

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

Année de soutenance : 2017

N°:

**THESE POUR LE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 20 OCTOBRE 2017

Par Victoria SIMON

Née le 22 JUIN 1991 à Evreux – France

LES PATIENTS SOUFFRANT D'ANOREXIE MENTALE :
ENQUETE DE SANTE A PROPOS DES CONNAISSANCES ET DE LA PRISE
EN CHARGE PAR LES CHIRURGIENS-DENTISTES DE HAUTE NORMANDIE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur G. PENEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur V. DODIN

Madame le Docteur C. OLEJNIK

Madame le Docteur A. BLAIZOT

ACADEMIE DE LILLE
UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE LILLE 2

FACULTE de chirurgie dentaire
PLACE DE VERDUN
59000 LILLE

Président de l'Université	:	X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services	:	P-M. ROBERT
Doyen	:	E. DEVEAUX
Assesseurs	:	Dr E. BOCQUET, Dr L. NAWROCKI et Pr G. PENEL
Chef des Services Administratifs	:	L. LECOCQ

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Professeur Emérite Parodontologie
E. DEVEAUX	Odontologie Conservatrice – Endodontie Doyen de la Faculté
G. PENEL	Responsable de la Sous-Section des Sciences Biologiques
M.M. ROUSSET	Responsable de la Sous-Section d' Odontologie Pédiatrique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Responsable de la Sous-Section d' Odontologie Conservatrice – Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
F. BOSCHIN	Responsable de la Sous-Section de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable de la Sous-Section d' Orthopédie Dento-Faciale
C. CATTEAU	Responsable de la Sous-Section de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
A. CLAISSE	Odontologie Conservatrice – Endodontie
M. DANGLETERRE	Sciences Biologiques
A. de BOUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDEBERT	Odontologie Conservatrice – Endodontie
J.M. LANGLOIS	Responsable de la Sous-Section de Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Odontologie Conservatrice – Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin – CHRU Lille

C. OLEJNIK	Sciences Biologiques
P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
M. SAVIGNAT	Responsable de la Sous-Section des Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable de la Sous-Section de Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Aux membres du jury ...

Monsieur le Professeur Guillaume PENEL

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-Section Sciences Biologiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université René DESCARTES (PARIS V)

C.E.S d'Odontologie Chirurgicale

Habilité à Diriger des Recherches

Vice-Doyen Recherche de la Faculté de Chirurgie Dentaire

Responsable de la Sous-Section Sciences Biologiques

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider cette thèse.

Permettez-moi de vous témoigner toute ma reconnaissance et ma gratitude.

Monsieur le Professeur Vincent DODIN

Professeur agrégé de Psychiatrie à la Faculté de Médecine et de Maïeutique de Lille

Chef de service de la Clinique Médico-Psychologique du GHICL

Vous avez accepté de siéger dans ce jury de thèse alors que je ne fais pas partie de vos étudiants, et je vous en remercie chaleureusement.

J'ai beaucoup apprécié votre intérêt pour ce travail quelque peu éloigné de votre domaine. J'espère que vous en serez satisfait.

Veillez trouver dans cette thèse l'expression de ma sincère reconnaissance.

Madame le Docteur Cécile OLEJNIK

Maître de Conférences des universités - Praticien Hospitalier des CSERD
Sous-Section Sciences Biologiques

Docteur en Chirurgie Dentaire
Doctorat de l'Université de Lille 2 (Mention Odontologie)

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Soyez assurée de toute ma reconnaissance pour votre écoute, votre soutien et votre patience. Votre bienveillance et votre gentillesse tout au long de ce travail ainsi qu'en clinique m'ont beaucoup touchée, et vos conseils m'ont été précieux. Veuillez recevoir, à travers ce travail, ma sincère gratitude et mon profond respect.

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

*Sous-Section Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie
Légale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes – Spécialité Ethique Médicale

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Ethique,
Spécialité éthique médicale et bioéthique – Université Paris Descartes

Master II : Sciences, technologies santé à finalité recherche. Mention Santé

Publique, Spécialité épidémiologie clinique – Université Paul Sabatier Toulouse III

Maîtrise : Sciences de la vie et de la santé à finalité recherche. Mention méthodes
d'analyses et gestion en santé publique, Spécialité épidémiologie clinique –

Université Paul Sabatier Toulouse III

Diplôme Universitaire de Recherche Clinique en Odontologie – Université Paul
Sabatier Toulouse III

Vous avez sans hésiter accepté de faire partie de ce jury et je vous en suis très reconnaissante. Vous m'avez apporté votre aide avec enthousiasme et je vous en remercie sincèrement, j'espère que ce travail sera à la hauteur. Merci pour votre disponibilité et votre gentillesse.

Que cette thèse soit l'expression de ma profonde gratitude.

Tables des matières

Glossaire des abréviations.....	14
Avant-propos.....	15
Introduction.....	16
1. Rappels sur l'anorexie mentale.....	17
1.1. Définition.....	17
1.2. Diagnostic.....	18
1.3. Epidémiologie.....	19
1.4. Etiologies.....	20
1.5. Répercussions sur la vie sociale.....	21
1.6. Répercussions sur l'état de santé général.....	21
1.7. Répercussions bucco-dentaires.....	21
1.8. Prise en charge.....	27
1.8.1. Prise en charge globale.....	27
1.8.2. Prise en charge au cabinet dentaire.....	28
1.8.3. Place du chirurgien-dentiste dans la prise en charge multidisciplinaire.....	28
2. Enquête de santé à propos des connaissances et de la prise en charge des patients anorexiques par les chirurgiens-dentistes de Haute Normandie.....	30
2.1. Objectif.....	30
2.2. Méthodes.....	30
2.2.1. Support de l'enquête.....	30
2.2.2. Mode de recueillement des informations.....	30
2.2.3. Saisie et analyse des données.....	30
2.2.4. Variables étudiées.....	31
2.3. Résultats.....	32
2.3.1. Analyse descriptive.....	32
2.3.2. Analyses multivariées.....	45
2.4. Discussion.....	68
2.4.1. Connaissances des praticiens sur l'anorexie mentale.....	68
2.4.2. Interrogatoire du patient et recherche de signes bucco-dentaires lorsque les praticiens suspectent une anorexie mentale.....	68
2.4.3. Attitudes et conduites de soins et de prévention chez un patient anorexique.....	69
2.4.4. Ressenti des praticiens à propos de la prise en charge des patients anorexiques.....	70
2.4.5. Désir des praticiens d'être plus informés sur l'anorexie mentale.....	72
2.4.6. Limites de l'étude.....	73
3. Perspectives.....	75
Conclusion.....	77

Références bibliographiques.....	78
Annexes.....	82
Annexe 1 : Questionnaire de l'étude.....	82
Annexe 2 : Document explicatif distribué aux praticiens de Seine Maritime	87
Annexe 3 : MANOVA ayant donné des résultats non significatifs.....	88
Liste des tableaux.....	98
Liste des figures	99

Glossaire des abréviations

AFDAS-TCA	Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire
AM	Anorexie Mentale
APA	American Psychiatry Association
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM-10	Classification Internationale des Maladies dans sa 10 ^{ème} version
CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
DSM-V	Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders dans sa 5 ^{ème} version
DVO	Dimension Verticale d'Occlusion
FFAB	Fédération Française Anorexie Boulimie
GLM	Generalized Linear Models ou Modèles Linéaires Généralisés
HAS	Haute Autorité de Santé
IMC	Indice de Masse Corporelle
MANOVA	Multivariate ANalysis Of VAriance ou Analyse de Variance Multivariée
ODFOC76	Organisation Départementale de Formation Odontologique Continue de la Seine Maritime
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SCOFF-F	Sick, Control, One stone, Fat, Food dans sa version Française
SOP	Société Odontologique de Paris
TCA	Trouble(s) du Comportement Alimentaire
TOC	Trouble(s) Obsessionnel(s) Compulsif(s)

Avant-propos

La volonté de réaliser un travail de thèse à propos de l'anorexie mentale est née à partir de mon vécu personnel. Je suis « tombée » dans l'anorexie à l'âge de 20 ans, en 2011, lors de ma deuxième année d'études en chirurgie-dentaire.

Après six années à traverser plusieurs étapes dans cette maladie – dont une pendant laquelle j'ai atteint le poids de 35kg et un IMC (Indice de Masse Corporelle) de 11,9 – j'ai été déclarée en rémission par mon psychiatre récemment, en juin 2017.

Durant mon parcours, j'ai rencontré bon nombre de professionnels de santé, que ce soit en ambulatoire ou en milieu hospitalier, et j'ai été confrontée à la méconnaissance de la maladie de plusieurs soignants. Mais au-delà d'une simple méconnaissance, selon certains d'entre eux, l'anorexie n'est qu'une « crise d'adolescence », ou qu'un « petit régime ridicule », et qu'il « suffit d'ouvrir la bouche et de manger » afin d'en sortir. Ce type de comportement vis-à-vis de la pathologie n'a heureusement pas été celui de la majorité des médecins, mais de telles paroles peuvent avoir des effets néfastes conséquents.

Je n'ai par ailleurs pas été encouragée à consulter un chirurgien-dentiste pour un bilan bucco-dentaire, et je n'ai pas été avertie des conséquences que pouvait avoir l'anorexie sur ma santé buccale. Peut-être était-ce parce que mes médecins savaient que je faisais des études dentaires.

Lors de ma formation universitaire, nombre de mes camarades de promotion et de mes enseignants ne comprenaient pas ce qu'était l'anorexie, et le sujet de la maladie a été évité par la majorité.

Mes parents, désemparés, ne savaient pas vers qui se tourner pour obtenir de l'aide, du soutien, et une prise en charge adaptée.

Tout cela a éveillé en moi l'envie de lever le tabou de cette maladie mentale, d'informer – le plus modestement et objectivement possible – et d'avertir professionnels de santé, patients et entourage sur les conséquences que cette pathologie peut entraîner et sur les prises en charge existantes.

Plusieurs thèses avaient déjà été réalisées sur les conséquences bucco-dentaires de l'anorexie mentale et des troubles du comportement alimentaire, et une nouvelle thèse sur ce sujet était en cours d'élaboration à la faculté de Chirurgie-Dentaire de Lille (1). Je souhaitais donc trouver un autre angle pour traiter l'anorexie mentale. Sur les conseils de ma directrice de thèse, le Docteur Cécile OLEJNIK, l'idée de mener une étude sur les connaissances à propos de l'anorexie et sur la prise en charge de ces patients par les chirurgiens-dentistes en Haute Normandie, ma région natale et où j'exerce, a émergé. De surcroît, après plusieurs recherches, aucune étude de ce type n'avait été entreprise.

Le souhait sous-jacent de cette thèse d'exercice serait de renforcer, grâce à un travail d'information, la collaboration des professionnels de santé dans la prise en charge multidisciplinaire des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire, et d'accroître la prévention bucco-dentaire auprès des patients anorexiques.

Introduction

L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire (TCA) se traduisant par une restriction alimentaire drastique, et dont l'origine est multifactorielle.

Cette pathologie touche majoritairement les adolescentes et les jeunes femmes, avec une prévalence en France d'environ 1%, mais elle peut également survenir dans la petite enfance ou à un âge plus avancé, et touche aussi la population masculine.

Cette maladie psychiatrique entraîne des conséquences somatiques et psychologiques parfois sévères, pouvant conduire au décès. C'est pourquoi il est important de diagnostiquer et de mettre en place une prise en charge globale le plus précocement possible, afin de réduire les risques d'installation de la maladie, de sa chronicisation, et de son aggravation.

Dans cet objectif de prise en charge précoce, les chirurgiens-dentistes peuvent jouer un rôle non négligeable. En effet, les répercussions de l'anorexie mentale sur la santé orale sont fréquentes et assez caractéristiques, pouvant conduire les praticiens à dépister ce trouble lors d'une consultation. Ils peuvent ainsi avertir les patients sur les conséquences bucco-dentaires de la pathologie afin de les limiter et plus généralement orienter les patients vers des professionnels de santé spécialisés pour instaurer une prise en charge globale.

Cela nécessite cependant que les chirurgiens-dentistes aient certaines connaissances concernant l'anorexie mentale, ses conséquences sur l'état de santé général et ses retentissements bucco-dentaires.

C'est ce que nous allons tenter de déterminer à travers ce travail de thèse, dans lequel nous avons réalisé une enquête de santé observationnelle dont le but est d'évaluer les connaissances, les attitudes et les besoins d'informations complémentaires des chirurgiens-dentistes exerçant en Haute Normandie.

Dans une première partie, nous exposerons quelques rappels concernant l'anorexie mentale, ses multiples conséquences somatiques et bucco-dentaires, et les modalités de prise en charge.

Dans la deuxième partie nous présenterons les résultats de l'enquête de santé réalisée auprès des chirurgiens-dentistes exerçant en Haute Normandie.

Enfin, la troisième partie sera consacrée aux perspectives envisagées à partir de la discussion et des conclusions de l'étude de santé.

1. Rappels sur l'anorexie mentale

1.1. Définition

L'anorexie mentale (AM) est l'un des trois principaux troubles du comportement alimentaire (TCA), avec la boulimie et l'hyperphagie.

Ces troubles se définissent par l'association de perturbations du comportement alimentaire, de troubles de la perception de l'image corporelle, et d'obsessions quant au poids et à l'alimentation ayant des effets néfastes pour la santé (2).

Il est important de noter qu'à côté de ces trois pathologies, dont les tableaux cliniques sont les mieux décrits, il existe de nombreuses formes de TCA dites atypiques ou subsyndromiques, regroupant des comportements alimentaires pathologiques plus ou moins sévères pouvant être restrictifs, compulsifs, ou purgatifs, voire même regrouper ces trois comportements de façon variable dans le temps (3).

L'anorexie mentale est l'expression, à travers le corps, d'une pathologie psychiatrique sévère. L'origine est multifactorielle : en effet, des facteurs génétiques, psychologiques, biologiques, environnementaux, socioculturels et familiaux peuvent être impliqués. Parmi eux, certains sont plutôt prédisposants, d'autres précipitants ou encore pérennisants (4). L'AM est également considérée comme une addiction comportementale.

Il existe 2 sous-catégories d'AM :

- Le type restrictif, qui se caractérise par une restriction alimentaire drastique avec absence de recours à des méthodes de purge
- Le type purgatif, où la prise d'aliments est suivie de vomissements provoqués ou de prise de purgatifs. Le passage d'une forme à l'autre est relativement fréquent (5).

Les principales caractéristiques de l'anorexie mentale sont :

- Une focalisation sur le poids avec un rejet de la notion de poids minimum normal et un déni de la gravité de l'amaigrissement ;
- Une altération de la perception de l'image du corps ;
- Une influence excessive du poids sur l'estime de soi, un hypercontrôle de soi et de son corps, et une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros (6).

Il est important de souligner que l'AM ne peut en aucun cas être réduite à une « crise d'adolescence » (7) et « va largement au-delà d'un simple problème avec l'alimentation » (6). En effet, les retentissements de cette pathologie psychiatrique sur la santé et la vie sociale des patients sont nombreux et peuvent être extrêmement sévères, pouvant conduire à la mort. Il est donc nécessaire pour tout professionnel de santé, dont les chirurgiens-dentistes, de considérer les patients souffrant de cette pathologie avec sérieux.

1.2. Diagnostic

Le diagnostic de l'AM se pose grâce à des critères cliniques bien établis, réunis dans deux manuels de référence que sont le DSM-V¹ (8) , publié par l'APA², et le CIM-10³ (9), publié par l'OMS⁴. Ces critères sont détaillés dans les tableaux 1 et 2.

Tableau 1 : Critères diagnostiques de l'anorexie mentale selon le DSM-V.

Critère A	Restriction de l'apport énergétique menant à un faible poids dans un contexte d'âge et de sexe, à mettre en relation avec la trajectoire de développement et de la santé physique. Un poids significativement bas est défini par un poids qui est moindre que le minimum normal, ou pour les enfants ou les adolescents inférieur au minimum attendu.
Critère B	Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou conduite persistante qui interfère avec la prise de poids alors que le poids est significativement bas.
Critère C	Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi ou manque persistant de la reconnaissance de la gravité du poids bas actuel.

Tableau 2 : Critères diagnostiques de l'anorexie mentale selon le CIM-10.

Critère A	Perte de poids, ou, chez les enfants, incapacité à prendre du poids, conduisant à un poids inférieur à au moins 15 % du poids normal ou escompté, compte tenu de l'âge et de la taille.
Critère B	La perte de poids est provoquée par le sujet qui évite les « aliments qui font grossir ».
Critère C	Perception de soi comme étant trop gros(se), avec peur intense de grossir, amenant le sujet à s'imposer un poids limite faible à ne pas dépasser.
Critère D	Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique avec aménorrhée chez la femme et perte d'intérêt sexuel et de puissance érectile chez l'homme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister chez les femmes anorexiques sous thérapie hormonale de substitution, le plus souvent prise dans un but contraceptif).
Critère E	Ne répond pas aux critères A ou B de la boulimie.

¹ DSM-V : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders, 5^{ème} version

² APA : American Psychiatry Association

³ CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} version

⁴ OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Le diagnostic d'une AM chez un patient n'est pas le rôle du chirurgien-dentiste, et la recherche de ces critères nécessite un bilan clinique, para-clinique, diététique et psychiatrique chez un médecin ou psychiatre spécialisé.

Cependant, le questionnaire SCOFF, initialement développé en anglais et validé dans sa version française par une équipe de médecins du CHU de Rouen en 2010, peut permettre un dépistage rapide pour les patients chez qui le chirurgien-dentiste suspecte un trouble du comportement alimentaire, du fait par exemple de lésions dentaires typiques de ces troubles. Ce questionnaire, présenté dans le tableau 3, comporte cinq questions brèves et simples à réponses dichotomiques oui/non, et peut donc être utilisé par le chirurgien-dentiste lors de la consultation (3). Si le résultat du questionnaire confirme la suspicion d'un TCA, c'est-à-dire lorsqu'il y a au moins deux réponses positives, le praticien pourra alors d'une part, comprendre l'origine potentielle des lésions buccales et/ou dentaires et ainsi orienter son plan de traitement de façon appropriée, et d'autre part adresser le patient vers un médecin spécialisé afin que celui-ci procède au diagnostic et mette en place une prise en charge adaptée.

Tableau 3 : Questionnaire SCOFF-F

Question 1	Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop plein ?
Question 2	Êtes-vous inquiet(e) d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?
Question 3	Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois ?
Question 4	Vous trouvez-vous gros(se) alors même que les autres disent que vous êtes trop mince ?
Question 5	Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

1.3. Epidémiologie

En France, il n'existe pas assez d'études épidémiologiques pour déterminer avec précision la prévalence de l'anorexie mentale dans la population générale. Une étude publiée en 2008 indique que 30 000 à 40 000 personnes sont concernées par cette pathologie en France (5).

Mais la variabilité des résultats en fonction du sexe, de l'âge, du milieu socio-culturel, et du cadre familial rend difficile la généralisation d'une prévalence et/ou incidence (10).

Selon l'Inserm, l'anorexie mentale a concerné en France, en 2008, 0,5 % des jeunes femmes de 18 ans et 0,03 % des garçons entre 12 et 17 ans (4).

Une autre étude a retrouvé une prévalence de 1% chez les jeunes femmes de plus de 16 ans et autour de 0,25 à 0,3% chez les jeunes hommes (5).

Selon l'association Autrement, qui vise à aider les personnes souffrant de TCA par différents outils thérapeutiques et à informer et soutenir l'entourage, l'AM toucherait 1,5% des femmes entre 15 et 35 ans, ce qui représenterait environ 230 000

personnes (11).

La prédominance féminine est écrasante : 90 à 97% des cas selon certaines études (12). Cependant, depuis plusieurs années, le nombre d'hommes atteints de TCA est en augmentation, et le sex-ratio est en moyenne de 6 à 10 femmes pour 1 homme (5).

Malgré ces chiffres, il ne faut pas minimiser l'existence de l'AM et des TCA en général chez les hommes. En effet, l'AM a longtemps été considérée comme une maladie féminine, excluant souvent les hommes des études épidémiologiques. De plus, les critères diagnostiques et les thérapies sont davantage adaptés aux femmes.

Aujourd'hui, l'exclusivité de l'AM féminine est réfutée, ce qui permet de laisser une place plus importante au dépistage et à la prise en charge de cette pathologie chez les hommes. On a par conséquent observé la part d'hommes souffrant d'AM augmenter depuis plusieurs années, ces derniers accédant plus facilement à un diagnostic et à une prise en charge plus adaptée (13).

En ce qui concerne l'âge d'apparition, il serait compris, pour 40% des personnes atteintes d'AM, entre 15 et 19 ans et il existerait 2 tranches d'âges à risque : 12-14 ans et 18-20 ans (5).

Une autre étude retrouve des résultats similaires : 2 pics de fréquence de survenue sont notés à 14 ans et demi et 18 ans, périodes qui correspondraient aux moments où la dépendance à l'égard de la famille est la plus importante (14).

Il existe également l'anorexie infantile, apparaissant chez le nourrisson, qui est intriquée à des troubles des interactions parents-enfants précoces (15), (16).

La prévalence est également fonction du milieu socio-culturel. Les études épidémiologiques menées dans différents pays industrialisés montrent que depuis une trentaine d'années, la prévalence de l'AM augmente dans les sociétés occidentales et varie, en population générale, de 0,9 à 1,5%. Cette augmentation pourrait être due à plusieurs paramètres, notamment à une meilleure médiatisation de la maladie, entraînant une hausse des consultations et donc des diagnostics, ainsi qu'à une forte pression sociale. En effet, l'anorexie mentale est plus souvent présente dans les pays et les milieux où la nourriture est en surabondance mais où, paradoxalement, on cultive le « culte de la minceur », qui va de pair avec la réussite sociale (10).

1.4. Etiologies

Comme dit précédemment, l'origine de l'AM est multifactorielle. De nombreux facteurs peuvent entrer en jeu dans l'apparition, le développement, et la chronicisation de la maladie.

Dans ce travail de thèse, dont le thème est une étude de santé, nous n'allons qu'exposer brièvement les multiples étiologies de l'anorexie. Mais de nombreuses publications les décrivent de manière détaillée.

L'AM peut donc être déclenchée, aggravée, et/ou entretenue par un ou plusieurs des facteurs suivants :

- Facteurs génétiques (5)

- Facteurs neurobiologiques, avec des dérégulations de neurotransmetteurs et de polypeptides liés au comportement alimentaire, notamment la leptine et la ghréline (5),(17), (18)
- Facteurs socio-culturels (5), (19), (20)
- Facteurs familiaux (6),(21), (22)
- Facteurs psychologiques, comprenant notamment une mauvaise image de son corps, une faible estime de soi (5), (23), et une potentielle décompensation psychiatrique (24), (25).

1.5. Répercussions sur la vie sociale

Les patients anorexiques cherchent à contrôler leur corps et tous les aspects de leur vie. A cela s'ajoute souvent une quête de la perfection. Une certaine rigidité se met donc en place, ne laissant aucune place à l'imprévu et aux changements dans leurs habitudes. D'autres obsessions peuvent survenir, comme des rituels d'ordre ou de symétrie.

Leurs hyperinvestissements physiques et intellectuels font qu'ils sont souvent brillants dans de nombreux domaines, notamment dans le milieu scolaire (23).

Leurs attitudes alimentaires particulières sont un frein à leur vie sociale, car leurs comportements sont souvent pointés du doigt par leur entourage (26).

Leurs relations sociales s'appauvrissent donc et des symptômes dépressifs et d'anxiété peuvent apparaître, notamment du fait de leur faible estime d'eux-mêmes, ce qui ne fait qu'accroître leur isolement social (23).

1.6. Répercussions sur l'état de santé général

Les potentielles répercussions de l'anorexie mentale sur la santé sont très nombreuses. Ces conséquences sont augmentées et aggravées par la durée de la maladie, sa sévérité, et par l'abus de laxatifs (23). Elles peuvent être extrêmement sévères, conduisant parfois au décès.

De nombreux écrits – livres, thèses, revues, études – décrivent déjà avec précision et de manière approfondie tous les troubles que cela entraîne, et une fois de plus, il n'appartient pas au chirurgien-dentiste de réaliser un bilan clinique complet du patient.

Nous allons les énumérer dans le tableau 4, les troubles en gras étant ceux les plus fréquemment rencontrés.

1.7. Répercussions bucco-dentaires

Les conséquences de l'AM sur la santé bucco-dentaire sont également multiples. Certaines sont directement liées au comportement alimentaire pathologique, et d'autres sont le résultat des désordres systémiques causés par l'AM.

Dans ce chapitre, nous allons énumérer les conséquences bucco-dentaires de l'AM de façon succincte dans le tableau 5, puisqu'une thèse les détaillant a été soutenue récemment (1).

Tableau 4: Répercussions générales induites par l'anorexie mentale.

Système atteint	Troubles	Définition
Dermatologie (1), (5), (27), (28), (29)	Peau du visage ridée avec joues creusées et yeux semblant enfoncés dans leurs orbites	
	Caroténodermie	Teint légèrement jaune-orangé ou « bronze » dû à l'accumulation de β -carotène
	Pâleur	Due à l'anémie
	Sécheresse cutanée	
	Hypothermie	Due à la faible épaisseur de tissus adipeux et à la diminution de l'hormone thyroïdienne T3
	Troubles des phanères	Les cheveux sont ternes et cassants, avec une éventuelle alopécie (chute importante et prématurée des cheveux). Les ongles sont striés et cassants
	Acrocyanose	Provoquée par la déviation de la circulation sanguine vers les organes principaux, elle entraîne des colorations bleutées ou violacées aux extrémités des doigts, du nez et des oreilles.
	Perniose	Tuméfaction inflammatoire bleuâtre et rouge provoquée par une réaction anormale au froid
	Lanugo	Duvet fin notamment au vermillon des lèvres et au bord inférieur de la mandibule, induit par des variations hormonales causées par les carences alimentaires.
	Escarres	Lésions cutanées au niveau des proéminences osseuses du fait d'une

		insuffisance de soutien du tissu sous-cutané.
Système électrolytique (23), (30)	Hyponatrémie	Concentration de sodium plasmatique < 135mmol/L
	Hypokaliémie	Concentration de potassium plasmatique < 3,5mmol/L
	Hypocalcémie	Concentration en calcium plasmatique < 2,2mmol/L
	Autres carences	Zinc, cuivre, magnésium, vitamines
Système hématologique (23), (30), (31)	Leucopénie	Diminution du nombre de globules blancs (<4000/mm ³)
	Thrombopénie	Diminution du nombre de plaquettes (<150 000/ μ L)
	Anémie	Diminution du nombre de globules rouges (<12g/dL)
	Hypercholestérolémie	Taux de cholestérol plasmatique trop élevé, qui peut être accompagné d'une augmentation des triglycérides plasmatiques
	Vitesse de sédimentation augmentée	Indique une diminution des défenses immunitaires
Système digestif (1), (12), (23), (31), (32)	Constipation	Due à la baisse de motilité intestinale
	Atonie du colon	Diminution voire disparition du tonus du colon
	Irritations de la muqueuse colique	Notamment en cas d'abus de laxatifs
	Douleurs abdominales	Notamment liées aux troubles intestinaux
	Œsophagite	Inflammation de la muqueuse de l'œsophage. Risque augmenté en cas de vomissements répétés.

Système digestif (suite) (1), (12), (23), (31), (32)	Hémorragie digestive	Risque augmenté en cas de vomissements fréquents.
	Régurgitations acides	Plus fréquentes en cas de vomissements provoqués.
	Dilatation gastrique retardée	Difficulté à déglutir et à propulser les aliments de l'œsophage à l'estomac, avec sensation de gêne
	Déshydratation	Risque augmenté en cas de vomissements répétés et d'abus de laxatifs
Système cardio-respiratoire (1), (23), (30), (32)	Bradycardie	Ralentissement du rythme cardiaque (<50bpm) dû à la diminution du volume cardiaque et pouvant aller jusqu'à l'arrêt cardiaque
	Arythmie	Trouble du rythme cardiaque dû à des désordres électrolytiques
	Hypotension artérielle	Diminution de la pression artérielle. Se manifeste notamment par l'hypotension orthostatique
	Prolapsus de la valve mitrale	Reflux anormal du sang du ventricule à l'oreillette gauches, provoqué par une atrophie du ventricule gauche et donc à un excès de tissu valvulaire
	Pneumomédiastin	Infiltration d'air dans le médiastin
	Difficultés respiratoires	Diminution du volume et de l'efficacité des muscles respiratoires
Système endocrinien et métabolique (17), (23), (24), (27), (30), (33)	Baisse du taux de triiodothyronine	La baisse de l'hormone T3 entraîne notamment une intolérance au froid
	Insuffisance hépatique aiguë	Liée à la perturbation de la glycogénèse et à une baisse des enzymes hépatiques
	Hypoglycémie	Taux de glucose plasmatique insuffisant, trouble quasiment constant

Système endocrinien et métabolique (suite) (17), (23), (24), (27), (30), (33)	Hyperglycémie	Taux de glucose plasmatique trop important, surtout observé lors de la phase de renutrition
	Insuffisance rénale fonctionnelle	Induite par une hypokaliémie, une déshydratation, et une diminution de la filtration glomérulaire
	Diabète insipide infra-clinique	Lié à des anomalies de régulation de l'hormone diurétique ou à une insensibilité à son action
	Ostéoporose/ Ostéopénie	Conséquences très fréquentes (plus de 90% des femmes anorexiques adultes présentent une ostéopénie (17)), favorisées notamment par une carence œstrogénique
	Retard de croissance	Lié à une ostéopénie
	Aménorrhée	Conséquence constante chez les patientes anorexiques, elle peut être primaire ou secondaire. Elle est liée à une diminution des sécrétions des hormones gonadiques et potentiellement à certaines dimensions psychologiques. Elle est l'un des derniers symptômes à disparaître.
	Troubles de l'érection	Equivalent de l'aménorrhée dans l'anorexie masculine
	Perte de libido	
Système neurologique (1)	Atrophie cérébrale	
	Troubles de l'humeur	

Tableau 5: Répercussions bucco-dentaires induites par l'anorexie mentale.

