI

Il s'agit du « Appearance Anxiety Inventory ». C'est un test composé de 10 questions.

Il permet d'évaluer les **symptômes** associés à la pathologie ainsi que les **comportements** d'évitement (par exemple éviter les miroirs) et de vérification (vérifier son image).^{21,29} Le score va de 0 à 40. Plus le score est élevé, plus les symptômes sont importants.²⁹

Les questions parlent des symptômes y compris des comportements répétitifs.

Le AAI^{31,32}

(Adapté en français d'après la publication « 44Q AAI questionnaire » de Veale et al., 2013 jointe à l'article « The Appearance Anxiety Inventory : Validation of a process measure in the treatment of body dysmorphic disorder » de Veale et al.,2013).

Les questions concernent le ressenti des patients à propos de leur apparence durant la semaine précédente, y compris le jour du test.

Les questions sont notées de 0 à 4 :

→ 0 : pas vraiment

→ 1 : un peu

→ 2 : souvent

→ 3 : beaucoup

→ 4 : tout le temps

Question 1 :

Je compare des aspects de mon apparence aux autres.

Question 2 :

Je vérifie mon apparence (dans le miroir, en touchant avec mes doigts, en prenant des photos de moi).

Question 3 :

J'évite des situations ou des personnes à cause de mon apparence.

Question 4 :

Je rumine au sujet d'événements passés ou je raisonne pour expliquer pourquoi je me regarde de cette façon.

Question 5 :

Je réfléchis à comment camoufler ou changer mon apparence.

Question 6 :

Je suis focalisé sur ce que je ressens quand je me vois, plutôt que sur mon environnement.

Question 7 :

J'évite les surfaces réfléchissantes, les photos ou les vidéos de moi.

Question 8 :

Je parle de mon apparence aux autres ou les questionne à propos de cela.

Question 9 :

J'essaie de camoufler ou de cacher certains aspects de mon apparence.

Question 10 :

J'essaie d'empêcher les gens d'observer mon apparence en utilisant plusieurs situations (ex : changer ma posture, éviter les éclairages lumineux).

II.2.1.7. Le HAM-D

Il s'agit du « 17-item Hamilton Depression Rating Scale » c'est à dire de l'échelle de la dépression selon Hamilton. (Annexe 1) Comme son nom l'indique, il évalue les **symptômes dépressifs** en 17 items.

Plus le score obtenu est élevé, plus les symptômes sont importants.¹⁹

II.2.2. Les tests spécifiques aux enfants et aux adolescents

Certains tests énoncés précédemment, présentent une version modifiée pour les enfants et les adolescents, tenant compte des particularités de cette tranche d'âge :

- le BDD-YBOCS : une version pour enfants existe, le Children's-YBOCS et une version pour adolescents a été crée en s'inspirant de ces deux tests.¹⁹
- le BABS : la version modifiée a été établie pour les adolescents de 17 ans et moins.¹⁹
- le BDDQ : le BDDQ-A est la version pour adolescents mais les études sont insuffisantes pour déterminer sa réelle fiabilité.¹⁸

Le BDDQ-A¹⁸

(Adapté en français d'après la publication « Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents », Schneider et al., 2016).

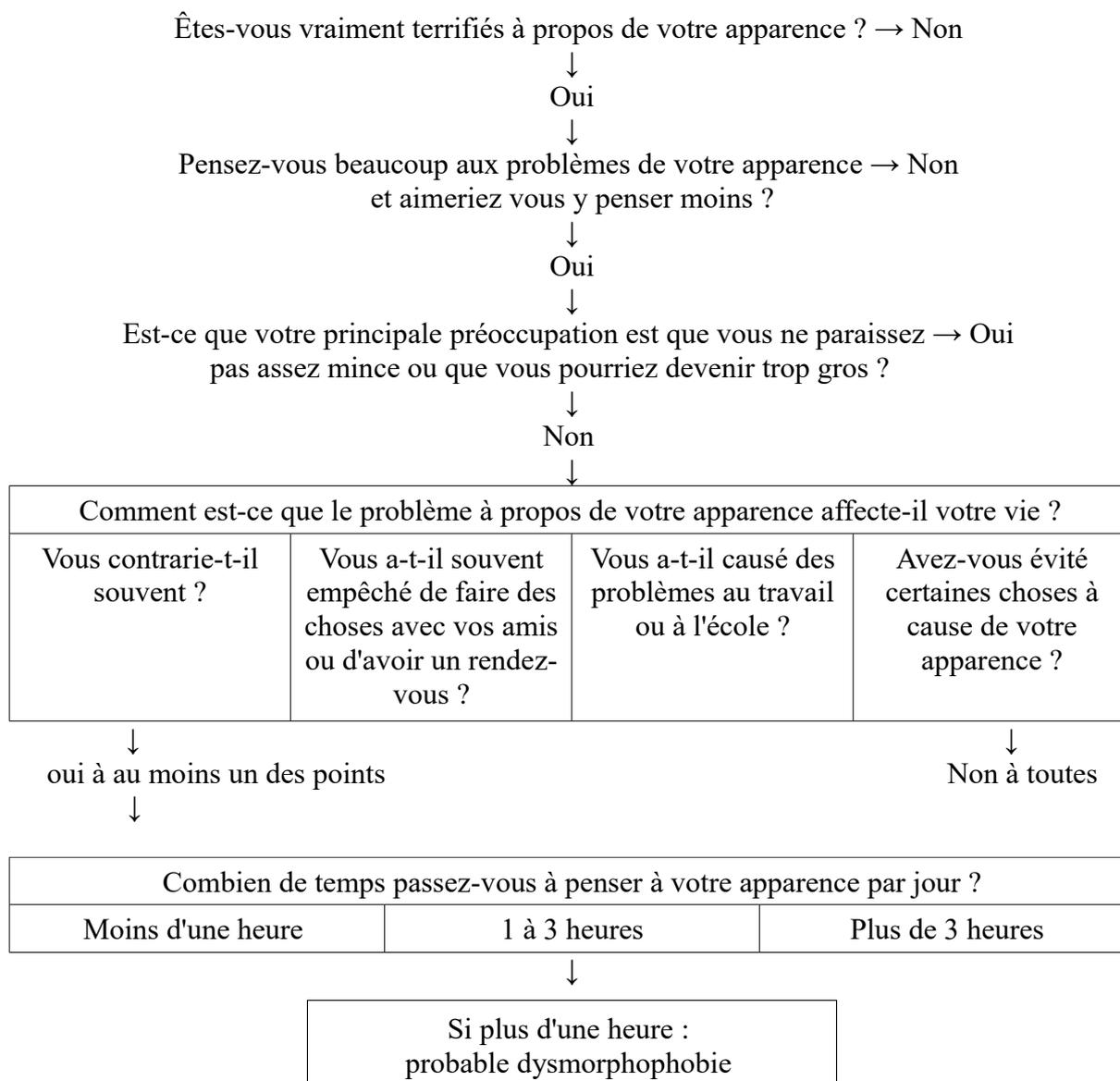


Figure 1 : Arbre décisionnel du test BDDQ-A¹⁸

(Adapté en français d'après la publication « Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents », de Schneider et al., 2016).

II.2.2.1. Le BIQ-C

Il s'agit du « Body Image Questionnaire, Child and adolescents ».

Les questions concernent les symptômes ayant un rapport avec la vérification de l'apparence, les comportements d'évitement et les interactions sociales.¹⁸

Le questionnaire va commencer par un **dépistage**. Si les personnes n'ont pas de symptômes et n'éprouvent pas de problèmes particuliers envers une partie de leur corps, leur score sera de 0 et ils ne poursuivront pas le questionnaire.

Pour les autres, il leur sera posé un certain nombre de questions permettant d'en savoir un peu plus sur le **stade** de leur pathologie.¹⁸

II.2.2.2. Le ChEAT

Le ChEAT est le « Child version of the 26-items Eating Attitudes Test ». (Annexe 2)

Il permet de déterminer si un enfant souffre de **troubles du comportement alimentaire** associés.¹⁸

Il est utilisé pour les patients qui se plaignent de leur poids, qui ne se trouvent pas assez minces et qui font une fixation sur une partie de leur corps qu'ils jugent trop grosse.

II.2.2.3. Le SCAS

C'est le « Spence Children's Anxiety Scale ».

Ce test de 38 questions évalue l'**anxiété** des personnes dans toutes ses formes ainsi que les potentielles crises de panique, l'agoraphobie et les troubles obsessionnels compulsifs.¹⁸

II.2.2.4. Le SMFQ

Le SMFQ est le « Short Mood and Feelings Questionnaire ». Ce test de 13 questions mesure la **dépression** et permet de distinguer les personnes dépressives des personnes non dépressives chez les patients dysmorphophobiques.¹⁸

II.2.2.5. Le SDQ

Le SDQ est le « Strengths and Difficulties Questionnaire ».

Il évalue les **symptômes émotionnels**, les problèmes de conduite, d'hyperactivité chez les adolescents masculins. Il est composé de 20 questions notées de 0 à 2 (0 correspondant à « ce n'est pas vrai » et 2 à « c'est probablement vrai »).¹⁸

II.2.2.6. Le PQ-LES-Q

C'est le « Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire ». Il mesure la **qualité de vie** et la satisfaction physique, émotionnelle et sociale chez les enfants et les adolescents surtout masculins. C'est un test de 14 questions notées de 0 à 5 (0 correspondant à « très mal » et 5 à « très bien »). Le score obtenu est ramené en pourcentage évaluant la qualité de vie de l'enfant.¹⁸

II.2.3. Le DMS : un test spécifique aux hommes

Le DMS est le « Drive for Muscularity Scale ». (Annexe 3) C'est un test fiable qui analyse les **comportements axés sur les muscles** et l'image de soi. Comme la dysmorphophobie associée aux muscles est principalement retrouvée chez les hommes, ce test leur est réservé.¹⁸

III. Causes et physiopathologie de la maladie

De nombreuses causes ont été exposées à travers diverses études, mais aucune n'a réellement été identifiée à ce jour.²

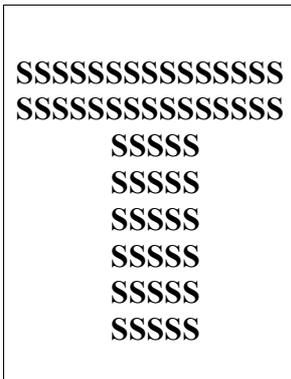
III.1. Causes neurologiques

Certaines hypothèses suggèrent que les personnes souffrant de dysmorphophobie présenteraient quelque chose d'anormal au niveau du **processus visuel** analysant les formes.⁶ Des études cliniques ont montré que les personnes atteintes de dysmorphophobie étaient focalisées sur des détails de leur apparence et non par l'image globale qu'ils renvoyaient.²⁶ Ces personnes présenteraient un mécanisme modifié de la perception visuelle au niveau du processus global et local qui serait impliqué dans l'apparition et le maintien de la maladie.²⁶ Lors d'un stimulus visuel, les sujets sains présentent d'abord un processus global des choses avant l'analyse des détails. Ce n'est pas le cas des patients atteints de dysmorphophobie, qui eux, ont un déséquilibre entre ces deux systèmes, présentant tout d'abord un processus local avant de voir la chose dans sa globalité.²⁶

Des images d'IRM ont montré que les patients atteints de dysmorphophobie présentaient une **hyperactivité de l'hémisphère gauche** du cerveau, contenant des régions associées au processus de vision locale. A contrario, ils posséderaient une **hypoactivité des aires visuelles primaires et secondaires** impliquées dans le processus global de la vision, ce qui n'est pas le cas chez des individus sains.²⁶ Ces images montrent que les malades sont prédisposés à avoir une vision locale des choses quelque soit l'information envoyée par le stimulus visuel contrairement aux personnes saines qui adaptent leur façon de voir les choses aux situations.²⁶

Ce phénomène a été retrouvé par d'autres techniques comme la figure complexe de Rey-Osterrieth, le « Navon stimuli », l'oculométrie, les tests de reconnaissance des émotions du visage.²⁶

Tous ces résultats convergent vers l'évidence d'une activation neuronale anormale.



Le « Navon stimuli » est une figure globale, souvent une grande lettre, dans laquelle se trouve des figures plus localisées, généralement des petites lettres. Les patients sont confrontés à plusieurs figures de ce genre et doivent décrire ce qu'ils voient. Les personnes atteintes de dysmorphophobie observeraient généralement les petits éléments en premier, ici les « S », contrairement aux individus sains qui verraient en premier le « T ».

Figure 2 : Le Navon stimuli (1)

D'autres IRM chez les patients atteints de dysmorphophobie ont montré une **asymétrie du noyau caudé**, un des trois composants principaux des ganglions de la base. Cette asymétrie serait responsable d'une augmentation du volume de matière blanche.⁵

Une étude montre chez ces patients des cortex orbitofrontal et cingulaire antérieur plus petits ainsi qu'un volume thalamique plus important.⁵

Des données supplémentaires ont montré une **désorganisation des fibres blanches** et **d'inefficaces connexions** entre différentes aires cérébrales.⁶ Mais les études sont rares et leurs résultats laissent apparaître des différences.⁶

A l'aide de tomographies à émission de positons, les scientifiques ont pu découvrir que les patients avaient **certaines aires du cerveau plus vascularisées** et **d'autres moins vascularisées** que chez les sujets sains.⁵

Une autre hypothèse suggère que la dysmorphophobie serait en partie due à une **mauvaise régulation et à une déplétion de sérotonine** altérant le fonctionnement sérotoninergique.²⁵

III.2. Causes externes

Certaines données suggèrent que les **moqueries** et **taquineries** lors de l'enfance sont un facteur de risque de la pathologie.⁶ Il en est de même pour le **stress** généré pendant l'enfance.²¹

Il a été montré à travers une étude que les enfants victimes de **persécutions** physiques ou

mentales (y compris l'ignorance et l'exclusion) ont plus de chance d'être touchés par la dysmorphophobie dans leur vie.²¹

La dysmorphophobie peut débiter après de simples remarques comme par exemple « tu es très jolie mais tu as une toute petite bouche » si elles sont dites après un événement difficile marquant comme par exemple une rupture sentimentale.⁸ La personne va se dire : « il m'a quitté à cause de mon physique, en effet, je ne suis pas jolie j'ai une toute petite bouche ».

Une succession de déceptions sentimentales peuvent aussi entraîner une dysmorphophobie, la personne concernée pouvant penser que tous ces échecs sont dus à son apparence.⁷

Les personnes ayant été abusées sexuellement ont souvent une mauvaise image d'elles-mêmes et sont plus susceptibles de développer ce trouble.⁷

La **pression parentale** a aussi été abordée.² Une situation familiale inharmonieuse et de mauvaises expériences durant l'enfance peuvent entraîner des sentiments perdurant dans le temps comme se sentir mal-aimé, pas en sécurité, rejeté.⁸

Pour Ladee, en 1966, le fait que pour un des parents, l'apparence physique soit extrêmement importante et qu'il applique ses critères de beauté à ses enfants peut engendrer une dysmorphophobie.⁸ Les critiques des parents à propos de l'apparence physique peuvent être très destructrices et entraîner ce genre de troubles.³³ Il est sûr que dans certains contextes, les parents se doivent de faire remarquer à leur enfant un problème (par exemple le surpoids). Mais il faut qu'ils trouvent la bonne manière de le faire, sans émettre de jugement et en les rassurant. Les parents doivent faire très attention aux paroles qu'ils ont envers leurs enfants.³³ De même des parents souffrant eux-même de ces troubles auront tendance à les transmettre indirectement à leurs enfants qui, en observant leurs parents, vont développer les mêmes comportements.³³

Toujours dans l'environnement familial, certains individus envient secrètement leurs frères ou leurs sœurs plus attirants, et se comparent à eux. Les frères et sœurs sont aussi des personnes avec qui les parents peuvent les comparer.⁸

De plus, les enfants ont tendance à se comparer entre eux. Les frères et sœurs se moquent parfois les uns des autres, de leurs différences, sans se rendre compte des conséquences

futures de leurs actes.