EXOBUCCAL (12), (19), (23), (26), (34)		
Asymétrie/Déformation du profil	Sialomégalie	Hypertrophie des glandes salivaires. Dans l'AM, on retrouve notamment une sialomégalie des glandes parotides, qui peut être liée aux vomissements, au stress, à la dépression, et/ou aux carences alimentaires
Atteintes muqueuses	Chéilites angulaires ou perlèches	Lésions cutanées inflammatoires localisées au pli de la commissure des lèvres, souvent bilatérales
ENDOBUCCAL (12), (19), (23), (26), (34), (35)		
Atteintes muqueuses (12), (19), (23), (26), (34)	Erythème généralisé	Ces manifestations peuvent être dues aux carences nutritionnelles, aux vomissements provoqués, à l'environnement buccal acide, à une xérostomie, à une déshydratation et à un éventuel manque d'hygiène bucco-dentaire
	Ulcérations du palais	
	Desquamation de la langue	
Atteintes parodontales (23), (36), (37), (38), (39), (40)	Gingivite	Essentiellement liée à une hygiène bucco-dentaire insuffisante, une xérostomie, la présence d'un stress, et aux carences vitaminiques
	Parodontite	Provoquée ou aggravée par la malnutrition protéino-énergétique et les carences vitaminiques, l'ostéopénie/ostéoporose et les carences œstrogéniques, le stress, le manque d'hygiène, le tabagisme
Atteintes dentaires (41)	Erosions (42), (43), (44), (45)	Causées par l'acidité intrinsèque et/ou extrinsèque, et pouvant entraîner des hypersensibilités dentinaires voire une perte de dimension verticale d'occlusion
	Caries (19), (26), (34)	Favorisées notamment par la diminution du flux salivaire, une hygiène bucco-dentaire insuffisante, les vomissements
Atteintes salivaires (12), (46)	Xérostomie	Sécheresse buccale liée à la prise de psychotropes, au stress, aux carences alimentaires, aux vomissements, au manque de mastication, à la prise de diurétiques et/ou laxatifs

1.8. Prise en charge

1.8.1. Prise en charge globale

La violence que s'infligent les patients anorexiques, tant à leur corps qu'à leur environnement, reflète bien la complexité de cette pathologie où le comportement alimentaire sert à canaliser les angoisses et un mal-être psychologique (6).

La prise en charge doit donc être précoce, globale et multidisciplinaire, en tenant compte non seulement de la symptomatologie alimentaire, mais également de l'état somatique et d'une éventuelle comorbidité psychiatrique (47). Plusieurs professionnels de santé vont donc être impliqués, ce qui nécessite une communication et une coordination au sein de ce réseau de santé.

L'hospitalisation sera parfois nécessaire, cependant, le système ambulatoire est préconisé dans la majorité des cas, car il est désormais démontré que la famille joue un rôle déterminant dans le parcours de soins (48).

Le recours à une association peut être d'une aide précieuse pour les patients et leur entourage, notamment au début de la prise en charge, en apportant des conseils et guider vers différents professionnels de santé (49).

En parallèle de la prise en charge médicale de l'état somatique et du comportement alimentaire pathologique, il est impératif de prendre en compte le patient dans sa globalité et de considérer son mal-être. Différentes approches psychothérapeutiques ainsi que des approches thérapeutiques complémentaires doivent être proposées afin d'aider le patient à se reconstruire (6):

- Rééducation nutritionnelle
- Psychothérapie
- Thérapies à médiation corporelle (danse, yoga, méditation, hypnose, relaxation, etc.) et/ou art-thérapie (50), (51), (52)
- Thérapies cognitives visant à modifier les schémas de pensées automatiques irrationnelles
- Thérapies comportementales proposant des programmes destinés à modifier les comportements qui entravent l'épanouissement personnel
- Groupes de parole, groupes ou lectures sur le développement personnel, etc.

Le pronostic et l'évolution de l'AM vont dépendre de plusieurs facteurs.

Une prise en charge multidisciplinaire précoce et l'adhésion du patient et de son entourage proche sont des facteurs encourageant une issue favorable.

On estime que la mort survient entre 5 et 10% des cas – par complications somatiques ou par suicide – soit une mortalité douze fois supérieure à celle attendue à cette période de la vie (30).

En moyenne, on admet environ un tiers d'évolutions favorables, un tiers d'évolutions intermédiaires, et un tiers d'évolutions défavorables, ces dernières menant à la chronicisation de l'AM sur le long terme ou au décès (53).

L'apparition de nouveaux intérêts, de nouvelles sensations, de nouveaux sentiments,

de nouvelles sensibilités, de changements dans les relations avec soi-même, les autres et les parents, semble être le meilleur critère d'une évolution favorable (21).

1.8.2. Prise en charge au cabinet dentaire

De la même façon que pour le chapitre sur les répercussions bucco-dentaires, nous n'allons pas détailler ici la prise en charge des patients anorexiques au cabinet dentaire, une thèse sur ce sujet ayant été soutenue récemment (1).

Nous pouvons cependant rappeler que la première mission du chirurgien-dentiste est de faire de la prévention et d'informer les patients des conséquences directes et indirectes de l'AM sur sa santé bucco-dentaire.

Le praticien, qui est normalement consulté chaque année pour un contrôle, est également en bonne mesure pour orienter le patient et son entourage vers des médecins spécialisés ou une structure associative.

Le chirurgien-dentiste pourra préconiser des mesures spécifiques pour éviter que l'état bucco-dentaire du patient ne s'aggrave, par la prescription d'une brosse à dents à poils très souples, d'un dentifrice peu abrasif et de bain de bouche enrichi en fluor par exemple. En cas de vomissements provoqués, une gouttière contenant une solution fluorée pourra protéger les dents de l'attaque acide, de même qu'un rinçage à l'eau claire (35), (42).

Les douleurs et l'inconfort des patients doivent bien sûr être soulagés, et l'éventuel préjudice esthétique, notamment dû aux érosions et à la potentielle perte de dimension verticale d'occlusion (DVO), doit faire l'objet d'une attention particulière. L'évolution des techniques minimalement invasives grâce aux collages et les nouveaux concepts de préservation tissulaire dont le plus connu : « no post, no crown » de Pascal Magne, permettent aujourd'hui de restaurer des dents usées par les érosions même à un stade très avancé (42).

1.8.3. Place du chirurgien-dentiste dans la prise en charge multidisciplinaire

Les patients anorexiques ayant une faible estime d'eux-mêmes, l'un des buts de la prise en charge globale est d'améliorer le jugement qu'ils ont d'eux-mêmes. Or, il est reconnu que les douleurs et/ou inconforts bucco-dentaires ainsi qu'un aspect du sourire jugé inesthétique par les patients eux-mêmes ont un impact négatif sur leur bien-être, leur estime d'eux-mêmes, et leur qualité de vie (54). Il est donc important d'intégrer le chirurgien-dentiste dans cette prise en charge multidisciplinaire.

De plus, la collaboration avec le corps médical en charge des patients permet au chirurgien-dentiste de prévenir ou d'intercepter d'éventuelles conséquences dues à certains traitements, notamment les psychotropes ou les boissons hypercaloriques (55).

Il n'est pas nécessaire d'être spécialisé dans la prise en charge des patients anorexiques ou d'exercer en milieu hospitalier. Le fait d'entrer en contact avec le médecin référent du patient peut suffire pour qu'une communication et une

coordination se mettent en place, tout comme pour un patient atteint d'une autre maladie.

2. Enquête de santé à propos des connaissances et de la prise en charge des patients anorexiques par les chirurgiens-dentistes de Haute Normandie

2.1. Objectif

Comme dit précédemment, aucune étude concernant la prise en charge des patients anorexiques par les chirurgiens-dentistes n'a à ce jour été menée en France.

L'objectif de cette enquête auprès des praticiens de Haute Normandie est donc de décrire leurs connaissances et leurs attitudes en matière de prise en charge des patients anorexiques, et d'évaluer s'il existe un besoin d'informations complémentaires.

2.2. Méthodes

2.2.1. Support de l'enquête

Le questionnaire de l'enquête, comprenant sept parties, a été élaboré avec l'aide des Docteurs OLEJNIK et BLAIZOT, toutes deux membres de ce jury de thèse. La mise sous format numérique a été réalisée par le Service Informatique de l'Université de Lille 2 (questionnaire disponible en annexe 1).

Il s'agit d'une enquête observationnelle anonyme menée entre le 01/01/2017 et le 30/04/2017.

2.2.2. Mode de recueillement des informations

Pour le département de l'Eure, le questionnaire a été distribué aux chirurgiens-dentistes par mailing via le Conseil de l'Ordre Départemental.

En Seine Maritime, le questionnaire a été mis en ligne sur le site du Conseil de l'Ordre Départemental.

Deux mois après sa mise en ligne, aucune réponse au questionnaire n'ayant été relevée dans ce département, les cabinets d'environ 150 chirurgiens-dentistes figurant dans les Pages Jaunes ont été appelés. Pour la plupart, c'est l'assistante dentaire qui prenait l'appel et faisait passer le message au chirurgien-dentiste.

Le nombre de réponses restant, malgré ce phoning, assez faible, un porte-à-porte s'est déroulé le Mercredi 29 Mars. Un document avec la marche à suivre pour accéder au questionnaire sur le site du Conseil de l'Ordre, consultable en annexe 2, a été distribué dans 25 cabinets de la ville de Rouen et a par la suite été transmis aux praticiens adhérant à l'Organisation Départementale de Formation Odontologique Continue de la Seine Maritime (ODFOC 76).

2.2.3. Saisie et analyse des données

Les données ont tout d'abord été exportées dans un tableau Excel, puis analysées sous R version 3.4.1. R est un logiciel de statistiques et de graphiques largement utilisé par les statisticiens pour exploiter et analyser des données provenant de sondages, d'enquêtes, et de la littérature scientifique. R est disponible gratuitement sous la GNU General Public License.

Les analyses ont été effectuées grâce aux packages {ggplot2}⁵, {FactoMineR}⁶, {Factoextra}⁷, {corrplot}⁸ du système R.

Des Analyses de Correspondances Multiples (MCA), ont été utilisées pour détecter et représenter des catégories nominales sous-jacentes d'un ensemble de données qualitatives. La lecture de tels graphiques sera expliquée en détails dans la partie Résultats.

Afin d'analyser les différences suivant les variables explicatives présentées ci-après, nous avons utilisés plusieurs tests statistiques adaptés :

- Des **MANOVA** ont été utilisées pour quantifier les différences suivant les variables explicatives sur les axes sélectionnés des MCA. Elles permettent de tester la significativité des regroupements observés sur les représentations graphiques des MCA. Les conditions d'application du modèle, c'est-à-dire le test de normalité des résidus et le test d'indépendance ont été respectées.
- Des **Modèles Linéaires Généralisés (GLM)** suivant une **loi binomiale** ont été réalisés pour étudier les différences en fonction des variables explicatives pour les questions isolées (Oui/Non), c'est-à-dire pour « Attitude générale des praticiens face à un patient dont le diagnostic de l'AM est établi » et « Ressenti de la difficulté de prise en charge des patients anorexiques par les chirurgiens-dentistes ».
- Enfin, lorsque les données se présentaient sous forme de comptage, comme « Importance du rôle du chirurgien-dentiste », dont les attributions allaient de 0 à 3, des **GLM** suivant une **loi Poisson** ont été réalisés.

Le seuil de significativité a été fixé à 5% ($p < 0,05$).

Toute la saisie et l'analyse des données de cette étude ont été réalisées en collaboration avec Simon POTIER, doctorant du CNRS et chercheur en écologie à l'Université de Lund en Suède.

2.2.4. Variables étudiées

Plusieurs variables explicatives seront étudiées, notamment l'effet du sexe, de l'âge, de la structure d'exercice et/ou de l'existence d'un enseignement concernant la pathologie lors de la formation initiale ou de formations complémentaires, sur les réponses données par les praticiens.

⁵ {ggplot2} : package du système R développé par Wickham, H. en 2016, permettant de réaliser des graphiques d'analyses de données

⁶ {FactoMineR} : package du système R développé par Husson, F., Josse, J., Le, S., Mazet, J., & Husson, M. F. en 2017.

⁷ {Factoextra} : package du système R développé par Kassambara, A. et Mundt, F. en 2016, permettant d'extraire et de visualiser des résultats d'analyses multivariées.

⁸ {corrplot} : package du système R développé par Wei, T. et Simko, V en 2013, permettant la visualisation de matrices de corrélation pour les analyses multivariées.

2.3. Résultats

Nous allons dans un premier temps exposer l'analyse descriptive des résultats de l'étude.

Dans un second temps nous tenterons, grâce à des analyses multivariées, de mettre en relation les différents résultats et d'observer les interactions et les effets des variables explicatives sur les réponses des praticiens.

Certains résultats et représentations graphiques, jugés secondaires pour l'intérêt de l'étude, seront à disposition en annexe 3.

2.3.1. Analyse descriptive

100 chirurgiens-dentistes ont participé à l'étude (N=100) et aucune donnée manquante n'a été relevée.

Les tableaux 6 à 11 regroupent les différentes réponses de l'échantillon. Les données en **gras** soulignent les effectifs et les fréquences les plus importants.

➤ Profil des participants

Les caractéristiques des participants sont regroupées dans le tableau 6.

Tableau 6: Caractéristiques des participants.

	Effectif	Fréquence (N=100)
Sexe (N=100)		
Femmes	54	54%
Hommes	46	46%
Tranche d'âge (N=100)		
< 30 ans	19	19%
30 - 39 ans	15	15%
40 - 49 ans	21	21%
50 - 59 ans	30	30%
>= 60 ans	15	15%
Ancienneté d'expérience (N=100)		
1 - 10 ans	27	27%
11 - 20 ans	20	20%
21 - 30 ans	29	29%
31 - 40 ans	24	24%
Département d'exercice (N=100)		
Eure	20	20%
Seine Maritime	80	80%
Structure d'exercice (N=100)		
Cabinet privé	88	88%
Milieu hospitalier	3	3%
Les 2	5	5%
Autre(s)	4	4%

Faculté (N=100)		
Reims	41	41%
Lille	19	19%
Paris	18	18%
Montpellier	5	5%
Rennes	4	4%
Bordeaux	3	3%
Nantes	2	2%
Lyon	2	2%
Pays étranger	5	5%
Enseignement sur l'AM lors de la formation initiale (N=100)		
Oui	12	12%
Non	84	84%
Je ne sais pas	4	4%
Si oui, enseignement ressenti suffisant (N=12)		
Oui	2	17%
Non	9	75%
Je ne sais pas	1	8%
Enseignement sur l'AM lors d'une formation complémentaire (N=100)		
Oui	7	7%
Non	87	87%
Je ne sais pas	6	6%
Si oui, enseignement ressenti suffisant (N=7)		
Oui	1	14%
Non	4	57%
Je ne sais pas	2	29%
Informations concernant l'AM obtenues par d'autres biais (N=100)		
Oui	49	49%
Non	49	49%
Je ne sais pas	2	2%
Si oui, types de sources (plusieurs réponses possibles) (N=49)		
Entourage	27	55%
Médias	29	59%
Revue scientifique/médicale	24	49%
Revue spécialisée en odontologie	12	24%
Magazines (mode, beauté, santé, etc.)	12	24%
Autre(s)	6	12%

Nous pouvons observer que l'échantillon est équilibré en ce qui concerne le **sexe** puisque 54 femmes et 46 hommes ont participé à l'étude.

En ce qui concerne l'**âge** des praticiens, des tranches d'âge ont été établies par

dizaines d'années. La répartition est également plutôt équilibrée, avec cependant une prédominance de la tranche d'âge [50–59 ans]. Nous verrons par la suite que pour les tests statistiques, ces cinq tranches d'âge ont été réduites au nombre de trois : [<30 ans], [30-50 ans] et [>50 ans].

Dans le questionnaire, l'**ancienneté d'exercice** était à réponse libre. Nous avons ici regroupé les réponses en tranches de dizaines d'années pour faciliter la lecture. Nous pouvons observer que la répartition est plutôt homogène.

Le **département** de la Seine Maritime est bien plus représenté que celui de l'Eure.

Concernant la **structure d'exercice**, nous avons eu sept réponses « Autre(s) ». Parmi celles-ci, trois correspondaient à un exercice en cabinet privé : cabinet de campagne péri-urbain, cabinet de village, et cabinet en milieu rural.

Nous avons donc modifié l'appellation de la structure « cabinet de ville » par « cabinet privé », et intégré ces trois réponses à ce type de structure.

La majorité des praticiens de l'échantillon exerce en cabinet privé.

Les quatre réponses dans « Autre(s) » sont : Retraite, Cabinet de mutualité [x2], et Maison de santé.

En ce qui concerne la **faculté**, la réponse était également libre. Nous avons regroupé les réponses par ville afin d'alléger la lecture des résultats. Les principales facultés représentées dans cette étude sont celles de Reims, Lille et Paris.

Les cinq pays étrangers représentés dans l'échantillon sont le Brésil, le Portugal, la Belgique, la Roumanie et la Hongrie.

84% des participants n'ont pas reçu d'enseignements sur l'anorexie mentale lors de leur **formation initiale**. Parmi les 12% qui ont bénéficié de tels enseignements, seuls 17% les ont trouvés suffisants pour prendre en charge les patients anorexiques de façon optimale.

Les **formations complémentaires** qui ont apporté un enseignement sur l'anorexie mentale à sept praticiens sont :

- Diplôme Universitaire de Sexologie et Santé Publique à Paris VII [x1]
- Formations de la Société Odontologique de Paris (SOP) [x4], dont 2 formations sur les usures dentaires
- Formation sur les usures dentaires érosives [x1]
- Formation sur le Cerec [x1].

Cependant, seul un praticien a estimé l'enseignement reçu dans le cadre d'une formation de la SOP sur les usures dentaires suffisant pour prendre en charge les patients anorexiques de façon optimale.

Concernant les **sources d'informations** sur l'anorexie mentale autres que les cursus universitaires et/ou les formations complémentaires, les praticiens ont majoritairement sélectionné l'entourage, les médias, et les revues scientifiques/médicale. Dans la catégorie « Autre(s) », nous retrouvons :

- Formation à la Société de Psychologie Odontostomatologique et Médicale [x1]
- Internet [x3]

- Médecin [x2].

➤ **Connaissances sur l'anorexie mentale**

Le tableau 7 regroupe les connaissances générales des praticiens concernant l'anorexie mentale.

Tableau 7: Connaissances générales des praticiens à propos de l'anorexie mentale.

	Effectif	Fréquence (N=100)
Les patients anorexiques :		
1 -		
Ne mangent pas parce qu'ils n'ont pas d'appétit	19	19%
Ne mangent pas parce qu'ils luttent contre la faim	74	74%
Je ne sais pas	7	7%
2 -		
Ne se font jamais vomir	5	5%
Se font parfois vomir	74	74%
Se font toujours vomir	19	19%
Je ne sais pas	2	2%
3 -		
Ne pratiquent en général pas d'activités physiques	15	15%
Pratiquent souvent une activité physique soutenue/intensive	55	55%
Pratiquent toujours une activité physique soutenue/intensive	11	11%
Je ne sais pas	19	19%
4 -		
Sont souvent dans le déni de leur pathologie	81	81%
Reconnaissent leur pathologie le plus souvent	15	15%
Je ne sais pas	4	4%
5 -		
Ne consomment jamais de laxatifs et/ou diurétiques	2	2%
Consomment parfois des laxatifs et/ou diurétiques de manière abusive	64	64%
Abusent toujours de laxatifs et/ou diurétiques	8	8%
Je ne sais pas	26	26%
6 -		
Sont souvent en difficulté dans le milieu scolaire ou professionnel	29	29%
Excellent souvent dans le milieu scolaire ou professionnel	47	47%
Je ne sais pas	24	24%
7 -		
Ont tendance à se trouver trop gros	91	91%

Ont tendance à se trouver trop mince	3	3%
Je ne sais pas	6	6%
8 -		
Ont souvent une vie sociale riche et épanouie	11	11%
Se trouvent souvent en situation d'isolement social	65	65%
Je ne sais pas	24	24%
Part d'hommes et de femmes touchés par l'anorexie mentale		
1 homme pour 9 femmes	86	86%
1 homme pour 1 femme	1	1%
1 femme pour 9 hommes	7	7%
1 homme pour 2 femmes	6	6%
Tranche d'âge la plus touchée par l'anorexie mentale		
0-5 ans	0	0%
6-15 ans	3	3%
16-25 ans	92	92%
26-35 ans	5	5%
36 ans et plus	0	0%
Comorbidités psychiatriques fréquentes de l'anorexie mentale (3 réponses possibles)		
Addictions	61	61%
Schizophrénie	1	1%
Troubles anxieux et dépressifs	78	78%
Trouble bipolaires	13	13%
Trouble paranoïaques	6	6%
Troubles dépressifs	54	54%
Troubles pervers-narcissiques	10	10%
Troubles obsessionnels compulsifs	54	54%
Principales complications de l'anorexie mentale sur l'état de santé général (3 réponses possibles)		
Troubles cardiaques	39	39%
Troubles immunitaires	37	37%
Troubles rénaux	33	33%
Ostéoporose/ostéopénie	40	40%
Troubles pulmonaires	2	2%
Troubles hépatiques	14	14%
Perturbations hématologiques	37	37%
Troubles hormonaux	81	81%

Les résultats concernant les comportements des patients anorexiques sont plutôt tranchés. Selon la majorité des praticiens, les patients anorexiques se comporteraient donc de la manière suivante :

- Ils ne mangent pas parce qu'ils luttent contre la faim ;
- Ils se font parfois vomir ;
- Ils pratiquent souvent une activité physique soutenue/intensive ;

- Ils sont souvent dans le déni de leur pathologie ;
- Ils consomment parfois des laxatifs et/ou diurétiques de manière abusive ;
- Ils excellent souvent dans le milieu scolaire ou professionnel ;
- Ils ont tendance à se trouver trop gros ;
- Ils se trouvent souvent en situation d'isolement social.

L'anorexie mentale, selon 86% du panel, toucherait neuf fois plus souvent les femmes que les hommes, et 92% des praticiens présument qu'elle atteindrait majoritairement la tranche d'âge 16-25 ans.

Les addictions, les troubles anxieux et dépressifs, les troubles dépressifs et les troubles obsessionnels compulsifs seraient, selon les praticiens de l'échantillon, les principales comorbidités psychiatriques de l'anorexie mentale.

Concernant les complications somatiques les plus fréquentes, les troubles hormonaux ont été les plus souvent sélectionnés par les praticiens (81%), suivis par l'ostéoporose/ostéopénie (40%) et par les troubles cardiaques (39%). Les troubles immunitaires et rénaux se positionnent juste derrière, avec respectivement 37% et 33%.

➤ **Suspicion d'anorexie mentale au cabinet dentaire**

Le tableau 8 réunit les réponses des praticiens interrogés concernant leur attitude lorsqu'ils suspectent une anorexie mentale chez un patient, ainsi que les signes bucco-dentaires qui les orientent vers le dépistage de la pathologie.

Tableau 8: Attitude des praticiens lorsqu'ils suspectent une anorexie mentale chez un patient.

	Effectif = Fréquence (N=100)
Lorsque les praticiens suspectent une anorexie mentale chez un patient :	
1 - Ils l'interrogent sur la ou les causes de cette maigreur	
Oui	34
Non	66
2 - Ils l'interrogent sur son poids et/ou son Indice de Masse Corporelle (IMC)	
Oui	19
Non	81
3 - Ils l'interrogent sur ses habitudes alimentaires	
Oui	80
Non	20
4 - Ils lui demandent directement s'il souffre d'anorexie	
Oui	15
Non	85
5 - Ils n'abordent pas le sujet de sa maigreur	
Oui	31

Non	69
6 - Ils recherchent des signes physiques pouvant conforter leur impression	
Oui	81
Non	19
7 - Ils l'interrogent sur les éventuels traitements médicamenteux ou un éventuel suivi par un médecin	
Oui	90
Non	10
8 - Ils l'interrogent sur son milieu scolaire ou professionnel, son contexte familial	
Oui	44
Non	56
9 - Ils l'orientent vers un médecin pour un bilan médical	
Oui	58
Non	42
Retentissements bucco-dentaires de l'anorexie mentale pouvant orienter vers le dépistage de la pathologie (3 réponses possibles)	
Lésions carieuses	72
Xérostomie	21
Ulcérations et/ou érythèmes des muqueuses	27
Infections salivaires	0
Lésions érosives	71
Chéilite angulaire	2
Atteintes parodontales (gingivite, parodontite)	54
Desquamation des papilles linguales	21

En cas de suspicion d'anorexie mentale chez un patient, la majeure partie des praticiens ne l'interroge pas sur la ou les causes de sa maigreur (66%), ni sur son poids ou son IMC (81%). 85% de l'échantillon ne lui demandent pas directement s'il souffre d'anorexie, et 69% n'abordent pas le sujet de sa maigreur.

En revanche, 80% du panel l'interrogent sur ses habitudes alimentaires, 90% l'interrogent sur l'existence de traitements médicamenteux ou d'un suivi médical, et 81% recherchent des signes physiques qui pourraient appuyer leur impression.

Les réponses aux deux derniers items sont moins tranchées. 56% des praticiens n'interrogent pas le patient sur son milieu scolaire ou professionnel, et 58% l'orientent vers un médecin pour réaliser un bilan médical.

En ce qui concerne les principaux signes bucco-dentaires qui pourraient orienter les praticiens dans le dépistage de l'anorexie mentale, les lésions carieuses, les lésions érosives, et les atteintes parodontales sont les plus sélectionnées.

➤ Conduite des soins chez les patients anorexiques

Le tableau 9 regroupe, selon leur propre perception, l'attitude adoptée par les praticiens, ainsi que les soins qu'ils mettent en place et les conseils d'hygiène bucco-dentaire qu'ils prodiguent aux patients diagnostiqués anorexiques.

Tableau 9: Attitude et conduite des soins des praticiens face à un patient diagnostiqué anorexique.

	Effectif = Fréquence (N=100)
Attitude la plus souvent adoptée face à un patient anorexique (plusieurs réponses possibles)	
Directive, afin de le pousser à modifier ses comportements	0
Sans jugement, afin d'établir une relation de confiance	72
Motivationale, afin de l'encourager dans sa prise en charge	65
Moralisatrice, afin de lui faire prendre conscience de la gravité de sa maladie	3
Conduite des soins des praticiens pour un patient anorexique	
1 - Ils préfèrent l'adresser à un confrère ou dans un service odontologique hospitalier	
Oui	11
Non	80
Je ne sais pas	9
2 - Ils lui prodiguent des conseils d'hygiène bucco-dentaire adaptés	
Oui	99
Non	1
Je ne sais pas	0
3 - Ils lui prodiguent des conseils alimentaires adaptés	
Oui	58
Non	33
Je ne sais pas	9
4 - Ils n'entament aucun soin tant que ses symptômes alimentaires n'ont pas disparu	
Oui	2
Non	96
Je ne sais pas	2
5 - Ils mettent en place les soins conservateurs, prothétiques et parodontaux « définitifs » même si une prise en charge globale de l'anorexie n'a pas été initiée	
Oui	36
Non	50
Je ne sais pas	14

6 - Ils ne réalisent que des soins conservateurs, prothétiques et parodontaux temporaires tant qu'une prise en charge globale de l'anorexie n'a pas été initiée	
Oui	50
Non	36
Je ne sais pas	14
7 - Ils privilégient des soins prothétiques plutôt que des soins conservateurs à minima, afin d'éviter les récives de lésions carieuses et/ou érosives	
Oui	1
Non	82
Je ne sais pas	17
8 - Ils privilégient des soins conservateurs à minima plutôt que des soins prothétiques, afin d'éviter un délabrement dentaire trop important	
Oui	73
Non	10
Je ne sais pas	17
9 - Ils programment un suivi bucco-dentaire régulier	
Oui	98
Non	2
Je ne sais pas	0
10 - Ils n'hésitent pas à proposer des implants en présence d'un ou de plusieurs édentements s'il n'existe pas d'autres pathologies ou de contre-indications connues	
Oui	21
Non	57
Je ne sais pas	22
11 - Ils réfléchissent à la mise en place d'un traitement par antibiotiques en amont des séances thérapeutiques	
Oui	3
Non	81
Je ne sais pas	16
12 - Ils réfléchissent à adapter tout traitement médicamenteux qu'ils prescrivent	
Oui	54
Non	33
Je ne sais pas	13
Conseils d'hygiène bucco-dentaire les plus souvent prodigués (3 réponses possibles) :	
Mâcher un chewing-gum au xylitol	10
Utiliser une brosse à dents à poils très souples	51

Utiliser un bain de bouche à base de fluorure de sodium ou de bicarbonate de sodium	29
Utiliser du fil dentaire et/ou des brossettes inter-dentaires en complément du brossage	27
Utiliser un dentifrice non abrasif et enrichi en fluor	62
Attendre au moins 30 minutes après des vomissements avant de se brosser les dents	41
Utiliser de la salive artificielle	1
Se rincer la bouche avec de l'eau après des vomissements ou la prise d'aliments et/ou de boissons acides	67

Face à un patient anorexique, 72% des praticiens estiment que leur attitude est sans jugement, afin de créer une relation de confiance. Une attitude motivationnelle serait adoptée par 65% d'entre eux.

Concernant la prise en charge bucco-dentaire, une majorité des praticiens :

- Lui prodigue des conseils d'hygiène bucco-dentaire (99%) ;
- Lui prodigue des conseils alimentaires adaptés (58%) ;
- Débute les soins même si les symptômes alimentaires sont présents (96%) ;
- Ne réalise que des soins temporaires tant qu'aucune prise en charge globale n'a été initiée (50%) ;
- Privilégie des soins conservateurs *a minima* (73%) ;
- Met en place un suivi régulier ((98%) ;
- Réfléchit à adapter ses prescriptions (54%).

80% des praticiens n'adressent pas le patient à un confrère spécialisé ou à un service hospitalier, 50% ne réalisent pas de soins « définitifs » tant qu'une prise en charge de la pathologie n'a pas été initiée, 82% ne privilégient pas les soins prothétiques par rapport aux soins conservateurs, 81% n'envisagent pas de mettre en place d'antibioprophylaxie en amont des séances de soins, et 57% ont répondu négativement à l'item « Vous n'hésitez pas à proposer des implants en présence d'un ou de plusieurs édentements s'il n'existe pas d'autres pathologies ou de contre-indications connues ».

Les trois conseils d'hygiène bucco-dentaires les plus prodigués par l'échantillon sont :

- Se rincer la bouche avec de l'eau après des vomissements ou la prise d'aliments et/ou de boissons acides (67%) ;
- Utiliser un dentifrice non abrasif et enrichi en fluor (62%) ;
- Utiliser une brosse à dents à poils très souples (51%).

➤ **Ressenti sur la prise en charge des patients anorexique**

Le tableau 10 regroupe les réponses des praticiens aux questions concernant leur ressenti sur la prise en charge des patients anorexiques.

Tableau 10: Ressenti des praticiens concernant la prise en charge des patients anorexiques.

	Effectif = Fréquence (N=100)
Fréquence de prise en charge de patients anorexiques par les praticiens (N=100)	
Non, jamais	22
Oui, entre 1 et 9 par an	69
Oui, entre 10 et 29 par an	0
Oui, plus de 30 par an	0
Je ne sais pas	9
Evaluation de la difficulté de prise en charge d'un patient anorexique (N=69)	
Facile ou très facile	8
Moyennement facile	24
Un peu difficile	23
Difficile ou très difficile	14
Scores donnés par les praticiens à leur propre rôle (0 = aucune importance ; 1 = peu important ; 2 = important ; 3= très important) (N=100)	
1 - Dans le dépistage de l'anorexie mentale	
0	8
1	37
2	45
3	10
1 - Dans la prévention des conséquences bucco-dentaires de l'anorexie mentale	
0	1
1	4
2	28
3	67
3 - Dans l'orientation des patients vers des médecins spécialisés, des réseaux de santé, des associations, etc.	
0	1
1	32
2	53
3	14
4 - Dans le suivi et l'encouragement des patients au cours de leur prise en charge	
0	1

1	19
2	60
3	20
Implication dans un réseau de santé pour la prise en charge d'un patient anorexique	
Oui	4
Non	96
Pertinence de la place du chirurgien-dentiste dans un réseau de santé selon les praticiens	
Oui	73
Non	4
Je ne sais pas	23
Connaissance de l'existence d'associations ou de réseaux de santé	
Oui	5
Non	95

69% des praticiens interrogés ont reçu au cabinet entre 1 et 9 patients anorexiques par an. Parmi eux, 24% ont évalué cette prise en charge « Moyennement facile », et 23% « Un peu difficile ».