Les changements physiques et physiologiques apparaissant pendant l'adolescence peuvent aussi tenir une place dans le développement de cette pathologie⁸ : apparition d'acné, changement de la forme du corps apparaissent en même temps que le désir de plaire à l'autre.

Les médias jouent également un rôle dans le développement de la dysmorphophobie.²² Ils insistent sur l'existence de l'homme idéal musclé que l'on peut retrouver chez les célébrités ou les sportifs. Depuis leur enfance, les petits garçons sont formatés à cette image³³ avec leurs héros de dessins animés ou de bandes dessinées tels Action man, Superman... Tout cela influe sur le développement de la dysmorphophobie associée aux muscles chez les hommes.⁴

De même, les magazines féminins montrent une image faussée du corps de la femme, toujours plus mince, sans défauts, et les articles sur les régimes minceur ne cessent d'augmenter. Cependant, depuis quelques années, on voit l'apparition de « mannequins grande taille » ayant un corps bien plus proche de la réalité.

Avec les images projetées par les médias, les adolescents vont développer mentalement une image représentant ce à quoi l'homme et la femme idéale doivent ressembler.²⁵ Dans leur tête, s'ils ne ressemblent pas à ça, ils ne seront pas normaux.

De plus, dans la société actuelle, les personnes attirantes ont tendance à être considérées comme plus compétentes, plus intelligentes, et ayant un meilleur moral que les personnes moins attractives.⁹ Cela va dans les deux sens puisque dans leur tête les personnes se disent : « Si je ne suis pas attirant, la vie ne vaut pas la peine d'être vécue », ou encore « Si j'ai de gros défauts physiques, je serai seul toute ma vie ».⁷

Tous ces points sont des facteurs de risque de la pathologie. Toutes les études montrent que l'étiologie de la dysmorphophobie est, comme les troubles psychiatriques, multifactorielle et complexe.^{2,6}

IV. Épidémiologie

IV.1. Chez les adultes

La dysmorphophobie a une prévalence d'environ 2% et est donc plus commune que les TOC, l'anorexie nerveuse (0,3%) (Hoek, 2006), la boulimie (1%) (Hoek, 2006) ou encore la schizophrénie (0,5%) (Saha et al., 2005)^{6,17} mais moins commune que les désordres dépressifs majeurs (6%) (Cuijpers & Smit, 2002).¹⁷

Différentes études montrent que les femmes présentent un peu plus ce trouble que les hommes, la prévalence étant de 2,1% chez les femmes contre 1,6% chez les hommes (Faravelli et al., 1997 ; Otto et al., 2001 ; Rief et al., 2006 ; Koran et al., 2008 ; Buhlmann et al. 2010 ; Brohede et al. , 2013).¹⁷

Cependant, cela est peut être un biais dû au fait que les hommes aient plus de mal à parler de ce genre de problèmes, de leur estime de soi, par gêne ou tout simplement par honte.

Une étude américaine estime la prévalence de cette maladie à 2,2% chez les hommes et 2,5% chez les femmes aux États-Unis (Koran et al., 2008).⁴

Cette pathologie est plus fréquente chez les personnes optant pour la chirurgie esthétique et chez celles déjà atteintes de pathologies psychiatriques.²

En effet, la prévalence estimée des patients dysmorphophobiques chez les personnes ayant recours à la chirurgie esthétique est d'environ 13,2%.¹⁷

Des études ont montré que 13 à 16% des patients hospitalisés en psychiatrie souffriraient de dysmorphophobie (Grant et al., 2001 ; Conroy et al., 2008).⁵

De plus, deux études (Phillips et al. 1997 ; 2005) ont montré que plus de 40% des patients atteints de cette pathologie ont été à un moment ou à un autre hospitalisés en psychiatrie.⁵

Environ 80% des patients atteints de dysmorphophobie déclarent avoir eu des idées suicidaires et un quart d'entre-eux ont fait une tentative de suicide (Veale et al., 1996 ; Perugi et al., 1997 ; Phillips et al., 1997, 2005, 2007 ; Conroy et al., 2008).

On estime à 0,3% le taux de suicide par an à propos de cette pathologie (Phillips et al., 2006). C'est le **taux le plus élevé** rapporté au sujet d'une maladie mentale.⁵

Cette pathologie est **sous-évaluée** car **mal diagnostiquée** et beaucoup de personnes en souffrant n'en parlent pas, trop embarrassés.

<u>Population</u>	<u>Prévalence de la dysmorphophobie (%)</u>
Anorexie nerveuse	39
Dépression majeure	14 à 42
Troubles obsessionnels compulsifs	8 à 37
Phobie sociale	11 à 13
Patients de dermatologie	9 à 12
Patients de chirurgie esthétique	3 à 53
Patients souffrant de trichotillomanie	26

Tableau 6 : Prévalence de dysmorphophobie dans différentes populations^{2,5}

(Adapté en français d'après la publication de Thomas et al. de 2008 « The Mirror Lies : Body Dysmorphic Disorder » basé sur les études de Bohne et al. en 2002, Cansever et al. en 2003, Wilson et Arpey en 2004, Sarwer et al. en 2005, Grant et Phillips en 2005 et retravaillé d'après la publication de Bjornsson et al. de 2010 « Body dysmorphic Disorder »).

Zoom chez les patients atteints de maladies psychiatriques hospitalisés

Quatre études ont été réalisées chez les patients hospitalisés en hôpital psychiatrique :¹⁷

- deux aux États-Unis (Grant et al., 2001 ; Conroy et al., 2008),
- une en Allemagne (Kollei et al., 2011),
- une au Royaume-Uni (Veale et al., 2015),

Les chiffres de ces études sont représentés dans le tableau suivant :

Prévalence moyenne	Prévalence chez les femmes	Prévalence chez les hommes
7,40%	9,60%	5,60%

Tableau 7 : Prévalence de la dysmorphophobie chez les patients atteints de maladies psychiatriques hospitalisés

Ces études ont permis de montrer que la dysmorphophobie était sous évaluée. En effet, il s'est avéré que cette pathologie a été découverte chez ces patients hospitalisés lors d'une consultation psychiatrique où ils étaient amenés à parler.¹⁷

Zoom chez les patients atteints de maladies psychiatriques et non hospitalisés

Trois études ont été réalisées aux États-Unis (Wilhelm et al., 1997 ; Zimmerman &

Mattia, 1998 ; Kelly et al., 2015) chez les patients atteints de maladies psychiatriques et non hospitalisés.¹⁷

Les chiffres de ces études sont représentés dans le tableau suivant :¹⁷

Prévalence de dysmorphophobie	Prévalence chez les femmes	Prévalence chez les hommes
5,80%	6,50%	4,60%

Tableau 8 : Prévalence de la dysmorphophobie chez les patients atteints de maladies psychiatriques et non hospitalisés

Les patients concernés étaient atteints principalement de troubles dépressifs majeurs (54,8% pour l'étude de 1998, 46% pour l'étude de 2015) et de phobie sociale (15,2% pour l'étude de 1997 et 29% pour l'étude de 1998).¹⁷

IV.2. Chez les adolescents

La dysmorphophobie apparaît dans deux tiers des cas avant l'âge de 18 ans.⁶
La prévalence de dysmorphophobie chez les adolescents est assez proche de celle retrouvée chez les adultes.

Selon une étude de 2016 de Schneider et al.¹⁸ réalisée chez des adolescents d'Australie et de Nouvelle Zélande, elle est estimée à 1,7%, sans différence par rapport au sexe. Cependant ce chiffre sous-estime la proportion d'individus atteints car il ne tient pas compte des dysmorphophobies avec des préoccupations axées sur le poids.¹⁸
Cette étude montre également que la prévalence serait plus importante vers la fin de l'adolescence (15-18ans) que vers le début (12-14ans).¹⁸

Une étude un peu plus ancienne, datant de 1999, montre des différences: 2,2% des adolescents souffriraient de dysmorphophobie avec une légère différence au niveau du sexe. Cela concernerait 2,8% des filles et 1,7% des garçons.¹⁷

Selon une étude de 2006, 80,6% des adolescents interrogés concernés par cette pathologie avaient couramment des idées suicidaires, et 44,4% d'entre eux ont déjà fait une tentative de suicide (ce qui est plus important que dans la population adulte et 5,4 fois plus

important que chez les adolescents américains non atteints).¹⁹

Cette même étude a établi à 22,2% le nombre d'adolescents ayant quitté l'école (la moitié d'entre eux définitivement) à cause de la pathologie et rapporte un très fort taux d'absentéisme.

Zoom chez les adolescents hospitalisés en psychiatrie :

Deux études américaines (Grant et al., 2001, Dyl et al., 2006) ont évalué la dysmorphophobie chez les adolescents malades psychiatriques hospitalisés.

La prévalence s'est avérée être très proche de celle des adultes dans la même situation.

Les chiffres de ces études sont représentés dans le tableau suivant :¹⁷

Prévalence de la dysmorphophobie	Prévalence chez les femmes	Prévalence chez les hommes
7,40%	6,69%	3,50%

Tableau 9 : Prévalence de la dysmorphophobie chez les adolescents hospitalisés en psychiatrie

Les deux maladies initialement retrouvées étaient les troubles bipolaires (40,4%) et les troubles dépressifs majeurs (39,4%).¹⁷

IV.3. Chez les étudiants

Une étude de 2016¹⁷ a fait le bilan des études des années précédentes. Concernant les étudiants, les auteurs ont analysé 8 études provenant de différents pays :

- trois provenant des États-Unis (Bohne, Keuthen et al., 2002 ; Sarwer et al., 2005 ; Boroughs et al., 2010)
- une d'Allemagne (Bohne, Wilhelm et al., 2002)
- une de Turquie (Cansever et al., 2005)
- une d'Australie (Bartsch, 2007)
- une du Pakistan (Taqui et al., 2008)
- une de Chine (Liao et al., 2010)

Les résultats de toutes ces études ont été regroupés pour en faire des prévalences moyennes qui seront exposées dans le tableau suivant :

Prévalence de la dysmorphophobie	Prévalence chez les femmes	Prévalence chez les hommes
3,30%	3,60%	2,20%

Tableau 10 : Prévalence de la dysmorphophobie chez les étudiants

La prévalence moyenne de la dysmorphophobie a été évaluée à 3,3% chez les étudiants : 3,6% des filles et 2,2% des garçons étaient concernés par ce problème.¹⁷

Différents tests diagnostiques avaient été utilisés : le BDDQ pour cinq d'entre-elles, le BDDQ et le DCQ pour deux d'entre-elles, le BDDE pour une d'entre-elles ou encore le BIDQ pour une des études.

Toujours selon ces études, l'âge moyen des individus concernés était de 21,1 an.¹⁷

Deuxième partie :
Prise en charge de la
dysmorphophobie

I. Traitements médicamenteux

Les traitements médicamenteux sont appropriés pour les personnes ayant de nombreux symptômes de dysmorphophobie et semblent essentiels pour les formes sévères et les patients suicidaires.¹⁰ Les médicaments amélioreraient les symptômes ainsi que la qualité de vie chez la majorité des patients.

Dans une étude de 2006³⁴, Phillips et al. ont étudié 151 sujets d'âge moyen 30,7 ans atteints de dysmorphophobie. Environ trois quarts des personnes (72,9%) avaient déjà reçu un traitement médicamenteux, ce qui est en accord avec une précédente étude (Phillips et al., 2001). En moyenne, cinq molécules par personne ont été utilisées au cours de leur pathologie.³⁴ Cependant, de nombreux patients ont eu recours à d'autres moyens tels que la chirurgie, étant persuadés de leur déformation physique. La mauvaise qualité de vie et le pauvre fonctionnement social ont été les seules indications pour un traitement médicamenteux psychotrope.³⁴

Le plus important pour les médecins est de savoir traiter cette maladie dans sa globalité et non parce qu'elle est semblable à des TOC, de la phobie sociale, de la dépression ou de la schizophrénie.⁶

De nombreuses classes pharmacologiques ont été testées dans le traitement de la dysmorphophobie : des antipsychotiques, des IMAO (inhibiteurs de la monoamine oxydase), des antidépresseurs tricycliques.² Aucun n'a fait ses preuves (mis à part la clomipramine) jusqu'à l'étude des inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine (ISRS) sur la maladie. Ces derniers s'avèrent efficaces, que ce soit pour la forme « delusional » ou « non delusional ».⁶

Certaines études suggèrent également que la venlafaxine (inhibiteur de la recapture de sérotonine et de noradrénaline) et le levetiracetam (antiépileptique) seraient efficaces mais non indiqués en première intention.^{5,6}

Aucun médicament n'a été approuvé par la FDA (Food and Drug Administration) dans le traitement de la dysmorphophobie et les patients devront être informés de l'utilisation hors-AMM (Autorisation de mise sur le marché) des produits.¹

Les médicaments devront être utilisés uniquement si leur rapport bénéfices/risques est favorable.⁶

I.1. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine : ISRS

I.1.1. Mécanisme d'action et molécules

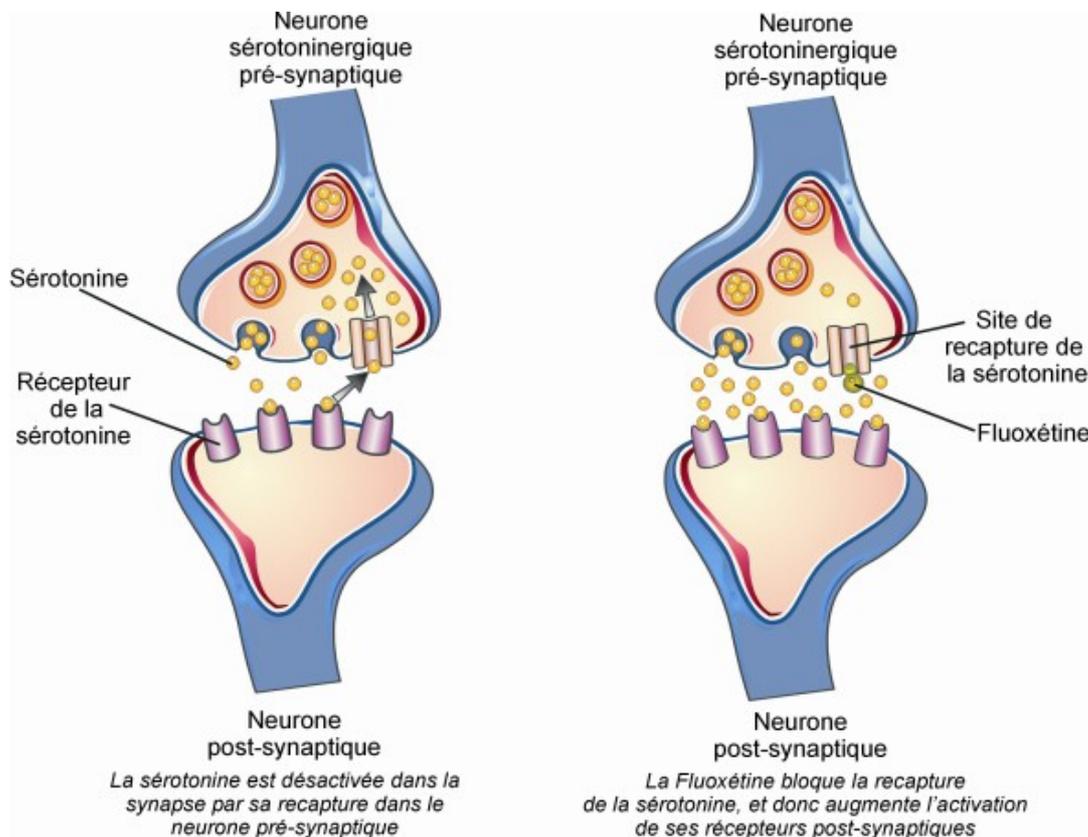


Figure 3: Mécanisme d'action des ISRS³⁵

(D'après les publications internet de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) : ipubli.inserm.fr).

La sérotonine, ou encore 5-HT (5-Hydrotryptamine) est un neuromédiateur dont le déficit serait à l'origine de la dépression.

Elle est libérée dans la fente synaptique pour aller se fixer aux récepteurs post-synaptiques et transmettre l'influx nerveux. Elle peut aussi être recapturée par le neurone pré-synaptique pour y être recyclée.

C'est là que va intervenir l'ISRS. Lors de son administration, il va bloquer le site de recapture de la sérotonine. Cette dernière va s'accumuler dans la fente synaptique ce qui va augmenter

ses chances de se fixer et stimuler de manière plus importante ce dernier.

Les molécules retrouvées dans cette famille sont :³⁷

- le citalopram : Seropram®
- l'escitalopram : Seroplex®
- la fluoxétine : Prozac®
- la fluvoxamine : Floxyfral®
- la paroxétine : Deroxat®, Divarius®
- la sertraline : Zoloft®

I.1.2. Indications

Les indications des ISRS sont nombreuses et regroupent :^{37,38,39,40,41,42}

- Les épisodes dépressifs majeurs de l'adulte en association avec une prise en charge psycho-thérapeutique,
- La prévention des récurrences dépressives en cas de trouble unipolaire récurrent (sertraline),
- Les troubles obsessionnels compulsifs,
- Les troubles paniques avec ou sans agoraphobie (paroxétine, citalopram, escitalopram, sertraline),
- Le trouble anxieux généralisé (paroxétine, escitalopram),
- La phobie sociale (paroxétine, escitalopram),
- Les états de stress post-traumatique (paroxétine, sertraline, fluoxétine),
- La boulimie, en complément de la psychothérapie.

I.1.3. Place dans le traitement de la dysmorphophobie

Les médicaments les plus utilisés sont les ISRS. Ils ont été utilisés tout d'abord à cause des similarités de la dysmorphophobie et des TOC.³⁴ En effet, ces médicaments vont diminuer les pensées obsessionnelles et les comportements compulsifs.¹⁰ Ils ont aujourd'hui fait leurs preuves et sont utilisés en première ligne de traitement.²⁹

Ils sont recommandés pour les dysmorphophobies modérées à sévères avec une prévision importante de rechutes lors de l'interruption du traitement.²⁹

Le NICE (the United Kingdom's National Institute of Clinical Excellence) recommande les ISRS comme première ligne de traitement.^{10,29}

Plusieurs études ont montré l'efficacité des ISRS dans cette pathologie.^{5,6} Ils seraient plus efficaces que les autres types d'antidépresseurs et de psychotropes.⁶

En 1998, Phillips et al. ont étudié les effets de la **fluvoxamine** chez 30 patients atteints de dysmorphophobie. Parmi eux, 63% étaient répondeurs au traitement ce qui est en accord avec l'étude de 1996 de Perugi et al. portant sur la même molécule.¹⁰

En 2002, Phillips et al. nous montrent dans une étude randomisée en double aveugle médicament contre placebo que la **fluoxétine (Prozac®)** était plus efficace que le placebo.^{5,9} Dans cet essai, 67 patients étaient suivis pendant 12 semaines, où ils recevaient un traitement par fluoxétine ou un placebo. Leurs symptômes ont été évalués par le test de BDD-YBOCS.¹⁰ Les résultats de l'étude sont recensés dans le tableau suivant :

	Nombre de patients répondeurs au traitement
Fluoxétine	53,00%
Placebo	18,00%

Tableau 11 : Résultats de l'étude fluoxétine contre placebo, Phillips et al. , 2002

Cette molécule était efficace pour la majorité des patients atteints de dysmorphophobie.^{5,9,10} A la fin de l'étude, leur qualité de vie et leur fonctionnement psychosocial ont été améliorés.¹⁰ De même, en 2008, Phillips et al. nous ont montré que les ISRS étaient efficaces pour la majorité des patients.⁵

En 2003, Phillips & Najjar ont étudié l'efficacité du **citalopram** chez 15 personnes pendant 12 semaines. Cette molécule a obtenu 73% de sujets répondeurs, avec amélioration de leur qualité de vie. En considérant uniquement les personnes étant allées jusqu'au bout de l'essai, le nombre de répondeurs passe à 81,8%.¹⁰

Des résultats similaires ont été trouvés par Phillips en 2006 au sujet de l'**escitalopram** dans une étude évaluant son efficacité et sa tolérance.^{10,43} La composition de l'étude est exposée dans le tableau suivant :

Nombre de participants	Hommes	Femmes
15	8 (53,3 %)	7 (46,7 %)

Tableau 12 : Composition de l'étude escitalopram et dysmorphophobie, Phillips, 2006

Les sujets avaient de 18 à 65 ans avec une moyenne d'âge de 37,6 +/- 8,8 ans et n'avaient jamais pris d'escitalopram auparavant. Durant l'étude, les patients ont été évalués par différents tests dont le BDD-YBOCS et le BABS.

Pendant 12 semaines, ils ont reçu chaque jour une dose d'escitalopram :⁴³

- 10 mg par jour les deux premières semaines,
- 20 mg par jour les deux suivantes,
- puis 30 mg par jour jusqu'à la fin du traitement.

A la fin de l'étude, 73,3%, c'est à dire 11 patients, étaient répondeurs :⁴³

- les 4 patients atteints de la forme « delusional » étaient répondeurs,
- sur 11 patients atteints de la forme « non delusional », 7 étaient répondeurs.

Les effets indésirables observés étaient minimales: une grosse fatigue, des insomnies, des nausées, des problèmes sexuels, une bouche sèche, des vertiges, une vision trouble, des maux de mâchoire et une nervosité. Un patient a cependant quitté l'étude en cours de route à cause des problèmes d'insomnie.

Un seul effet indésirable a nécessité une hospitalisation mais il était dû à la récente liposuction du patient.

La qualité de vie des patients a été améliorée et les symptômes dépressifs ainsi que les idées suicidaires ont significativement diminué.

L'escitalopram est donc efficace dans le traitement de la dysmorphophobie pour la forme « delusional » et la forme « non delusional ». Il est assez bien toléré.⁴

Toutes ces études montrent la place des ISRS dans le traitement de la dysmorphophobie. En effet, une réduction des symptômes a été observée chez 53 à 73% des patients traités par cette classe de molécules.^{6,10} Ils diminueraient la fréquence des comportements compulsifs et de sécurité, ainsi que la détresse, et amélioreraient la qualité de vie.⁵ Ils protégeraient également contre les idées suicidaires.⁶

Aucune étude ne compare directement les ISRS entre eux. Cependant, l'examen des dossiers de 90 patients fait par Phillips et al. en 2001 montre que les réponses sont similaires selon le type d'ISRS (le citalopram et l'escitalopram, apparus plus tard, n'ont pas été évalués

dans ces dossiers).¹⁰

Les ISRS semblent aussi efficaces pour les enfants et les adolescents, même si moins d'études ont été faites sur ces tranches d'âge. L'efficacité de ces médicaments a été étudiée sur 33 enfants et adolescents dysmorphophobiques dont 19 (53%) rapportaient une nette amélioration des symptômes (Albetini et Phillips, 1999 ; Albertini et al., 1996 ; AL Khatib & Dickie, 1995 ; Heimann, 1997 ; Sonheimer, 1998).¹⁰

Pour voir si un ISRS est efficace, le patient devra recevoir un traitement de 12 à 16 semaines. La dose efficace sera recherchée pendant les trois à quatre premières semaines.^{5,6} S'il ne l'est pas, la dose devra être augmentée dans la limite du tolérable ou le médicament devra être remplacé par un autre ISRS.^{5,10}

De quelle façon les ISRS vont-ils être utiles dans le traitement de la dysmorphophobie ?

Les patients dysmorphophobiques utilisant un ISRS vont observer une amélioration de tous les symptômes utilisés dans le BDD-YBOCS. Seront observés¹⁰ :

- des obsessions moins fréquentes,
- moins de comportements compulsifs,
- un meilleur contrôle des obsessions et des compulsions lorsqu'elles sont présentes,
- une détresse moins marquée,
- une diminution de la dépression, de l'anxiété, des idées suicidaires,
- une amélioration du fonctionnement psychosocial,
- une meilleure perception de leur apparence (Phillips, 2005),
- une prise de conscience de leur pathologie psychiatrique : les patients se rendent compte qu'ils n'ont pas de défaut ou que ce dernier est minime.

Les ISRS provoquent néanmoins quelques effets indésirables majorés aux doses utilisées pour la dysmorphophobie. Les plus fréquents sont^{10,36} :

- une sédation ou au contraire une agitation,
- des insomnies,
- des troubles gastro-intestinaux,
- des rêves agités,

- des troubles de l'éjaculation,
- des vertiges.

Ils engendrent aussi dans de rares cas des idées suicidaires. Cependant, elles sont beaucoup moins importantes que celles ressenties avant le traitement de la dysmorphophobie. C'est pourquoi cette classe de médicament est tout de même considérée comme entraînant une diminution des idées suicidaires dans cette pathologie.¹⁰

La majorité des praticiens commencent un traitement par ISRS plutôt que par clomipramine, à cause des effets indésirables importants et de la toxicité de cette dernière.¹⁰

I.2. La clomipramine, un antidépresseur tricyclique

I.2.1. Mécanisme d'action et famille

La clomipramine est un antidépresseur tricyclique c'est à dire un inhibiteur non sélectif de la recapture de la monoamine.^{44,45,46}

La molécule va empêcher la recapture présynaptique de la noradrénaline et de la sérotonine ce qui va faciliter la transmission synaptique.^{44,45,46}

De par son mécanisme d'action, elle va entraîner des effets indésirables^{44,45,46}:

- elle va bloquer les récepteurs à l'histamine H1, ce qui va induire l'effet sédatif lors de la prise du médicament,
- elle va induire un effet anticholinergique :
 - central : confusions, désorientation, hallucinations visuelles, agitation, irritabilité, délire, troubles mnésiques, agressivité,
 - périphérique : mydriase, vision trouble, bouche sèche, nausées, constipation, difficultés à uriner, diminution de la transpiration, bradycardies transitoires suivies de tachycardies, parfois crises de glaucome aigu par fermeture de l'angle iridocornéen,
- elle va dans certains cas, par des propriétés adrénolytiques induire une hypotension orthostatique.

Les molécules de cette famille sont divisées en deux groupes³⁶ :

- Les antidépresseurs imipraminiques d'activité intermédiaire:
 - la clomipramine : Anafranil®,
 - la dosulépine : Prothiaden®,

- l'imipramine : Tofranil®.
- Les antidépresseurs imipraminiques sédatifs et anxiolytiques :
 - l'amitriptyline : Laroxyl®, Elavil®,
 - la doxépine : Quitaxon®,
 - l'amoxapine : Défanyl®,
 - la trimipramine : Surmontil®, le plus sédatif,
 - la maprotiline : Ludiomil®, antidépresseur tétracyclique comparable aux tricycliques.

I.2.2. Indications

La clomipramine a plusieurs indications. Elle est utilisée dans^{36,44} :

- Les épisodes dépressifs majeurs,
- Les troubles obsessionnels compulsifs,
- La prévention des attaques de panique avec ou sans agoraphobie, les troubles phobiques et la boulimie sucrée,
- Les douleurs neuropathiques de l'adulte,
- La cataplexie de la narcolepsie,
- L'akinésie et les états dépressifs chez les parkinsoniens,
- L'énurésie et les terreurs nocturnes en pédiatrie chez l'enfant de plus de 6 ans.

I.2.3. Place dans le traitement de la dysmorphophobie

Dans une étude randomisée en double aveugle, Hollander et al. comparent en 1999 l'effet de la clomipramine (ISRS) et de la desipramine (antidépresseur tricyclique retiré du marché en France) dans les troubles dysmorphiques corporels chez 29 patients.⁵

La durée de traitement retenue pour l'essai était de 8 semaines. La clomipramine s'est avérée plus efficace que la desipramine pour réduire les symptômes de dysmorphophobie. Cela implique que la clomipramine, tout comme les ISRS, peut-être utilisée dans le traitement de cette maladie.¹⁰

Elle serait efficace dans les deux types de dysmorphophobie même si son action serait plus forte pour la forme « delusional ». ^{6,10}

I.3. Posologies

Les médicaments cités précédemment sont utilisés dans le traitement de la dysmorphophobie mais cela se fait hors AMM et souvent à des doses supérieures à celles utilisées dans le traitement de la dépression.^{2,6}

Médicament	Posologie dans la dysmorphophobie	Posologie dans la dépression
Citalopram	50 mg par jour	20 à 60 mg par jour
Clomipramine	140 mg par jour	50 à 150 mg par jour
Escitalopram	30 mg par jour	10 mg par jour
Fluoxétine	80 mg par jour	20 à 60 mg par jour
Fluvoxamine	> 200 mg par jour	100 mg par jour et jusqu'à 300 mg par jour

Tableau 13 : Doses efficaces des médicaments utilisés dans le traitement de la dysmorphophobie^{2,47}

(Adapté en français d'après la publication de Thomas et al. de 2008 « The Mirror Lies : Body Dysmorphic Disorder » basé sur les études de Phillips et al. de 1998,2002, 2003, 2006 ; de Hollander et al. de 1999 ; et de Perugi et al. de 1996, et d'après le guide pharamaco clinique 4ème édition).

On peut remarquer que les doses optimales sont nettement supérieures à celles utilisées dans le traitement de la dépression (mais elles ne doivent pas être dépassées pour la clomipramine et le citalopram, à cause de leurs effets indésirables).^{6,10}

Certains patients auront besoin d'une dose plus importante pour que le médicament soit efficace. Dans ce cas, la posologie se fera au cas par cas.¹⁰

Les patients devront être bien sensibilisés à la possible apparition d'effets indésirables, surtout pour la clomipramine.⁴ Il est donc important d'adapter la posologie en fonction des patients et d'ajuster la dose petit à petit.¹⁰

I.4. Associations de classes thérapeutiques

I.4.1. Bénéfices des associations

L'association des ISRS et de la clomipramine à d'autres médicaments serait

intéressante et pourrait permettre d'augmenter l'efficacité du traitement et d'en diminuer les effets indésirables.

Par exemple la clomipramine, connue pour ses nombreux effets indésirables (notamment anticholinergiques) pourrait être trop néfaste aux doses utilisées pour la dysmorphophobie. Une association à d'autres classes de médicaments pourrait être étudiée.⁴

I.4.2. Association ISRS/Antipsychotiques

I.4.2.1. Rappels sur les antipsychotiques

Les antipsychotiques sont des molécules antagonistes des récepteurs des neurotransmetteurs. Ils agissent à différents niveaux^{46,47}:

- sur le système dopaminergique : cette action est responsable des effets antipsychotiques, extrapyramidaux et neuroendocriniens.
- sur le système sérotoninergique : (agit surtout sur les récepteurs 5-HT₂) cette action entraîne les effets déficitaires et est responsable de la régulation de l'humeur et des effets anxiolytiques.
- sur le système noradrénergique ce qui induit des effets sédatifs et une hypotension orthostatique.
- sur le système cholinergique, engendrant des effets anticholinergiques.
- sur les récepteurs de l'histamine induisant une sédation.
- sur le système GABAergique, ce qui entraîne des effets extrapyramidaux.

Ils peuvent être divisés en deux classes⁴⁷:

- les neuroleptiques classiques,
- les antipsychotiques atypiques, plus efficaces sur les symptômes négatifs (retrait, affect émoussé) que les neuroleptiques « classiques » dits de première génération. Ils conservent leur action sur les effets positifs (hallucinations, idées délirantes, agitation) et les symptômes cognitifs (troubles de la mémoire, inattention).

Ils sont de plus dépourvus d'effets extrapyramidaux (parkinsoniens) aux posologies usuelles. Cette classe, de par sa meilleure tolérance et son action permet de modifier la prise en charge du patient.