Il leur a été demandé d'évaluer l'importance du rôle du chirurgien-dentiste dans plusieurs étapes de la prise en charge globale des patients anorexiques, en sélectionnant un score allant de 0 « Aucune importance » à 3 « Très important ». Voici les scores les plus importants pour chaque item :

- Dépistage : 2 (45%) ;
- Prévention : 3 (67%) ;
- Orientation : 2 (53%) ;
- Suivi : 2 (60%).

96% des praticiens n'ont jamais été intégrés à la prise en charge globale des patients anorexiques avec le reste du corps médical, cependant, 73% pensent que le chirurgien-dentiste a une place dans un tel réseau de santé.

95% n'ont pas connaissance de réseaux de santé ou d'associations proposant de l'aide et/ou une prise en charge aux patients anorexiques et à leur entourage.

➤ **Souhait des praticiens d'obtenir plus d'informations**

Le tableau 11 réunit les réponses des praticiens aux questions concernant leur souhait d'obtenir plus d'informations sur l'anorexie mentale.

Tableau 11: Désir des praticiens d'obtenir plus d'informations sur l'anorexie mentale.

	Effectif	Fréquence
Souhait des praticiens d'être mieux informés sur l'anorexie mentale et les autres troubles du comportement alimentaire (N=100)		
Oui	78	78%
Non	22	22%

Aspect sur lesquels les praticiens souhaitent obtenir plus d'informations (N=78)		
Psychopathologie	37	47%
Conséquences sur l'état de santé général	41	53%
Conséquences bucco-dentaires	57	73%
Prise en charge globale	48	62%
Existence de réseau(x) de santé ou d'association(s) autour de vous	44	56%
Prévention des retentissements bucco-dentaires	39	50%
Traitements bucco-dentaires spécifiques	58	74%
Approches non conventionnelles complémentaires à la prise en charge globale (telles que l'art-thérapie, le yoga, la méditation, les massages, la danse, l'hypnose, etc.)	16	20%
Autre(s)	1	1%
Désir de participation à une soirée de conférences sur le thème de l'anorexie mentale et des autres troubles du comportement alimentaire (N=100)		
Oui	59	59%
Non	18	18%
Je ne sais pas	23	23%
Souhait d'obtenir des renseignements sur ces pathologies par d'autres sources d'informations (N=18)		
Oui	7	39%
Non	7	39%
Je ne sais pas	4	22%

78% des praticiens aimeraient être mieux informés sur l'anorexie mentale, notamment à propos des traitement bucco-dentaires (74%), des conséquences bucco-dentaires (73%), de la prise en charge globale (62%), de l'existence de réseaux de santé ou d'associations (56%), des conséquences sur l'état de santé général (53%), et de la prévention des retentissements bucco-dentaires (50%).

59% du panel seraient intéressés par une soirée de conférences sur le thème de l'anorexie mentale et des autres TCA, et parmi les 18% non intéressés, 39% souhaiteraient tout de même obtenir des informations par d'autres sources dont :

- Mail ;
- Journaux professionnels (notamment Information Dentaire) ;
- Littérature scientifique ;
- Livret récapitulatif.

2.3.2. Analyses multivariées

Les graphiques et tests statistiques qui vont suivre vont nous permettre de préciser si les variables explicatives citées précédemment ont une influence sur les réponses des praticiens.

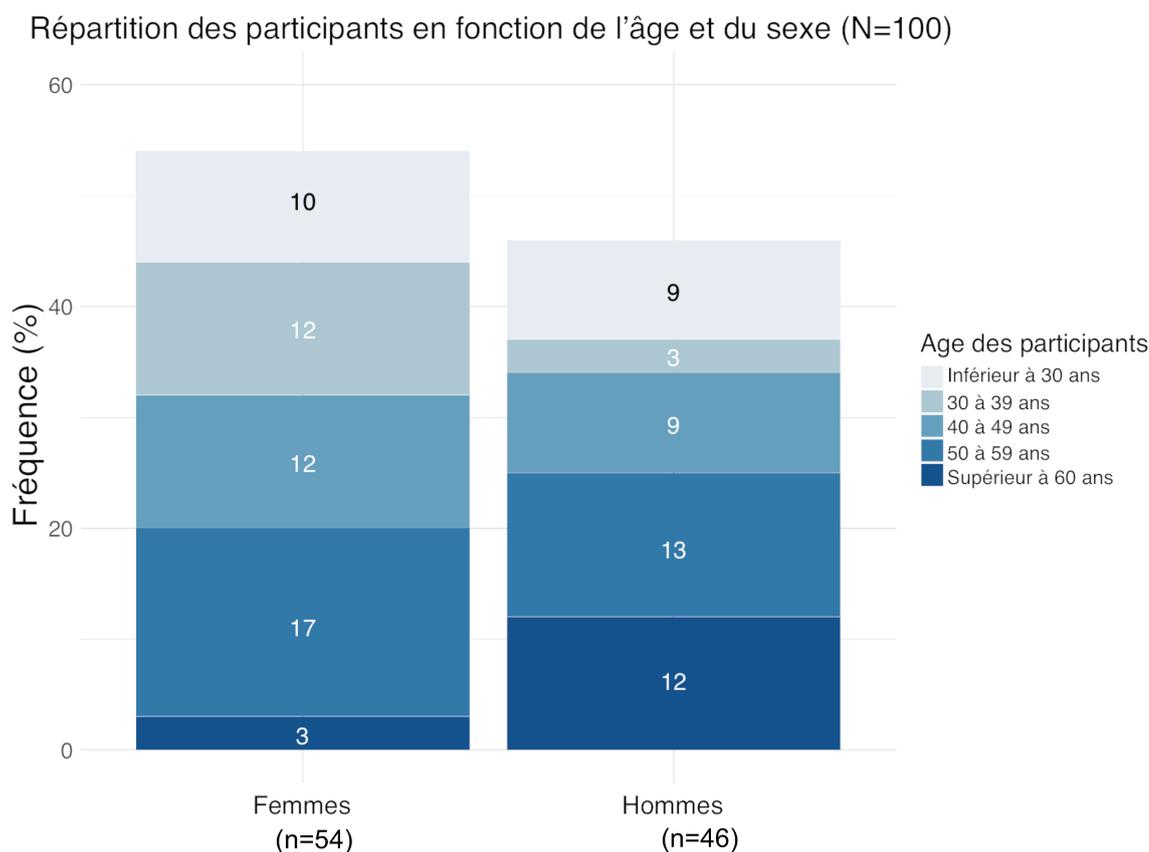


Figure 1: Répartition des praticiens en fonction de leur sexe et de leur tranche d'âge (N=100).

La figure 1 nous expose la répartition des âges en fonction du sexe des praticiens de l'échantillon. Les différences les plus importantes se situent dans la tranche [30-39 ans], pour laquelle les femmes sont en plus grande proportion, et dans la tranche [> 60 ans] pour laquelle ce sont les hommes qui sont les plus représentés.

Dans la suite des études multivariées, nous avons réalisé des tests statistiques en réduisant ces cinq classes d'âge au nombre de trois, afin d'augmenter les effectifs par groupe. Les résultats étant plus significatifs avec trois classes qu'avec cinq, nous avons donc décidé de conserver ces nouvelles tranches d'âge :

- [< 30 ans] : 19 praticiens dont 10 femmes et 9 hommes
- [30 – 50 ans] : 36 praticiens dont 24 femmes et 12 hommes
- [> 50 ans] : 45 praticiens dont 20 femmes et 25 hommes.

Pour établir ces nouvelles classes d'âge, nous nous sommes inspirés d'études réalisées auprès de professionnels de santé (56).

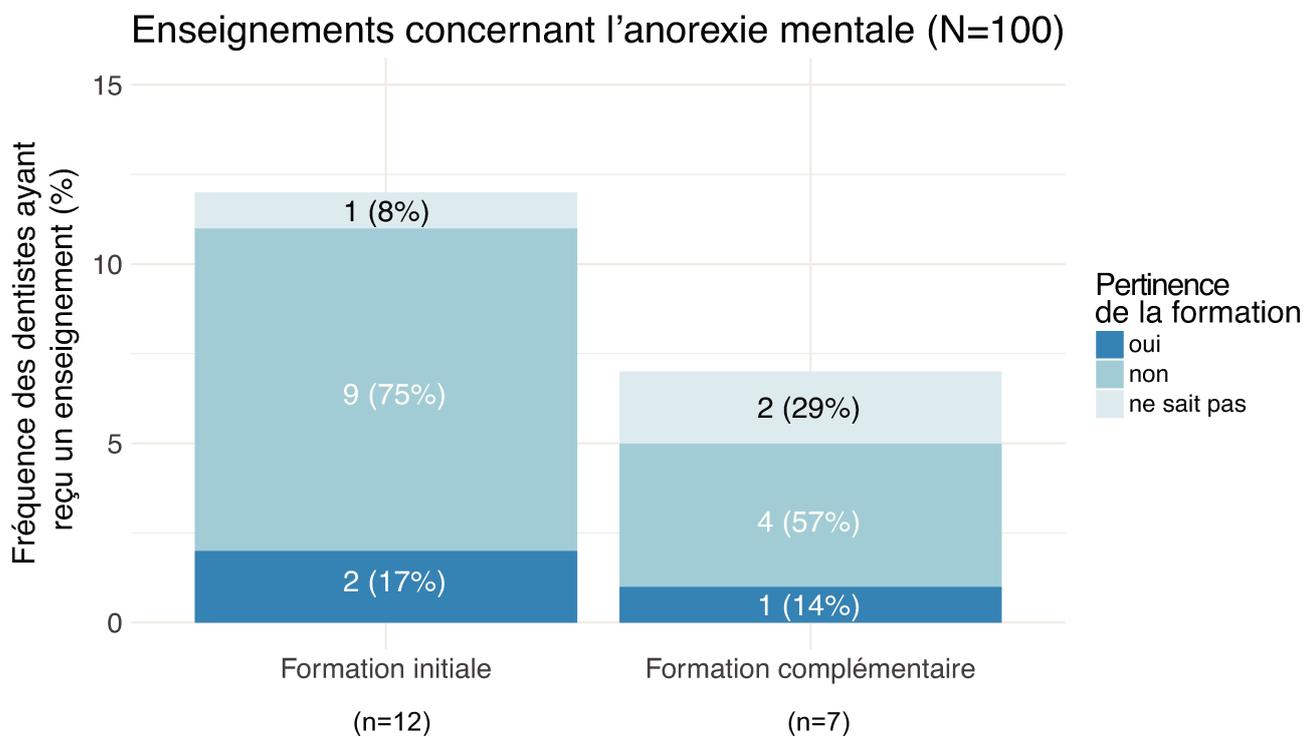


Figure 2: Enseignement concernant l'anorexie mentale lors des formations des chirurgiens-dentistes et part du ressenti positif sur la suffisance des informations reçues pour une prise en charge optimale (N=100).

La figure 2 regroupe les praticiens qui ont reçu un enseignement concernant l'anorexie mentale lors de leur(s) formation(s), et parmi eux, ceux qui ont jugé cet enseignement suffisant pour prendre en charge les patients anorexiques de façon optimale.

Le constat est qu'une très faible proportion de praticiens considère les enseignements sur l'anorexie mentale suffisants pour prendre en charge ce type de patients.

➤ Analyses multivariées utilisant des MANOVA

• Comportements des patients anorexiques

Afin de tester les différences de résultats en fonction des variables Sexe, Âge et Formation, nous avons utilisé des MANOVA (analyses de variance multivariées), qui nous permettent d'obtenir les représentations graphiques ci-après.

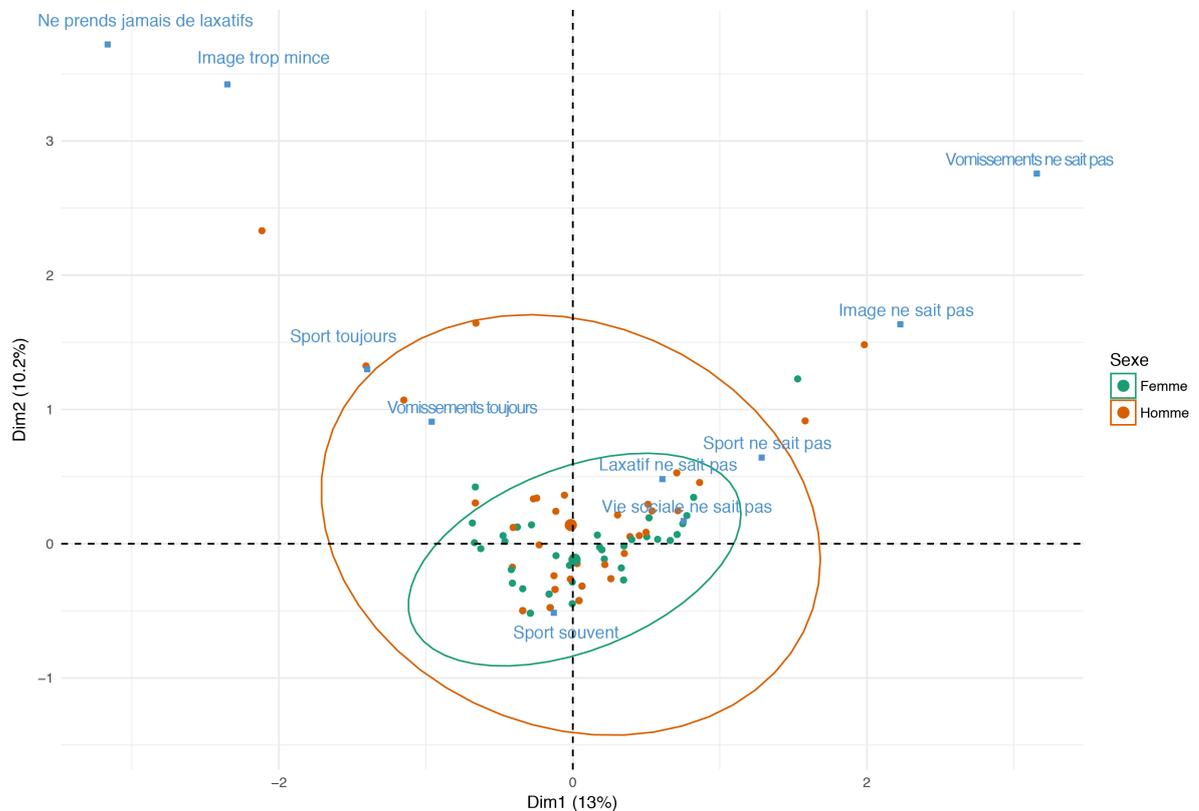


Figure 3: Comportements hypothétiques types des patients anorexiques selon le sexe des praticiens (N=100) analysés par MANOVA. Les carrés bleus représentent les items qui interviennent le plus dans la variance des réponses des praticiens. Les points verts et rouges représentent les réponses données par les praticiens selon leur sexe, soit respectivement les femmes et les hommes. Les ellipses verte et rouge englobent 95% des réponses à l'ensemble des items données respectivement par les femmes et les hommes. Les réponses sur les comportements hypothétiques types sont significativement différentes entre celles données par les femmes et les hommes ($p=0,031$).

Nous avons testé la variance des résultats à propos des comportements hypothétiques types des patients anorexiques en fonction du sexe des praticiens (figure 3).

Tout d'abord, nous allons détailler la manière de lire les graphiques obtenus à partir des analyses MANOVA en analysant le graphique présenté en figure 3.

Lorsque nous rentrons le jeu de données dans le système R, celui-ci établit un certain nombre de dimensions dans l'espace selon lesquelles les résultats varient. Dans le cas présent, nous avons dix dimensions. Ceci étant impossible à représenter graphiquement, les deux dimensions expliquant les plus grandes différences entre les individus sont sélectionnées et représentées par les axes en

pointillés (axes Dim1 et Dim2). Ces deux dimensions expliquent 23,2% de la variance totale des réponses de l'échantillon, respectivement 13% pour la dimension 1 et 10,2% pour la dimension 2. Le taux de variance expliquée n'est donc pas très élevé, mais cela est lié au fait que la variance totale est très importante et que les questions comportaient beaucoup de propositions de réponses. Le jeu de données est donc très conséquent.

Les items pour lesquels il y a le plus de différences de réponses sont représentés par des carrés bleus. Les items les plus éloignés des dimensions sont ceux qui n'ont récoltés que très peu de votes de la part des praticiens, mais qui ont un impact sur les différences entre les femmes et les hommes, comme par exemple l'item « Ne prend jamais de laxatifs » (2 votes), « Image trop mince » (3 votes) ou « Vomissements ne sait pas » (2 votes).

Plus ils se rapprochent des dimensions, plus ils ont été sélectionnés, mais ils influencent encore assez la variance des résultats pour être représentés. Par exemple « Vomissements toujours » ou « Sport souvent » (19 votes chacun).

En revanche, ceux qui ne jouent pas sur les différences entre les femmes et les hommes, comme « Image trop gros » (91 votes) ou « Vomissements parfois » (74 votes), ne sont pas représentés puisqu'ils se superposeraient tous au croisement des deux dimensions.

Notons que les items du questionnaire ont été réduits à deux ou trois mots afin de ne pas encombrer le graphique.

Les réponses des praticiens sont ensuite identifiées par des points – verts pour les femmes et rouges pour les hommes – et des ellipses aux couleurs correspondantes englobent 95% des données.

Nous pouvons observer que l'ellipse représentant les hommes est plus étendue que celle représentant les femmes. Cela signifie que ces dernières ont donné des réponses plus homogènes que les hommes. Cet écart d'aire et d'orientation des grands axes entre les ellipses pourrait nous laisser penser qu'il existe une différence significative de réponses selon le sexe, ce qui a ensuite été prouvé par le test statistique avec $p(\text{Sexe}) = 0,031$.

Comportements types des patients anorexiques selon l'âge les praticiens (N=100)

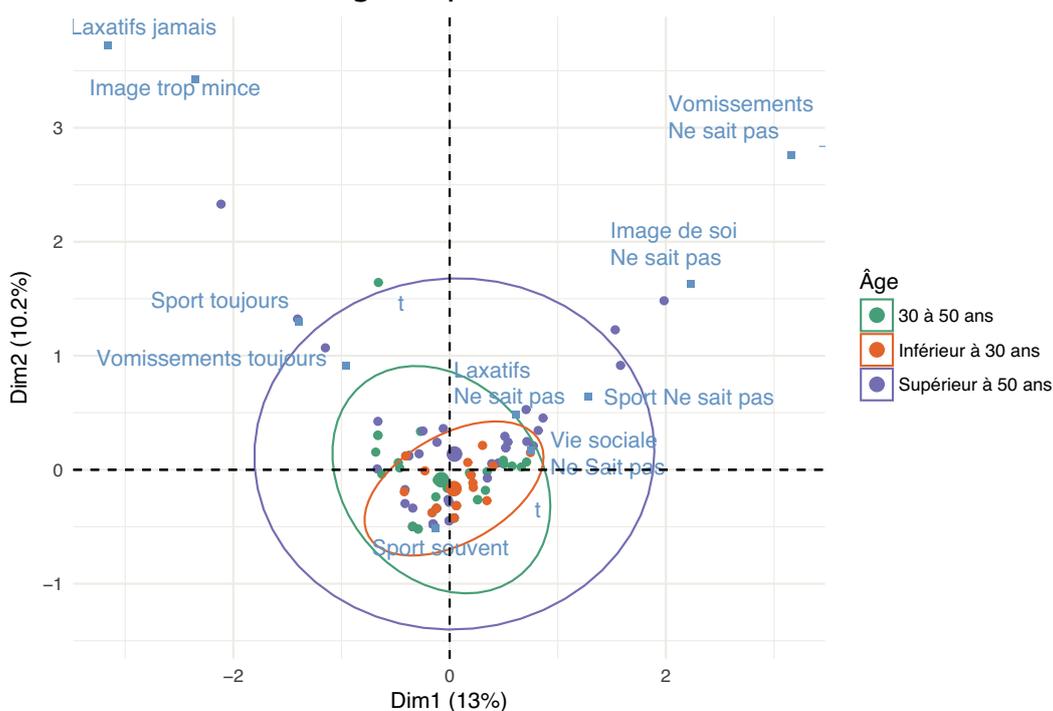


Figure 4: Comportements hypothétiques types des patients anorexiques selon l'âge des praticiens (N=100) analysés par MANOVA. Les carrés bleus représentent les items qui interviennent le plus dans la variance des réponses des praticiens. Les points rouges, verts et violets représentent les réponses données par les praticiens selon leur tranche d'âge, soit respectivement [< 30 ans], [30-50 ans], et [> 50 ans]. Les ellipses rouge, verte et violette englobent 95% des réponses à l'ensemble des items données par les praticiens appartenant respectivement aux tranches d'âge [< 30 ans], [30-50 ans] et [> 50 ans]. Les réponses sur les comportements hypothétiques types ne sont pas significativement différentes selon l'âge des praticiens ($p=0,157$).

La figure 4 représente la variance des résultats à propos des comportements hypothétiques types des patients anorexiques en fonction de l'âge des praticiens. Les dimensions sont identiques au premier graphique, et les items influençant le plus les différences sont les mêmes que pour la représentation précédente.

Les trois ellipses représentant les trois classes d'âge ne sont pas identiques, ce qui pourrait nous faire pressentir une différence de réponses selon l'âge des praticiens. Or cette fois ci, la différence de réponses n'est pas statistiquement significative avec $p(\hat{\text{Âge}}) = 0,157$.

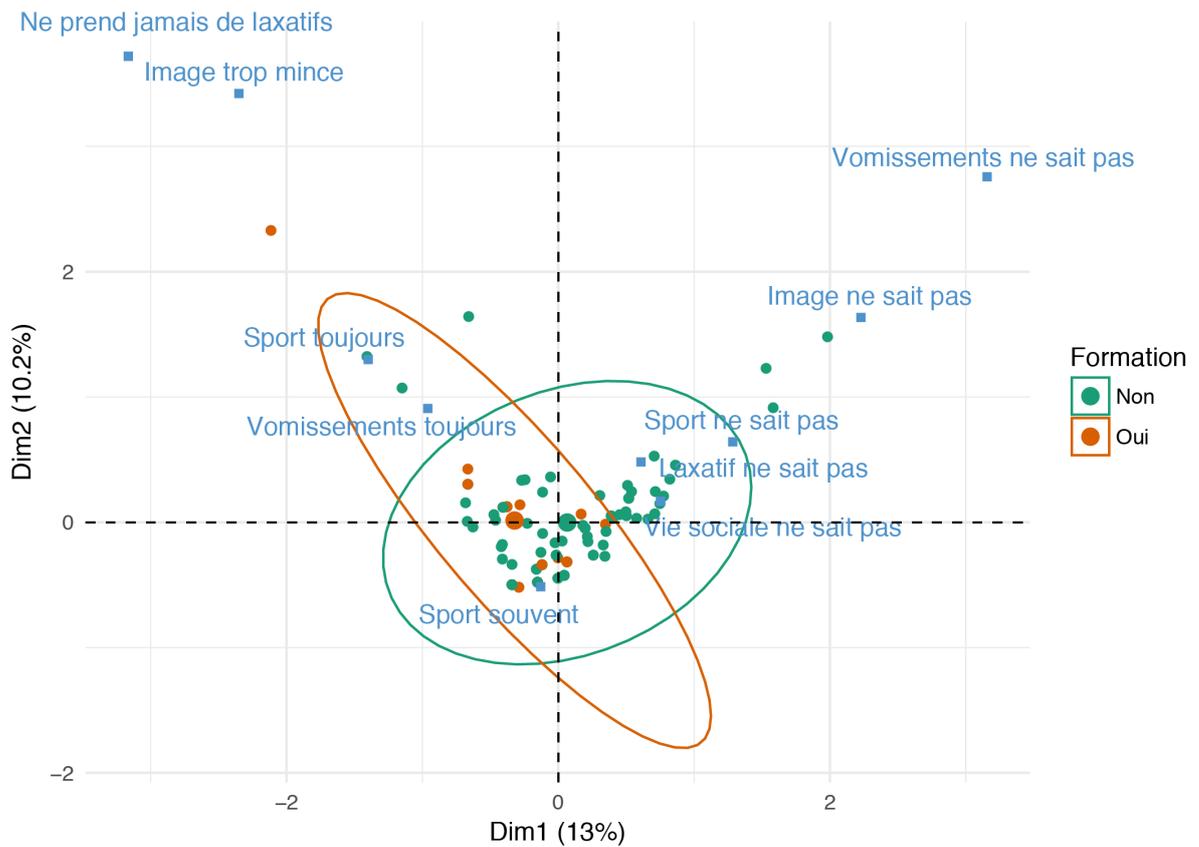


Figure 5: Comportements hypothétiques types des patients anorexiques selon que les praticiens aient reçu ou non un enseignement sur l'anorexie mentale lors de leur(s) formation(s) (N=100) analysés par MANOVA. Les carrés bleus représentent les items qui interviennent le plus dans la variance des réponses des praticiens. Les points rouges et verts représentent les réponses données par les praticiens, respectivement selon qu'ils aient reçu un enseignement sur l'anorexie mentale pendant leur(s) formation(s) ou non. Les ellipses rouge et verte englobent 95% des réponses à l'ensemble des items données respectivement par les praticiens selon qu'ils aient reçu un enseignement sur l'anorexie mentale ou non. Les réponses sur les comportements hypothétiques types sont significativement différentes entre celles données par les praticiens qui ont reçu un enseignement sur l'anorexie mentale et ceux qui n'en ont pas bénéficié ($p=0,024$).

La figure 5 illustre les réponses des praticiens sur les comportements hypothétiques types des patients anorexiques selon qu'ils aient reçu ou non un enseignement sur l'anorexie mentale lors de leur(s) formation(s).

La différence de forme et d'orientation du grand axe des ellipses est ici bien marquée, et le test statistique confirme une différence significative de réponses entre les praticiens qui ont bénéficié d'un enseignement durant leur(s) formation(s) et ceux qui n'en ont pas reçu, avec $p(\text{Formation}) = 0,024$. Les praticiens ayant reçu un enseignement à propos de l'anorexie mentale ont répondu aux questions de façon plus homogène.

- **Comorbidités psychiatriques**

Les figures 6, 7, et 8 sont les représentations graphiques, réalisées à l'aide de MANOVA, des réponses des praticiens – selon leur sexe, leur âge, et le fait qu'ils aient reçu ou non un enseignement sur l'anorexie mentale lors de leur(s) formation(s) – sur les comorbidités psychiatriques les plus fréquemment retrouvées chez les patients anorexiques. Nous avons également réduit les items à un seul mot afin de ne pas encombrer les graphiques.

Ici, les deux dimensions regroupant les variabilités de résultats les plus importantes expliquent 36,6% de la variance totale.

Les comorbidités qui influencent le plus les différences de résultats sont « Schizophrénie » (1 vote), « Pervers » (10 votes), et « Bipolaire » (13 votes) puisqu'elles sont placées les plus à distance des dimensions.

Notons que lorsqu'il y a un « non » après un item, comme « Toc non » ou « Anxieux non », cela signifie que les praticiens n'ont pas sélectionné l'item parmi les trois comorbidités psychiatriques qu'ils pensaient les plus fréquentes.

Pour rentrer les données dans le système R, nous avons converti les réponses des praticiens en chiffres. Le tableau 9 illustre un exemple avec les réponses de deux praticiens :

Tableau 12: Exemple de conversion numérique des réponses des praticiens concernant les comorbidités psychiatriques les plus fréquentes chez les patients anorexiques. 1 = le praticien a sélectionné l'item. 0 = le praticien n'a pas sélectionné l'item.

	Addiction	Schizophrénie	Anxiété	Bipolaire	Paranoïa	Dépression	Pervers	Toc
Praticien 1	1	0	0	0	0	1	0	1
Praticien 2	0	0	1	1	0	1	0	0

Dans cet exemple, selon le Praticien 1, les trois comorbidités psychiatriques les plus fréquemment rencontrées chez les patients anorexiques sont les addictions, les troubles dépressifs, et les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC). Pour le Praticien 2, ce sont les troubles anxieux, les troubles bipolaires, et les troubles dépressifs. Les comorbidités non sélectionnées se voient attribuer un « non » afin que la lecture graphique soit plus aisée.

Les trois figures ont des ellipses très similaires, ce qui peut laisser présager une absence de différences significatives selon les variables étudiées.

Les tests statistiques ont confirmé cette tendance avec :

- $p(\text{Sexe}) = 0,676$;
- $p(\text{Âge}) = 0,419$;
- $p(\text{Formation}) = 0,782$.

Les praticiens de l'échantillon ont donc donné des réponses très similaires quels que soient leur sexe, leur âge, et le fait qu'ils aient reçu ou non un enseignement sur l'anorexie mentale lors de leur(s) formation(s).