Neuroleptiques classiques	Antipsychotiques atypiques
Chlorpromazine : Largactil®	Amisulpride : Solian®
Cyamémazine : Tercian®	Aripiprazole : Abilify®
Flupentixol : Fluanxol®	Clozapine : Leponex®
Fluphénazine : Modecate®	Olanzapine : Zyprexa®
Levomépromazine : Nozinan®	Quétiapine : Xeroquel®
Loxapine : Loxapac®	Rispéridone : Risperdal®
Périciazine : Neuleptil®	
Pimozide : Orap®	
Pipotiazine : Piportil®	
Sulpride : Dogmatil®, Sinedil®	
Tiapride : Tiapridal®	
Zuclopentixol : Clopixol®	

Tableau 14 : Classification des antipsychotiques

Les molécules écrites **en vert** correspondent à celles utilisées dans les études.

I.4.2.2. Association aux ISRS dans la dysmorphophobie

Certaines études se sont posées la question de l'association des ISRS et des antipsychotiques dans le traitement de la dysmorphophobie et ont montré une augmentation de l'efficacité des ISRS dans le traitement.

Cependant les données sont variables d'une étude à l'autre et plusieurs d'entre elles ne montrent pas d'efficacité supérieure lors de l'association d'un antipsychotique :

- Une étude de 2005 de Phillips comparant l'association Fluoxétine + Pimozide (neuroleptique) et Fluoxétine + placebo n'a montré aucune différence, attestant donc de l'inefficacité du pimozide dans cette indication.^{5,9}
- Une autre étude de Phillips en 2005 utilisant l'Olanzapine (antipsychotique atypique) associé à la Fluoxétine n'a pas non plus fait ses preuves, ne montrant qu'une légère amélioration avec l'association.⁵ De plus, cette classe a pour effet indésirable une prise de poids, ce qui pourrait aggraver le trouble en abîmant un peu plus l'image que le patient a de lui.

Les antipsychotiques ne sont pas présents dans les indications du NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) concernant la dysmorphophobie.²⁹

I.4.3. Association ISRS/Anxiolytiques

I.4.3.1. Rappels sur les anxiolytiques

Les anxiolytiques sont les médicaments de l'anxiété, de l'hyperémotivité et des situations de stress.

Ils regroupent principalement trois familles^{36,47}:

- les benzodiazépines : elles se fixent au niveau des récepteurs au GABA (acide gamma-aminobutyrique : neurotransmetteur inhibiteur) sur un site spécifique proche de celui du GABA facilitant la fixation et l'action de celui-ci. Cela entraîne l'ouverture du canal au chlore et l'hyperpolarisation de la membrane aboutissant à la diminution de l'excitabilité du neurone.
- la buspirone : elle est agoniste des récepteurs 5-HT1 de la sérotonine et possède une action antagoniste dopaminergique au niveau des récepteurs D2.
- les carbamates : ils ont un mode d'action non précis à l'heure actuelle mais agiraient sur les récepteurs GABA. Ils ne sont plus commercialisés à ce jour.

Quelques autres médicaments complètent cette classe.

<u>Benzodiazépines</u>	<u>Buspirone</u>	<u>Divers</u>
Alprazolam : Xanax® Bromazépam : Lexomil® Clobazam : Urbanyl® Clonazépam : Rivotril® Clorazépate : Tranxène® Clotiazépam : Veratran® Diazépam : Valium® Loflazépate : Victan® Lorazépam : Temesta® Nordazépam : Nordaz® Oxazépam : Seresta® Prazépam : Lysanxia®	Buspirone : Buspar®	Hydroxyzine : Atarax® Captodiamine : Covatine® Etifoxime : Stresam®

Tableau 15 : Classification des anxiolytiques

Les molécules écrites **en vert** correspondent à celles utilisées dans les études.

I.4.3.2. Association aux ISRS dans la dysmorphophobie

Une étude a montré que l'association de la buspirone à un ISRS montrait une meilleure efficacité chez les patients comparé à un ISRS seul.⁵

II. TCC : Thérapie cognitive et comportementale

II.1. Principe de la TCC

Le but de la TCC est de corriger l'approche du patient à son corps en diminuant ses idées négatives sur son apparence.⁶

La TCC consiste en une série de mises en exposition et d'exercices de réponses préventives auxquels vont devoir se soumettre les patients.⁴ Ces situations sont destinées à réduire les tentatives d'évitement et les comportements compulsifs et de sécurité.⁵ Le thérapeute va se concentrer sur la souffrance du patient et non pas essayer de le convaincre que ses troubles ne sont pas réels. Cela contribuera à le faire adhérer au traitement.⁶

De nombreuses techniques peuvent-être utilisées, je détaillerai par la suite les plus communes.

II.1.1. La psychoéducation et la formulation de cas

A partir des informations recrutées pendant l'analyse, le thérapeute et le patient vont élaborer un modèle cognitif et comportemental spécifique aux symptômes du patient. Ils vont tenter de comprendre le problème et de chercher dans les souvenirs de la personne le ou les éléments associés au début du trouble (ex : le harcèlement, les moqueries). Ils devront aussi trouver les facteurs qui maintiennent la préoccupation et la détresse de la personne concernant le possible défaut.^{29,48}

II.1.2. L'ERP : Exposure and Response (Ritual) Prevention⁵

Cette technique est basée sur deux choses : les expositions et la prévention des réponses.

Elle consiste à exposer le défaut perçu dans plusieurs situations avec interactions sociales et à prévenir les comportements d'évitement. Ces expositions peuvent par exemple être liées à des activités sociales, des situations au travail, des situations où le patient doit exposer une partie de son corps.^{29,48}

Avant les expositions, le patient exprime des hypothèses au thérapeute. A la fin de l'expérience, ils en parlent. Le patient annonce si son hypothèse était exacte et en tire les conclusions.⁴⁸

La prévention des réponses ou des rituels consiste à stopper les comportements compulsifs.¹ Pour cela, le patient doit noter la fréquence et le contexte de réalisation des rituels (par exemple se regarder dans le miroir) et chercher des stratégies pour les éviter.

Cette technique permettrait au patient de se voir au fur et à mesure d'une manière globale et non plus de se focaliser sur un ou plusieurs détails.⁵

II.1.3. La restructuration cognitive

La restructuration cognitive consiste à développer une vision plus exacte de son apparence.¹

Les techniques cognitives vont être variées.

Les thérapeutes vont utiliser des interrogations socratiques afin d'évaluer les pensées inadaptées : à l'aide de questions ils vont influencer le patient sur ses pensées et l'amener à se percevoir tel qu'il est réellement.⁴⁸

Ils vont aussi rechercher et identifier les erreurs cognitives et identifier et évaluer les avantages et les inconvénients de la présence des comportements et des croyances.⁴⁸

La technique de la flèche descendante va être utilisée⁴⁸: à partir d'une pensée dysfonctionnelle, le thérapeute va faire comme si elle était réelle et amener le patient à aller jusqu'au bout de ses pensées, à exprimer les conséquences possibles pour pouvoir accéder aux schémas cognitifs à l'origine de cette croyance. A la fin de cette expérience, le thérapeute et le patient vont analyser ensemble ce qui vient de se passer afin de faire prendre conscience au patient de ses pensées dysfonctionnelles et de les remplacer par des réponses rationnelles.

II.1.4. Les expériences comportementales

Les expériences comportementales sont de différentes sortes. Nous pouvons citer par

exemple la vérification empirique d'hypothèses ou l'expression des pensées dysfonctionnelles (avec le thérapeute puis dans la vie de tous les jours par la tenue d'un cahier).¹

D'autres composants peuvent être utilisés comme la confrontation avec le miroir.

II.1.5. Vision de pleine conscience, reconversion de perceptions

Les patients atteints de dysmorphophobie ont tendance à percevoir les choses d'une manière locale et non globale. (Première partie III.1)

Dans ce procédé, le thérapeute va placer le patient devant un miroir à une distance convenable. Il lui sera demandé de se décrire globalement puis de décrire tout ce qu'il perçoit dans le miroir. Il devra le faire de manière objective sans évoquer de jugements.⁴⁸

Le patient devra aussi se confronter à d'autres individus, apprendre à ne pas comparer la partie de leur corps qui les préoccupe à celle des autres et apprendre à prêter attention à d'autres aspects que l'apparence.⁴⁸

II.1.6. Stratégies cognitives avancées

A partir du moment où les patients font des progrès au niveau de leurs pensées négatives et de leurs croyances sur leur apparence, les thérapeutes vont devoir les aider à modifier leurs pensées plus profondes telles que « je ne vauds rien », « je ne suis pas digne d'être aimé ». Les patients vont apprendre à avoir plus d'estime de soi et à prendre en compte dans leur jugement d'autres choses que leur apparence comme les valeurs morales ou encore l'intelligence.⁴⁸

II.1.7. La prévention des rechutes

Tout au long du traitement et particulièrement lors des dernières séances, les patients apprennent à planifier des activités saines (comme avoir des passe-temps) pour remplacer et éviter les comportements répétitifs liés à la dysmorphophobie. Les thérapeutes les aident à prévenir, évaluer et réagir aux difficultés et aux échecs et à faire de l'auto-thérapie.

II.1.8. Autres

D'autres techniques sont utilisées au cas par cas selon le type de dysmorphophobie du

patient, la localisation de son problème et ses symptômes. On retrouve par exemple⁴⁸:

- des modules pour les personnes se tirant les cheveux ou se grattant la peau,
- des modules pour la dysmorphophobie liée aux muscles et au poids,
- des modules pour les personnes considérant qu'un traitement cosmétique ou chirurgical est nécessaire,
- des modules sur le management de l'humeur,
- et bien d'autres.

II.2. Place dans la stratégie thérapeutique

La TCC est considérée comme la psychothérapie de choix dans la dysmorphophobie.⁶

Une étude de Wilhelm et al. de 2011 évalue l'efficacité de la TCC dans le traitement de la dysmorphophobie. Elle porte sur 12 adultes souffrant d'un stade modéré de la maladie.⁴⁸ La composition de l'étude est transcrite dans les tableaux suivants⁴⁸:

Nombre de participants	12
Femmes	7 (58%)
Hommes	5 (42%)
Âge moyen durant l'étude	32,2 ans
Âge moyen de début des symptômes	15,1 ans

Tableau 16 : Composition de l'étude de Wilhelm et al., 2011

Partie du corps concernée	Cheveux	Nez	Peau	Forme du corps / taille	Fesses	Grandeur
Nombre	4	2	2	2	1	1

Tableau 17 : Parties du corps concernées chez les différents sujets de l'étude de Wilhelm et al., 2011

Durant l'essai, les patients ont suivi une thérapie de 60 minutes deux fois par semaine les quatre premières semaines puis une fois par semaine jusqu'à la fin de l'étude.

Des études précédentes évaluaient la durée optimale du traitement, avec des résultats différents⁴⁸:

- Wilhelm et al., en 1999 montraient que les symptômes diminuaient considérablement en 12 semaines,
- Neziroglu & Yaryura-Tobias en 1993, montraient que 20 séances au minimum étaient nécessaires.

Afin de déterminer la durée optimale du traitement, deux durées de traitement ont été utilisées pour voir si 18 séances de TCC étaient suffisantes ou s'il fallait en faire quatre de plus pour augmenter l'efficacité du traitement. Pour cela, deux groupes ont été formés :

- le premier, composé de 5 personnes, a suivi 18 séances de TCC,
- le deuxième, composé de 7 personnes, a suivi 22 séances de TCC.⁴⁸

Sur les 12 participants, seuls 10 ont terminé l'étude. Un des participants a abandonné à cause d'une dépression sévère et d'un manque de motivation. Un autre ne voulait plus continuer de peur que son apparence ne se dégrade s'il était amené à diminuer ses comportements.⁴⁸

Pour tous les patients de l'étude, la sévérité des symptômes (évaluée par le BDD-YBOCS) a diminué. Toujours selon ce test, sur 12 patients, 75% ont été répondeurs (80% des 10 patients arrivés à la fin de l'étude).⁴⁸

Les résultats ont aussi été concluants pour les tests « Clinical global impression scale » évaluant les symptômes et « Beck depression inventory » évaluant la dépression.

En ce qui concerne la durée, les patients ont été interrogés à la fin de l'étude. Ceux ayant reçu un traitement de 18 séances l'ont trouvé trop court, trouvant que quelques séances supplémentaires auraient été bénéfiques. Par contre les patients ayant suivi un traitement de 22 séances l'ont trouvé très bien, ni trop long, ni trop court.

De plus la forme « delusional » a diminué de 26%. Les patients ont maintenu les bienfaits jusqu'à 6 mois après le traitement et 88,9% d'entre eux ont été vraiment satisfaits.

Cette étude montre que la TCC est un traitement efficace pour la dysmorphophobie : elle permet de diminuer les symptômes ainsi que la dépression. Elle montre aussi que 22 semaines semble être une durée optimale pour le traitement.⁴⁸

Une étude de Veale et al. compare les résultats obtenus par la TCC et la méthode de

gestion de l'anxiété. C'est la première étude à comparer la TCC à d'autres traitements psychologiques dans la dysmorphophobie.²⁹ Elle comporte 56 patients, 21 sont suivis par TCC et 25 par méthode de gestion de l'anxiété et aucune différence significative entre les échantillons (pouvant entraîner des biais) n'a été établie. L'échantillon est représentatif de la population générale (les deux sexes, âges variés, cultures variées,...) c'est pourquoi on peut se permettre de généraliser l'étude.²⁹

Les parties du corps concernées étaient la peau (8 personnes), le visage en globalité (7 personnes), le nez (7 personnes), les jambes (3 personnes), la pilosité (3 personnes) et des parties diverses non répertoriées par les auteurs pour les 18 personnes restantes.^{6,29}

La TCC montre une diminution du score de tous les tests sur 12 semaines alors que la méthode de gestion de l'anxiété montre une diminution uniquement du test BDD-YBOCS, du AAI et de la dépression.²⁹

Cette étude est très importante et prouve que la TCC montre de meilleurs résultats que la méthode de gestion de l'anxiété après 12 semaines de traitement.⁶ De plus, elle est efficace qu'il s'agisse de dysmorphophobie « delusional » ou « non delusional ».

Cette étude a de nombreux atouts comme la présence de groupes de thérapie témoins.

Cependant, l'étude ne dure que 12 semaines pour la méthode de gestion de l'anxiété et 16 semaines pour la TCC (qui a bénéficié de 4 séances supplémentaires).^{6,29}

Cela est insuffisant et a donc montré uniquement 48% de patients répondeurs pour la TCC et 12% pour la méthode de gestion de l'anxiété à 12 semaines, et 52% de patients répondeurs à 16 semaines pour la TCC.^{6,29} Les autres patients nécessitent peut être un traitement plus long.⁶ La longueur optimale du traitement semblerait être de 16 à 24 semaines.²⁹

Des études supplémentaires sont nécessaires pour évaluer la durée optimale du traitement, son coût, sa place chez les adolescents, et comment l'adapter à différents paramètres, en particulier chez les chirurgiens esthétiques et les dermatologues.²⁹

II.3. A qui s'adresser?

La TCC doit-être réalisée chez un thérapeute cognitivo-comportementaliste. Il s'agit de professionnels de santé, de médecins psychiatres ou de psychologues ayant reçu une formation après leurs études universitaires. Ils exercent en activité libérale, ou plus souvent à

l'hôpital ou en centres médico-psychologiques.⁴⁹

Les médecins nutritionnistes peuvent eux-aussi, après avoir reçu cette formation, pratiquer la TCC chez leurs patients en ayant besoin.

Il est conseillé de s'informer auprès de son médecin traitant et de se renseigner sur la technique utilisée par les thérapeutes avant d'en choisir un.

III- Autres pistes de traitements

III.1. La neurochirurgie

Il a été rapporté des cas d'amélioration des symptômes de dysmorphophobie grâce à la neurochirurgie : une petite partie du tissu cérébral est sectionnée, altérée ou des électrodes sont implantées¹⁰:

- par lobotomie (Hay, 1970),
- par capsulotomie (P. Mindus, personal communication),
- par cingulotomie bilatérale antérieure et tractotomie sous caudale (E. Cassem, personal communication),
- par capsulotomie antérieure (S.A. Rasmussen, personal communication).

Selon Phillips et al. en 2008, la neurochirurgie ne devrait être envisagée que si le patient n'est répondeur ni aux traitements médicamenteux, ni à la TCC. Dans ce cas, cette technique ne doit être considérée que pour les patients à un stade sévère de la maladie ou avec un haut risque suicidaire.¹⁰

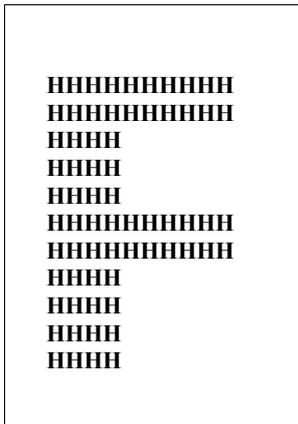
III.2. L'électroconvulsivothérapie : ECT

L'électroconvulsivothérapie est une méthode de traitement par induction d'électrochocs sur le cuir chevelu du patient. Elle est réalisée sous anesthésie générale et est de courte durée (quelques minutes). On l'utilise dans certaines pathologies psychiatriques résistantes aux traitements psychothérapeutiques et médicamenteux, comme la dépression grave et la maladie bipolaire.⁵⁰

Il existe peu de données pour le traitement de la dysmorphophobie. Les cas rapportés montrent que cette technique n'est que rarement efficace pour traiter les symptômes de la maladie (Carroll, 1994 ; Phillips, 2005a). Cependant certains patients ont éprouvé une amélioration de leurs symptômes dépressifs.¹⁰

L'ECT doit être utilisée après un jugement clinique prudent et est très peu, voir pas utilisée. Elle pourrait être justifiée pour les symptômes dépressifs sévères qui ne sont pas entièrement ou majoritairement dus à la dysmorphophobie et pour les syndromes dépressifs menaçant le pronostic vital (fort risque suicidaire).¹⁰

III.3. Le Navon stimuli



Aucune étude ne le prouve mais les résultats ont montré que ce processus influençait la perception visuelle vers une image globale des choses et serait susceptible d'améliorer la pathologie. (Rappelons que les personnes souffrant de dysmorphophobie ont tendance à avoir une vision locale des choses, donc à voir en premier les « H » de la figure. Cela diffère des personnes saines qui ont tendance à avoir une vision globale et à voir le « F » en premier.)²⁶

Figure 4: Le Navon stimuli (2)

IV. Évolution de la maladie après prise en charge

Pour que le traitement soit efficace, il est indispensable de former une alliance thérapeutique avec le patient. Il faut s'assurer qu'il soit prêt à être traité. Les médecins doivent discuter avec le malade, le laisser s'exprimer sur ses ressentis et montrer de l'empathie envers lui.¹⁰ Une relation de confiance va s'installer et le soignant pourra aborder le sujet de la dysmorphophobie, fournir des informations au patient sur la maladie, les traitements, leurs bénéfices et leurs possibles effets indésirables, ainsi que la durée effective nécessaire pour l'amélioration des symptômes.¹⁰

Un des traitements évoqués au début des études a été de changer l'apparence des patients.²

Cependant l'expérience a montré que la chirurgie ne semble pas être une solution, et pourrait même empirer les choses.^{2,6}

En 2001, une étude a été faite sur 265 membres de l'ASAPS (American Society for Aesthetic Plastic Surgery, société américaine des chirurgiens plastiques et esthétiques en français). Sur ces chirurgiens¹⁴ :

- 84 % ont indiqué refuser opérer les personnes atteintes de dysmorphophobie,
- 84 % ont indiqué avoir déjà opéré un patient et ne s'être aperçu qu'après qu'il souffrait de dysmorphophobie. Parmi les chirurgiens ayant vécu cette expérience :
 - 82 % pensent que ces patients ont eu un mauvais aperçu post opératoire,
 - 43 % déclarent que le patient était plus préoccupé par le défaut perçu après l'opération,
 - 39 % déclarent que le patient a différé sa préoccupation sur une autre partie du corps,
- **uniquement** 30 % ont indiqué que la dysmorphophobie est toujours une contre-indication à une opération de chirurgie esthétique,
- 10 % ont indiqué traiter les patients dysmorphophobiques de la même manière que les autres patients.

En voyant un patient atteint de dysmorphophobie, 50 % des chirurgiens interrogés indiquent avoir conseillé une consultation psychiatrique.¹⁴

Les chirurgiens esthétiques, dentistes, dermatologues doivent être sensibilisés, apprendre à reconnaître les patients atteints de dysmorphophobie et les inciter à ne pas avoir

recours à de tels procédés.⁴

Une chirurgie signifierait donc que le défaut, inexistant ou peu perceptible, a été reconnu. De plus, de nombreux actes de violence sur des chirurgiens ont été rapportés à cause de la continuelle insatisfaction des patients.²

Les meilleurs résultats ont été obtenus par une combinaison entre traitements médicamenteux et thérapie cognitive et comportementale.⁶ Le choix entre médicaments et TCC devrait se faire au cas par cas, selon le patient, son vécu, sa personnalité.¹⁰ Aucune étude comparant les médicaments et la TCC n'a été réalisée à ce jour. Cependant, dans tous les cas, un traitement médicamenteux est indiqué chez les patients souffrant de dysmorphophobie sévère avec une forte tendance suicidaire et il leur est conseillé, dans la mesure du possible, de concilier les deux traitements.^{5,10}

Après une rémission on ne sait pas si les médicaments doivent être poursuivis, à quels dosages et pendant combien de temps.²

Des études avaient été faites pour les TOC et prouvaient qu'il était important de continuer le traitement lors des périodes de rémission pour éviter le risque de rechutes.²⁴ Les pathologies sont semblables mais diffèrent en de nombreux points, ce qui ne permet pas d'extrapoler les données à la dysmorphophobie.

Il serait important de connaître la durée optimale du traitement et de savoir si il doit être poursuivi au long cours ou non. On ne connaît pas les conséquences d'un arrêt de traitement et d'un traitement discontinu pour les patients.²⁴

C'est justement ce qu'ont analysé Phillips et al. dans leur étude de 2016 sur la prévention des rechutes.²⁴

La première phase de l'étude consistait à soumettre un échantillon de patients atteints de dysmorphophobie à un traitement de 14 semaines d'escitalopram aux doses adéquates. Les patients répondeurs au traitement étaient gardés pour la phase 2. Dans cette phase, ils ont été divisés en 2 groupes : ceux qui continuaient l'escitalopram et ceux dont l'escitalopram a été remplacé par un placebo.

Il a été observé un plus fort taux de rechute dans le groupe ayant reçu un placebo (40%) que dans celui ayant continué l'escitalopram (18%).

Cette étude fait aussi le point sur de possibles effets indésirables.

Aucun effet indésirable grave n'est apparu chez les patients après plusieurs semaines de

traitement sous fortes doses.²⁴

Cette étude a permis de dégager un arbre décisionnel sur la poursuite du traitement par les ISRS :

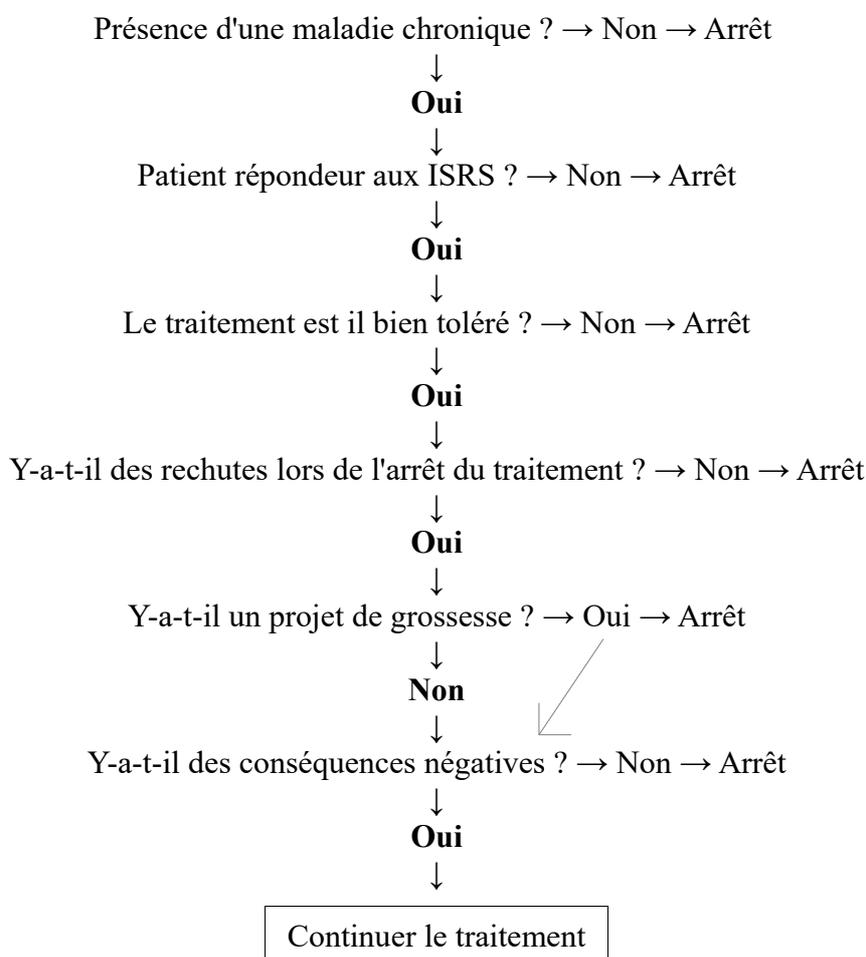


Figure 5 : Arbre décisionnel sur la poursuite du traitement par ISRS²⁴

(Adapté en français d'après la publication « Relapse prevention and the Need for Ongoing Pharmacological Treatment in Body Dysmorphic Disorder » de Hollander et Hong, 2016).

Cette étude présente des limites : les patients ont été choisis parmi ceux avec de faibles symptômes pour éviter de possibles conséquences pouvant être potentiellement graves (suicide notamment). Les résultats ne sont donc pas véritablement significatifs.²⁴

Des études supplémentaires sont nécessaires pour établir la réelle durée optimale du traitement, permettant une diminution des rechutes et donc une amélioration de la qualité de vie des patients.²⁴ En attendant, la **recommandation actuelle** est de **poursuivre le traitement par ISRS durant 12 mois**.

Les personnes qui rechutent sont face à un véritable échec. Les symptômes de la maladie reprennent de plus belle. Ces patients sont plus sujets à perdre leur travail, à divorcer, à avoir des problèmes dans leur vie sociale et familiale qu'avant d'entreprendre le traitement.²⁴

De plus, il est important d'être observant. Un certain nombre de patients arrêtent le traitement à cause des effets indésirables, d'un projet de maternité ou tout simplement par désir de ne plus être contraint de prendre des médicaments.¹⁰ Il est important de les avertir des conséquences d'un arrêt du traitement (rechutes) avant la mise en place de ce dernier et de préférer un arrêt progressif du médicament. En effet, l'éducation du patient est primordial et le médecin et le pharmacien tiennent un rôle important.

V. Prévention

Afin de prévenir la dysmorphophobie, il est important d'aider les personnes à s'accepter comme elles sont et à avoir confiance en elles. Dans la société, chaque personne est unique et il est parfois difficile de s'accepter avec ses différences.

Dans le monde où nous vivons, un certain nombre de critères font que les différences sont plus jugées comme une anormalité que comme une particularité et l'intégration au sein d'un groupe peut parfois être compliquée. De plus, le fait de se sentir mal va faire que la personne va se renfermer sur elle-même et aura plus de mal à s'intégrer.

Les individus doivent apprendre à accepter leurs particularités ethniques ou familiales et à les considérer comme un héritage et non un défaut.

Les influences socioculturelles sont importantes. En effet les critères de beauté sont différents d'un pays à un autre. Il est donc plus difficile de se sentir bien lorsqu'on est étranger dans un pays ou lorsqu'on est originaire d'un pays et différent des siens.

Les critères de beauté varient également d'une époque à une autre et nous montrent que les différences ont toujours été mal perçues. Par exemple, à la Belle époque, les femmes rondes étaient plus appréciées que les femmes minces. Elles représentaient la richesse et la beauté et les femmes minces n'étaient pas appréciées des hommes. Les articles de journaux vous incitaient à prendre du poids et vous donnaient des conseils pour atteindre votre objectif. Aujourd'hui c'est tout à fait l'inverse.

Les médias ont toujours joué un rôle important dans ce phénomène.²² Ils projettent des images représentant ce à quoi l'homme et la femme idéale doivent ressembler.²⁵ Les enfants et les adolescents vont être formatés à cette image.³³ Dans leur tête, s'ils ne ressemblent pas à ça ou que les autres ne ressemblent pas à ça, ils ne seront pas normaux.

L'image de l'homme idéal mis en avant est celle de l'homme mince et musclé que l'on peut retrouver chez les célébrités ou les sportifs. Depuis leur enfance, les petits garçons sont formatés à cette image avec leurs héros de dessins animés ou de bandes dessinées. Tout cela influe sur le développement de la dysmorphophobie associée aux muscles chez les hommes.⁴ Le même phénomène est observé avec Barbie chez les petites filles.

Les magazines (surtout féminins) prennent le relais et montrent des hommes et des femmes minces, qui ont l'air heureux et bien dans leur corps. Cette image est celle que l'on veut nous

faire voir. En effet, les photos sont la plupart du temps retouchées, ce qui peut être difficile à vivre pour les mannequins concernés car cela leur prouve qu'ils ne sont pas parfaits et que pour paraître corrects dans un magazine, leurs photos doivent être retouchées. Cela influe sur le grand nombre d'anorexiques dans le milieu de la mode.

Le même phénomène est observé chez les artistes à succès, à la télévision, et les publicités sur les régimes amaigrissants « miracles » ne font qu'augmenter.

Cependant, depuis quelques années, apparaissent des mannequins grande taille, se rapprochant plus de la femme moyenne, avec des formes. Ce phénomène ne doit pas pour autant inverser la tendance. Il faut montrer que toutes les femmes et tous les hommes doivent s'accepter tels qu'ils sont.

Des solutions pourraient être mises en place pour que les différences soient acceptées et considérées comme une normalité.

On pourrait peut être réussir à changer l'image de la femme et de l'homme à travers les médias en diversifiant les modèles mis en avant ⁵¹ :

- différentes cultures,
- différentes tailles,
- différentes morphologies.

Cela permettrait de montrer que chacun est différent et que c'est important dans une société.

Les images publicitaires pourraient aussi être différentes. Par exemple dans les lieux de soin comme les pharmacies ou les salles d'attente de médecins, les images pourraient montrer des personnes différentes les unes des autres. De même à la télévision, les publicités médicales pourraient afficher ces différences et les montrer comme une normalité.

De plus, des publicités sur l'acceptation de soi pourraient être diffusées.

Un autre problème est que la dysmorphophobie n'est pas recherchée dans les examens cliniques de routine. Les personnes souffrant de cette pathologie n'ont donc pas accès aux soins mentaux appropriés et se dirigent souvent vers des professionnels de santé qui ne vont pas corriger le problème de fond.¹⁸ Un test simple de quelques questions pourrait être remis aux médecins généralistes, chirurgiens, dermatologues, dentistes pour détecter une possible dysmorphophobie et orienter les patients vers un professionnel plus adapté à la situation.

Les enfants peuvent être méchants entre eux. Ils ne savent pas que les paroles qu'ils disent aujourd'hui peuvent plus tard influencer sur l'acceptation de soi d'une autre personne. Il serait bien qu'à l'école primaire et au collège, à ces périodes où les enfants sont les plus durs entre eux, des personnes interviennent pour parler de l'acceptation de soi, d'autrui et des différences de chacun. Il pourrait s'agir d'infirmières scolaires, ou de personnes venant témoigner du mal que peuvent faire les moqueries et de l'importance d'accepter l'autre.