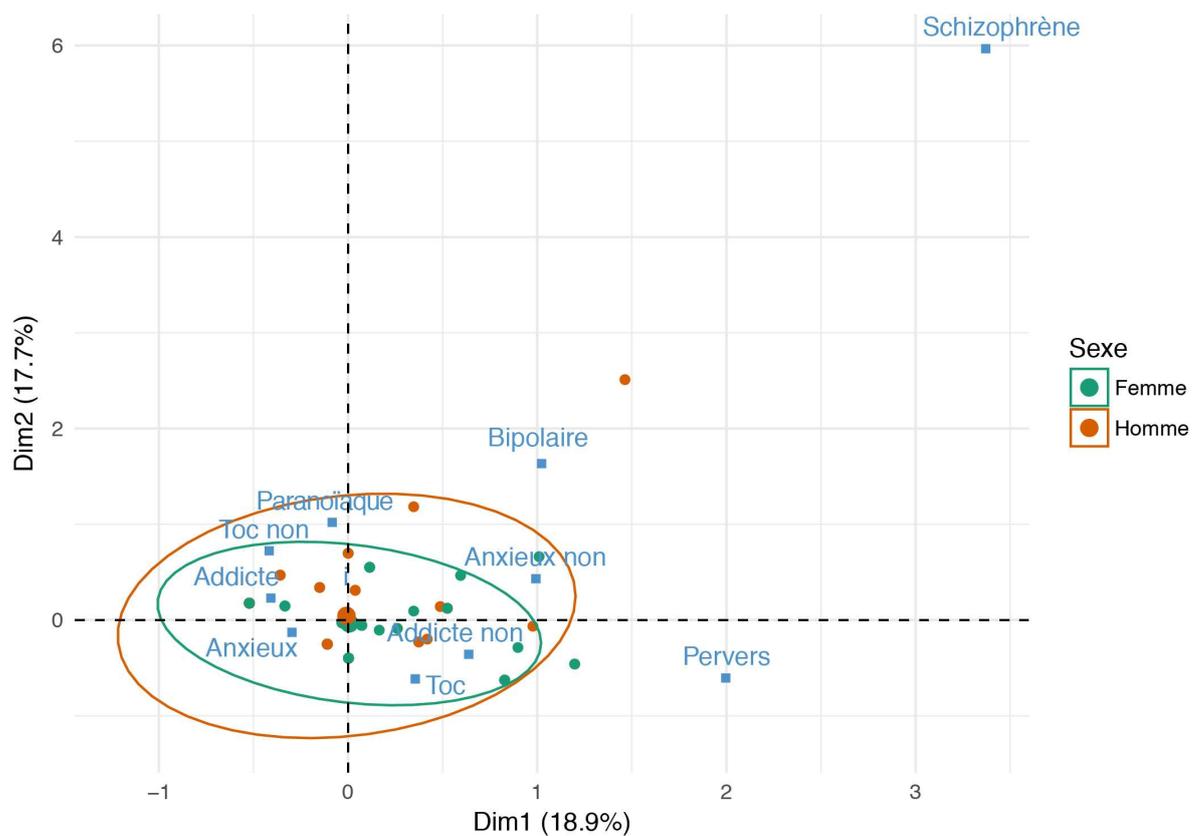


Figure 6: Comorbidités psychiatriques les plus rencontrées chez les patients anorexiques selon le sexe des praticiens (N=100), analysées par MANOVA. Les carrés bleus représentent les items qui interviennent le plus dans la variance des réponses des praticiens. Les points verts et rouges représentent les réponses données par les praticiens selon leur sexe, soit respectivement les femmes et les hommes. Les ellipses verte et rouge englobent 95% des réponses à l'ensemble des items données respectivement par les femmes et les hommes. Les réponses sur les comorbidités psychiatriques les plus rencontrées chez les patients anorexiques ne sont pas significativement différentes entre celles données par les femmes et les hommes ($p=0,676$).

Comorbidités psychiatriques de l'anorexie mentale les plus sélectionnées par les praticiens (N=100)

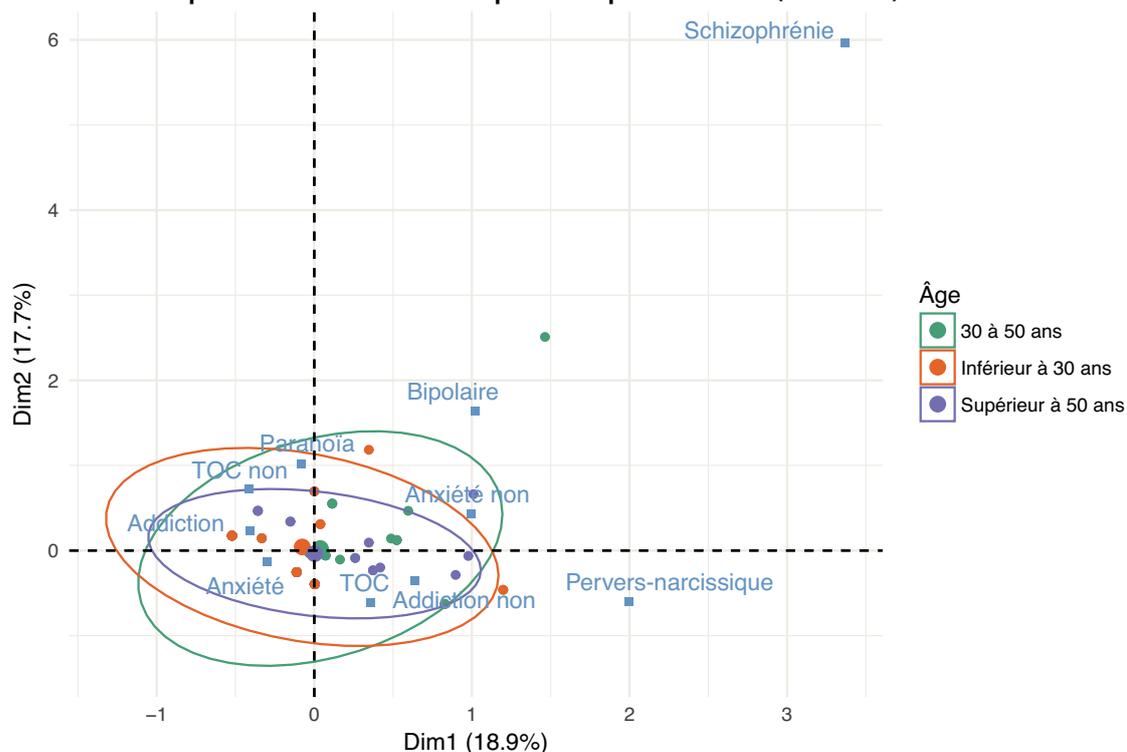


Figure 7: Comorbidités psychiatriques les plus rencontrées chez les patients anorexiques selon l'âge des praticiens (N=100) analysées par MANOVA. Les carrés bleus représentent les items qui interviennent le plus dans la variance des réponses des praticiens. Les points rouges, verts et violets représentent les réponses données par les praticiens selon leur tranche d'âge, soit respectivement [< 30 ans], [30-50 ans], et [> 50 ans]. Les ellipses rouge, verte et violette englobent 95% des réponses à l'ensemble des items données par les praticiens appartenant respectivement aux tranches d'âge [< 30 ans], [30-50 ans] et [> 50 ans]. Les réponses sur les comorbidités psychiatriques les plus rencontrées chez les patients anorexiques ne sont pas significativement différentes selon l'âge des praticiens ($p=0,419$).

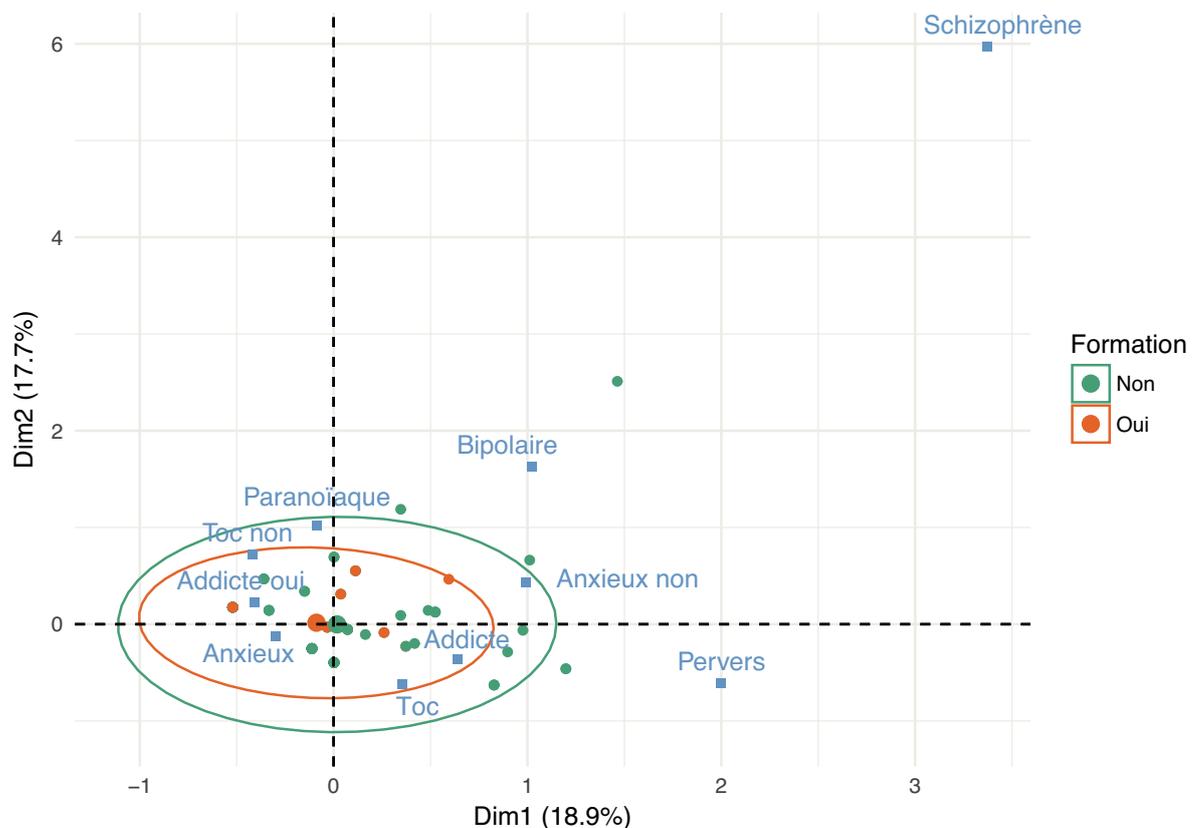


Figure 8: Comorbidités psychiatriques les plus rencontrées chez les patients anorexiques selon que les praticiens aient reçu ou non un enseignement sur l'anorexie mentale lors de leur(s) formation(s) (N=100) analysées par MANOVA. Les carrés bleus représentent les items qui interviennent le plus dans la variance des réponses des praticiens. Les points rouges et verts représentent les réponses données par les praticiens, respectivement selon qu'ils aient reçu un enseignement sur l'anorexie mentale pendant leur(s) formation(s) ou non. Les ellipses rouge et verte englobent 95% des réponses à l'ensemble des items données respectivement par les praticiens selon qu'ils aient reçu un enseignement sur l'anorexie mentale ou non. Les réponses sur les comorbidités psychiatriques les plus rencontrées chez les patients anorexiques ne sont pas significativement différentes entre celles données par les praticiens qui ont reçu un enseignement sur l'anorexie mentale pendant leur(s) formation(s) et ceux qui n'en ont pas bénéficié ($p=0,782$).

• Autres tests MANOVA

Des MANOVA ont également été utilisées pour tester la variance des réponses des praticiens selon les trois variables explicatives précédentes sur :

- Les conséquences somatiques les plus fréquemment retrouvées ;
- L'interrogatoire des patients lorsque les praticiens suspectent l'existence de l'anorexie mentale ;
- Les conséquences bucco-dentaires les plus fréquemment observées ;
- La conduite des soins bucco-dentaires ;
- Les conseils d'hygiène bucco-dentaire spécifiques prodigués aux patients anorexiques.

Pour tous ces tests, nous n'avons pas trouvé de différences significatives selon le sexe, l'âge, ou l'enseignement reçu. Les représentations graphiques et les résultats

statistiques sont cependant disponibles en annexe 3.

En revanche, concernant les aspects de la pathologie sur lesquels les praticiens souhaitent obtenir plus d'informations, nous avons mis en évidence une différence significative.

- **Aspects de l'anorexie mentale sur lesquels les praticiens aimeraient obtenir plus d'informations**

De la même façon que pour la question concernant les comorbidités psychiatriques, pour rentrer les données dans le système R, nous avons attribué le chiffre 0 aux aspects non sélectionnés par les praticiens, et le chiffre 1 aux aspects pour lesquels les praticiens ont voté. Le tableau 13 nous illustre un exemple :

Tableau 13 : Exemple de conversion numérique des réponses des praticiens concernant les aspects sur lesquels ils souhaiteraient obtenir plus d'information concernant l'anorexie mentale. 1 = le praticien a sélectionné l'item. 0 = le praticien n'a pas sélectionné l'item.

	Psycho pathologie	Conséquences somatiques	Conséquences bucco-dentaires	Prise en charge globale	Existence de réseaux	Prévention des retentissements bucco-dentaires	Traitements bucco-dentaires	Approches non conventionnelles	Autre(s)
Praticien 1	1	1	1	0	1	0	0	0	0
Praticien 2	0	0	1	1	1	0	1	0	0

Dans la même logique que précédemment, nous avons ajouté « non » lorsque les aspects n'avaient pas été sélectionnés par les praticiens afin de faciliter la lecture des graphiques.

Les représentations graphiques illustrées par les figures 9, 10 et 11 présentent 53,8% de la variance totale des réponses à cette question, ce qui est un taux assez élevé.

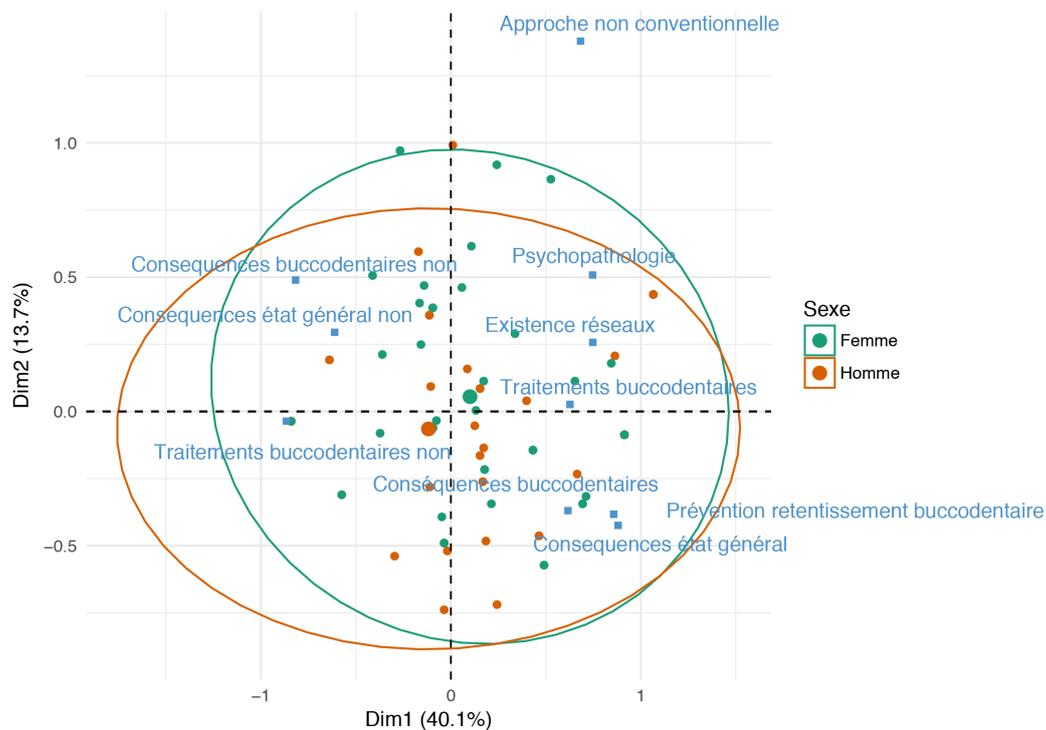


Figure 9: Aspects sur lesquels les praticiens, selon le sexe, désirent obtenir plus d'informations sur l'anorexie mentale (N=78), analysés par MANOVA. Les carrés bleus représentent les items qui interviennent le plus dans la variance des réponses des praticiens. Les points verts et rouges représentent les réponses données par les praticiens selon leur sexe, soit respectivement les femmes et les hommes. Les ellipses verte et rouge englobent 95% des réponses à l'ensemble des items données respectivement par les femmes et les hommes. Les réponses sur les aspects de l'anorexie mentale à propos desquels les praticiens aimeraient obtenir plus d'informations sont significativement différentes entre celles données par les femmes et les hommes ($p=0,044$).

Nous pouvons observer que les ellipses – tant celle des femmes que celle des hommes – sont assez étendues. Cela signifie que les réponses des praticiens sont hétérogènes.

A première vue, les résultats ne semblent pas beaucoup varier en fonction du sexe des praticiens, mais le test statistique a mis en évidence une différence significative de réponses entre les femmes et les hommes avec $p(\text{Sexe}) = 0,044$.

Les grands axes des ellipses sont plutôt divergents, et nous pouvons constater que les femmes semblent plus attirées par les « Approches non conventionnelles » et la « Psychopathologie » que les hommes.

Les deux représentations graphiques suivantes nous montrent en revanche qu'il n'existe pas de différences significatives de réponses des praticiens en fonction de leur âge ou d'un enseignement reçu sur l'anorexie mentale, avec respectivement :

- $p(\hat{\text{Age}}) = 0,127$;
- $p(\text{Formation}) = 0,564$.

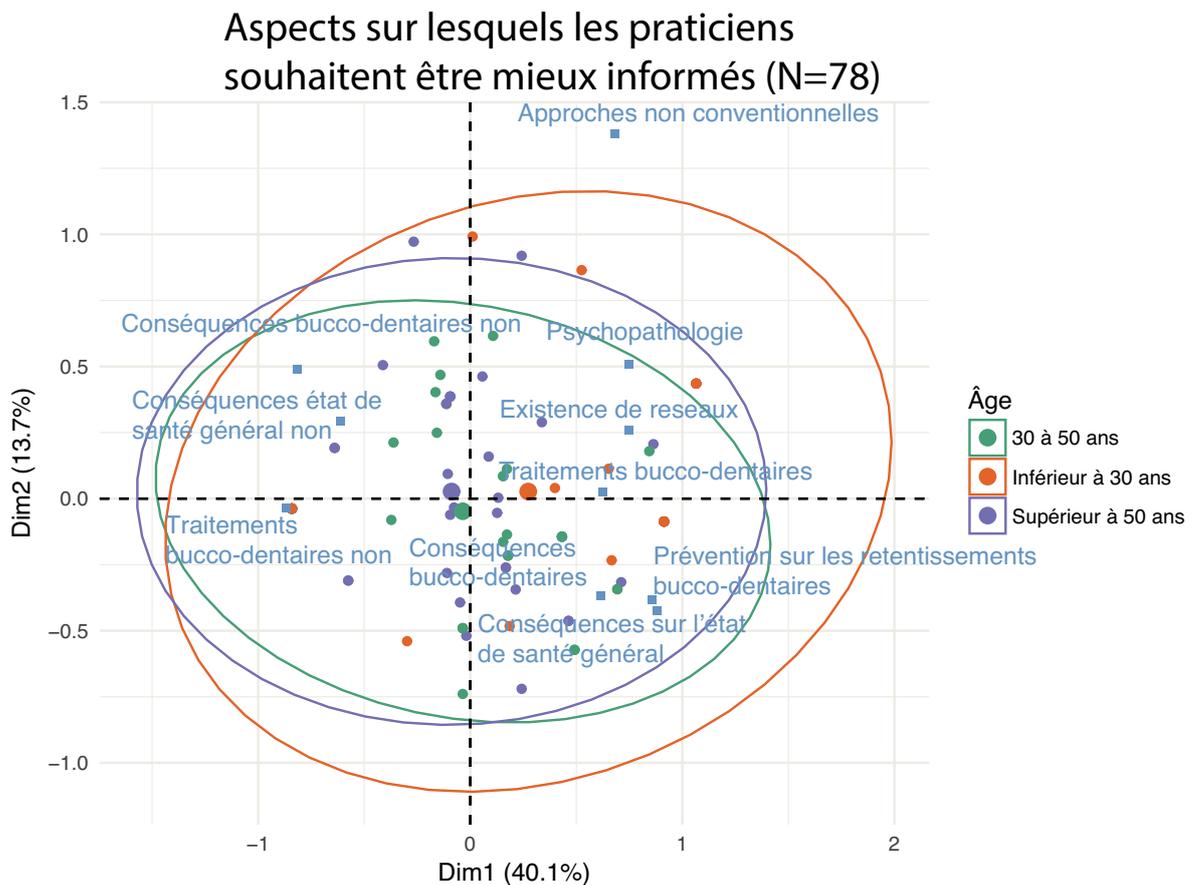


Figure 10: Aspects sur lesquels les praticiens, selon leur âge, désirent obtenir plus d'informations sur l'anorexie mentale (N=78), analysés par MANOVA. Les carrés bleus représentent les items qui interviennent le plus dans la variance des réponses des praticiens. Les points rouges, verts et violets représentent les réponses données par les praticiens selon leur tranche d'âge, soit respectivement [< 30 ans], [30-50 ans], et [> 50 ans]. Les ellipses rouge, verte et violette englobent 95% des réponses à l'ensemble des items données par les praticiens appartenant respectivement aux tranches d'âge [< 30 ans], [30-50 ans] et [> 50 ans]. Les réponses sur les aspects de l'anorexie mentale à propos desquels les praticiens aimeraient obtenir plus d'informations ne sont pas significativement différentes selon l'âge des praticiens ($p=0,127$).

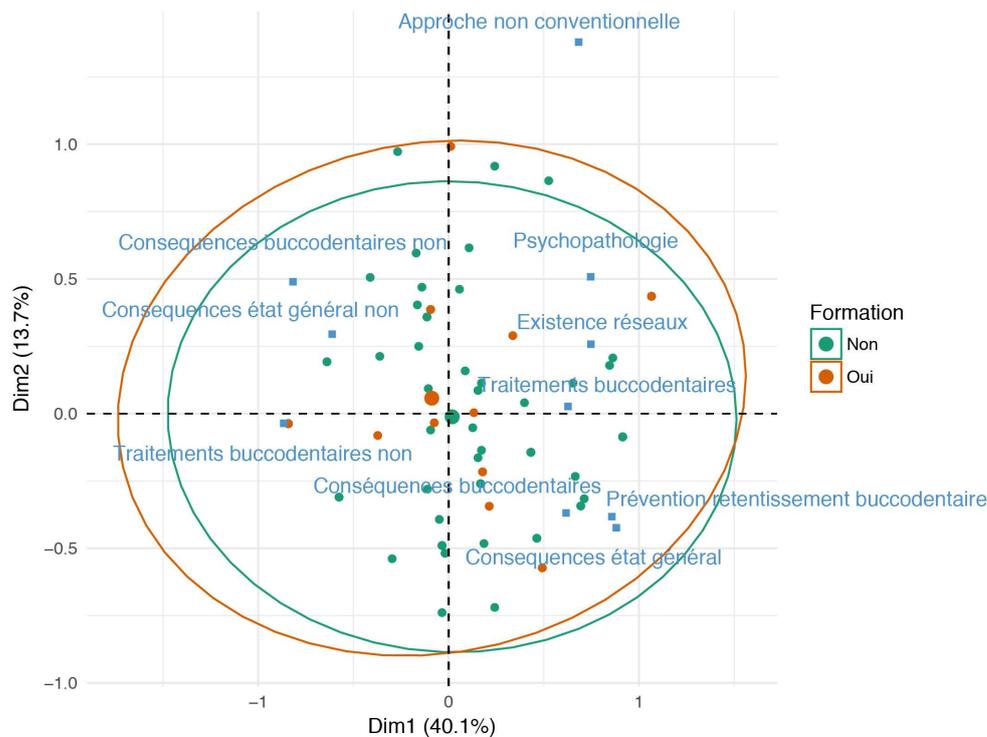


Figure 11: Aspects sur lesquels les praticiens, selon qu'ils aient reçu ou non un enseignement concernant l'anorexie mentale lors de leur(s) formation(s), désirent obtenir plus d'informations sur la pathologie (N=78), analysés par MANOVA. Les carrés bleus représentent les items qui interviennent le plus dans la variance des réponses des praticiens. Les points rouges et verts représentent les réponses données par les praticiens, respectivement selon qu'ils aient reçu un enseignement sur l'anorexie mentale pendant leur(s) formation(s) ou non. Les ellipses rouge et verte englobent 95% des réponses à l'ensemble des items données respectivement par les praticiens selon qu'ils aient reçu un enseignement sur l'anorexie mentale ou non. Les réponses sur les aspects de l'anorexie mentale à propos desquels les praticiens aimeraient obtenir plus d'informations ne sont pas significativement différentes entre celles données par les praticiens qui ont reçu un enseignement sur l'anorexie mentale pendant leur(s) formation(s) et ceux qui n'en ont pas bénéficié ($p=0,564$).

Précisons que pour des raisons d'interprétation des résultats, une réponse figurant dans l'item « Autre(s) » a été écartée des tests statistiques et des représentations graphiques. Le praticien souhaitait obtenir des informations sur « l'approche sexologique de la pathologie et de nos actes intrusifs ».

➤ Analyses multivariées utilisant des GLM binomiaux

• Attitude des praticiens face à un patient anorexique

Pour analyser les réponses de la question sur l'attitude adoptée par les praticiens lorsqu'ils reçoivent un patient anorexique au cabinet dentaire, nous avons utilisé des GLM suivant une loi binomiale.

Encore une fois, nous avons tenté de déterminer si les variables explicatives Sexe, Âge et Formation avaient une influence sur les réponses des praticiens.

Attitude des praticiens face à un patient anorexique

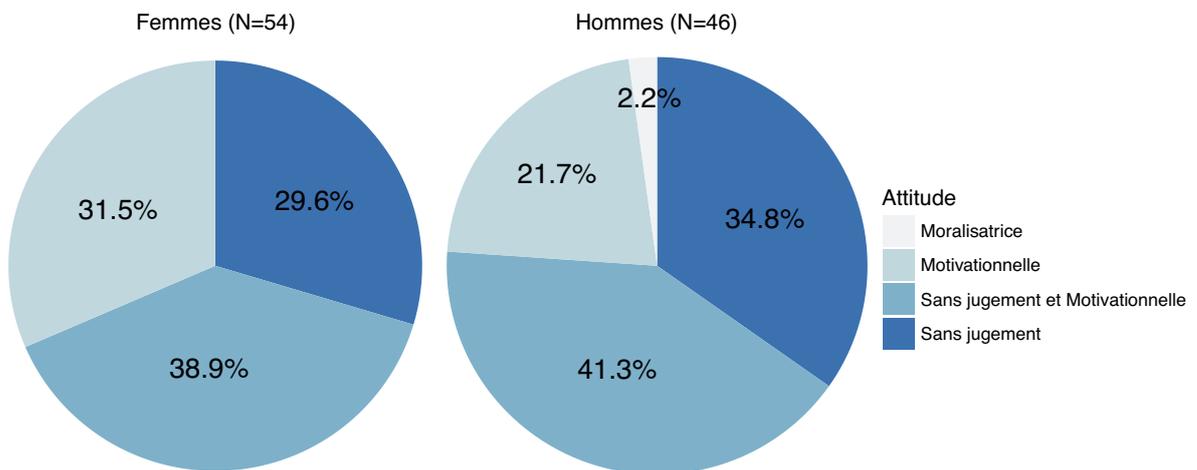


Figure 12: Attitudes des praticiens – d'après leur propre perception – selon le sexe face à un patient dont le diagnostic de l'anorexie mentale est établi (N=100), analysées par GLM binomial. Les réponses entre les femmes et les hommes ne sont pas significativement différentes avec : « Sans jugement » : $p=0,582$; « Motivationnelle » : $p=0,272$; « Sans jugement » et « Motivationnelle » : $p=0,806$.

La figure 12 illustre les réponses des femmes d'un côté et celles des hommes de l'autre. La principale tendance que nous pouvons observer est que seuls les hommes adoptent, pour 2,2% d'entre eux, une attitude qu'ils estiment « Moralisatrice ».

Les tests statistiques n'ont cependant pas mis en évidence de différences significatives en fonction des sexes des praticiens avec :

- Pour l'attitude « Sans jugement » : $p = 0,582$;
- Pour l'attitude « Motivationnelle » : $p = 0,272$;
- Pour l'attitude à la fois « Sans jugement » et « Motivationnelle » : $p = 0,806$.

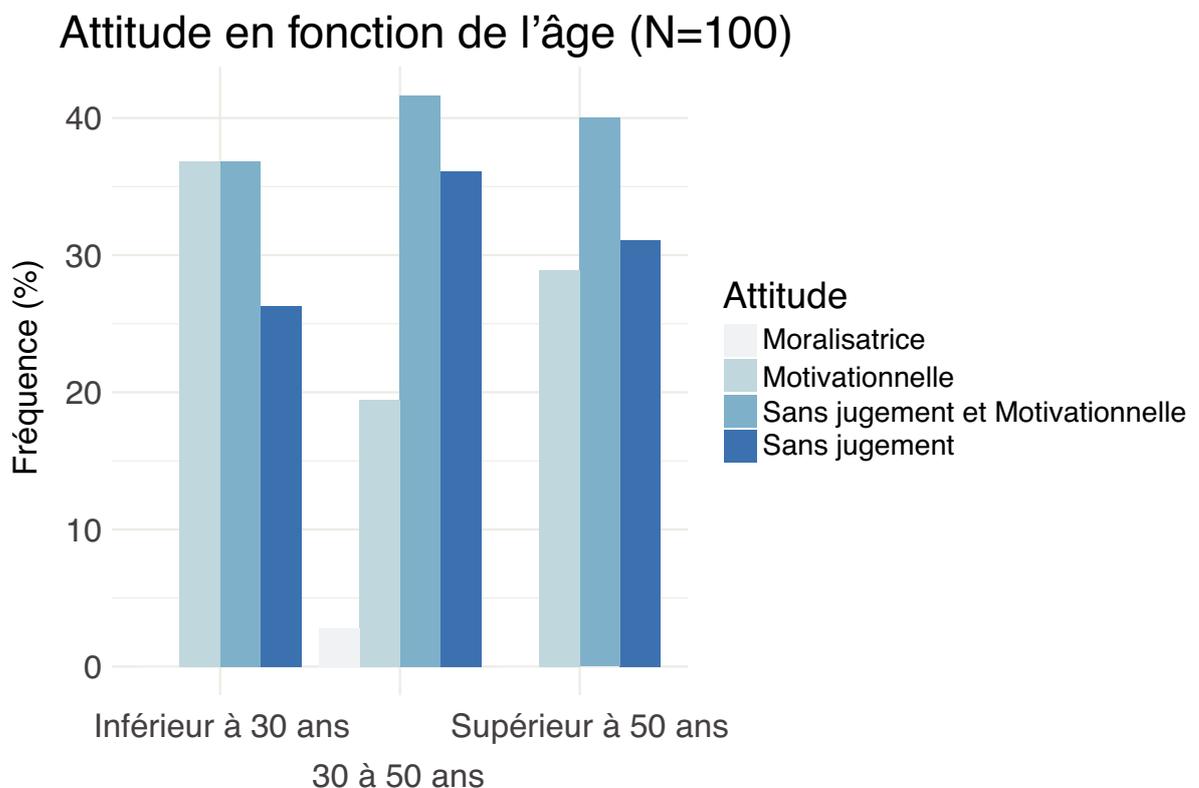


Figure 13 : Attitudes des praticiens – d'après leur propre perception – selon l'âge face à un patient dont le diagnostic de l'anorexie mentale est établi (N=100), analysées par GLM binomial. Les réponses en fonction de l'âge des praticiens ne sont pas significativement différentes avec : « Sans jugement » : $p=0,747$; « Motivationnelle » : $p=0,355$; « Sans jugement » et « Motivationnelle » : $p=0,941$.

La figure 13 nous permet de constater que seuls des praticiens situés dans la tranche d'âge [30–50 ans] jugent que leur attitude face à un patient anorexique est « Moralisateur ».

Toutefois, les tests statistiques n'ont pas révélé de différences significatives de réponses en fonction des tranches d'âge des praticiens avec :

- Pour l'attitude « Sans jugement » : $p = 0,747$;
- Pour l'attitude « Motivationnelle » : $p = 0,355$;
- Pour l'attitude à la fois « Sans jugement » et « Motivationnelle » : $p = 0,941$.

Attitude en fonction de la formation (N=100)

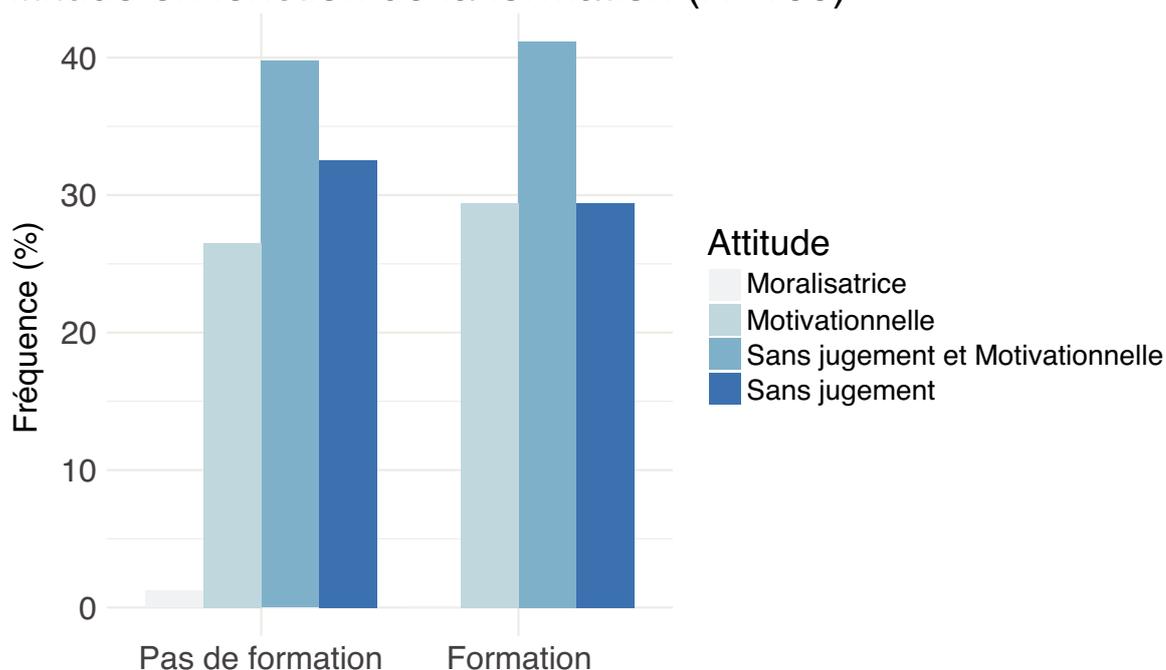


Figure 14: Attitudes des praticiens – d’après leur propre perception – selon qu’ils aient reçu ou non un enseignement sur l’anorexie mentale lors de leur(s) formation(s) face à un patient dont le diagnostic est établi (N=100), analysées par GLM binomial. Les réponses ne sont pas significativement différentes entre celles données par les praticiens qui ont reçu un enseignement sur l’anorexie mentale pendant leur(s) formation(s) et ceux qui n’en ont pas bénéficié avec : « Sans jugement » : $p=0,801$; « Motivationnelle » : $p=0,806$; « Sans jugement » et « Motivationnelle » : $p=0,914$.

Enfin, nous pouvons remarquer grâce à la figure 14 que les praticiens qui considèrent leur attitude « Moralisateur » appartiennent au groupe qui n’a pas bénéficié d’enseignements concernant l’anorexie mentale.

Néanmoins, une fois de plus, aucune différence significative n’a été soulevée selon que les praticiens aient ou non reçu des enseignements sur l’anorexie mentale au cours de leur(s) formation(s) avec :

- Pour l’attitude « Sans jugement » : $p = 0,801$;
- Pour l’attitude « Motivationnelle » : $p = 0,807$;
- Pour l’attitude à la fois « Sans jugement » et « Motivationnelle » : $p = 0,914$.

- **Ressenti de la difficulté de prise en charge des patients anorexiques**

Ressenti de la difficulté de prise en charge des patients anorexiques

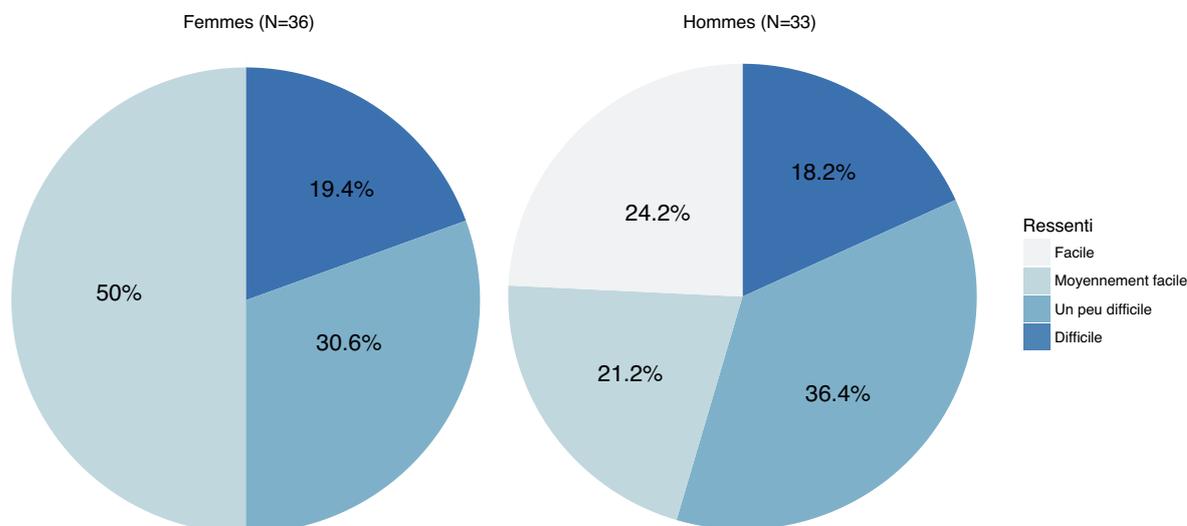


Figure 15: Ressenti de la difficulté de prise en charge des patients anorexiques par les praticiens selon le sexe (N=69), analysé par GLM binomial. Les réponses sur le ressenti de la difficulté de prise en charge des patients anorexiques sont significativement différentes entre celles données par les femmes et par les hommes concernant l'item « Facile » avec $p < 0,001$ et l'item « Moyennement facile » avec $p = 0,034$. Pour les items « Un peu difficile » et « Difficile » les réponses ne sont pas significativement différentes entre celles données par les femmes et par les hommes avec respectivement $p = 0,499$ et $p = 0,991$.

La figure 15 illustre les réponses des femmes d'un côté et celles des hommes de l'autre. Nous pouvons aisément observer deux différences : d'une part, la part des femmes ayant répondu « Moyennement facile » est bien plus importante que celle des hommes, et d'autre part, l'item « Facile » n'a été sélectionné que par des hommes.

Les tests statistiques confirment cette observation en révélant des différences significatives :

- Pour l'item « Facile » avec $p < 0,001$;
- Pour l'item « Moyennement facile » avec $p = 0,034$

En revanche, aucune différence significative n'a été mise en évidence pour :

- L'item « Un peu difficile » avec $p = 0,499$;
- L'item « Difficile » avec $p = 0,991$.

Ressenti de la difficulté de prise en charge en fonction de l'âge (N=69)

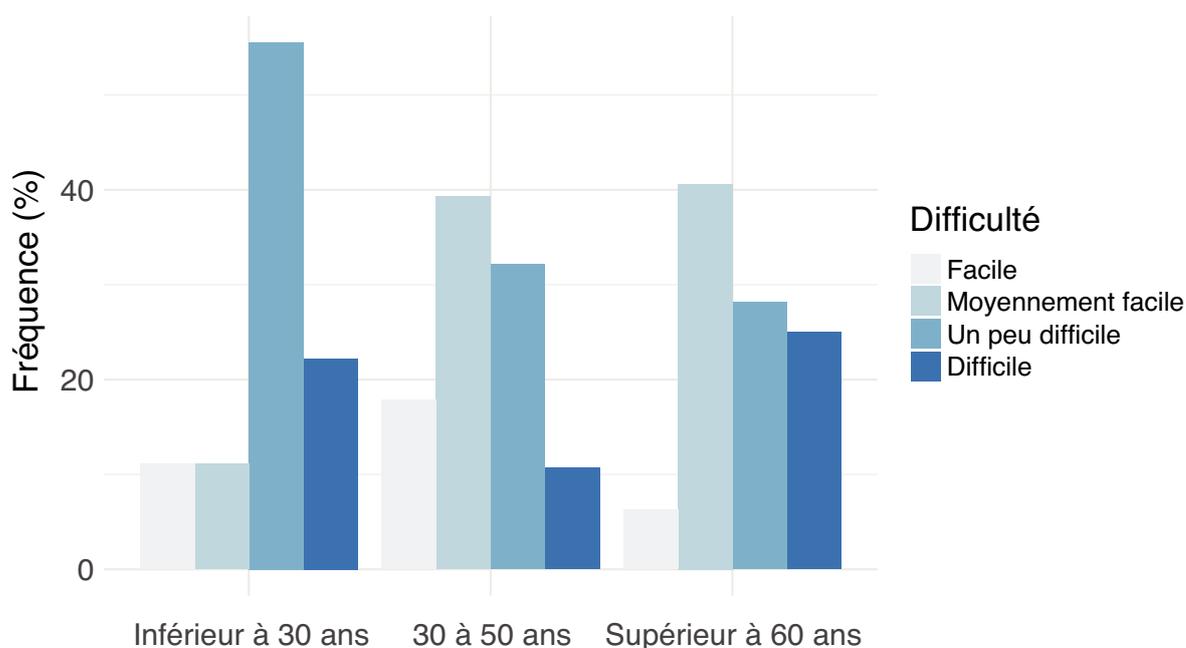


Figure 16: Ressenti de la difficulté de prise en charge des patients anorexiques par les praticiens selon l'âge (N=69), analysé par GLM binomial. Les réponses sur le ressenti de la difficulté de prise en charge des patients anorexiques sont significativement différentes selon l'âge des praticiens pour l'item « Moyennement facile » avec $p=0,045$. Pour les items « Facile », « Un peu difficile » et « Difficile », les réponses ne sont pas significativement différentes avec respectivement $p=0,280$; $p=0,807$ et $p=0,424$.

La figure 16 nous permet de constater que les praticiens situés dans la tranche d'âge [< 30 ans] semblent avoir jugé, de façon plus importante que les autres classes d'âge, la prise en charge des patients anorexiques « Un peu difficile ». Ceci n'est pourtant pas confirmé par les tests statistiques qui ne mettent pas en évidence une différence significative pour cet item avec $p = 0,807$.

En revanche, une différence significative est ressortie concernant l'item « Moyennement facile », moins sélectionné par les praticiens dont l'âge est inférieur à 30 ans que ceux des autres classes d'âge avec $p = 0,045$.

Concernant les deux autres items, les tests n'ont pas révélé de différences significatives avec :

- Pour l'item « Facile » : $p = 0,280$;
- Pour l'item « Difficile » : $p = 0,424$.

Ressenti de la difficulté de prise en charge en fonction de la formation (N=69)

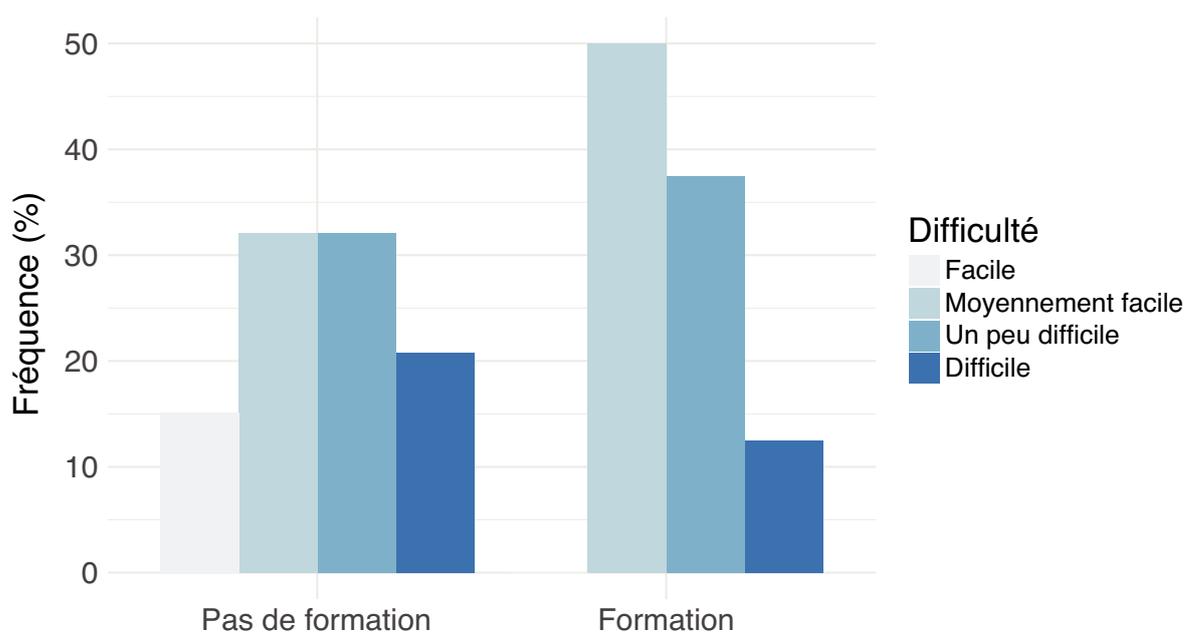


Figure 17: Ressenti de la difficulté de prise en charge des patients anorexiques par les praticiens selon qu'ils aient reçu ou non un enseignement concernant l'anorexie mentale lors de leur(s) formation(s) (N=69), analysé par GLM binomial. Les réponses sur le ressenti de la difficulté de prise en charge des patients anorexiques sont significativement différentes entre celles données par les praticiens qui ont reçu un enseignement sur l'anorexie mentale pendant leur(s) formation(s) et ceux qui n'en ont pas bénéficié pour l'item « Moyennement facile » avec $p=0,028$. Pour les items « Facile », « Un peu difficile » et « Difficile », les réponses ne sont pas significativement différentes avec respectivement $p=0,077$; $p=0,203$ et $p=0,866$.

Enfin, nous pouvons remarquer grâce à la figure 17 que seuls des praticiens n'ayant pas reçu d'enseignements sur l'anorexie mentale pendant leur(s) formation(s) ont jugé la prise en charge des patients anorexiques « Facile ».

Cependant, cela n'est pas mis en évidence par les tests statistiques, qui déterminent pour cet item un $p = 0,077$.

En revanche, nous trouvons une différence significative pour l'item « Moyennement facile » avec $p = 0,028$.

Pour les items « Un peu difficile » et « Difficile », aucune différence significative n'a été révélée avec respectivement $p = 0,203$ et $p = 0,866$.

➤ Analyses multivariées utilisant des GLM Poisson

Enfin, pour analyser les scores attribués par les chirurgiens-dentistes à leur propre rôle à différents stades de la prise en charge des patients anorexiques, nous avons utilisé des GLM suivant une loi Poisson.

Score attribué par les praticiens à leur propre rôle

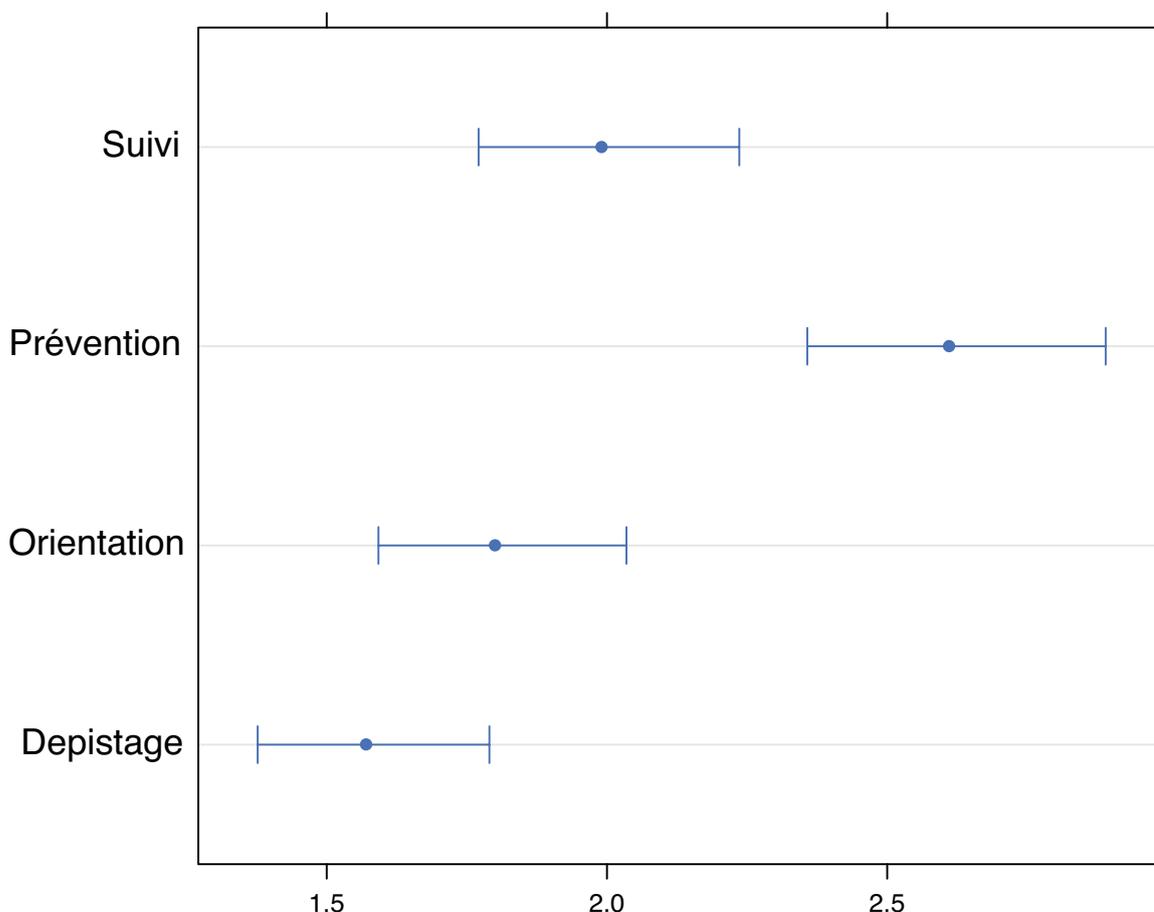


Figure 18: Scores attribués par les praticiens sur l'importance du rôle du chirurgien-dentiste dans le dépistage et la prévention de l'AM, ainsi que dans l'orientation et le suivi des patients anorexiques (N=100), analysés par GLM suivant une loi Poisson. Les écarts des scores attribués par les praticiens sont significativement différents entre le domaine de la Prévention, qui a obtenu les scores les plus élevés, et : le Dépistage avec $p < 0,001$; l'Orientation avec $p < 0,001$; le Suivi avec $p = 0,020$.

La figure 18 est un dérivé de box-plot ou boîte à moustaches. Pour chaque item, les praticiens pouvaient donner un score allant de 0 (« Aucune importance ») à 3 (« Très important »).

Chaque segment englobe 95% des scores concernant chaque item, et le point central correspond à la moyenne des scores attribués.

Nous pouvons aisément observer que l'item « Prévention » a récolté des scores supérieurs aux trois autres items. Les praticiens semblent donc considérer que leur rôle dans la prévention des conséquences bucco-dentaires de l'anorexie mentale est important voire très important.

A contrario, ils semblent juger leur rôle dans le dépistage de l'anorexie mentale peu important.

Les tests statistiques ont mis en évidence des différences significatives entre les différents items, indiquant que les chirurgiens-dentistes de l'échantillon estiment que leur rôle est plus important dans la « Prévention » que dans les trois autres catégories avec :

- Pour l'écart des scores avec « Dépistage » : $p < 0,001$;
- Pour l'écart des scores avec « Orientation » : $p < 0,001$;
- Pour l'écart des scores avec « Suivi » : $p = 0,020$.

Nous avons également testé les éventuels effets des variables Sexe, Âge, et Formation sur les scores attribués par les praticiens, mais cela n'a révélé aucune différence significative. Voici les résultats :

- Pour l'item « Dépistage » :
 - $p(\text{Sexe}) = 0,186$;
 - $p(\text{Âge}) = 0,985$;
 - $p(\text{Formation}) = 0,481$.
- Pour l'item « Prévention » :
 - $p(\text{Sexe}) = 0,704$;
 - $p(\text{Âge}) = 0,637$;
 - $p(\text{Formation}) = 0,967$.
- Pour l'item « Orientation » :
 - $p(\text{Sexe}) = 0,187$;
 - $p(\text{Âge}) = 0,928$;
 - $p(\text{Formation}) = 0,391$.
- Pour l'item « Suivi » :
 - $p(\text{Sexe}) = 0,915$;
 - $p(\text{Âge}) = 0,828$;
 - $p(\text{Formation}) = 0,755$.

➤ **Autres analyses**

Nous avons enfin confronté certaines proportions en fonction des départements et des structures d'exercice

20% des praticiens de l'Eure et 16% des praticiens de Seine Maritime ont bénéficié d'un enseignement – toutes formations confondues – sur l'anorexie mentale.

Concernant la prise en charge des patients anorexiques, nous trouvons également des similitudes entre les deux départements puisque 60% des praticiens de l'Eure et 71% des praticiens de Seine Maritime ont déjà pris en charge un patient atteint d'anorexie mentale.

A propos des structures d'exercice, 68% des praticiens exerçant exclusivement en cabinet privé, 67% des praticiens exerçant exclusivement en milieu hospitalier, et 100% des praticiens exerçant à la fois en cabinet privé et en milieu hospitalier ont déjà pris en charge un patient anorexique.

2.4. Discussion

Le but principal de cette étude était de faire un état des lieux des connaissances et des attitudes adoptées par les chirurgiens-dentistes de Haute Normandie concernant les patients souffrant d'anorexie mentale.

2.4.1. Connaissances des praticiens sur l'anorexie mentale

Concernant les connaissances des praticiens sur l'anorexie mentale (tableau 7, page 35) les réponses à propos des comportements hypothétiques types des patients anorexiques sont correctes dans leur majorité. En effet, les comportements les plus sélectionnés sont ceux que l'on retrouve chez la plupart des patients anorexiques (57), (58).

Concernant la tranche d'âge la plus touchée par l'anorexie mentale, les praticiens sont 92% à avoir sélectionné la tranche [16-25 ans], ce qui est confirmé par de nombreuses études (5), (59). Il faut cependant préciser que l'anorexie mentale peut survenir à n'importe quel âge, et que l'âge de survenue tend à diminuer. Cela pourrait en partie être expliqué par le fait que les adolescents sont confrontés de plus en plus tôt à la pression sociale de perfection d'une part, et à un enchevêtrement plus marqué des générations dans les familles rendant le processus de séparation-individuation plus délicat d'autre part (6).

Pour ce qui est des comorbidités psychiatriques les plus fréquentes dans l'anorexie mentale, les praticiens ont majoritairement soulevé les « Troubles anxieux et dépressifs », qui sont effectivement très souvent présents (60). Nous pourrions ajouter à cet item les votes des praticiens pour l'item « Troubles dépressifs » qui fait doublon avec le premier. Nous aurions probablement obtenu des résultats répartis légèrement différemment si ces deux items avaient été réunis.

Concernant les complications somatiques les plus souvent décrites chez les patients anorexiques, les praticiens ont également sélectionné celles les plus retrouvées dans les études (61). A noter qu'un item « Troubles digestifs » aurait pu figurer parmi les propositions puisqu'ils sont très fréquemment décrits, et aurait certainement fait varier les résultats.

Enfin, précisons qu'il n'y avait pas de propositions fausses parmi les items proposés, puisque tous ces troubles psychiatriques sont susceptibles de précéder, d'accompagner ou de suivre l'anorexie mentale.

2.4.2. Interrogatoire du patient et recherche de signes bucco-dentaires lorsque les praticiens suspectent une anorexie mentale

Il est intéressant de constater qu'une majorité des praticiens n'aborde pas le sujet de la maigreur, du poids, de l'IMC ou de l'anorexie avec le patient, et ne le questionne pas sur son contexte familial et scolaire/professionnel. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ces résultats.

Tout d'abord, les praticiens ne souhaitent peut-être pas heurter le patient et lui

sembler trop intrusifs, de peur qu'il ne se mette sur la défensive en se sentant « agressé » par de telles questions.

Les praticiens peuvent également ne pas se sentir à l'aise pour poser ce genre de questions, considérant que ce n'est pas leur rôle et que cela appartient plutôt au médecin généraliste. En effet, il est possible qu'une certaine part des praticiens envisage son exercice professionnel d'un point de vue essentiellement technique, et ne se sente pas concernée par l'aspect somatique et psychologique des pathologies. Dans une étude réalisée à Paris en 2005, 54% des chirurgiens-dentistes ne soumettaient pas de questionnaire médical à leurs patients. Cela pourrait malheureusement être préjudiciable aux patients puisqu'un grand nombre de pathologies, et notamment l'anorexie mentale, ont des répercussions sur l'état de santé général – comme un risque infectieux augmenté par exemple – qui peuvent entraîner une contre-indication ou une nécessité d'adaptation de certains actes dentaires. Le choix des thérapeutiques dentaires doit également prendre en compte le patient dans sa globalité, avec ses pathologies, ses traitements et leurs conséquences respectives, afin qu'elles n'entraînent pas d'effets néfastes pour le patient et soient pérennes.

Enfin, il est probable qu'ils n'interrogent pas le patient sur ces aspects par manque de connaissances sur la pathologie, ou parce que l'anorexie mentale, comme les autres TCA et les maladies psychiatriques en général, sont encore aujourd'hui des sujets délicats à aborder.

Concernant les retentissements bucco-dentaires recherchés par les praticiens pour appuyer leur doute sur l'existence de l'anorexie mentale chez un patient, les plus sélectionnés sont les lésions carieuses, les lésions érosives et les atteintes parodontales. Effectivement, comme nous l'avons évoqué dans la première partie, de nombreux facteurs augmentent le risque érosif, carieux et parodontal des patients anorexiques (41), (62), (63). Une fois de plus, il n'y avait de « mauvaises réponses » parmi les propositions, puisque toutes les conséquences proposées peuvent être retrouvées chez les patients anorexiques.

2.4.3. Attitudes et conduites de soins et de prévention chez un patient anorexique

Malgré l'absence de différences significatives, il est intéressant de souligner que seuls des praticiens hommes ont sélectionné l'attitude « Moralisatrice ». Cette dernière tend à appartenir à un modèle d'empathie dit « paternaliste », plus souvent adopté par les hommes. De même, ce sont des praticiens n'ayant pas bénéficié d'enseignements concernant la pathologie qui semblent adopter cette attitude. Or il est admis qu'un comportement empathique et sans jugement est favorable à l'instauration d'une relation de confiance entre le praticien et le patient (12),(56). Une étude sur la relation médecin-patient a d'ailleurs conclu que les médecins femmes montraient plus d'empathie, tenaient un discours plus positif, étaient plus impliquées dans la construction d'une relation de confiance avec le patient, lui posaient plus de questions, et lui donnaient plus d'informations que les médecins hommes (64).

Par ailleurs, il est fréquent qu'une auto-évaluation de son propre comportement ne reflète pas tout à fait la réalité (65). Cela pourrait peut-être expliquer qu'aucun praticien de l'échantillon n'ait sélectionné l'attitude « Directive ». Il serait intéressant d'interroger les patients anorexiques sur leur ressenti concernant l'attitude de leur chirurgien-dentiste, peut-être aurions-nous des résultats différents.

Concernant la conduite des soins, nous pouvons soulever le fait que 73% des praticiens privilégient des soins conservateurs. La préservation tissulaire est aujourd'hui largement privilégiée grâce aux techniques de collages qui se sont nettement améliorées ces dernières années. Les lésions érosives fréquemment retrouvées chez les patients anorexiques peuvent donc souvent bénéficier de thérapies minimalement invasives (42), (43), (66), (67).

En revanche, 81% des praticiens de l'échantillon ne réfléchissent pas à une éventuelle antibioprofylaxie en amont des séances thérapeutiques, et seulement 54% réfléchissent à une adaptation de leurs prescriptions. Or, en état de dénutrition sévère, les patients anorexiques présentent un risque infectieux plus élevé. De plus, les posologies des prescriptions pour un patient anorexique pesant 35kg ne sont pas forcément identiques à celles d'un patient pesant 80kg.

Même s'il n'existe pas de recommandations précises sur les prescriptions chez les patients anorexiques, les sujets dénutris, qui appartiennent au groupe A⁹ des sujets à risque infectieux, font l'objet de recommandations concernant la prescription d'une antibioprofylaxie avant certains actes (68). De plus, il est nécessaire de rédiger des prescriptions personnalisées à chaque patient. Nous aurions donc pu nous attendre à plus de réponses indiquant que les praticiens s'interrogeaient sur leurs prescriptions pour des patients anorexiques.

Enfin, concernant les conseils d'hygiène bucco-dentaires spécifiques prodigués aux patients anorexiques, il n'y avait pas non plus de « mauvaises réponses » parmi les différentes propositions. Cependant, les trois conseils les plus sélectionnés, à savoir : « Utiliser une brosse à dents à poils très souples », « Utiliser un dentifrice non abrasif et enrichi en fluor », et « Se rincer la bouche avec de l'eau après les vomissements », semblent être particulièrement adaptés à ce type de patients chez qui les acides, intrinsèques et/ou extrinsèques, sont très présents et entraînent des déminéralisations et des usures chimiques parfois sévères (69).

2.4.4. Ressenti des praticiens à propos de la prise en charge des patients anorexiques

Les ressentis sur la difficulté de prise en charge des patients anorexiques diffèrent en fonction du sexe des praticiens. Seuls des praticiens hommes ont jugé cette prise en charge « Facile ». Par ailleurs, même si aucune différence significative n'a été

⁹ Le groupe A regroupe les sujets à risque infectieux local et/ou général dont (68):

- Les sujets transplantés ou greffés sous thérapies immunosuppressives
- Les sujets immunodéprimés (d'origine congénitale, d'origine médicamenteuse à long terme, d'origine infectieuse, d'origine immunologique)
- Les pathologies associées non contrôlées (diabète par exemple)
- Les sujets dénutris.

mise en évidence, seuls des praticiens n'ayant pas reçu d'enseignements concernant l'anorexie mentale lors de leur(s) formation(s) ont sélectionné cet item.