Mais bien avant l'intervention dans les écoles, il est important que l'enfant ou l'adolescent se sente accepté au sein de sa famille. Les parents doivent apprendre à leurs enfants à s'accepter et à s'aimer. Ils doivent les rassurer sur leur apparence, leur dire à quel point ils les aiment, sans que cela ne soit excessif, bien-sûr, et que les enfants ne deviennent trop sûrs d'eux. Leur rôle est d'apprendre à leurs enfants que ce sont les différences qui font la beauté du monde et qu'il ne faut pas se moquer des autres mais les accepter. Cela commence au sein même de la fratrie, en respectant ses frères et sœurs. Les enfants critiquent, ils ne peuvent pas savoir que c'est mal si on ne leur explique pas.

Le rôle des parents est très difficile. Ils doivent à la fois remplir cette mission et trouver un juste milieu quand il y a des choses à faire remarquer sur l'apparence de leurs enfants. Il faudra trouver la bonne manière de s'exprimer. Prenons l'exemple d'un enfant en surpoids : il faut que les parents réagissent. Mais ils ne doivent pas porter de jugement comme « tu es gros », « regardes toi, tu as encore grossi ». Il faut que l'enfant se sente soutenu et compris. Ils peuvent juste lui faire comprendre que manger équilibré et sans grignoter est important pour la santé. Que pour sa santé, il serait bien qu'il perde un peu de poids et que pour cela, ensemble, ils vont réapprendre à manger. Ils peuvent lui dire que faire du sport est une bonne chose, que ça rend de bonne humeur et qu'encore une fois c'est bien pour la santé. Dans la mesure du possible, il est bien de faire appel à un médecin nutritionniste.

VI. Rôle du pharmacien dans la dysmorphophobie

Le pharmacien est un **acteur de soin de proximité**. C'est souvent le premier à qui on fait appel lors de pathologies bénignes et c'est le dernier maillon de la chaîne lors de la dispensation des médicaments. Les patients vont souvent se confier à lui.

En ce qui concerne la dysmorphophobie, certains patients vont peut être lui parler de leur mal-être ou dans le cas des adolescents, ce sont souvent les parents qui vont en parler. Au cours de la discussion, grâce à un espace de confidentialité, le pharmacien pourrait poser quelques questions permettant de savoir si on peut suspecter une dysmorphophobie. Il pourrait, en reconnaissant certains symptômes, jouer un rôle important en orientant le patient vers un professionnel de santé adapté (psychologue, psychiatre).

L'article L. 5125-1-1 A du Code de la Santé Publique, définit les **missions du pharmacien**. Le pharmacien doit contribuer aux soins de premier recours parmi lesquels l'éducation pour la santé, la prévention et le dépistage.⁵² Ce rôle pourrait notamment être joué dans le cadre de la dysmorphophobie. De nombreuses actions de prévention pourraient être menées par le pharmacien et son équipe.

Tout d'abord, les images publicitaires affichées devraient être choisies de manière judicieuse par le pharmacien. Il serait bien qu'elles montrent des personnes différentes les unes des autres afin que chaque patient puisse s'identifier à elles.

Des petites conférences pourraient être organisées par le pharmacien par exemple lors d'une journée sur l'acceptation de soi. Il pourrait intervenir avec un diaporama sur la dysmorphophobie (à qui s'adresser, ses causes et ses traitements). La maladie pourrait ainsi se faire connaître.

Des brochures sur l'acceptation de soi et des brochures informatives sur la dysmorphophobie pourraient être mises à disposition des patients à l'officine.

Le pharmacien pourrait aussi participer au dépistage de la pathologie par un petit questionnaire permettant d'orienter correctement le patient par la suite.

Pour les patients ayant déjà été diagnostiqués et suivant un traitement, en tant que

spécialiste du médicament, le pharmacien se doit d'informer le patient sur son traitement, sur les possibles effets indésirables et sur les contre-indications. Il doit également prodiguer des **conseils** sur la prise des médicaments et sur l'hygiène de vie associée, insister sur l'importance de l'**observance** et informer le patient sur les risques de rechute lors de l'arrêt du traitement. A tout moment le pharmacien doit se tenir **disponible** pour d'éventuelles questions de la part des patients et avoir un rôle d'écoute et de soutien pour eux.

Le pharmacien a un rôle à tenir dans la dysmorphophobie. Il doit non seulement faire connaître la maladie, mais a également un rôle de prévention, de dépistage, d'orientation du patient dans le système de soin, d'écoute et de conseil.

Troisième partie :
Dysmorphophobie et troubles du
comportement alimentaire

I. Les troubles du comportement alimentaire : TCA

I.1. Généralités

« Les troubles du comportement alimentaire sont des conduites alimentaires différentes de celles habituellement adoptées par les personnes vivant dans le même environnement. Ils sont à l'origine de troubles somatiques et psychologiques». ⁵¹ La cause de ces troubles est diverse incluant des facteurs génétiques, psychologiques, familiaux, biologiques ou encore socioculturels. ⁵¹

Il est possible de guérir des troubles du comportement alimentaire (TCA), d'autant plus facilement que la prise en charge est précoce. Une prise en charge précoce prévient en effet l'évolution vers une forme chronique (supérieure à cinq ans) et l'apparition de complications.

Il est possible de prévenir ces troubles notamment en favorisant les échanges verbaux (laisser parler et écouter), surtout durant l'adolescence, période lors de laquelle apparaissent généralement les troubles. ⁵¹ Il faut également sensibiliser les enfants aux bonnes conduites alimentaires, et travailler sur l'image de soi et la confiance en soi.

Parmi les troubles du comportement alimentaire, on compte:

- l'anorexie mentale,
- la boulimie nerveuse,
- l'hyperphagie (ingestion d'une quantité excessive d'aliments),³
- le pica (ingestion de substances non nutritives et non comestibles),³
- le mérycisme (retour volontaire ou involontaire des aliments de l'estomac vers la bouche où ils peuvent être remastiqués),³
- la sitiomanie (boulimie d'origine psychique proche de la boulimie et de l'hyperphagie se manifestant par un besoin impérieux d'ingérer des aliments),⁵³
- la carpophobie (crainte phobique d'ingurgiter des fruits).

I.2. Les principaux troubles du comportement alimentaire

I.2.1. L'anorexie mentale

L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire correspondant à une diminution ou abolition stricte et volontaire de l'alimentation par refus de la nourriture

pendant plusieurs mois voire plusieurs années. Elle est très souvent associée à des troubles psychologiques. Elle est surtout fréquente chez les jeunes filles pendant l'adolescence. Elle se déclenche le plus souvent entre 14 et 17 ans avec un pic maximal à 16 ans mais peut apparaître à partir de l'âge de 8 ans ou bien plus tard, pendant l'âge adulte. Elle provoque une aménorrhée et un amaigrissement considérable qui peut aboutir à la cachexie.^{3,54}

Le diagnostic de l'anorexie mentale repose sur des critères cliniques précis établis par le DSM-V et la classification internationale des maladies (CIM). Ils concernent :

- la manière de s'alimenter (restriction, éviction d'aliments, refus de s'alimenter, phases boulimiques),
- certaines pratiques (vomissements provoqués, prise de laxatifs),
- le poids (indice de masse corporelle IMC inférieur à 17,5 kg/m²),
- l'estime de soi (sentiment de contrôler son corps, peur de grossir),
- une aménorrhée depuis plus de 3 mois.

D'autres signes et symptômes peuvent être évocateurs, comme le ralentissement de la croissance, les obsessions alimentaires ou encore une hyperactivité.⁵⁴

Tout comme pour la dysmorphophobie, l'origine de ce trouble est multifactorielle.

Des complications et des séquelles peuvent survenir, tels que des troubles hydroélectrolytiques, des troubles cardiovasculaires (diminution du rythme cardiaque), des perturbations hématologiques, neurologiques, rénales, digestives, une perte de cheveux. Sur le long terme il peut y avoir une ostéoporose, une usure des dents et un retentissement sur la vie scolaire ou professionnelle.⁵⁴

La prise en charge est multidisciplinaire : psychologique et somatique, et impose parfois une hospitalisation en cas d'échec du traitement ambulatoire. L'objectif nutritionnel est de normaliser le poids et de retrouver une alimentation spontanée, régulière et équilibrée. Il est important de traiter la souffrance psychologique par le biais de thérapies, et un traitement médicamenteux peut être instauré pour soulager les troubles psychiatriques associés. Les thérapies familiales montrent également de très bons résultats.⁵⁴

I.2.2. La boulimie nerveuse

La boulimie correspond à une sensation de faim excessive et un besoin d'absorber une grande quantité d'aliments dans un temps assez court. Cela entraîne un sentiment de perte de contrôle alimentaire et est souvent associé à des vomissements provoqués.³ Elle apparaît le plus fréquemment entre 18 et 20 ans et concerne majoritairement le sexe féminin.⁵⁵

On distingue deux types de boulimie^{55,56} :

- la boulimie avec vomissements : le sujet a un poids normal ou légèrement inférieur à la normale (concerne la majorité des cas). Pendant l'épisode de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements,
- la boulimie sans vomissements : le sujet a un poids normal ou légèrement supérieur à la normale. Pendant l'épisode de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif.

La boulimie ne peut être comprise sans la relier à l'anorexie. En effet, dans un cas sur deux les épisodes boulimiques sont reliés à des crises d'anorexie. De plus, on retrouve souvent des antécédents d'anorexie chez les patients boulimiques.⁵⁵

Le diagnostic de la boulimie nerveuse repose sur des critères établis par le DSM-V⁵⁶:

- des épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée (ingestion d'une grande quantité d'aliments dans un temps assez court),
- des comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prise de laxatifs ou de diurétiques, jeûne, exercice excessif),
- ces épisodes ont lieu en moyenne deux fois par semaine durant au moins trois mois,
- le jugement porté sur soi-même est influencé par la forme et le poids du corps,
- le trouble peut survenir en dehors des épisodes d'anorexie.

La prise en charge est, comme pour l'anorexie, pluridisciplinaire. Elle associe généralement des consultations avec un psychiatre ainsi qu'un suivi hebdomadaire avec un psychologue.⁵⁵

II. Troubles du comportement alimentaire et dysmorphophobie

II.1. Description et épidémiologie

II.1.1. Dysmorphophobie et TCA dans la population générale

Il est difficile de faire la distinction entre dysmorphophobie et troubles du comportement alimentaire. En effet, dans les deux cas, il y a une insatisfaction de l'image du corps et la mise en place de rituels liés à cette insatisfaction.^{25,57} Lorsque la dysmorphophobie concerne une partie du corps très précise (la peau, les cheveux) et que les rituels sont caractéristiques (camouflage, curage de la peau...), il est plus facile de distinguer dysmorphophobie et TCA. Par contre, lorsque la partie concernée est le ventre, les cuisses, les fesses ou le poids, et que les rituels s'apparentent à un régime restrictif et une pratique d'activité physique importante, cela devient plus compliqué.⁵⁷

Le DSM-IV implique pour le diagnostic de la dysmorphophobie l'absence de tout autre désordre mental, mais ce critère a disparu du DSM-V, ce qui rend possible de diagnostiquer la dysmorphophobie chez les patients atteints de TCA depuis 2013.^{5,57}

Une étude de 2007 de Kittler et al. portant sur 200 individus d'âge moyen 32,6 ans souffrant de dysmorphophobie a montré que 29 % d'entre-eux (58 personnes) avaient pour principale préoccupation le poids, et pour 7 participants (3,5% de l'étude) le poids était leur préoccupation primaire.⁵⁸

Les personnes préoccupées par leur poids étaient en majorité jeunes (âge moyen 29,6 +/- 10,3 ans) comparées aux patients dysmorphophobiques n'ayant pas de préoccupation pour le poids (33,8 +/- 12,6 ans) et étaient plus souvent des femmes.⁵⁸

D'après cette étude, le poids fait partie des 6 préoccupations les plus fréquentes observées dans cette pathologie.

Dans le tableau suivant, je résume les principales parties du corps concernées chez les patients dysmorphophobiques observés dans cet essai.⁵⁸

Partie du corps concernée	Nombre d'individus concernés
Peau	80% (160 individus)
Cheveux	57,5% (115 individus)
Nez	39% (78 individus)
Ventre	32% (64 individus)
Dents	29,5% (59 individus)
Poids	29% (58 individus)

**Tableau 18: Principales zones du corps concernées chez les patients
dysmorphophobiques de l'étude de Kittler et al, 2007**

Dans cette étude, les personnes dysmorphophobiques préoccupées par leur poids ne sont pas plus sujettes à développer des troubles du comportement alimentaire que celles préoccupées par une autre partie du corps mais les résultats ne sont pas significatifs.⁵⁸

Le diagnostic entre dysmorphophobie et troubles du comportement alimentaire n'est pas bien défini chez les patients avec une préoccupation liée au poids.

Les conclusions de l'essai montrent qu'il n'est pas généralisable.

En 2015, Mme M. Cabantous réalise dans sa thèse de médecine¹⁵ une enquête auprès d'étudiants de la ville de Poitiers, au sujet du lien entre dysmorphophobie et conduites addictives. Sur 7427 demandes, 801 questionnaires ont été récupérés. Sur 795 réponses analysées, 92 étudiants (soit 11,57%) étaient atteints de dysmorphophobie. Cette étude montre une forte comorbidité entre dysmorphophobie et troubles du comportement alimentaire. En effet, parmi les 92 étudiants souffrant de dysmorphophobie, 58 personnes (soit 65,17 %) étaient atteints de troubles du comportement alimentaire.¹⁵

En 2002, Grant et al. étudient le comportement de 41 patients souffrant de troubles du comportement alimentaire. Parmi eux, 39% (16 personnes) montrent des critères associés d'anorexie mentale et de dysmorphophobie sans rapport avec une préoccupation liée au poids. Ces personnes ont une qualité de vie inférieure, sont plus souvent hospitalisés et font trois fois plus de tentatives de suicide que les patients atteints uniquement d'anorexie mentale.⁵⁷

L'étude de Dingemans et al. de 2012 a pour but de déterminer la prévalence de dysmorphophobie dans une population de patients âgés de 15 à 52 ans atteints de troubles du comportement alimentaire (anorexie mentale, boulimie nerveuse et autres troubles non

spécifiés).⁵⁷

La composition de cet essai est adaptée dans les tableaux suivants⁵⁷ :

Nombre de personnes	158
Femmes	154
Hommes	4
Âge moyen	27 ans

Tableau 19 : Composition de l'étude de Dingemans et al, 2012

Parmi ces patients 40% étaient hospitalisés, 19% en hospitalisation de jour, et 41% non hospitalisés.

Trouble du comportement alimentaire	Nombre de patients concernés
Anorexie mentale	61 (39%)
Boulimie nerveuse	32 (20%)
Autres troubles du comportement alimentaire	65 (41%)

Tableau 20 : Troubles du comportement alimentaire chez les patients de l'étude de Dingemans et al., 2012

A l'aide de tests et de questionnaires, les patients ont été classés en deux groupes :

- le groupe ED : les patients souffrant uniquement de troubles du comportement alimentaire : 55% des patients,
- le groupe ED+BDD : les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire et de dysmorphophobie : 45% des patients.

Ces chiffres ne diffèrent pas significativement en fonction du trouble du comportement alimentaire observé ni en fonction du statut du patient (hospitalisé ou non).

Cette étude a montré que les patients souffrant des deux troubles⁵⁷ :

- avaient une psychopathologie plus sévère de leur trouble du comportement alimentaire que les patients souffrant uniquement de troubles du comportement alimentaire.
- avaient plus de rituels et de comportements ainsi que plus d'expériences négatives et d'attitudes négatives envers leur corps que les patients souffrant uniquement de TCA,
- étaient insatisfaits de plus de parties de leur corps que les patients souffrant uniquement de TCA.

En ce qui concerne la psychopathologie générale des patients, les troubles sont plus sévères

chez les patients souffrant des deux maladies que chez les patients atteints uniquement de TCA. Ces patients ont plus de symptômes anxieux et plus de phobie anxieuse que les patients souffrant de TCA seule. Cependant, les symptômes de dépression ne sont pas significativement différents entre les deux groupes. De même, la qualité de vie des personnes souffrant des deux troubles n'est pas plus altérée que celle des personnes souffrant uniquement de TCA.⁵⁷

Cette étude va donc dans le sens de celle de Grant et al. de 2002 présentée précédemment.⁵⁷ Elle permet de conclure que la dysmorphophobie contribue à la sévérité des troubles du comportement alimentaire bien que les pathologies soient indépendantes.