Nous pouvons tout d'abord nous interroger sur la facilité de prendre en charge un patient, quel qu'il soit. Chaque patient est unique, et arrive au cabinet avec une histoire, un caractère, un éventuel *a priori* sur le praticien en particulier ou les chirurgiens-dentistes en général, un certain motif de consultation, certaines attentes envers le praticien, une potentielle pathologie, etc. Le chirurgien-dentiste doit sans cesse s'adapter au patient qui s'installe sur son fauteuil, car il soigne une personne dans sa globalité, et non simplement une bouche et des dents. Il peut donc sembler délicat de juger une prise en charge « Facile ».

Nous n'avons pas trouvé d'études sur les éventuelles différences de confiance en soi et en ses capacités selon le sexe des chirurgiens-dentistes ou des professionnels de santé en général, mais il serait intéressant que de futures études s'y attardent.

Concernant l'évaluation de leur propre rôle, les praticiens de l'échantillon ont accordé une plus grande importance à la « Prévention » par rapport au « Dépistage », à l'« Orientation », et au « Suivi ».

Même si certains conseils peuvent être prodigués par les médecins des patients anorexiques, le rôle du chirurgien-dentiste semble primordial pour limiter la survenue et/ou la sévérité des conséquences bucco-dentaires de la pathologie. Il pourrait néanmoins être intéressant d'interroger les médecins afin de savoir s'ils réalisent de la prévention bucco-dentaire auprès des patients anorexiques, et/ou s'ils conseillent un contrôle au cabinet dentaire.

Notons que même si le panel considère le rôle du chirurgien-dentiste plus important dans la prévention que dans les autres domaines proposés, la majorité des praticiens leur a attribué un score de 2, soit « Important ».

Concernant le dépistage, les lésions typiques dues à l'anorexie et aux TCA, notamment les érosions localisées en palatin des incisives maxillaires, sur les faces palatines des prémolaires et molaires maxillaires et sur les faces occlusales des prémolaires et molaires mandibulaires (67), peuvent attirer l'attention du praticien et l'amener à interroger de manière plus précise les habitudes d'alimentation et d'hygiène du patient, et ainsi dépister un éventuel TCA. Rappelons que le dépistage n'est pas le diagnostic, pour lequel une consultation chez un médecin est nécessaire.

La HAS souligne l'importance d'un dépistage précoce afin de prévenir l'évolution et la chronicisation de l'anorexie mentale (70). Le chirurgien-dentiste, en observant certains signes bucco-dentaires, peut donc rapidement orienter le patient vers un médecin ou une structure spécialisée.

Pourtant, dans la suite du questionnaire, 95% des praticiens ont indiqué ne pas avoir connaissance de l'existence de réseaux de santé ou d'associations. Il apparaît donc nécessaire qu'ils soient informés des structures existantes afin que la prise en charge ne soit pas retardée.

Il est enfin intéressant d'observer que, bien que 73% des praticiens considèrent que

le chirurgien-dentiste est légitime au sein d'un réseau de santé, 96% n'ont jamais été impliqués dans une telle organisation de soins.

Pourtant, 68% des praticiens exerçant en cabinet privé, 67% des praticiens exerçant en milieu hospitalier et 100% des praticiens exerçant à la fois dans les deux types de structures ont déjà pris en charge un patient anorexique.

Face à ces résultats, un manque de coordination et d'échange entre les médecins et les chirurgiens-dentistes paraît évident. Cela va dans le sens des résultats démontrés par une étude réalisée en 2004 (71), qui met également en évidence un déséquilibre dans la relation entre médecins et chirurgiens-dentistes, plus souvent initiée par ces derniers, qui semblent par ailleurs se sentir plus isolés dans leur exercice.

Afin d'améliorer la coordination des soins multidisciplinaires dans la prise en charge des patients anorexiques, la HAS recommande le développement de réseaux de santé regroupant les différents professionnels et structures de soins (70). La création de réseaux ville-hôpital permettrait peut-être une meilleure intégration des chirurgiens-dentistes dans le parcours de soins des patients anorexiques.

2.4.5. Désir des praticiens d'être plus informés sur l'anorexie mentale

Les résultats sont catégoriques : près de 8 chirurgiens-dentistes sur 10 émettent le désir d'obtenir plus d'informations sur l'anorexie mentale et les autres troubles du comportement alimentaire. Cette proportion élevée fait peut-être écho au peu d'enseignements reçus concernant la pathologie durant les différentes formations et à l'augmentation de la prévalence des TCA dans la population.

Concernant les aspects sur lesquels ils souhaitent en apprendre d'avantage, des différences ont été mises en évidence selon le sexe. En effet, les femmes semblent plus intéressées que les hommes par les approches non conventionnelles telles l'art-thérapie, la méditation, la sophrologie, le yoga, les massages, etc.

De plus, parmi les 59% de praticiens intéressés par une soirée de conférences sur le thème de l'anorexie mentale et des TCA, 68% sont des femmes.

Cette étude n'avait pas pour objectif d'étudier les différences entre les chirurgiens-dentistes hommes et femmes, mais une étude réalisée en 2006 a souligné que les femmes semblaient être plus sensibles aux troubles du comportement alimentaire, qu'elles donnaient plus de conseils bucco-dentaires, et qu'elles avaient une meilleure connaissance de la pathologie et de ses conséquences. L'hypothèse émise par cette étude est que les femmes étaient peut-être plus attentives aux pathologies majoritairement féminines.

Par ailleurs, plusieurs études ont démontré que les femmes étaient en général plus souvent insatisfaites de l'image de leur corps que les hommes (72). Cela peut laisser supposer que les chirurgiens-dentistes femmes soient plus en mesure d'éprouver de l'empathie envers les patients anorexiques, car elles peuvent plus facilement « comprendre » la distorsion perceptive du corps, et le lien entre le corps et le mental.

D'autres études seraient nécessaires pour approfondir ce sujet.

2.4.6. Limites de l'étude

La formulation négative de certaines propositions de réponses peut constituer une limite à cette étude. Ce type de formulation a été employé dans la partie concernant la suspicion d'une anorexie mentale au cabinet dentaire (tableau 8, page 37) avec « Vous n'abordez pas le sujet de sa maigreur », et dans la partie traitant de la conduite des soins chez les patients anorexiques (tableau 9, page 39) avec les propositions « Vous n'entamez aucun soin tant que ses symptômes alimentaires n'ont pas disparu » ou encore « Vous n'hésitez pas à proposer des implants en présence d'un ou de plusieurs édentements s'il n'existe pas d'autres pathologies ou de contre-indications connues ».

Cela a pu porter à confusion pour leur interprétation par les praticiens, mais également pour l'analyse des résultats. Néanmoins, cela n'a pas constitué un obstacle à l'interprétation globale de ces parties.

Une autre limite de cette étude concerne les difficultés de recrutement des praticiens constituant le panel. Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour tenter d'expliquer la faible participation des praticiens.

Tout d'abord, le questionnaire n'a pas été transmis par mailing dans le département de la Seine Maritime contrairement à celui de l'Eure, pour lequel le Conseil de l'Ordre Départemental l'a diffusé à tous les chirurgiens-dentistes. Les praticiens de la Seine Maritime, s'ils ne consultaient pas régulièrement le site du Conseil de l'Ordre Départemental de leur département sur lequel avait été mis en ligne le questionnaire, n'avaient donc pas connaissance de cette étude.

Ensuite, l'anorexie mentale n'est pas un thème purement odontologique, et peut sembler dénuée d'intérêt pour une partie des praticiens. En effet, comme évoqué précédemment (sous-partie 2.4.2., page 67), certains praticiens peuvent considérer la chirurgie-dentaire comme une discipline purement technique et ne pas être intéressés par ce qui se trouve en dehors de la cavité buccale des patients.

De plus, l'enquête s'est déroulée au moment du verdict des dernières négociations conventionnelles, alors qu'un mouvement de grève se mettait en place et que la profession était sous pression. Répondre à un questionnaire dans le cadre d'une thèse n'était donc sans doute pas la priorité de la plupart des praticiens.

La longueur du questionnaire a également pu être un frein pour les praticiens, puisqu'il fallait accorder environ dix à quinze minutes pour le compléter entièrement. Il aurait été intéressant d'avoir une trace du nombre de questionnaires débutés mais non achevés.

Les questions en elles-mêmes n'étaient pas toutes centrées sur la dentisterie, ce qui a également pu nuire à l'intérêt de certains praticiens.

Face à la faible participation des chirurgiens-dentistes, nous avons donc souhaité recruter plus activement un plus grand nombre de participants. Nous avons donc passé des appels téléphoniques et été à la rencontre des praticiens de la Seine Maritime afin de porter cette étude à leur connaissance et de les inciter à participer.

La représentativité des groupes de praticiens en fonction du département peut donc être questionnée du fait des biais de sélection entre l'Eure et la Seine Maritime. Néanmoins, le profil des participants est homogène entre les deux départements et aucune différence significative n'a été observée entre l'Eure et la Seine Maritime.

3. Perspectives

Lorsqu'il a été décidé de mener une étude pour ce travail de thèse, le but était simplement de faire un constat.

Mais à l'observation des résultats et suite à certaines rencontres, les perspectives se sont étendues, et plusieurs idées de projets sont nées afin de tenter de répondre au besoin d'accéder à des informations complémentaires à propos de l'anorexie mentale exprimé par les praticiens ayant participé à cette étude.

Tout d'abord, la mise en place d'une soirée de conférences sur le thème des troubles du comportement alimentaire. Plusieurs sujets pourraient être abordés, notamment ceux qui ont été plébiscités dans le questionnaire de cette étude. Cette soirée pourrait être destinées uniquement aux chirurgiens-dentistes, mais il serait peut-être intéressant qu'elle soit également ouverte aux autres professionnels de santé, afin de construire et/ou de renforcer un échange et une coordination de prise en charge.

Une telle soirée pourrait être organisée en partenariat avec des associations comme Nourrir la Vie ou l'AFDAS-TCA – aujourd'hui devenue la FFAB – par exemple.

La seconde idée qui a émergé lors d'un entretien dans le service Nutrition au CHU Charles Nicolle de Rouen serait de réaliser de courtes vidéos de prévention, certaines destinées aux professionnels de santé et d'autres aux patients, sur les conséquences bucco-dentaires et la prise en charge des TCA. Des indications sur les associations et les services hospitaliers ou professionnels de santé à contacter seraient intégrées à ces vidéos.

Des conférences de prévention bucco-dentaire destinées aux patients et à leur entourage pourraient également être mises en place et soutenues lors des journées portes-ouvertes des différentes associations.

La création d'une antenne de l'association Nourrir la Vie dans l'Eure serait également un projet intéressant, ce qui permettrait de mettre en place un réseau de santé multidisciplinaire dans ce département, où les possibilités de prise en charge globale sont très restreintes.

Enfin des formations sur le thème des TCA et de leur prise en charge au cabinet dentaire pourraient être intégrées au réseau de formation ODFOC 76.

Les résultats indiquant qu'une majeure partie des praticiens n'a pas connaissance de réseaux de santé ou d'associations prenant en charge les patients anorexiques, il pourrait être utile de développer la visibilité de ces structures et organisations auprès des chirurgiens-dentistes. Il pourrait être envisageable qu'un annuaire soit constitué puis diffusé aux praticiens, éventuellement par l'intermédiaire des Conseils de l'Ordre Départementaux.

Cette présente étude pourrait être un point de départ pour mener de futures enquêtes, certaines peut-être plus ciblées sur la prévention et les thérapeutiques

mises en place au cabinet dentaire et d'autres destinées aux patients, afin de déterminer s'ils ont conscience des conséquences bucco-dentaires que peuvent entraîner l'anorexie mentale et les autres TCA, et de recueillir leur ressenti sur la façon dont est perçue leur pathologie par les professionnels de santé.

Il pourrait également être instructif d'étudier un point qui n'a pas été abordé dans cette étude, l'aspect intrusif de nos actes en tant que chirurgiens-dentistes.

L'introduction de nos instruments et de nos doigts en bouche, cavité interne et intime du corps, peut être ressentie comme gênante voire insupportable pour certains patients, et de façon encore plus marquée pour les patients souffrant de TCA. En effet, plusieurs études ont démontré que les cas d'abus sexuels étaient plus présents chez les patients atteints de TCA (73),(74) que dans la population générale.

L'intrusion de nos instruments dans la cavité buccale peut donc être mal supportée, et provoquer une réticence voire un refus total pour les soins bucco-dentaires.

Il serait également intéressant, dans la prolongation de cette étude, de mener des enquêtes cette fois-ci destinées aux médecins, afin de déterminer s'ils sont avertis des conséquences bucco-dentaires de l'anorexie mentale et des TCA en général, s'ils conseillent aux patients de réaliser un bilan bucco-dentaire chez un chirurgien-dentiste, et s'ils prodiguent certains conseils d'hygiène bucco-dentaire simples aux patients.

Conclusion

L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances et les attitudes en matière de prise en charge des patients souffrant d'anorexie mentale par les chirurgiens-dentistes de Haute Normandie, et d'évaluer s'il existe un besoin d'informations complémentaires.

Pour ce faire, une étude observationnelle, utilisant un questionnaire anonyme, a été réalisée sur la période allant de Janvier à Avril 2017 durant laquelle 100 praticiens ont participé.

Les résultats ainsi obtenus ont révélé que malgré l'existence de connaissances sur l'anorexie mentale et ses conséquences somatiques et bucco-dentaires, les praticiens expriment le besoin d'obtenir plus d'informations. Afin de répondre à cette demande, des perspectives de formations sur la prise en charge de ces patients au cabinet dentaire sont envisagées sur la région.

Pour finir, il est intéressant de noter que nos conclusions concernant les besoins d'informations complémentaires dont ont fait part les chirurgiens-dentistes participant à cette étude sont similaires à celles d'une étude, également sur le thème de la prise en charge des patients souffrant d'anorexie mentale, menée en 2014 auprès de médecins généralistes exerçant dans l'Essonne (56).

Il semble donc nécessaire que certaines mesures visant à renforcer un échange multidisciplinaire sur le thème de l'anorexie mentale et à améliorer la coordination de prise en charge et la connaissance de réseaux de soins existants soient mises en place pour répondre à ces besoins.

Références bibliographiques

1. Decaux M. La prise en charge du patient anorexique au cabinet dentaire [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université Lille 2 Droit et Santé; 2017.
2. Fairburn CG BK. Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook, Second edition. Guilford Press. New York; 2012. 1-634 p.
3. Grigioni S, Garcia F-D, Déchelotte P. Sémiologie et classification des troubles du comportement alimentaire. EMC. 14 mars 2012;6(2):125-30.
4. Inserm, Godart Nathalie. Anorexie mentale [Internet]. Inserm.fr. 2014. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/anorexie-mentale>
5. Anne-Laure Moscone. Troubles de l'image du corps et troubles psychologiques associés dans l'anorexie mentale : mécanismes sous-jacents et proposition de régulation par les activités physiques adaptées. [Psychologie]. Université Paris Sud - Paris XI; 2013.
6. Dodin V, Testart M-L. Comprendre l'anorexie. Seuil; 2004. 304 p. (Pratique).
7. Roux H, Chapelon E, Godart N. Épidémiologie de l'anorexie mentale : revue de la littérature. L'Encéphale. avr 2013;39(2):85-93.
8. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013. 1679 p.
9. Dos Santos J. Qualité du diagnostic de l'anorexie mentale chez l'adolescent auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université Lille 2 Droit et Santé; 2015.
10. Chapelot D, Louis-Sylvestre J. Les comportements alimentaires. Lavoisier, Paris. 2004. 470 p. (Sciences et techniques agroalimentaires).
11. Rigaud D. Anorexie mentale, boulimie, compulsions alimentaires et troubles du comportement alimentaire - Épidémiologie des TCA - Association Autrement [Internet]. Association Autrement. 2008. Disponible sur: <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-208-epidemiologie-des-tca.htm>
12. Roels B. Les troubles du comportement alimentaire: anorexie et boulimie [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2009.
13. Zhang C. What can we learn from the history of male anorexia nervosa? J Eat Disord. 2014;2:138.
14. Maillet J. Histoires sans faim : troubles du comportement alimentaire : anorexie, boulimie. Paris : Desclée de Brouwer; 1995. 109 p. (Epi-intelligence du corps, ISSN 1159-8166 ; 1995).
15. Poinso F, Viellard M, Dafonseca D, Sarles J. Les anorexies infantiles : de la naissance à la première enfance. Arch Pédiatrie. mai 2006;13(5):464-72.
16. Chatoor I, Hirsch R, Ganiban J. Diagnosing Infantile Anorexia: The Observation of Mother-Infant Interactions. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr. 1998;(37):959-67.
17. Méquignon M, Langlet F, Zgheib S, Dickson S, Dehouck B, Chauveau C, et al. Ghrelin: Central and Peripheral Implications in Anorexia Nervosa. Front Endocrinol. 26 févr 2013;4.
18. Méquignon M, Caron E, Zgheib S, Stievenard A, Zizzari P, Tolle V, et al. Physical activity : benefit or weakness in metabolic adaptations in a mouse model of chronic food restriction ? Am J Physiol Endocrinol Metab. 2015;(308):E241-55.
19. Dupont S. Réalisation d'un manuel de prévention bucco-dentaire pour patients atteints de troubles du comportement alimentaire après analyse des réponses à un questionnaire réalisé en milieu hospitalier [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2006.
20. Garner DM, Garfinkel PE, Schwartz D, Thompson M. Cultural Expectations of

- Thinness in Women. *Psychol Rep.* 1 oct 1980;47(2):483-91.
21. Brusset B. *Psychopathologie de l'anorexie mentale - 2ème édition.* Dunod; 2008. 267 p.
 22. PAUZE R, Charbouillot-Mangin B. *L'anorexie chez les adolescentes.* Eres; 2001. 133 p.
 23. Vicq A-S. *Prise en charge et traitements bucco-dentaires des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire.* [Nantes]: Unité de formation et de recherche d'odontologie; 2004.
 24. Nicolas I, Lamas C, Corcos M. *Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence.* *EMC - Psychiatr.* 2013;11(1):1-18.
 25. *Traitement de vos troubles à la clinique psychiatrique - Clinique Lampre* [Internet]. [cité 7 août 2017]. Disponible sur: <http://www.cliniquelampre.fr/vos-troubles/>
 26. Demeillers-Lesage E. *Les répercussions bucco-faciales de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse / Emma Demeillers-Lesage ; sous la direction de Monsieur le Professeur Louis-Frédéric Jacquelin* [Thèse d'exercice]. [Reims, France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2003.
 27. Mehler PS, Brown C. *Anorexia nervosa – medical complications.* *J Eat Disord.* 2015;3:11.
 28. Bd A. *Eating disorder patients. Recognition and intervention.* *J Dent Hyg JDH Am Dent Hyg Assoc.* 1990 1990;64(3):119-25.
 29. Little JW. *Eating disorders: Dental implications.* *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology.* février 2002;93(2):138-43.
 30. Corcos M, Bochereau D, Jeammet P, Tournemire R de, Cayol V, Girardon N. *Déviations du comportement alimentaire à l'adolescence.* 2001;
 31. Studen-Pavlovich D, Elliott M. *Eating disorders in women's oral health.* *Dent clin North Am.* 2001;45(3):495-511.
 32. Alvin P. *Anorexies et boulimies à l'adolescence.* Doin. Paris, France; 2001. (Conduites).
 33. Brambilla F, Monteleone P, Bortolotti F, Dalle Grave R, Todisco P, Favaro A, et al. *Persistent amenorrhoea in weight-recovered anorexics: psychological and biological aspects.* *Psychiatry Res.* 15 juin 2003;118(3):249-57.
 34. Tajjiou F. *Les troubles du comportement alimentaire chez l'enfant et l'adolescent: les manifestations bucco-dentaire et la prise en charge par le chirurgien dentiste* [Thèse d'exercice]. [France]: Université du droit et de la santé (Lille). Faculté de chirurgie dentaire; 2013.
 35. Boudafda S. *Alimentation et santé bucco-dentaire* [Thèse d'exercice]. [Maroc]: Universté Hassan II de Casablanca; 2015.
 36. Beirnaert-Chartrel G. *Dépistage précoce de l'ostéoporose à l'aide de radiographies dentaires* [Thèse d'exercice]. [Lille 2]: Université du droit et de la santé; 2016.
 37. Lejeune N. *L'ostéoporose, influences et conséquences sur l'os alvéolaire des maxillaires* [Thèse d'exercice]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2014.
 38. Penoni DC, Leão ATT, Fernandes TM, Torres SR. *Possible links between osteoporosis and periodontal disease.* *Rev Bras Reumatol Engl Ed.* 1 mai 2017;57(3):270-3.
 39. Liu Z, Liu L, Kang C, Xie Q, Zhang B, Li Y. *Effects of estrogen deficiency on microstructural changes in rat alveolar bone proper and periodontal ligament.* *Mol Med Rep.* 4 juin 2015;12(3):3508-14.
 40. Penoni DC, Fidalgo TKS, Torres SR, Varela VM, Masterson D, Leão ATT, et al. *Bone Density and Clinical Periodontal Attachment in Postmenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis.* *J Dent Res.* 3 janv 2017;96(3):261-9.
 41. Lo Russo L, Campisi G, Di Fede O, Di Liberto C, Panzarella V, Lo Muzio L. *Oral*

- manifestations of eating disorders: a critical review. *Oral Dis.* 1 sept 2008;14(6):479-84.
42. Moz C. Les thérapeutiques minimalement invasives dans le traitement des usures dentaires généralisées. [Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015.
 43. Vailati F, Belser UC. Classification and treatment of the anterior maxillary dentition affected by dental erosion: the ACE classification. *Int J Periodontics Restorative Dent.* déc 2010;30(6):559-71.
 44. West N, Joiner A. Enamel mineral loss. *J Dent.* Juin 2014;42 Suppl 1:S2-11.
 45. Picos A, D'Incau E, Bonafos C, Berar A, Chira A, Dumitrascu D. Erosion dentaire d'origine intrinsèque. *Rev Odontostomatol Paris.* 2014;43(1):56-70.
 46. Dynesen A, Bardow A, Petersson B, Nielsen L, Nauntofte B. Salivary changes and dental erosion in bulimia nervosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology.* nov 2008;106(5):696-707.
 47. Léonard T, Foulon C, Guelfi J-D. Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. *EMC - Psychiatr.* janv 2005;2(2):1-21.
 48. Chaulet S, Riquin E, Avarello G, Malka J, Duverger P. Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent - EM Premium. *EMC - Pédiatrie - Mal Infect.* 2015;10(2):1-26.
 49. Association Nourrir la vie en Normandie [Internet]. [cité 14 août 2017]. Disponible sur: <http://www.nourrirlavie.asso.fr/index.php?module=2>
 50. Gueguen J, Piot M-A, Orri M, Gutierrez A, Le Moan J, Berthoz S, et al. Group Qigong for Adolescent Inpatients with Anorexia Nervosa: Incentives and Barriers. van Wouwe JP, éditeur. *PLOS ONE.* 2 févr 2017;12(2):e0170885.
 51. Pacanowski CR, Diers L, Crosby RD, Neumark-Sztainer D. Yoga in the treatment of eating disorders within a residential program: A randomized controlled trial. *Eat Disord.* janv 2017;25(1):37-51.
 52. Baer RA. *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications.* Academic Press; 2015. 452 p.
 53. HAS. Document d'information destiné aux familles et aux patients. Anorexie mentale : prise en charge [Internet]. HAS. 2010. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
 54. Baiju R, Elbe P, No V, Remadevi S. Oral Health and Quality of Life: Current Concepts. *J Clin Diagn Res.* juin 2017;11(6):ZE21-ZE26.
 55. Milosevic A. Eating disorders and the dentist. *Br Dent J.* févr 1999;186(3):109-13.
 56. Culot M. Place des médecins généralistes dans le suivi des troubles du comportement alimentaire et de leurs complications : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [Paris Est Créteil]: UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL; 2014.
 57. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *The Lancet.* févr 2010;375(9714):583-93.
 58. Grall-Bronnec M, Guillou-Landreat M, Vénisse J-L. Aspects sémiologiques de l'anorexie mentale. *Nutr Clin Métabolisme.* déc 2007;21(4):151-4.
 59. Shankland R. Les troubles du comportement alimentaire. Dunod; 2016. 249 p.
 60. Bühren K, Schwarte R, Fluck F, Timmesfeld N, Krei M, Egberts K, et al. Comorbid Psychiatric Disorders in Female Adolescents with First-Onset Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 1 janv 2014;22(1):39-44.
 61. Mehler PS, Krantz MJ, Sachs KV. Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Eat Disord.* 2015;3:15.
 62. Touyz SW, Liew VP, Tseng P, Frisken K, Williams H, Beumont PJV. Oral and dental complications in dieting disorders. *Int J Eat Disord.* 1 nov 1993;14(3):341-7.
 63. Romanos GE, Javed F, Romanos EB, Williams RC. Oro-facial manifestations in patients with eating disorders. *Appetite.* oct 2012;59(2):499-504.
 64. Cooper-Patrick L. Race, Gender, and Partnership in the Patient-Physician

Relationship. JAMA. 11 août 1999;282(6):583.

65. Mons M. Empathie et odontologie [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015.

66. Schlichting LH, Resende TH, Reis KR, Magne P. Simplified treatment of severe dental erosion with ultrathin CAD-CAM composite occlusal veneers and anterior bilaminar veneers. J Prosthet Dent. oct 2016;116(4):474-82.

67. Colon P, Lussi A. Minimal intervention dentistry: part 5. Ultra-conservative approach to the treatment of erosive and abrasive lesions. BDJ. 25 avr 2014;216(8):463-8.

68. Hecht M. Les recommandations en chirurgie dentaire - Partie 1 : Les recommandations concernant les prescriptions [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université Lille 2 Droit et Santé; 2014.

69. DeBate RD, Tedesco LA. Increasing Dentists' Capacity for Secondary Prevention of Eating Disorders: Identification of Training, Network, and Professional Contingencies. J Dent Educ. 10 janv 2006;70(10):1066-75.

70. Anorexie mentale : prise en charge (HAS) [Internet]. [cité 20 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-mentale.pdf

71. Tenenbaum A. La relation médecin chirurgien-dentiste dans la prise en charge du patient : les évolutions nécessaires. Analyse dans le cadre d'un réseau de santé. Paris 5: Université René Descartes, Faculté de Médecine; 2004 2005 p. 88.

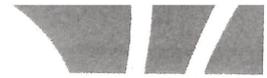
72. Dany L, Morin M. Image corporelle et estime de soi : étude auprès de lycéens français. Bull Psychol. 2010;Numéro 509(5):321.

73. Caslini M, Bartoli F, Crocamo C, Dakanalis A, Clerici M, Carra G. Disentangling the Association Between Child Abuse and... : Psychosomatic Medicine. Psychosom Med. janv 2016;78(1):79-90.

74. Treuer T, Koperdák M, Rózsa S, Füredi J. The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders: Impact of Physical and Sexual Abuse on Body Image in ED. Eur Eat Disord Rev. mars 2005;13(2):106-11.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de l'étude



[retour](#)

Les chirurgiens-dentistes face à l'anorexie mentale

Ce questionnaire aborde l'anorexie mentale de type restrictif pur ainsi que l'anorexie mentale avec conduites de purge (vomissements, prise de laxatifs et/ou diurétiques), mais ne concerne pas les formes mixtes d'anorexie mentale associée à la boulimie.

D'avance, je vous remercie pour votre participation.

1 - Quelques renseignements vous concernant

1 - Vous êtes : *

Un homme Une femme

2 - Votre tranche d'âge : *

< 30 ans
 30 - 39 ans
 40 - 49 ans
 50 - 59 ans
 >= 60 ans

3 - Depuis combien d'années exercez-vous ? *

ans

4 - Dans quel département exercez-vous actuellement ? *

Eure Seine Maritime

5 - Dans quelle structure exercez-vous actuellement ? *

Cabinet de ville
 Milieu hospitalier
 Les 2
 Autre(s) - Précisez

2 - A propos de votre formation

1 - Dans quelle faculté avez-vous effectué votre formation initiale ? *

2 - Lors de votre formation initiale, avez-vous bénéficié d'enseignement(s) concernant l'anorexie mentale ? *

Oui Non Je ne sais pas

3 - Avez-vous le sentiment que le ou les enseignement(s) reçu(s) a(ont) été suffisant(s) pour prendre en charge ce type de patients de façon optimale ? *

Oui Non Je ne sais pas

4 - Lors de vos formations complémentaires (formation continue, formation(s) universitaire(s) comme les DU ou les CES, formation(s) privée(s), etc.), avez-vous bénéficié d'enseignement(s) concernant l'anorexie mentale ? *

Oui Non Je ne sais pas

5 - Précisez la ou les formations : *

6 - Avez-vous le sentiment que le ou les enseignement(s) reçu(s) a(ont) été suffisant(s) pour prendre en charge ce type de patients de façon optimale ? *

Oui Non Je ne sais pas

7 - Avez-vous bénéficié d'informations concernant l'anorexie mentale par d'autres biais ? *

Oui Non Je ne sais pas

8 - Le ou lesquels ? (Plusieurs réponses possibles) *

Entourage
 Médias
 Revue scientifique/médicale
 Revue spécialisée en odontologie
 Magazines (mode, beauté, santé, etc.)
 Autre(s) - Précisez

3 - A propos de vos connaissances sur l'anorexie mentale

Certains comportements ou caractéristiques se retrouvent fréquemment chez les patients anorexiques. Pour chaque item, cochez la proposition qui vous semble définir le plus ce type de patients.

Les patients anorexiques :

1 - *

- Ne mangent pas parce qu'ils n'ont pas d'appétit
- Ne mangent pas parce qu'ils luttent contre la faim
- Je ne sais pas

2 - *

- Ne se font jamais vomir
- Se font parfois vomir
- Se font toujours vomir
- Je ne sais pas

3 - *

- Ne pratiquent en général pas d'activités physiques
- Pratiquent souvent une activité physique soutenue/intensive
- Pratiquent toujours une activité physique soutenue/intensive
- Je ne sais pas

4 - *

- Sont souvent dans le déni de leur pathologie
- Reconnassent leur pathologie le plus souvent
- Je ne sais pas

5 - *

- Ne consomment jamais de laxatifs et/ou diurétiques
- Consomment parfois des laxatifs et/ou diurétiques de manière abusive
- Abusent toujours de laxatifs et/ou diurétiques
- Je ne sais pas

6 - *

- Sont souvent en difficulté dans le milieu scolaire ou professionnel
- Excellent souvent dans le milieu scolaire ou professionnel
- Je ne sais pas

7 - *

- Ont tendance à se trouver trop gros
- Ont tendance à se trouver trop mince
- Je ne sais pas

8 - *

- Ont souvent une vie sociale riche et épanouie
- Se trouvent souvent en situation d'isolement social
- Je ne sais pas

9 - Selon vous, quelle est, en moyenne, la part d'hommes et de femmes touchés par l'anorexie mentale ? *

(Cochez la proposition qui vous semble exacte)

- 1 homme pour 9 femmes
- 1 homme pour 1 femme
- 1 femme pour 9 hommes
- 1 homme pour 2 femmes

10 - Selon vous, quelle est, hommes et femmes confondus, la tranche d'âge la plus touchée par l'anorexie mentale ? *

(Cochez la proposition qui vous semble exacte)

- 0-5 ans
- 6-15 ans
- 16-25 ans
- 26-35 ans
- 36 ans et plus

11 - Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes dans l'anorexie mentale. Cochez-en au maximum 3 qui, selon vous, sont souvent décrites : (3 réponses possibles) *

Addiction (substances psychoactives telles que tabac, alcool, amphétamines, cocaïne, héroïne, cannabis et/ou addictions comportementales telles que les dépendances affectives, au sport, au travail, les cyberdépendances)

- Schizophrénie
- Troubles anxieux et dépressifs -
- Trouble bipolaires
- Trouble paranoïaques
- Troubles dépressifs -
- Troubles pervers-narcissiques
- Troubles obsessionnels compulsifs

12 - L'anorexie mentale peut engendrer de nombreuses complications de l'état général des patients. Parmi les retentissements suivants, cochez-en au maximum 3 qui, selon vous, sont fréquemment décrits : (3 réponses possibles) *

- Troubles cardiaques
- Troubles immunitaires
- Troubles rénaux
- Ostéoporose/ostéopénie
- Troubles pulmonaires
- Troubles hépatiques

4 - Lorsque vous suspectez l'existence d'une anorexie mentale chez un patient, que faites-vous ?