II.1.2. Différences entre les hommes et les femmes

En octobre 2006, Phillips et al. réalisent une étude²² chez 200 individus souffrant de dysmorphophobie, afin de comparer les hommes et les femmes atteints de cette pathologie et d'établir les comorbidités associées.

La composition de l'étude est exposée dans le tableau suivant²²:

Sexe	Hommes	Femmes
Nombre	63	137
Âge moyen	35,7 +/- 11,2 ans	31,2 +/- 12,3 ans

Tableau 21 : Composition de l'étude de Phillips et al., 2006

Les résultats montrent que parmi les patients, 32,5% souffrent également de troubles du comportement alimentaire. Nous retrouvons 42,3% de femmes et 11,1% d'hommes ce qui montre que les femmes sont plus sujettes que les hommes à être atteintes des deux troubles. Tous les troubles du comportement alimentaires sont retrouvés dans l'étude.^{22,57}

II.1.3. Dysmorphophobie et TCA chez les adolescents

Chez les adolescents, la proportion de personnes atteintes de ces deux troubles est importante, et cela pour différentes raisons.³³

Tout d'abord, l'apparence est particulièrement importante chez les adolescents, probablement parce que le fait d'être attirant est très important à cet âge (Hamel et al., 2012 ; Becker et Luthar, 2008).³³ De plus, chez les adolescents, il y a une plus forte association entre les processus de comparaison sociaux concernant le corps et l'apparition de troubles du

comportement alimentaire que chez les adultes (Jackson et Chen, 2006). Enfin, l'âge moyen d'apparition de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse se trouve à l'adolescence (Gowers et Bryant-Waugh, 2004), tout comme pour la dysmorphophobie.³³

Les adolescents, souvent les jeunes filles, ont tendance à surestimer la taille de leur corps ce qui les mène vers des comportements entraînant la perte de poids et favorise l'apparition de troubles du comportement alimentaire.³³

Dans leur étude de mars 2006 sur 200 individus atteints de dysmorphophobie, (36 adolescents et 164 adultes) Phillips et al. ont comparé les différences de comorbidités entre adultes et adolescents. En ce qui concerne les troubles du comportement alimentaire, ils ont été retrouvés à 16,7 % chez les adolescents et à 14,6% chez les adultes. Dans cet essai, il n'y a donc pas de différence significative au sujet de la présence de troubles du comportement alimentaire entre les adultes et les adolescents atteints de dysmorphophobie.¹⁹

En 2016, Schneider et al. ont réalisé une enquête auprès de 3149 adolescents âgés de 12 à 18 ans en Australie et en Nouvelle-Zélande.¹⁸

Nombre de garçons	Nombre de filles	Âge moyen
2000 (63,5%)	1149 (36,5%)	14,58 ans

Tableau 22 : Composition de l'étude de Schneider et al, 2016

Deux groupes ont été formés à l'issue de l'étude, les participants probablement atteints de dysmorphophobie (55 participants soit 1,7%) et ceux non atteints.¹⁸

	Groupe probablement atteint de dysmorphophobie	Groupe non atteint de dysmorphophobie
Proportion de TCA	14,30%	9,10%

Tableau 23 : Proportion de TCA retrouvée dans les deux groupes de l'étude de Schneider et al., 2016

Les résultats montrent que la probable présence de dysmorphophobie chez les adolescents de cette étude est associée à une forte élévation des symptômes de troubles du comportement alimentaire. Cependant, ces résultats ne se sont pas avérés significatifs après prise en compte de l'âge, du sexe, des origines culturelles de la mère ou encore de la situation familiale.¹⁸

II.2. Les traitements

Il est important de diagnostiquer les deux pathologies car les traitements vont différer de l'une à l'autre. En effet, les ISRS donnés fréquemment en cas de dysmorphophobie ne seront donnés en cas de TCA que si la psychothérapie ne fonctionne pas ou est insuffisante.⁵⁷ Treasure et al. montrent dans leur étude de 2010 que le traitement le plus approprié en cas de boulimie nerveuse et d'hyperphagie boulimique serait la TCC. Lorsque le patient souffre à la fois de TCA et de dysmorphophobie, les deux pathologies doivent être traitées.⁵⁷

Un traitement médicamenteux (ISRS) et une thérapie cognitive et comportementale seront les traitements classiques. Cependant, comparé à la dysmorphophobie seule, des modules spécifiques à l'image de soi et au poids vont être étudiés lors de la TCC.⁴⁸ De plus, une prise en charge nutritionnelle adaptée devra être mise en place avec la réalisation d'expositions alimentaires et une restructuration de l'alimentation. Le mieux sera de privilégier une **prise en charge multidisciplinaire** médicale, sociale, nutritionnelle et psychologique.⁵⁷

Conclusion

Bien que décrite depuis 1891, la dysmorphophobie reste une pathologie peu connue et peu étudiée. Elle se définit comme une préoccupation sur un ou plusieurs défauts corporels qui apparaissent minimes ou non visibles par les autres. Deux catégories de patients existent, ceux souffrant de la forme « delusional » c'est à dire totalement convaincus de la réalité de leur défaut, et ceux souffrant de la forme « non delusional » qui reconnaissent avoir une vision déformée de leur corps et conscients que le défaut pourrait ne pas exister.

Quelque soit la forme de la maladie, les individus vont développer des comportements répétitifs, semblables à de véritables rituels (camouflage, examen du corps dans le miroir, scarifications,...).

Tout cela va altérer la qualité de vie des malades et engendrer un profond mal-être. Un fort taux de suicide, une relative violence ainsi que la consommation de drogues sont retrouvés chez ces personnes. Cette pathologie est également souvent associée à d'autres troubles psychiques tels que la phobie sociale, les troubles obsessionnels compulsifs ou encore les troubles du comportement alimentaire, cas exposé dans la troisième partie.

L'âge d'apparition de la maladie se situe le plus souvent durant l'adolescence. Cependant, on la retrouve à tout âge, de l'enfant à la personne âgée et les deux sexes sont concernés.

Dans le DSM-V, la dysmorphophobie est classée comme liée à un désordre obsessionnel compulsif ce qui montre que les deux formes de la pathologie sont en réalité un seul trouble, ayant pour seule différence le degré d'évolution de la maladie.

Malgré les différents tests disponibles, le diagnostic de la dysmorphophobie est difficile et les prévalences connues sont bien inférieures au nombre de cas réellement présents.

Plusieurs hypothèses existent au sujet de la cause de cette pathologie. Elles évoquent principalement une origine nerveuse (rôle du processus visuel, hyper- et hypoactivité de certaines aires du cerveau, asymétrie du noyau caudé, désorganisation des fibres blanches, connexions inefficaces entre différentes aires cérébrales, vascularisation plus ou moins importante de certaines aires, déplétion de sérotonine), mais les causes externes (moqueries, persécutions mentales et physiques, déceptions sentimentales, abus sexuels, pression

parentale, médias) ont aussi leur place dans le développement de la dysmorphophobie. Cependant, aucune étiologie n'a réellement été identifiée à ce jour mais la maladie est, comme les troubles psychiatriques, multifactorielle et complexe.

Deux types de traitements sont utilisés, les traitements médicamenteux par antidépresseurs (avec les ISRS ou la Clomipramine) et la thérapie cognitive et comportementale. Les deux ont prouvé leur efficacité et pour les cas les plus sévères, il est recommandé d'associer les deux méthodes. Les prises en charge sont généralement faites par des médecins psychiatres ou des psychologues, et parfois par d'autres professionnels de santé, tels que les médecins nutritionnistes, lors des dysmorphophobies liées au poids ou associées à des troubles du comportement alimentaire. D'autres pistes de traitement sont à l'heure actuelle évoquées mais aucune n'est encore utilisée en pratique courante. Malgré ces traitements, de potentielles rechutes peuvent survenir.

Des actes de prévention peuvent-être envisagés notamment dans les écoles, ou à travers les médias au sujet de l'image de soi, de l'acceptation de soi, de l'autre et de la confiance en soi. Les pharmaciens d'officine ainsi que les médecins généralistes pourraient participer à la prévention de cette maladie, car ce sont des professionnels de santé de proximité au sein du système de soin.

Bien qu'une hypothèse ancienne évoquait la relation entre dysmorphophobie et troubles du comportement alimentaire, aucun lien significatif n'apparaît dans la littérature actuelle.

De nouvelles études seraient utiles afin de mieux connaître et traiter cette pathologie, proche des autres troubles psychiatriques (TOC, phobie sociale) mais bien différente de ces derniers. Une sensibilisation de la population est nécessaire afin de faire connaître la maladie et ainsi la prévenir, mais changer les mentalités semble bien difficile dans une société où une certaine forme de beauté tient une place majeure dans les esprits.

Annexes

Annexe 1 : L'échelle de la dépression selon Hamilton (HAM-D)⁵⁹

Patient Name: _____

Date: _____

Hamilton Rating Scale for Depression (17-items)

Instructions: For each item select the "cue" which best characterizes the patient during the past week.

1. **Depressed Mood**
(sadness, hopeless, helpless, worthless)
 - 0 Absent
 - 1 These feeling states indicated only on questioning
 - 2 These feeling states spontaneously reported verbally
 - 3 Communicates feeling states nonverbally, i.e., through facial expression, posture, voice and tendency to weep
 - 4 Patient reports VIRTUALLY ONLY these feeling states in his spontaneous verbal and nonverbal communication
2. **Feelings of Guilt**
 - 0 Absent
 - 1 Self-reproach, feels he has let people down
 - 2 Ideas of guilt or rumination over past errors or sinful deeds
 - 3 Present illness is a punishment. Delusions of guilt
 - 4 Hears accusatory or denunciatory voices and/or experiences threatening visual hallucinations
3. **Suicide**
 - 0 Absent
 - 1 Feels life is not worth living
 - 2 Wishes he were dead or any thoughts of possible death to self
 - 3 Suicide ideas or gesture
 - 4 Attempts at suicide (any serious attempt rates 4)
4. **Insomnia - Early**
 - 0 No difficulty falling asleep
 - 1 Complains of occasional difficulty falling asleep i.e., more than ½ hour
 - 2 Complains of nightly difficulty falling asleep
5. **Insomnia - Middle**
 - 0 No difficulty
 - 1 Patient complains of being restless and disturbed during the night
 - 2 Waking during the night – any getting out of bed rates 2 (except for purposes of voiding)
6. **Insomnia - Late**
 - 0 No difficulty
 - 1 Waking in early hours of the morning but goes back to sleep
 - 2 Unable to fall asleep again if gets out of bed
7. **Work and Activities**
 - 0 No difficulty
 - 1 Thoughts and feelings of incapacity, fatigue or weakness related to activities; work or hobbies
 - 2 Loss of interest in activity; hobbies or work – either directly reported by patient, or indirect in listlessness, indecision and vacillation (feels he has to push self to work or activities)
 - 3 Decrease in actual time spent in activities or decrease in productivity. In hospital, rate 3 if patient does not spend at least three hours a day in activities (hospital job or hobbies) exclusive of ward chores.
 - 4 Stopped working because of present illness. In hospital, rate 4 if patient engages in no activities except ward chores, or if patient fails to perform ward chores unassisted.
8. **Retardation**
(slowness of thought and speech; impaired ability to concentrate; decreased motor activity)
 - 0 Normal speech and thought
 - 1 Slight retardation at interview
 - 2 Obvious retardation at interview
 - 3 Interview difficult
 - 4 Complete stupor
9. **Agitation**
 - 0 None
 - 1 "Playing with" hand, hair, etc.
 - 2 Hand-wringing, nail-biting, biting of lips
10. **Anxiety - Psychic**
 - 0 No difficulty
 - 1 Subjective tension and irritability
 - 2 Worrying about minor matters
 - 3 Apprehensive attitude apparent in face or speech
 - 4 Fears expressed without questioning
11. **Anxiety - Somatic**
 - 0 Absent Physiological concomitants of anxiety such as:
 - 1 Mild Gastrointestinal - dry mouth, wind, indigestion,
 - 2 Moderate diarrhea, cramps, belching
 - 3 Severe Cardiovascular – palpitations, headaches
 - 4 Incapacitating Respiratory - hyperventilation, sighing
Urinary frequency
Sweating
12. **Somatic Symptoms - Gastrointestinal**
 - 0 None
 - 1 Loss of appetite but eating without staff encouragement. Heavy feelings in abdomen.
 - 2 Difficulty eating without staff urging. Requests or requires laxatives or medications for bowels or medication for G.I. symptoms.
13. **Somatic Symptoms - General**
 - 0 None
 - 1 Heaviness in limbs, back or head, backaches, headache, muscle aches, loss of energy and fatigability
 - 2 Any clear-cut symptom rates 2
14. **Genital Symptoms**
 - 0 Absent 0 Not ascertained
 - 1 Mild Symptoms such as: loss of libido,
 - 2 Severe menstrual disturbances
15. **Hypochondriasis**
 - 0 Not present
 - 1 Self-absorption (bodily)
 - 2 Preoccupation with health
 - 3 Frequent complaints, requests for help, etc.
 - 4 Hypochondriacal delusions
16. **Loss of Weight**
 - A. When Rating by History:
 - 0 No weight loss
 - 1 Probable weight loss associated with present illness
 - 2 Definite (according to patient) weight loss
 - B. On Weekly Ratings by Ward Psychiatrist, When Actual Changes are Measured:
 - 0 Less than 1 lb. weight loss in week
 - 1 Greater than 1 lb. weight loss in week
 - 2 Greater than 2 lb. weight loss in week
17. **Insight**
 - 0 Acknowledges being depressed and ill
 - 1 Acknowledges illness but attributes cause to bad food, climate, overwork, virus, need for rest, etc.
 - 2 Denies being ill at all

Total Score: _____

Children's Eating Attitude Test (ChEAT)

Time 5 minutes

Ages Grade 3–8

Time Frame Not specified.

Purpose Assessment of eating behavior.

Commentary

The ChEAT is a modified version of the Eating Attitudes Test (EAT) of Garner and Garfinkle (1979).

Versions

The Children's Eating Attitude Test (ChEAT) is available as a self-report form only.

Properties

Items The ChEAT comprises 26 items that are rated on a 6-point scale with responses: always, very often, often, sometimes, rarely, and never.

Scales The items of the ChEAT are mostly scored on the total score only which is the simple sum of all item ratings. However, factor analysis supported three factors similar to the factors of the original EAT. The subscales derived from these factors are: dieting, restricting and purging, and food preoccupation.

Reliability Test–retest correlation across a 3-week interval was 0.81 for the total score in elementary school children. Cronbach's alphas for the total score were 0.76 in elementary school children and 0.87 in middle school children.

Validity The ChEAT correlated significantly with self-reported weight management behavior and self-reported body dissatisfaction.

Children who had tried to lose weight, felt too fat, and thought that their friends would like them more if they were thinner, had significantly higher total scores on the ChEAT.

Norms The mean total score and its standard deviation for 318 elementary schoolchildren can be found in Maloney et al. (1989). A table with raw scores and converted to percentiles as well as the mean total score and its standard deviation for 308 middle school girls can be found in Smolak and Levine (1994).

Use Copies of the ChEAT can be found in Maloney et al. (1988, 1989).

Key references

Garner DM, Garfinkle PE. The Eating Attitude Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9: 273–9.

Maloney MJ, McGuire, J, Daniels, SR. Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 541–3.

Maloney MJ, McGuire, J, Daniels, SR, Specker B. Dieting behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics* 1989; 84: 482–9.

Smolak L, Levine MP. Psychometric properties of the Children's Eating Attitude Test. *Int J Eat Disord* 1994; 16: 275–82.