Lorsqu'un patient en état de maigreur évidente se présente à votre cabinet, sans mentionner de pathologie particulière ni de traitements, le plus souvent vous :

(pour chaque item, cochez la proposition qui vous semble exacte)

	Oui	Non
1 - L'interrogez sur la ou les causes de cette maigreur *		
2 - L'interrogez sur son poids et/ou son Indice de Masse Corporelle (IMC) *		
3 - L'interrogez sur ses habitudes alimentaires *		
4 - Lui demandez directement s'il souffre d'anorexie *		
5 - N'abordez pas le sujet de sa maigreur *		
6 - Recherchez des signes physiques pouvant conforter votre impression *		
7 - L'interrogez sur les éventuels traitements médicamenteux ou un éventuel suivi par un médecin *		
8 - L'interrogez sur son milieu scolaire ou professionnel, son contexte familial *		
9 - L'orientez vers un médecin pour un bilan médical *		

10 - Parmi les possibles retentissements bucco-dentaires de l'anorexie mentale, cochez-en au maximum 3 qui, selon vous, sont les plus fréquents et pourraient vous orienter dans le dépistage de cette pathologie. (3 réponses possibles) *

- Lésions carieuses
- Xérostomie
- Ulcérations et/ou érythèmes des muqueuses
- Infections salivaires
- Lésions érosives
- Chéilite angulaire
- Atteintes parodontales (gingivite, parodontite)
- Desquamation des papilles linguales

5 - Face à un patient diagnostiqué anorexique avec qui vous pouvez échanger à propos de sa pathologie

1 - Face à ce type de patient, vous adoptez une attitude le plus souvent : (Plusieurs réponses possibles) *

- Directive, afin de le pousser à modifier ses comportements
- Sans jugement, afin d'établir une relation de confiance
- Motivationale, afin de l'encourager dans sa prise en charge
- Moralisatrice, afin de lui faire prendre conscience de la gravité de sa maladie

Lorsque ce type de patient se présente pour des soins dentaires, vous :
 (pour chaque item, cochez la proposition qui vous correspond)

	Oui	Non	Je ne sais pas
2 - Préférez l'adresser à un confrère ou dans un service odontologique hospitalier *			
3 - Lui prodiguez des conseils d'hygiène bucco-dentaire adaptés *			
4 - Lui prodiguez des conseils alimentaires adaptés *			
5 - N'entamez aucun soin tant que ses symptômes alimentaires n'ont pas disparu *			
6 - Mettez en place les soins conservateurs, prothétiques et parodontaux « définitifs » même si une prise en charge globale de l'anorexie n'a pas été initiée *			
7 - Ne réalisez que des soins conservateurs, prothétiques et parodontaux temporaires tant qu'une prise en charge globale de l'anorexie n'a pas été initiée *			
8 - Privilégiez des soins prothétiques plutôt que des soins conservateurs à minima, afin d'éviter les récurrences de lésions carieuses et/ou érosives *			
9 - Privilégiez des soins conservateurs à minima plutôt que des soins prothétiques, afin d'éviter un délabrement dentaire trop important *			
10 - Programmez un suivi bucco-dentaire régulier *			
11 - N'hésitez pas à proposer des implants en présence d'un ou de plusieurs édentements s'il n'existe pas d'autres pathologies ou de contre-indications connues *			
12 - Réfléchissez à la mise en place d'un traitement par antibiotiques en amont des séances thérapeutiques *			
13 - Réfléchissez à une adaptation de tout traitement			

médicamenteux *

14 - Parmi les conseils d'hygiène bucco-dentaire que vous pourriez lui prodiguer, cochez-en 3 au maximum qui vous semblent les plus adaptés dans le contexte de l'anorexie mentale : (3 réponses possibles) *

- Mâcher un chewing-gum au xylitol
- Utiliser une brosse à dents à poils très souples
- Utiliser un bain de bouche à base de fluorure de sodium ou de bicarbonate de sodium
- Utiliser du fil dentaire et/ou des brossettes inter-dentaires en complément du brossage
- Utiliser un dentifrice non abrasif et enrichi en fluor
- Attendre au moins 30 minutes après des vomissements avant de se brosser les dents
- Utiliser de la salive artificielle
- Se rincer la bouche avec de l'eau après des vomissements ou la prise d'aliments et/ou de boissons acides

6 - Votre ressenti sur le rôle du chirurgien-dentiste dans la prise en charge globale des patients anorexiques

1 - Avez-vous déjà eu à prendre en charge un patient anorexique ou chez qui vous soupçonniez une anorexie mentale pour des soins dentaires ? *

- Non, jamais
- Oui, entre 1 et 9 par an
- Oui, entre 10 et 29 par an
- Oui, plus de 30 par an
- Je ne sais pas

2 - Vous avez trouvé la prise en charge de ces patients : *

(cochez la proposition qui vous correspond)

- Facile ou très facile
- Moyennement facile
- Un peu difficile
- Difficile ou très difficile

Selon vous, quelle est l'importance du rôle du chirurgien-dentiste ?

(0 = aucune importance ; 1 = peu important ; 2 = important ; 3 = très important)

	0	1	2	3
3 - Dans le dépistage de l'anorexie mentale *				
4 - Dans la prévention des conséquences bucco-dentaires de l'anorexie mentale *				
5 - Dans l'orientation des patients vers des médecins spécialisés, des réseaux de santé, des associations, etc... *				
6 - Dans le suivi et l'encouragement des patients au cours de leur prise en charge *				

7 - Avez-vous déjà été impliqué dans un réseau de santé avec d'autres professionnels de santé pour la prise en charge d'un patient souffrant d'anorexie mentale ? *

- Oui Non

8 - Pensez-vous que le chirurgien-dentiste a une place dans un tel réseau de santé ? *

- Oui Non Je ne sais pas

9 - Avez-vous connaissance de l'existence d'associations ou de réseaux de santé autour de vous apportant de l'aide et proposant une prise en charge aux patients souffrant de troubles du comportement alimentaire et à leur entourage ? *

- Oui Non

7 - Envie d'en savoir plus sur l'anorexie mentale ?

1 - Souhaiteriez-vous être mieux informé(e) sur l'anorexie mentale et les autres troubles du comportement alimentaire ? *

- Oui Non

2 - Sur quel(s) aspect(s) ? (Plusieurs réponses possibles) *

- Psychopathologie
- Conséquences sur l'état de santé général
- Conséquences bucco-dentaires
- Prise en charge globale
- Existence de réseau(x) de santé ou d'association(s) autour de vous
- Prévention des retentissements bucco-dentaires
- Traitements bucco-dentaires spécifiques
- Approches non conventionnelles complémentaires à la prise en charge globale (telles que l'art-thérapie, le yoga, la méditation, les massages, la danse, l'hypnose, etc.)
- Autre(s) - Précisez

3 - Seriez-vous intéressé(e) pour participer à une soirée de conférences sur le thème de l'anorexie mentale et des autres troubles du comportement alimentaire, qui présenterait les aspects sur lesquels vous souhaiteriez en savoir plus ? *

- Oui Non Je ne sais pas

4 - Aimerez-vous obtenir des renseignements sur ces pathologies par d'autres biais d'informations ? *

- Oui Non Je ne sais pas

5 - Le ou lesquels ? *

*** Réponse obligatoire**

Attention ! Après avoir confirmé votre saisie, il ne sera plus possible de modifier vos réponses.

Valider Annuler

retour

Annexe 2 : Document explicatif distribué aux praticiens de Seine Maritime

Objet : Thèse de Chirurgie Dentaire

Cher confrère, chère consœur,

Je me permets de vous contacter afin de solliciter votre aide.

En effet, j'ai terminé mes études de Chirurgie Dentaire à la faculté de Lille, et dans le cadre de ma thèse d'exercice je réalise une enquête auprès des praticiens de Haute-Normandie concernant la prise en charge des patients souffrant d'anorexie mentale dans les cabinets dentaires.

Afin que les résultats de mon étude soient exploitables et représentatifs de la région, j'aurais besoin d'au moins 100 réponses au questionnaire anonyme que j'ai élaboré, mais je n'en ai actuellement que 21.

Votre participation à cette enquête, avant le 15 Avril 2017, me serait donc d'une grande aide pour mener à bien cette étude, et par conséquent ma thèse.

Que vous ayez des connaissances sur cette pathologie ou non importe peu, le but est de faire un état des lieux des connaissances des praticiens concernant l'anorexie mentale et la prise en charge des patients qui en souffrent, afin d'éventuellement mettre en place des moyens d'informations supplémentaires.

Vous trouverez mon questionnaire sur le site internet du Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes de Seine Maritime.

Il vous faudra vous identifier avec votre code personnel afin d'accéder à l'intranet du site, et vous devrez vous rendre à la rubrique « Actualités Professionnelles ». Vous tomberez alors sur le petit paragraphe dédié à ma thèse.

Par avance, je vous remercie grandement pour votre aide.

Bien cordialement,
Victoria SIMON.



Annexe 3 : MANOVA ayant donné des résultats non significatifs

➤ Conséquences somatiques de l'anorexie mentale

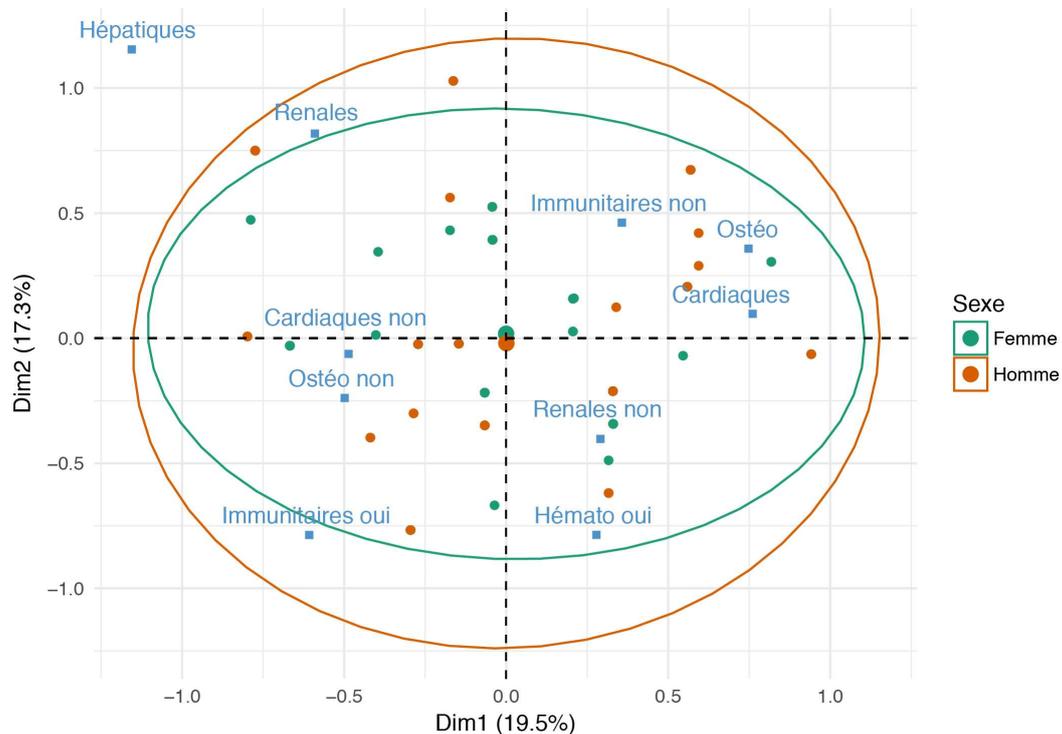


Figure 19: Conséquences somatiques de l'anorexie mentale les plus rencontrées chez les patients selon le sexe des praticiens (N=100), analysées par MANOVA ($p=0,907$).

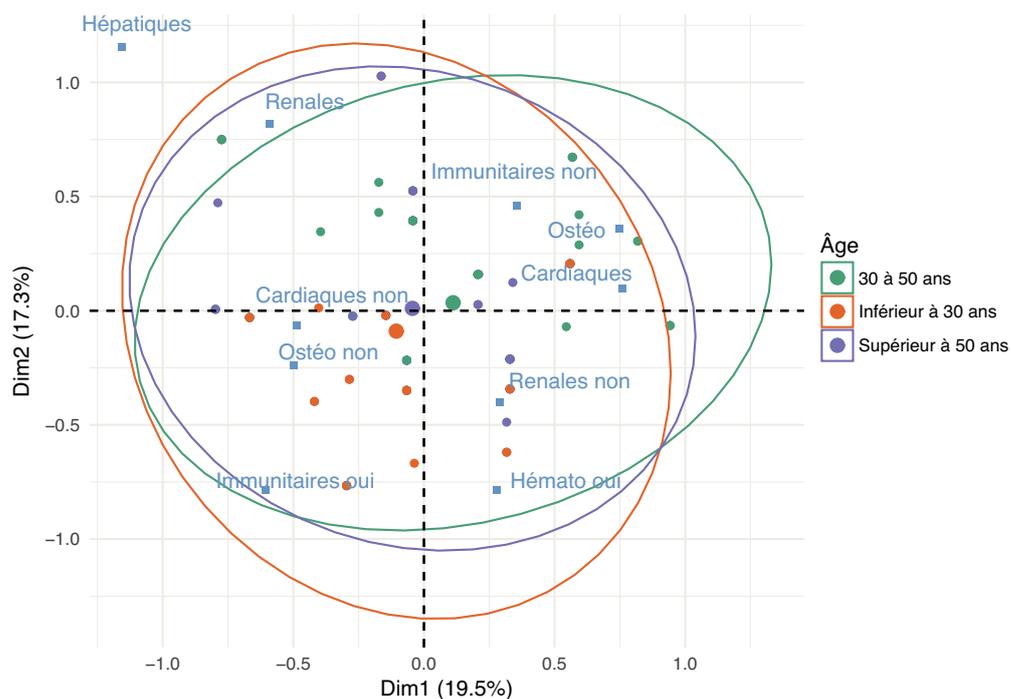


Figure 20 : Conséquences somatiques de l'anorexie mentale les plus rencontrées chez les patients selon l'âge des praticiens (N=100), analysées par MANOVA ($p=0,296$).

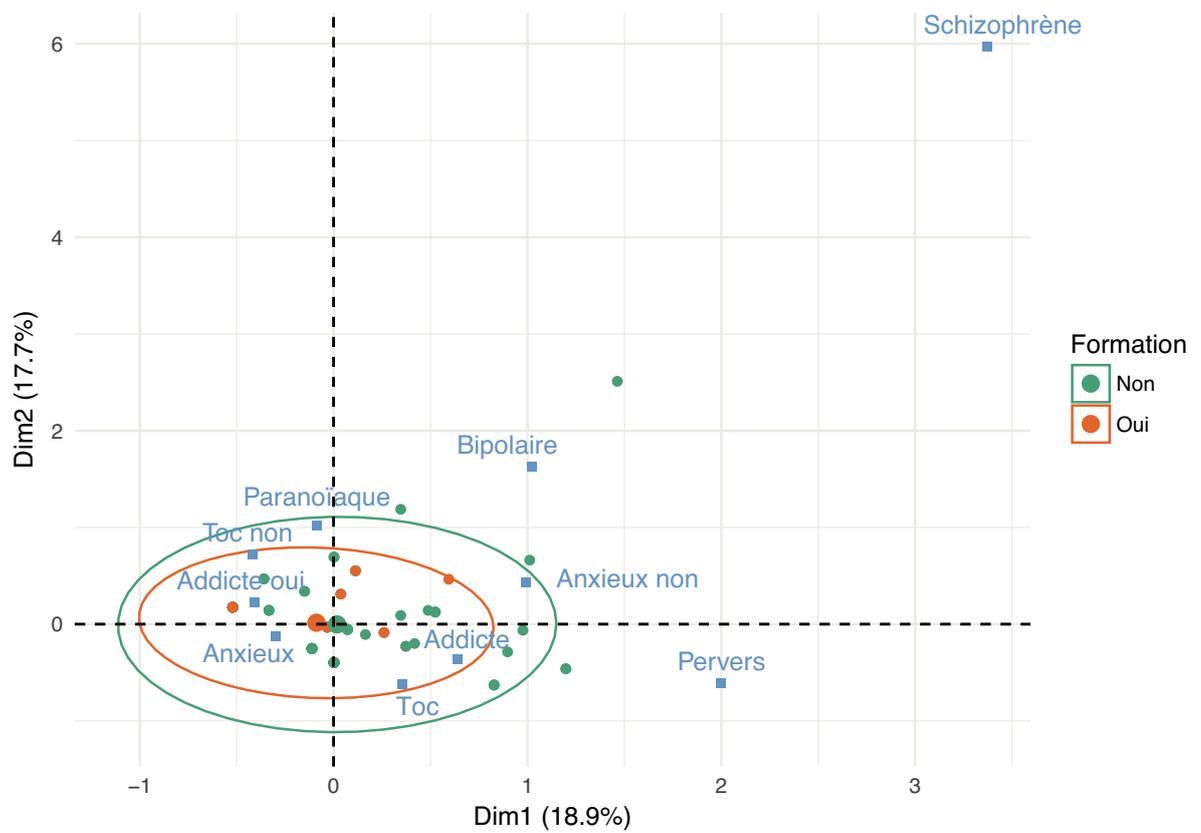


Figure 21 : Conséquences somatiques de l'anorexie mentale les plus rencontrées chez les patients selon que les praticiens aient reçu ou non un enseignement sur l'anorexie mentale pendant leur(s) formation(s) (N=100), analysées par MANOVA ($p=0,631$).

➤ **Conduite générale des praticiens lorsqu'ils suspectent une anorexie mentale chez un patient**

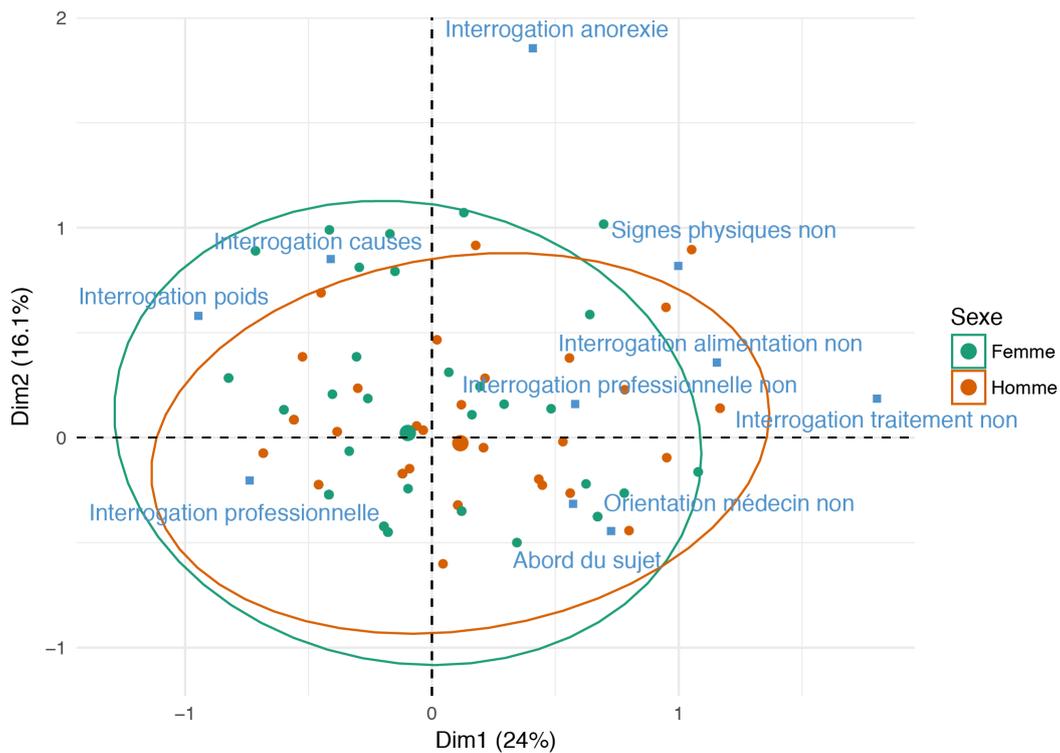


Figure 22 : Conduite des praticiens selon le sexe lorsque l'anorexie mentale est suspectée chez un patient (N=100), analysée par MANOVA ($p=0,081$).

Conduite générale des praticiens selon leur âge lorsque l'anorexie mentale est suspectée chez un patient (N=100)

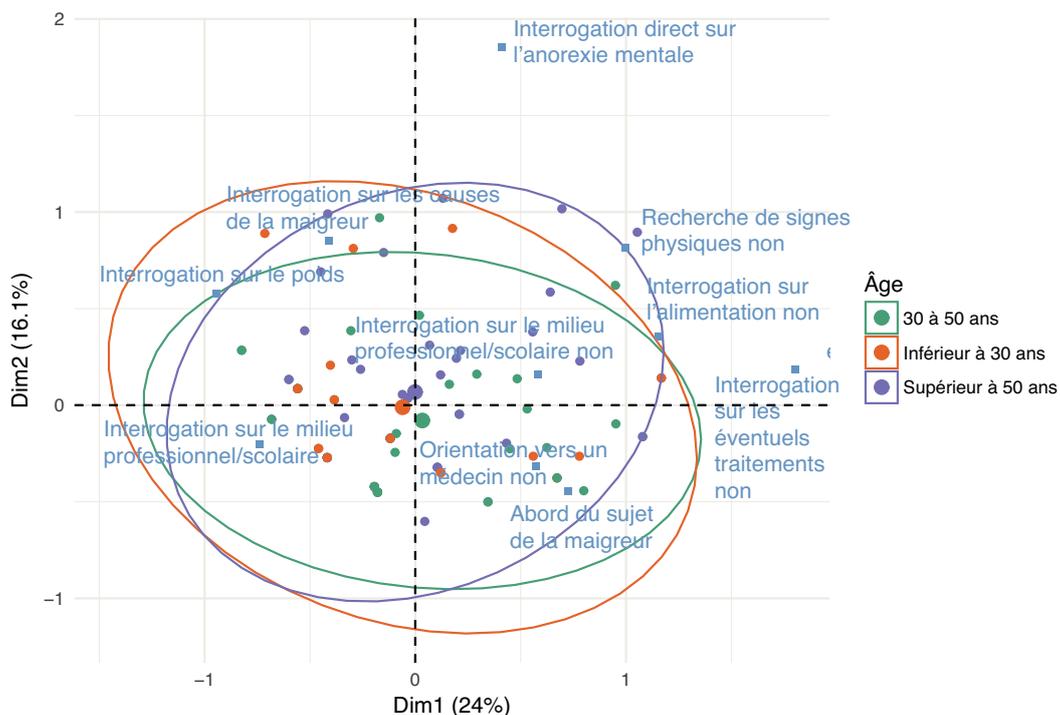


Figure 23 : Conduite des praticiens selon l'âge lorsque l'anorexie mentale est suspectée chez un patient (N=100), analysée par MANOVA ($p=0,377$).

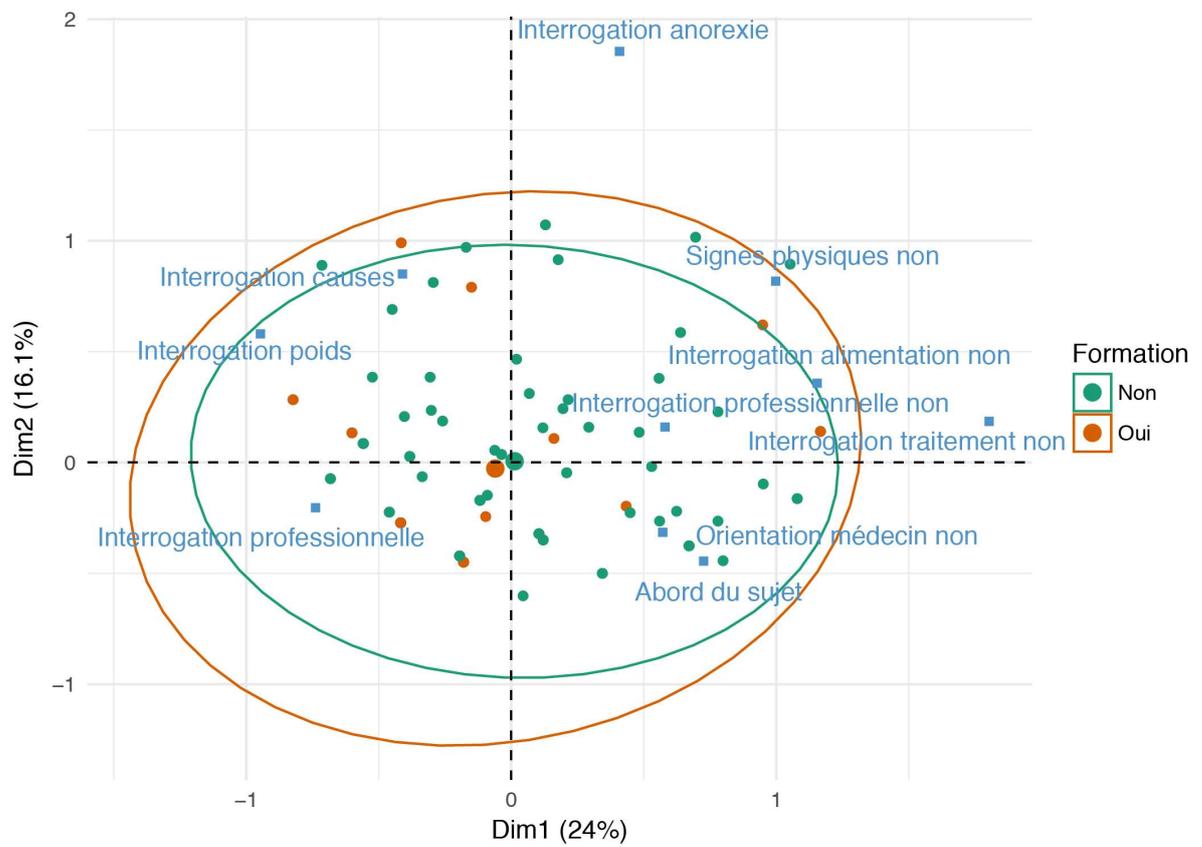


Figure 24 : Conduite des praticiens selon qu'ils aient reçu ou non un enseignement sur l'anorexie mentale pendant leur(s) formation(s) lorsque l'AM est suspectée chez un patient (N=100), analysée par MANOVA ($p=0,899$).

➤ **Les conséquences bucco-dentaires de l'anorexie mentale les plus fréquemment observées**

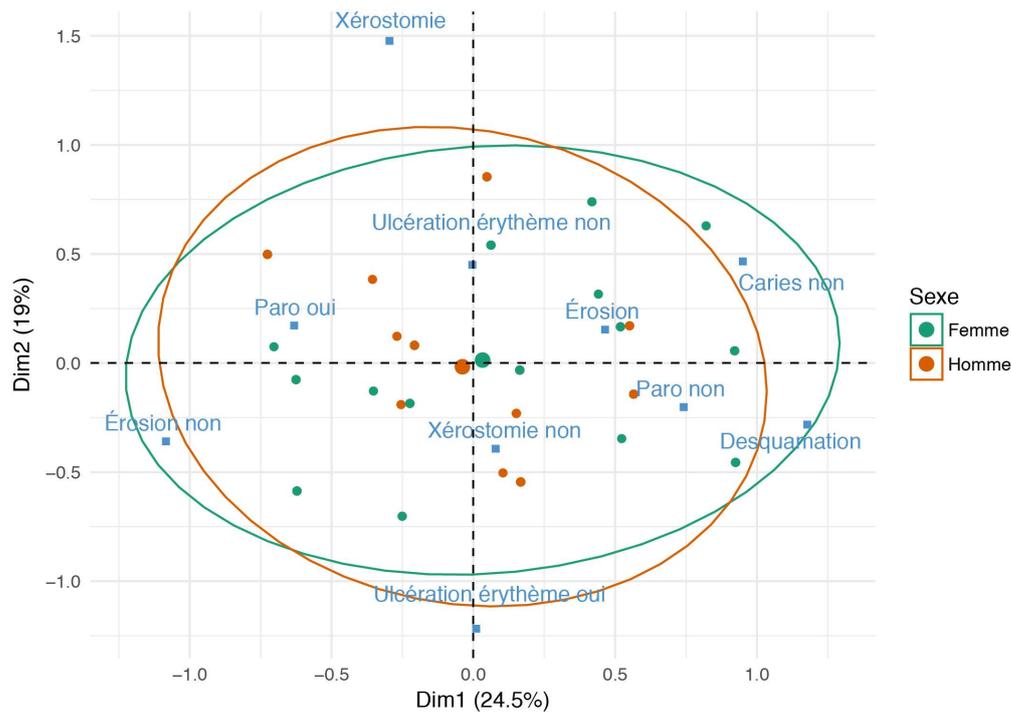


Figure 25 : Conséquences bucco-dentaires de l'anorexie mentale les plus rencontrées chez les patients selon le sexe des praticiens (N=100), analysées par MANOVA ($p=0,707$).