Address

Michael J. Maloney
3002 Highland Avenue, Suite B
Cincinnati, OH 45219–2315
USA

Children's Eating Attitude Test (ChEAT)

	<i>Always</i>	<i>Very often</i>	<i>Often</i>	<i>Sometimes</i>	<i>Rarely</i>	<i>Never</i>
1. I am scared about being overweight	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
2. I stay away from eating when I am hungry	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
3. I think about food a lot of the time	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
4. I have gone on eating binges where I feel that I might not be able to stop	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
5. I cut my food into small pieces	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
6. I am aware of the energy (calorie) content in foods that I eat	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
7. I try to stay away from foods such as breads, potatoes, and rice	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
8. I feel that others would like me to eat more	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
9. I vomit after I have eaten	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
10. I feel very guilty after eating	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
11. I think a lot about wanting to be thinner	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
12. I think about burning up energy (calories) when I exercise	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
13. Other people think I am too thin	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
14. I think a lot about having fat on my body	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
15. I take longer than others to eat my meals	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
16. I stay away from foods with sugar in them	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
17. I eat diet foods	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
18. I think that food controls my life	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
19. I can show self-control around food	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
20. I feel that others pressure me to eat	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
21. I give too much time and thought to food	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
22. I feel uncomfortable after eating sweets	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
23. I have been dieting	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
24. I like my stomach to be empty	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
25. I enjoy trying new rich foods	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)
26. I have the urge to vomit after eating	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(0)

© Michael J. Maloney. Reproduced by permission.

Annexe 3 : The drive for muscularity scale (DMS)⁶¹

The Drive for Muscularity Scale

Please read each item carefully then, for each one, circle the number that best applies to you.

	1	2	3	4	5	6		
	Always	Very Often	Often	Sometimes	Rarely	Never		
1. I wish that I were more muscular.			1	2	3	4	5	6
2. I lift weights to build up muscle.			1	2	3	4	5	6
3. I use protein or energy supplements.			1	2	3	4	5	6
4. I drink weight gain or protein shakes.			1	2	3	4	5	6
5. I try to consume as many calories as I can in a day.			1	2	3	4	5	6
6. I feel guilty if I miss a weight training session.			1	2	3	4	5	6
7. I think I would feel more confident if I had more muscle mass.			1	2	3	4	5	6
8. Other people think I work out with weights too often.			1	2	3	4	5	6
9. I think that I would look better if I gained 10 pounds in bulk.			1	2	3	4	5	6
10. I think about taking anabolic steroids.			1	2	3	4	5	6
11. I think that I would feel stronger if I gained a little more muscle mass.			1	2	3	4	5	6
12. I think that my weight training schedule interferes with other aspects of my life.			1	2	3	4	5	6
13. I think that my arms are not muscular enough.			1	2	3	4	5	6
14. I think that my chest is not muscular enough.			1	2	3	4	5	6
15. I think that my legs are not muscular enough.			1	2	3	4	5	6

Bibliographie

1. Grant J E et Phillips K A. Recognizing and treating body dysmorphic disorder, *Ann Clin Psychiatry* 2005 ; 17: 205-10
2. Hunt T J, Thienhaus O, Ellwood A. The mirror lies : body dysmorphic disorder, *Am Fam Physician* 2008 ; 78: 217-22, 223-4
3. Garnier M, Delamare V, J, et T, *Dictionnaire illustré des termes de médecine 30e édition*. Paris : Maloine, 2009
4. Phillipou A et Castle D. Body dysmorphic disorder in men, *AFP*, 2015 ; 44 : 798-801
5. Bjornsson A S, Didie E R, Phillips K A. Body dysmorphic disorder, *Dialogues Clin Neurosci*. 2010 ; 12 : 221-32
6. Phillips KA. Body dysmorphic disorder : common, severe and in need of treatment research, *Psychother Psychosom* 2014 ; 83 : 325-9
7. Veale D. Body dysmorphic disorder, *Postgrad Med J* 2004 ; 80 : 67-71
8. Phillips K A. Body dysmorphic disorder : the distress of imagined ugliness, *Am J Psychiatry* 1991 ; 148 : 1138-49
9. Clerkin A M, Teachman B A. Automatic and strategic measures as predictors of mirror gazing among individuals with body dysmorphic disorder symptoms, *J Nerv Ment Dis*. 2009 ; 197: 589-98
10. Phillips K A, Hollander E. Treating body dysmorphic disorder with medication : evidence, misconceptions, and a suggested approach, *Body Image*. 2008 ; 5: 13-27
11. Phillips K A, Hart A S, Simpson H B, Stein D J. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder : recommendations for DSM-5, *CNS Spectr*. 2014 ; 19: 10-20

12. Didie E R, Tortolani C, Walters M, Menard W, Fay C, Phillips K A. Social Functioning in body dysmorphic disorder : assessment consideration, *Psychiatr Q.* 2006 ; 77: 223-9
13. Phillips K A et Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder : a prospective study, *Am J Psychiatry.* 2006 ; 163: 1280-2
14. Sarwer D B. Awareness and identification of body dysmorphic disorder by aesthetic surgeons : results of a survey of american society for aesthetic plastic surgery members, *Aesthetic surgery journal november/december 2002 ; 22 : 531-5*
15. Cabantous M., *Body dysmorphic disorder et conduites addictives : enquête transversale auprès d'étudiants de la ville de Poitiers, thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine soutenue le 22 octobre 2015 à Poitiers*
16. Phillips K A, Didie E R, Menard W. Clinical features and correlates of major depressive disorder in individuals with body dysmorphic disorder, *J Affect Disord.* 2007 ; 97: 129-35
17. Veale D, Gledhill L J, Christodoulou P, Hodson J. Body dysmorphic disorder in different settings : a systematic review and estimated weighted prevalence, *Body Image* 2016 ; 18 : 168-86
18. Schneider S C, Turner C M, Mond J, Hudson J L. Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents, *ANZJP* 2016 ;
DOI: 10.1177//0004867416665483
19. Phillips K A, Didie E R, Menard W, Pagano M E, Fay C, Weisberg R B. Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults, *Psychiatry Res.* 2006 ; 141: 305-14
20. Bjornsson A S, Didie E R, Grant J E, Menard W, Stalker E, Phillips K A. Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder, *Compr Psychiatry.* 2013 ; 54: 893-903
21. Webb H J, Zimmer-Gembeck M J, Mastro S. Stress exposure and generation : a conjoint longitudinal model of body dysmorphic symptoms, peer acceptance, popularity, and victimization, *Body Image* 2016 ; 18 : 14-8

22. Phillips K A, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder, *Compr Psychiatry*. 2006 ; 47: 77-87
23. Phillips K A, Pinto A, Menard W, Eisen J L, Mancebo M, Rasmussen S A. Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder : a comparison study of two possibly related disorders, *Depress Anxiety*. 2007 ; 24: 399-409
24. Hollander E, Hong K. Relapse prevention and the need for ongoing pharmacological treatment in body dysmorphic disorder, *Am J Psychiatry* 2016 ; 173 : 9
25. Slaughter J R, Sun A M. In pursuit of perfection : a primary care physician's guide to body dysmorphic disorder, *Am Fam Physician*. 1999 ; 60: 1738-42
26. Beilharz F L, Atkins K J, Duncum A J F, Mundy M E. Altering visual perception abnormalities : a marker for body image concern, *PloS ONE* 2016 ;
DOI: 10.1371/journal.pone.0151933
27. Danesh M, Beroukhim K, Nguyen C, Levin E, Koo J. Body dysmorphic disorder screening tools for the dermatologist, *Paractical Dermatology* 2015 ; february : 44-9
28. Site internet: <http://www.overcomingbdd.com> qui s'appuie sur Phillips K A. *Understanding body dysmorphic disorder*. New-York : Oxford University Press, 2009
29. Veale D, Anson M, Miles S, Pieta M, Costa A, Ellison N. Efficacy of cognitive behavioral therapy versus anxiety management for body dysmorphic disorder : a randomised controlled trial, *Psychother Psychosom* 2014 ; 83 : 341-53
30. Eisen J L, Phillips K A, Beer D, Atala K D, Rasmussen S A, Baer L. Brown assessment of beliefs scale (BABS), 05/01/2001
31. Veale D, Eshkevari E, Ellison N, Costa A. 44Q AAI questionnaire, ResearchGate 21 December 2013

32. Veale D, Eshkevari E, Kanakam N, Werner T. The appearance anxiety inventory : validation of a process measure in the treatment of body dysmorphic disorder, Behavioral and cognitive Psychotherapy 2013 : 42: 1-12
33. Legenbauer T, Thiemann P, Vocks S. Body image disturbance in children and adolescents with eating disorders, Z. Kinder-Jugendpsychiatr. Psychother. 2014 ; 42: 51-9
34. Phillips K A, Pagano M E, Menard W. Pharmacotherapy for body dysmorphic disorder : treatment received and illness severity, Ann Clin Psychiatry. 2006 ; 18: 251-7
35. Site internet de l'INSERM: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale <http://www.ipubli.inserm.fr>
36. Vital Durand D, Le Jeune C. DOROSZ Guide pratique des médicaments 35e édition 2016. Paris : Maloine, 2015
37. Résumé des caractéristiques du produit du Seropram®
38. Résumé des caractéristiques du produit du Seroplex®
39. Résumé des caractéristiques du produit du Prozac®
40. Résumé des caractéristiques du produit du Floxyfral®
41. Résumé des caractéristiques du produit du Deroxat®
42. Résumé des caractéristiques du produit du Zolof®
43. Phillips KA. An open-label study of escitalopram in body dysmorphic disorder, Int Clin Psychopharmacol. 2006 ; 21: 177-9
44. Résumé des caractéristiques du produit de Anafranil®

45. Site internet de la revue ©Prescrire: <http://www.campus.prescrire.org> « Petit manuel de pharmacovigilance et pharmacologie clinique », ©Prescrire novembre 2011
46. Site internet du Vidal <http://www.vidal.fr>
47. Talbert M, Willoquet G, Gervais R. Guide Pharmaco Clinique 4e édition, Paris : Les éditions le Moniteur des pharmaciens, 2015
48. Wilhelm S, Phillips K A, Fama J M, Greeberg J L, Steketee G. Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder, Behav Ther. 2011 ; 42: 624-33
49. Site internet <http://www.psychanalyse.com>
50. Site internet du CHU de Nantes <http://www.chu-nantes.fr/questions-a-propos-de-l-electroconvulsivothérapie-ect--34375.kjsp>
51. Site internet d'information santé de l'assurance maladie: <http://www.ameli-sante.fr>
Troubles du comportement alimentaire : anorexie et boulimie
52. Site internet du Cespharm : <http://www.cespharm.fr>
53. Site internet du dictionnaire larousse <http://www.larousse.fr>
54. Site internet de l'INSERM Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
dossier : anorexie mentale, unité inserm 669 juin 2014
<http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/anorexie-mentale>
55. Site internet de l'AFDAS-TCA Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire
<http://www.anorexiéboulimie-afdass.fr/>

56. Site internet de l'INPES: Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
<http://inpes.sante.fr>
- Vénisse JL. Dossier « Anorexie, boulimie : prévenir, éduquer, soigner » Mieux comprendre les troubles du comportement alimentaire, magazine La santé de l'homme mars-avril 2008 ; 394:13-5
57. Dingemans A E, Van Rood Y R, De Groot I, Van Furth E F. Body dysmorphic disorder in patients with an eating disorder : prevalence and characteristics, Int J Eat Disord. 2012 ; 00:000-000
58. Kittler J E, Menard W, Phillips K A. Weight concerns in individuals with body dysmorphic disorder, Eat Behav. 2007 ; 8: 115-20
59. Hamilton M. A rating scale for depression, Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry 1960 ; 23 : 56-62
60. Site internet de la NHS : National Health Service
<http://www.1000livesplus.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1011/ChEAT.pdf>
61. McCreary D R et Sasse D K. An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls, Journal of American College Health ; 48 : 297-304

Résumé

La dysmorphophobie, ou BDD pour Body Dysmorphic Disorder en anglais est un trouble psychique apparaissant le plus souvent à l'adolescence, se définissant comme une préoccupation sur un ou plusieurs défauts corporels qui apparaissent minimes ou non visibles par les autres. Bien que décrite depuis 1891, elle reste peu connue et peu étudiée ce qui engendre des difficultés en ce qui concerne son diagnostic et son traitement.

Les individus atteints de cette pathologie développent des comportements répétitifs ressemblant à de véritables rituels, dont le camouflage. Cela va altérer la qualité de vie des malades qui vont montrer un fort taux de tentatives de suicide, de violence, d'addictions et on va souvent retrouver chez eux des troubles psychiques associés.

Bien que plusieurs hypothèses soient émises, l'étiologie de cette maladie reste à ce jour non connue mais il semblerait qu'elle soit multifactorielle et complexe.

Les traitements utilisés seront d'une part médicamenteux avec des antidépresseurs : ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine) et Clomipramine et d'autre part psychologiques par le suivi d'une thérapie cognitive et comportementale (TCC). D'autres méthodes sont étudiées mais non utilisées à ce jour en pratique.

Les patients sont suivis le plus souvent par des médecins psychiatres ou des psychologues mais d'autres professionnels de santé peuvent également intervenir.

Des actes de prévention peuvent-être envisagés localement dans les familles et les écoles mais aussi à grande échelle à travers les médias pour sensibiliser la population à l'acceptation de soi et des autres.

Malgré l'hypothèse ancienne de la relation entre la dysmorphophobie et les troubles du comportement alimentaire, la littérature actuelle ne montre pas de liens significatifs.

Les pharmaciens d'officines, tout comme les médecins généralistes, peuvent eux aussi tenir un rôle important d'écoute et de conseil à ce sujet, étant des acteurs importants de proximité au sein du système de soin.

Mots clés : Dysmorphophobie, Body Dysmorphic Disorder, BDD, Clomipramine, ISRS, thérapie cognitive et comportementale, troubles du comportement alimentaire

SERMENT DE GALIEN

~~~~

Je jure, en présence des maîtres de la faculté et de mes condisciples :

**D'**honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

**D'**exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

**De** ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

**En** aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

**Que** les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

**Que** je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

## Résumé

La dysmorphophobie, ou BDD pour Body Dysmorphic Disorder en anglais est un trouble psychique apparaissant le plus souvent à l'adolescence, se définissant comme une préoccupation sur un ou plusieurs défauts corporels qui apparaissent minimes ou non visibles par les autres. Bien que décrite depuis 1891, elle reste peu connue et peu étudiée ce qui engendre des difficultés en ce qui concerne son diagnostic et son traitement.

Les individus atteints de cette pathologie développent des comportements répétitifs ressemblant à de véritables rituels, dont le camouflage. Cela va altérer la qualité de vie des malades qui vont montrer un fort taux de tentatives de suicide, de violence, d'addictions et on va souvent retrouver chez eux des troubles psychiques associés.

Bien que plusieurs hypothèses soient émises, l'étiologie de cette maladie reste à ce jour non connue mais il semblerait qu'elle soit multifactorielle et complexe.

Les traitements utilisés seront d'une part médicamenteux avec des antidépresseurs : ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine) et Clomipramine et d'autre part psychologiques par le suivi d'une thérapie cognitive et comportementale (TCC). D'autres méthodes sont étudiées mais non utilisées à ce jour en pratique.

Les patients sont suivis le plus souvent par des médecins psychiatres ou des psychologues mais d'autres professionnels de santé peuvent également intervenir.

Des actes de prévention peuvent-être envisagés localement dans les familles et les écoles mais aussi à grande échelle à travers les médias pour sensibiliser la population à l'acceptation de soi et des autres.

Malgré l'hypothèse ancienne de la relation entre la dysmorphophobie et les troubles du comportement alimentaire, la littérature actuelle ne montre pas de liens significatifs.

Les pharmaciens d'officines, tout comme les médecins généralistes, peuvent eux aussi tenir un rôle important d'écoute et de conseil à ce sujet, étant des acteurs importants de proximité au sein du système de soin.

**Mots clés :** Dysmorphophobie, Body Dysmorphic Disorder, BDD, Clomipramine, ISRS, thérapie cognitive et comportementale, troubles du comportement alimentaire