Conséquences bucco-dentaires de l'anorexie mentale selon l'âge des praticiens (N=100)

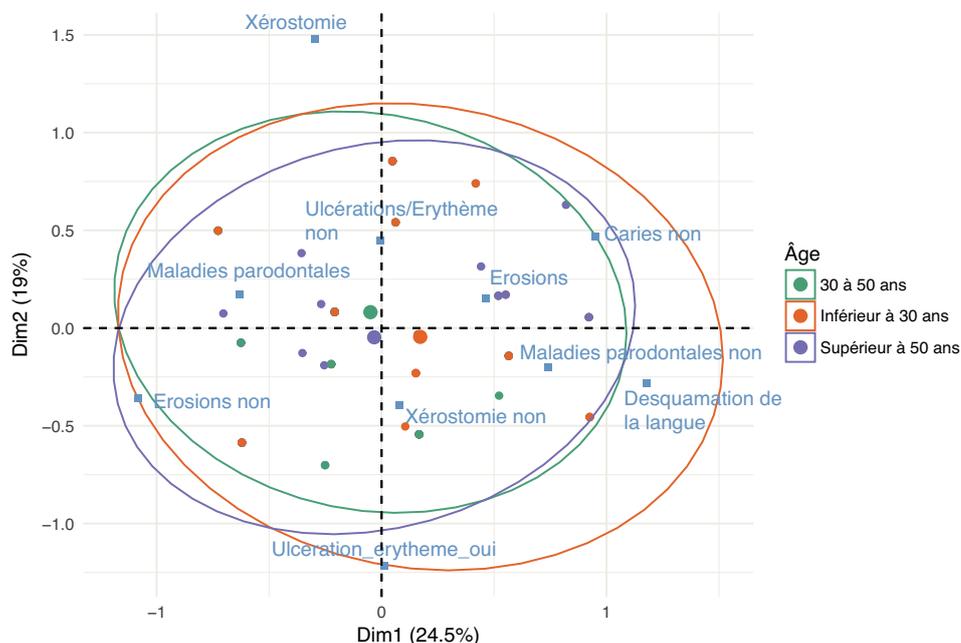


Figure 26 : Conséquences bucco-dentaires de l'anorexie mentale les plus rencontrées chez les patients selon l'âge des praticiens (N=100), analysées par MANOVA ($p=0,242$).

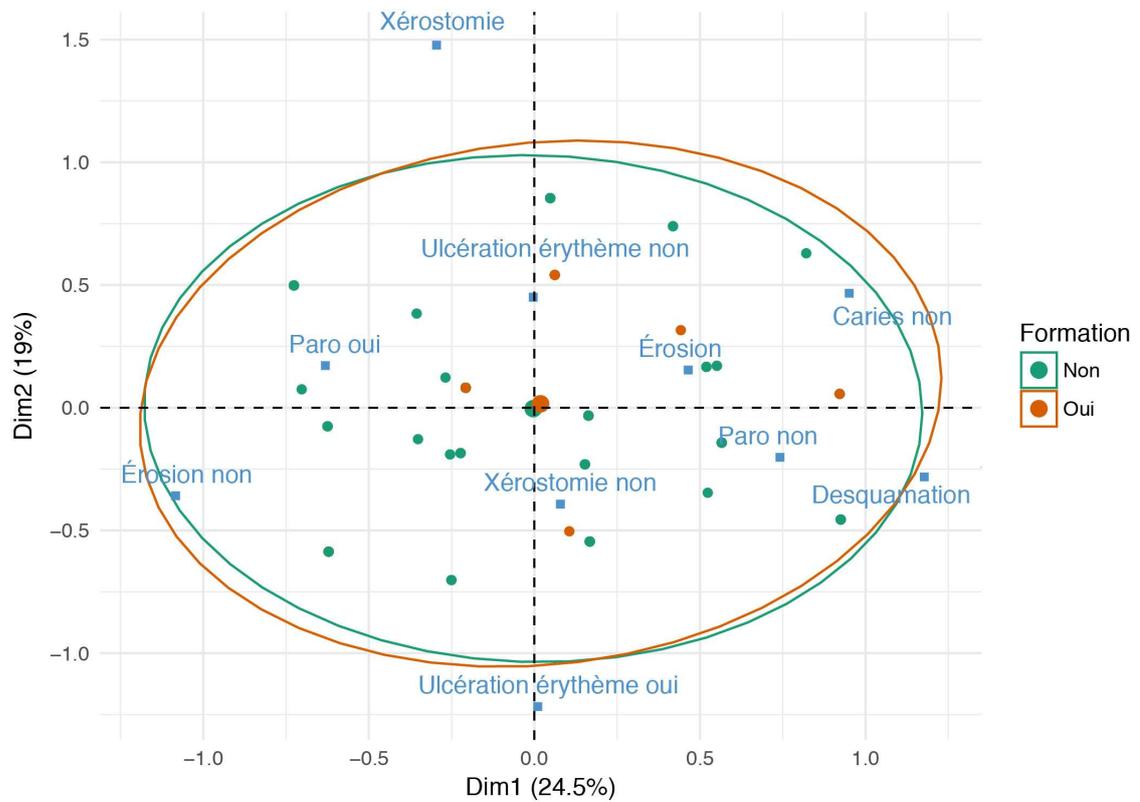


Figure 27 : Conséquences bucco-dentaires de l'anorexie mentale les plus rencontrées chez les patients selon que les praticiens aient reçu ou non un enseignement sur l'anorexie mentale pendant leur(s) formation(s) (N=100), analysées par MANOVA ($p=0,989$).

➤ La conduite des soins bucco-dentaires

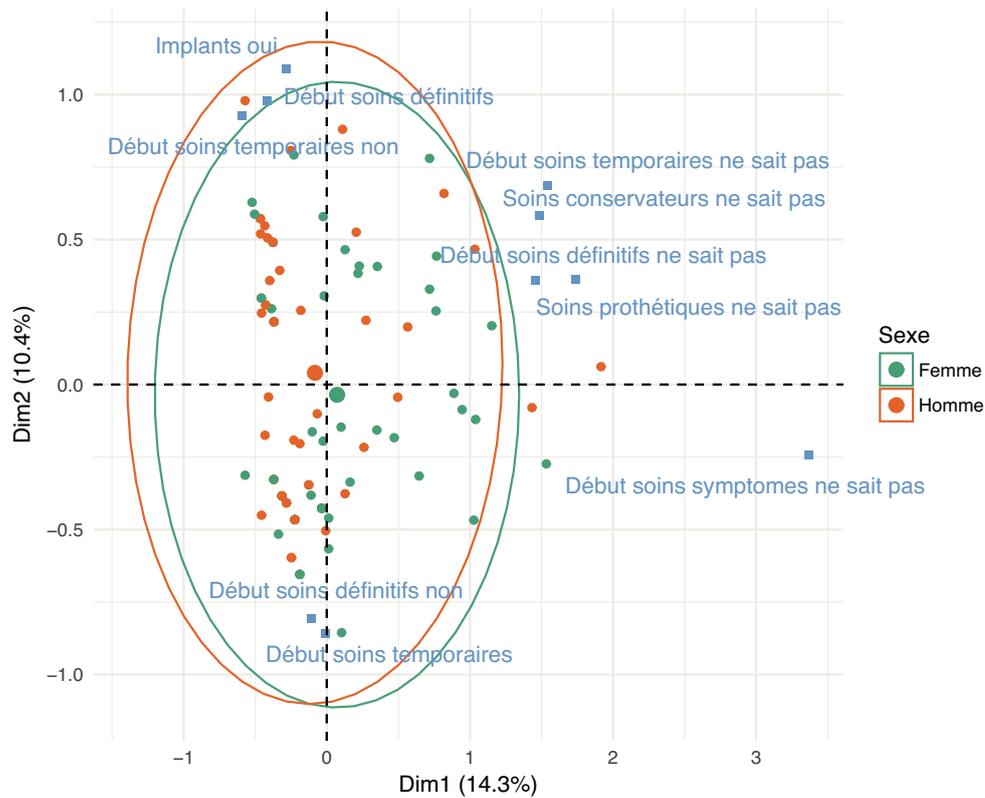


Figure 28 : Conduite des soins bucco-dentaires par les praticiens selon le sexe chez un patient anorexique (N=100), analysée par MANOVA ($p=0,228$).

Conduite des soins bucco-dentaires chez un patient anorexique selon l'âge des praticiens (N=100)

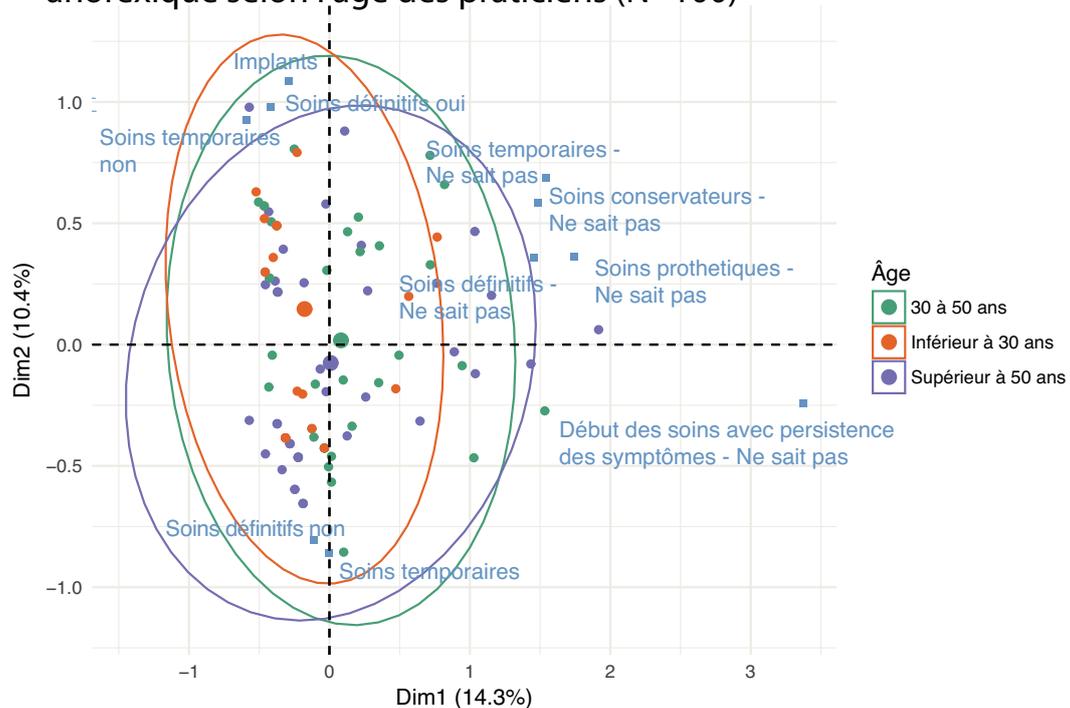


Figure 29 : Conduite des soins bucco-dentaires par les praticiens selon l'âge chez un patient anorexique (N=100), analysée par MANOVA ($p=0,151$).

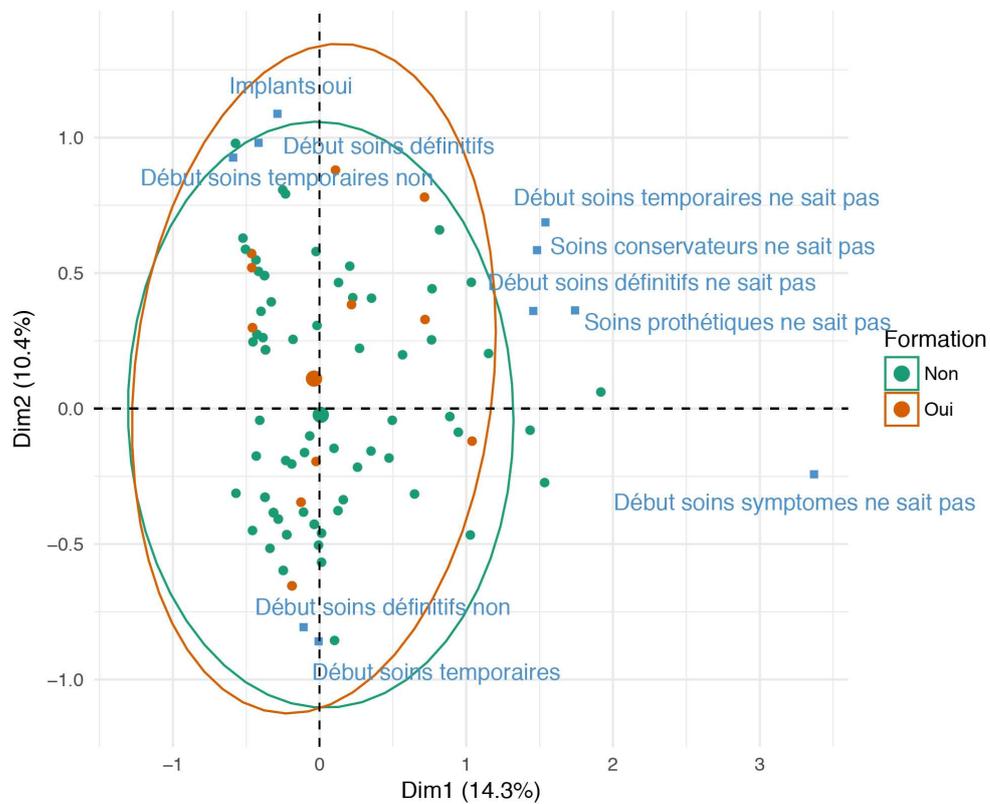


Figure 30 : Conduite des soins bucco-dentaires par les praticiens selon qu'ils aient reçu ou non un enseignement concernant l'anorexie mentale lors de leur(s) formation(s) chez un patient anorexique (N=100), analysée par MANOVA ($p=0,372$).

➤ **Les conseils d'hygiène bucco-dentaire spécifiques prodigués aux patients anorexiques**

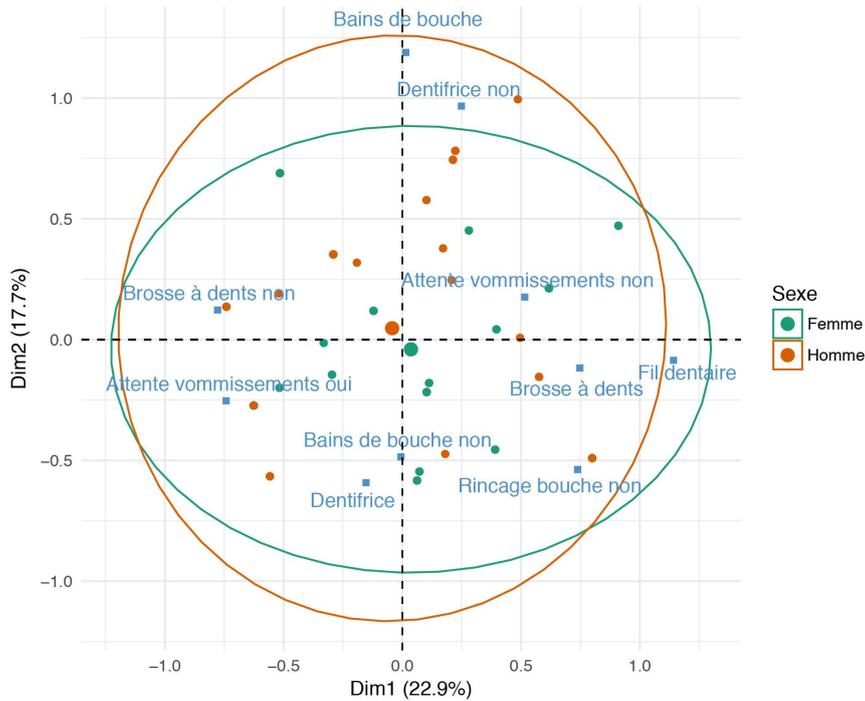


Figure 31 : Conseils d'hygiène bucco-dentaire spécifiques prodigués par les praticiens selon le sexe pour les patients anorexiques (N=100), analysés par MANOVA ($p=0,428$).

Conseils bucco-dentaires prodigués aux patients anorexiques selon l'âge des praticiens (N=100)

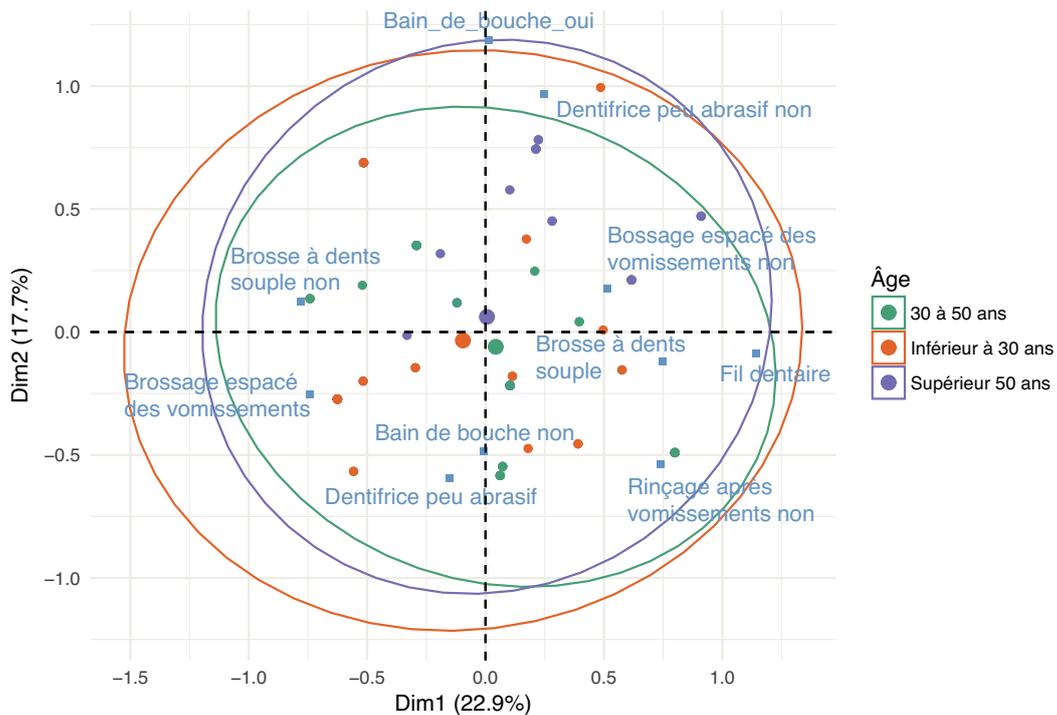


Figure 32 : Conseils d'hygiène bucco-dentaire spécifiques prodigués par les praticiens selon l'âge pour les patients anorexiques (N=100), analysés par MANOVA ($p=0,678$).

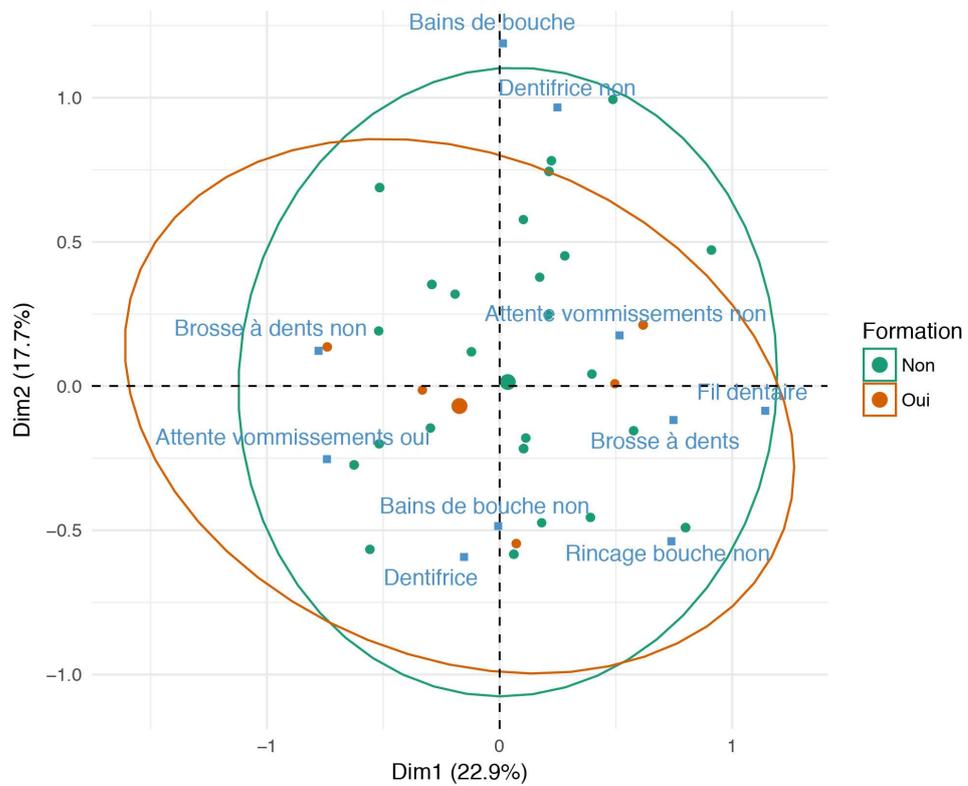


Figure 33 : Conseils d'hygiène bucco-dentaire spécifiques prodigués par les praticiens selon qu'ils aient reçu ou non un enseignement sur l'anorexie mentale pendant leur(s) formation(s) pour les patients anorexiques (N=100), analysés par MANOVA ($p=0,205$).

Liste des tableaux

Tableau 1 : Critères diagnostiques de l'anorexie mentale selon le DSM-V.	18
Tableau 2 : Critères diagnostiques de l'anorexie mentale selon le CIM-10.....	18
Tableau 3 : Questionnaire SCOFF-F	19
Tableau 4: Répercussions générales induites par l'anorexie mentale.	22
Tableau 5: Répercussions bucco-dentaires induites par l'anorexie mentale.	26
Tableau 6: Caractéristiques des participants.....	32
Tableau 7: Connaissances générales des praticiens à propos de l'anorexie mentale.	35
Tableau 8: Attitude des praticiens lorsqu'ils suspectent une anorexie mentale chez un patient.....	37
Tableau 9: Attitude et conduite des soins des praticiens face à un patient anorexique.....	39
Tableau 10: Ressenti des praticiens concernant la prise en charge des patients anorexiques.....	42
Tableau 11: Désir des praticiens d'obtenir plus d'informations sur l'anorexie mentale.	43
Tableau 12: Exemple de conversion numérique des réponses des praticiens concernant les comorbidités psychiatriques les plus fréquentes chez les patients anorexiques. 1 = le praticien a sélectionné l'item. 0 = le praticien n'a pas sélectionné l'item.	51
Tableau 13 : Exemple de conversion numérique des réponses des praticiens concernant les aspects sur lesquels ils souhaiteraient obtenir plus d'information concernant l'anorexie mentale. 1 = le praticien a sélectionné l'item. 0 = le praticien n'a pas sélectionné l'item.	55

Liste des figures

Figure 1: Répartition des praticiens en fonction de leur sexe et de leur tranche d'âge (N=100).....	45
Figure 2: Enseignement concernant l'anorexie mentale lors des formations des chirurgiens-dentistes et part du ressenti positif sur la suffisance des informations reçues pour une prise en charge optimale (N=100).....	46
Figure 3: Comportements types des patients anorexiques selon le sexe des praticiens (N=100), analysés par MANOVA.....	47
Figure 4: Comportements types des patients anorexiques selon l'âge des praticiens (N=100), analysés par MANOVA.....	49
Figure 5: Comportements types des patients anorexiques selon que les praticiens aient reçu ou non un enseignement sur l'anorexie mentale lors de leur(s) formation(s) (N=100), analysés par MANOVA	50
Figure 6: Comorbidités psychiatriques les plus rencontrées chez les patients anorexiques selon le sexe des praticiens (N=100), analysées par MANOVA.....	52
Figure 7: Comorbidités psychiatriques les plus rencontrées chez les patients anorexiques selon l'âge des praticiens (N=100), analysées par MANOVA.....	53
Figure 8: Comorbidités psychiatriques les plus rencontrées chez les patients anorexiques selon que les praticiens aient reçu ou non un enseignement sur l'anorexie mentale lors de leur(s) formation(s) (N=100), analysées par MANOVA	54
Figure 9: Aspects sur lesquels les praticiens, selon le sexe, désirent obtenir plus d'informations sur l'anorexie mentale (N=78), analysés par MANOVA.....	56
Figure 10: Aspects sur lesquels les praticiens, selon leur âge, désirent obtenir plus d'informations sur l'anorexie mentale (N=78), analysés par MANOVA.....	57
Figure 11: Aspects sur lesquels les praticiens, selon qu'ils aient reçu ou non un enseignement concernant l'anorexie mentale lors de leur(s) formation(s), désirent obtenir plus d'informations sur la pathologie (N=78), analysés par MANOVA	58
Figure 12: Attitudes des praticiens – d'après leur propre perception – selon le sexe face à un patient dont le diagnostic de l'anorexie mentale est établi (N=100), analysées par GLM binomial	59
Figure 13: : Attitudes des praticiens – d'après leur propre perception – selon l'âge face à un patient dont le diagnostic de l'anorexie mentale est établi (N=100), analysées par GLM binomial.....	60
Figure 14: Attitudes des praticiens – d'après leur propre perception – selon qu'ils aient reçu ou non un enseignement sur l'anorexie mentale lors de leur(s) formation(s) face à un patient dont le diagnostic est établi (N=100), analysées par GLM binomial.....	61
Figure 15: Ressenti de la difficulté de prise en charge des patients anorexiques par les praticiens selon le sexe (N=69), analysé par GLM binomial.....	62
Figure 16: Ressenti de la difficulté de prise en charge des patients anorexiques par les praticiens selon l'âge (N=69), analysé par GLM binomial.....	63

Figure 17: Ressenti de la difficulté de prise en charge des patients anorexiques par les praticiens selon qu'ils aient reçu ou non un enseignement concernant l'anorexie mentale lors de leur(s) formation(s) (N=69), analysé par GLM binomial.....	64
Figure 18: Scores attribués par les praticiens sur l'importance du rôle du chirurgien-dentiste dans le dépistage et la prévention de l'AM, ainsi que dans l'orientation et le suivi des patients anorexiques (N=100), analysés par GLM suivant une loi Poisson.....	65
Figure 19: Conséquences somatiques de l'anorexie mentale les plus rencontrées chez les patients selon le sexe des praticiens (N=100), analysées par MANOVA.	88
Figure 20 : Conséquences somatiques de l'anorexie mentale les plus rencontrées chez les patients selon l'âge des praticiens (N=100), analysées par MANOVA	88
Figure 21 : Conséquences somatiques de l'anorexie mentale les plus rencontrées chez les patients selon que les praticiens aient reçu ou non un enseignement sur l'anorexie mentale pendant leur(s) formation(s) (N=100), analysées par MANOVA	89
Figure 22 : Conduite des praticiens selon le sexe lorsque l'anorexie mentale est suspectée chez un patient (N=100), analysée par MANOVA.....	90
Figure 23 : Conduite des praticiens selon l'âge lorsque l'anorexie mentale est suspectée chez un patient (N=100), analysée par MANOVA.....	90
Figure 24 : Conduite des praticiens selon qu'ils aient reçu ou non un enseignement sur l'anorexie mentale pendant leur(s) formation(s) lorsque l'AM est suspectée chez un patient (N=100), analysée par MANOVA.....	91
Figure 25 : Conséquences bucco-dentaires de l'anorexie mentale les plus rencontrées chez les patients selon le sexe des praticiens (N=100), analysées par MANOVA.....	92
Figure 26 : Conséquences bucco-dentaires de l'anorexie mentale les plus rencontrées chez les patients selon l'âge des praticiens (N=100), analysées par MANOVA.....	92
Figure 27 : Conséquences bucco-dentaires de l'anorexie mentale les plus rencontrées chez les patients selon que les praticiens aient reçu ou non un enseignement sur l'anorexie mentale pendant leur(s) formation(s) (N=100), analysées par MANOVA	93
Figure 28 : Conduite des soins bucco-dentaires par les praticiens selon le sexe chez un patient anorexique (N=100), analysée par MANOVA.....	94
Figure 29 : Conduite des soins bucco-dentaires par les praticiens selon l'âge chez un patient anorexique (N=100), analysée par MANOVA.....	94
Figure 30 : Conduite des soins bucco-dentaires par les praticiens selon qu'ils aient reçu ou non un enseignement concernant l'anorexie mentale lors de leur(s) formation(s) chez un patient anorexique (N=100), analysées par MANOVA ..	95
Figure 31 : Conseils d'hygiène bucco-dentaire spécifiques prodigués par les praticiens selon le sexe pour les patients anorexiques (N=100), analysés par MANOVA	96
Figure 32 : Conseils d'hygiène bucco-dentaire spécifiques prodigués par les	

praticiens selon l'âge pour les patients anorexiques (N=100), analysés par MANOVA	96
Figure 33 : Conseils d'hygiène bucco-dentaire spécifiques prodigués par les praticiens selon qu'ils aient reçu ou non un enseignement sur l'anorexie mentale pendant leur(s) formation(s) pour les patients anorexiques (N=100), analysés par MANOVA.....	97

Les patients souffrant d'anorexie mentale : Enquête de santé à propos des connaissances et de la prise en charge par les chirurgiens-dentistes de Haute Normandie. / **SIMON Victoria** – 102 p. ; 46 ill. (33 figures ; 13 tableaux) ; 74 réf.

Domaines : Pathologie générale, Pathologie bucco-dentaire

Mots clés Rameau: Anorexie mentale, Anorexiques-soins dentaires, Prise en charge personnalisée du patient-enquête-France-Haute Normandie, Coordination des soins

Mots clés FMeSH: Anorexie mentale, Soins dentaires, Enquête sur les soins dentaires, Prise en charge-patients anorexiques, Ressenti-chirurgiens-dentistes

Résumé de la thèse

L'anorexie mentale, dont la prévalence a augmenté ces vingt dernières années, a des conséquences non négligeables sur la santé orale et le bien-être des patients qui en souffrent. Le dépistage de certains signes bucco-dentaires par les chirurgiens-dentistes est susceptible d'initier une prise de conscience chez les patients et ainsi de les encourager à débiter une prise en charge globale.

Objectif : Cette enquête observationnelle auprès des chirurgiens-dentistes de Haute Normandie a pour but de décrire leurs connaissances et leurs attitudes en matière de prise en charge des patients anorexiques, et d'évaluer s'ils ressentent un besoin d'informations complémentaires.

Méthodes : Un questionnaire électronique anonyme a été transmis aux praticiens de l'Eure et de la Seine Maritime. Les données collectées entre Janvier et Avril 2017 ont été traitées grâce à des analyses de correspondances multiples.

Résultats : 100 chirurgiens-dentistes ont participé à l'enquête. Les résultats révèlent l'existence de connaissances générales concernant l'anorexie mentale, avec cependant des différences selon le sexe ($p=0,031$) et en fonction des enseignements reçus à propos de la pathologie lors des formations initiales et/ou complémentaires ($p=0,024$). La prise en charge de ces patients est jugée plus facile par les hommes ($p<0,001$). Les praticiens estiment que leur rôle dans la prévention des conséquences bucco-dentaires est plus important que dans le dépistage, l'orientation, ou le suivi des patients ($p<0,001$; $p<0,001$; $p=0,020$). 78% des participants souhaitent être mieux informés sur l'anorexie mentale.

Conclusions : Malgré l'existence de connaissances sur l'anorexie mentale et ses conséquences somatiques et bucco-dentaires, les praticiens expriment le besoin d'obtenir plus d'informations. Afin de répondre à cette demande, des perspectives de formations sur la prise en charge de ces patients au cabinet dentaire sont envisagées sur la région.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Guillaume PENEL

Assesseurs : Monsieur le Professeur Vincent DODIN

Madame le Docteur Cécile OLEJNIK

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT