

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement
par

Anaïs MAVIEL

Le 23 janvier 2018

**BRUXISME : QUELLE PLACE POUR L'ANXIÉTÉ
ET LE STRESS EN SOINS PREMIERS ?**

Une revue de la littérature.

Directeur de thèse : Pr Jean-Christophe Poutrain

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ	Président
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	Assesseur
Monsieur le Docteur Michel BISMUTH	Assesseur
Monsieur le Docteur Damien DRIOT	Assesseur
Monsieur le Docteur Serge BISMUTH	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SJC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZJ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHÉ Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

Remerciements au jury

Au président du jury,

M. le Professeur Pierre Mesthé

Professeur des Universités, Médecin Généraliste

Vous me faites l'honneur de présider cette soutenance. Je vous remercie de l'intérêt porté à ce travail mais aussi de votre engagement de qualité dans la formation des futurs médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma profonde gratitude.

Aux membres du jury,

M. le Professeur Jean-Christophe Poutrain, mon directeur de thèse

Professeur Associé, Médecin Généraliste

Jean-Christophe, je te remercie pour tout ; tu as été un excellent directeur de thèse, à l'écoute et ton expérience dans le domaine de la recherche m'a été d'une grande aide. Je te remercie aussi pour ton investissement auprès des internes et pour la qualité de tes enseignements. Enfin, d'un point de vue plus personnel, je tiens à te remercier pour tes qualités humaines, ta générosité et ta bienveillance. Sois assuré de ma profonde reconnaissance.

M. le Docteur Michel Bismuth

Maître de Conférences des Universités, Médecin Généraliste

Vous avez accepté de juger mon travail et de siéger au jury, j'en suis très honorée. Veuillez recevoir ici mes sincères remerciements et l'expression de mon profond respect.

M. le Docteur Damien Driot

Chef de clinique, Médecin Généraliste

Vous me faites l'honneur de juger mon travail et d'appartenir à ce jury. Veuillez recevoir ici mes sincères remerciements et l'expression de mon profond respect.

M. le Docteur Serge Bismuth

Ancien Maître de Conférences des Universités, Médecin Généraliste

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury et de juger mon travail, je vous en remercie. J'ai eu le privilège de passer deux mois dans votre cabinet, étant externe, et j'en garde un très bon souvenir, grâce à votre humanité, votre empathie et votre pédagogie. Veuillez recevoir ici mes sincères remerciements et l'expression de toute ma reconnaissance.

Remerciements personnels

A ma famille

A **Pierre**, mon p'tit pompier préféré... Ta place est et restera toujours la même dans mon cœur.

A **mes parents**, grâce à qui j'en suis là aujourd'hui, toujours compréhensifs. **Maman**, merci pour tout ce que tu as fait pour nous, à toujours nous faire passer avant toi, pour ta force de caractère, ta générosité et ta présence sans faille. **Papa**, il est sûr que si je suis généraliste aujourd'hui, c'est par l'exemple que j'ai eu de toi ; merci pour tous tes conseils, ta patience, ton calme et ton dévouement. Je vous aime.

A tous mes oncles et tantes, petite famille mais toujours agréable de vous revoir. A **Nicole et Olivier**, pour les vacances, les repas, les Noël et tous les bons moments ensemble (et pour le respect du sucre !).

A mes cousins, **Benjamin et Sandrine** (pour les jolis souvenirs d'enfance chez mamie et « la 4L de Jacky » !), **Amélie et Sébastien** (pour les virées toulousaines !), **Romain et Fannie, Sylvie**.

Aux petits cousins qui agrandissent si bien la famille : **Nina, Hugo et Titouan**.

A **la famille Molinier**, ma deuxième famille. Des Crozes aux Landes, que de si bons souvenirs ! Merci ! **Pascale**, tu as toujours été là depuis mes 3 mois ; des biberons aux gobelets de café entre deux patients, c'est toujours la bonne humeur qui prime ! **Jean-Paul**, j'entends ton rire rien qu'en évoquant ton nom ! **Dylan**, mon DJ préféré, je suis fière d'être ta marraine. **Gaëtan**, « mon petit frère », je suis si heureuse d'avoir grandi avec ta simplicité et ta sensibilité ; avec **Loréna** je vous souhaite beaucoup de bonheur.

A **Véro**, pour toutes nos discussions, tes conseils et ton dynamisme. A **Léa**, ta volonté de faire toujours au mieux fait que tu réussiras dans la vie. **Jean-Marc**, tu arrives à t'y retrouver avec ces femmes !

A **la famille Bordaix/Jouret**, pour les vacances à la montagne et tous les repas animés de fous-rires. (Je n'oublie pas le rire d'**Hélène**, puis tous les jeux, les vaches dessinées avec talent ou encore quelques chutes anecdotiques !).

Pauline, Juliette et Maxime je vous souhaite de réussir dans ce que vous entreprenez.

A **Monique**, pour tous les trajets Toulouse-Aveyron qui m'ont permis de mieux vivre cette première année ! A **Romain et Sylvain**, les supers boulangers.

A **Gisèle et Claude**, pour votre présence à chaque moment, heureux ou difficile. Merci.

Et, last but not least, à **Adil**. Je connais ta pudeur, mais laisse-moi te remercier pour tout ce que tu m'apportes. Ton calme et ta patience me tempèrent beaucoup, ta compréhension et ta gentillesse me rendent si épanouie !

Pour tout ce que nous allons continuer à construire ensemble...

Aux docteurs **Mallet-Raoult** et **Vier**, pour ce semestre qui m'a autant apporté professionnellement que personnellement ; merci pour votre apprentissage et pour m'avoir accueillie dans vos familles respectives.

Elizabeth, merci pour la confiance que tu continues de m'accorder, c'est toujours avec grand plaisir que je viens retrouver tes patients (et tes tortues aussi !).

Au service de gastro du CH de Figeac. Aux docteurs **Lundi** et **Salim**, merci pour la confiance que vous avez accordée à la petite interne qui débutait ! A toute l'équipe paramédicale, pour ces moments mémorables dans le service ; tous les repas du soir, la bonne humeur, l'entraide.

A **Françou**, pour ton humanité, c'est toujours un bonheur de te retrouver. A **Aline**, **Chantal**, **Fabienne**, **Françoise**, **Marianna**, **Romain** (et tous tes chants et autres blagues pluri quotidiennes).

A toute (l'ancienne) équipe médicale et para-médicale des urgences de Purpan et du SAMU, pour toutes ces gardes pour lesquelles je ne garde que de bons souvenirs, professionnels et personnels. Un merci particulier au **Professeur Lauque**.

Aux docteurs **Leneveu**, **Leret** et **Lecine** et toute l'équipe de pédiatrie et de gynécologie du CH de Cahors ; grâce à vous, j'appréhende un petit peu moins la pédiatrie !

Aux docteurs **Khatibi** et **Prudhomme** et le service de médecine 2 du CH de Castres.

Aux docteurs **Pouche**, **Cantié** et **Salva** et toute l'équipe de cardiologie du CH de Castres. **Marion**, tellement plus qu'une chef !! Ton amour pour ton travail et pour les patients (d'autant plus s'ils ont au moins 2.5 fois ton âge !) ne peuvent que forcer l'admiration. Et même si ton amour des bêtes errantes (cf le hérisson !) fait râler **Wilfried**, ça prouve bien quelle personne attentionnée tu es, pouchpouch !

Philippe, ta sérénité et ton amabilité ont rendu ces 3 mois encore plus inoubliables.

A toute l'équipe de réanimation du CH de Castres pour avoir été patiente et pédagogue avec la néophyte que j'étais !

A l'ensemble de la MSP de Gramat, pour tous ces remplacements qui sont toujours un grand plaisir grâce à chacun de vous ! Aux docteurs **Hochard**, **Omez**, **Roy** et **Sylvestre**. A **Valérie**, pour ton travail et ta joie de vivre !

Aux docteurs **Sirach**, **Benezech**, **Collin** et l'ensemble de la maison médicale de Labège pour la joie que j'ai de venir travailler avec vous, même les matins de bouchons !

Au docteur **Natalie Alazard** et au SDIS 12 pour m'avoir acceptée pour ce super stage.

A tous les anciens collègues de la promo 9 du DESCMU, pour votre compréhension et gentillesse lors de mon départ.

A mes 3 sous colleuses ; depuis le premier gala, c'est une joie et une fierté de vous avoir comme amies ! -**Elsa**, ton calme et ta douceur sont tellement apaisants ; la distance ne doit plus être un prétexte, tu nous manques. A **David** (et les conf mélodieuses « un beau jour, ou peut-être une nuit... ») et **Simon**, avec ton air canaillou ! -**Laurence**, notre wonder woman, avec ta capacité à avoir x projets et à toujours garder du temps pour les autres ; tu es une amie véritable, toujours compréhensive et disponible. A **Olivier**, pour ton énergie et pour ta capacité à rester zen, **Lucas**, mon petit blond préféré avec ton charme du haut de tes 2 ans et **Pépette**.

-**Lucie**, pour tous nos points communs, tous nos fous rires et surtout pour ta présence, toujours. Chaque moment passé avec toi est bien trop court mais toujours revigorant. A **Patrice**, pour ta bonne humeur dès midi, ton humour et ton flegme.

A **Pierre**, mon mamdou. « Tu rigoles, tu rigoles », mais j'aurais trop de choses à dire. Merci pour ta gentillesse, pour avoir été là quand ça n'allait pas, pour rester calme dans mes moments de stress et ceux de folie ; cette année de coloc a renforcé notre amitié et elle m'est si précieuse à mes yeux. A **Lucie**, pour ta force et ton intelligence.

Au groupe ; depuis l'externat, toujours de si bons moments avec vous. **Hélène**, chérie de mon cœur, pour ta folie, ton naturel et ta spontanéité, je te souhaite plein de bonheur pour ta vie future parisienne avec **Mehdi**.

Juliette, pour ton élégance, ton rire aux larmes et ton amabilité. **Nico**, pour ton humour 3^{ème} degré.

Lucile, pour ta douceur, ton sourire, ta bienveillance, jamais un mot plus haut que l'autre. **Margaux**, pour tous les après-midi à la BU, les trajets pour Purpan, les délires, ton rire communicatif et tes éternuements.

Marie L., pour ton sens de l'organisation, pour être toujours conciliante et tempérée.

Marie P., pour ta pétillance, ton énergie et bien sûr la truuuuuute ! Avec **Damien**, je vous souhaite plein de bonheur dans le plus beau département français !

Poppi, pour ta joie de vivre et ta bonne humeur permanente (IkEa te remercie !).

Alain, pour nos discussions qui ont alimenté pas mal de repas au RU, pour tes ambitions sportives et pour ton sens de l'amitié.

Beubeu, pour ta quiétude, tes talents artistiques et ton appel pour que je vienne à Labège.

Manu et **Candice**, je vous souhaite du bonheur au pays du Bretzel, mais surtout tout le courage nécessaire pour passer cette mauvaise période.

Quentin, pour ton calme ; tu es le mieux placé pour me faire avoir le bon rythme ;)

Vincent, pour toutes les après-midi à la BU, les fous-rires, ton humour et toutes tes histoires, si bien racontées.

Pauline, Sophie, Barthy, Guigui, Clément, Amandine et **Charlie**, pour les souvenirs de toutes ces années, et ceux à venir !

Aux purpanais, pour ce semestre si intense grâce à vous ! « Dans la vie, faut se contenter de peu, sinon, on est déçus » !

Camille, pour tes exagérations (« 1000ans » !), ta simplicité, ton altruisme. Même si on est plus voisines, je te souhaite que du bonheur dans votre nouveau chez-vous, avec **Fabien**.

Doriane, pour ton peps et ton modjo. Avec **Ben**, profitez bien de ce tour du monde.

Hélène, pour toutes les discussions, pour ta compréhension et ta délicatesse. Bien qu'il soit auvergnat, avec **Olivier** je vous souhaite le meilleur avec l'arrivée du 2^{ème} bout d'chou et **Lucas**, que je regrette de voir si peu grandir. **Richard**, mon richou ; tes petites râleries cachent mal ta sensibilité, ta gentillesse et tes plaisanteries. Tu sais combien notre amitié m'est chère.

Doudou, Jeff, Thomas, Vlad, Geneviève, Antoine et **Manue**, pour toutes ces journées, ces gardes et maintenant ces resto !

A **Fatiha**, ma Faitou. Un si grand cœur, tant d'ouverture d'esprit et de mansuétude. Quelle joie d'avoir croisé ta route ! Plein de bonheur à la Réunion !

A **Benoît**, mon premier IDE. Pour nos discussions tardives, tes opinions, tes goûts musicaux et tout le reste. A ta jolie petite famille, **Caroline, Julia** et **Loïs**.

Aux co-internes de Cahors ; grâce à vous les soirées d'été ont été aussi drôles et sympathiques que l'internat était vétuste !

A tous les co-internes de Castres, hiver comme été, grâce à qui j'ai passé une année riche en émotions !

-**Sabrina** et **Flo**, pour les karaoké, toutes les soirées et votre folie !

-**Clémence, Iphigénie** et **Marion**, pour le quatuor, la sirène et le tsatsiikii.

-**Sophie**, pour ton humour et ta gentillesse ; tu vas faire une superbe mariée, j'en suis sûre !

-**Emilie** et **Jérémy**, pour votre patience et tolérance avec le bébé réa.

A mes amis d'Aveyron, **Camille** (de première amie sur les bancs de l'école à remplaçante, que de chemin parcouru !), **Laura, Pauline** et **Kévin** et toutes vos familles respectives, pour tous les jolis moments de retrouvaille !

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction.....	15
A.	Bruxisme.....	15
1.	Définition.....	15
2.	Conséquences du bruxisme	15
3.	Diagnostic du bruxisme.....	16
3.1	Diagnostic par anamnèse.....	16
3.2	Diagnostic clinique.....	16
3.3	Diagnostic par électromyogramme	16
3.4	Diagnostic par polysomnographie	16
4.	Etiologies du bruxisme	17
5.	Traitement du bruxisme.....	18
5.1	Butée Occlusale Antérieure.....	18
5.2	Orthèse de reconditionnement musculaire	18
5.3	Injection de toxine botulinique.....	18
B.	Anxiété.....	18
1.	Définition.....	18
2.	Echelles d'évaluation de l'anxiété.....	19
2.1	Echelle STAI	19
2.2	Echelle MDAS	19
2.3	SCL-90-R	20
3.	Le stress oxydant.....	20
C.	Stress.....	20
1.	Définition.....	20
2.	Echelle d'évaluation du stress	21
3.	Marqueurs biologiques	21
D.	Objectifs.....	22

II.	Matériels et méthodes	23
	A. Critères de sélection.....	23
	B. Sources d'information et stratégie de recherche	24
	C. Sélection des études.....	24
	D. Processus de recueil des données	24
	E. Evaluation des études	25
	F. Analyse des données extraites	25
III.	Résultats.....	26
	A. Sélection des études.....	26
	B. Synthèse des résultats	36
IV.	Discussion.....	38
	A. Principaux résultats.....	38
	1. Population étudiée	38
	1.1 Genre	38
	1.2 Age	38
	2. Bruxisme et anxiété	38
	3. Bruxisme et stress.....	40
	4. Bruxisme et troubles du sommeil	41
	B. Forces de l'étude.....	42
	C. Limites de l'étude	42
V.	Conclusion	44
	Références bibliographiques.....	45
	Annexes	50

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Principales questions posées lors de la recherche d'un bruxisme	16
Tableau 2 : Bases de données utilisées et équations de recherche	24
Tableau 3 : Caractéristiques des articles et principaux résultats	27

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux.....	26
-----------------------------------	----

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Echelle STAI-Y	50
Annexe 2 : Echelle MDAS	51
Annexe 3 : Echelle PSS	52
Annexe 4 : Grille d'évaluation STROBE	53
Annexe 5 : Grille d'évaluation CONSORT.....	55
Annexe 6 : Grille d'évaluation JADAD	57

LISTE DES ABBREVIATIONS

CONSORT : CONSolidated Standards of Reporting Trials

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EMG : Electromyogramme

MDAS : Modified Dental Anxiety Scale

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

PSG : Polysomnographie

PSS : Perceived Stress Scale

SCL-90-R : Symptom CheckList-90-Revised

STAI : State Trait Inventory Anxiety

I. Introduction

A. Bruxisme

1. Définition

Le bruxisme est une activité musculaire répétitive, involontaire et non fonctionnelle des muscles masticateurs que sont les muscles masséters et les muscles temporaux. Il est caractérisé soit par un serrement ou un écrasement des dents, en renforçant ou en poussant la mandibule, soit par des mouvements latéraux de la mandibule, à l'origine d'un grincement de dents (1).

Il n'est pas lié à une anomalie anatomique ou morphologique de la cavité buccale ou des muscles faciaux, ni à des troubles de l'occlusion dentaire (2, 3). Il peut se voir chez l'enfant comme chez l'adulte, et notre travail s'est intéressé au bruxisme de l'adulte de plus de 18 ans.

Il existe deux formes différentes du bruxisme, par leurs causes, leurs conséquences et leur mécanisme : le bruxisme d'éveil et le bruxisme de sommeil ; notre travail porte sur le bruxisme de sommeil, qui représenterait 8 à 13% de la population adulte, réparti également chez les deux sexes (2).

2. Conséquences du bruxisme

Les conséquences sont multiples. En premier lieu nous retrouvons l'usure dentaire liée aux contacts dynamiques et répétés des dents entre elles, appelée attrition (4, 5). Il existe différents stades d'usure dentaire, d'une usure limitée à l'émail à une usure dépassant le milieu de la couronne. Cette usure dentaire peut provoquer une hypersensibilité dentaire, des fractures dentaires, des pulpites voire des nécroses pulpaire mais aussi, d'un point de vue esthétique, elle peut être à l'origine d'une mauvaise apparence des dents antérieures (photo 1 et 2).

Ensuite, le bruxisme peut être la cause de douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire (6), de céphalées temporales (7, 8) ou de douleurs des épaules, les douleurs survenant souvent au réveil.



Photo 1 et 2 : exemples d'usure dentaire chez le bruxomane

source : Journal de parodontologie & d'implantologie orale Vol. 18 N°3/99 - pp. 277 à 289

3. Diagnostic du bruxisme

Il existe différentes méthodes pour diagnostiquer le bruxisme, d'un diagnostic par auto-évaluation au diagnostic de référence, la polysomnographie (9).

3.1 Diagnostic par anamnèse

Les patients répondent à un questionnaire d'auto-évaluation qui permet, en fonction des réponses, de faire un diagnostic de possible bruxisme.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Est-ce que très souvent, souvent, ou jamais vous grincez des dents lorsque vous dormez ?• Est-ce que quelqu'un vous a dit que vous grinciez des dents la nuit ?• Est-ce que vos dents, vos gencives, ou vos muscles masticateurs sont douloureux au réveil ?• Est-ce que votre mâchoire est toujours fatiguée ou douloureuse le matin au réveil ?• Est-ce que vous ressentez des douleurs aux tempes le matin au réveil ? |
|---|

Tableau 1 : Principales questions posées lors de la recherche d'un bruxisme (9)

3.2 Diagnostic clinique

Il repose sur l'analyse de certains signes cliniques, dont il convient de faire un examen extra et intra buccal (10).

L'examen extra buccal recherche une douleur lors de la palpation des muscles masséters et temporaux et une hypertrophie du muscle élévateur.

L'examen intra buccal recherche une usure pathologique des dents, dont la principale observation est la présence de surfaces plates entre deux dents antagonistes.

3.3 Diagnostic par électromyogramme (EMG)

L'EMG évalue l'activité des muscles manducateurs de manière continue et détermine le nombre et la durée des épisodes de bruxisme.

Elle peut être réalisée en laboratoire du sommeil, mais aussi en ambulatoire par l'utilisation d'électromyographes portatifs. Ces derniers ont l'avantage de réaliser l'évaluation dans l'environnement habituel du patient (11).

3.4 Diagnostic par polysomnographie (PSG)

Elle est le diagnostic de référence du bruxisme, mais ne peut être effectuée qu'en milieu spécialisé (1).

La PSG enregistre, sur une nuit de sommeil, plusieurs variables telles que l'activité cardiaque, l'activité respiratoire, l'activité cérébrale et l'activité musculaire (notamment des muscles masséters et temporaux).

Elle réalise aussi des enregistrements audio et vidéo afin d'étudier le comportement des patients pour éliminer les activités musculaires physiologiques (toux, déglutition...) ou pathologiques (dystonies, apnées du sommeil, épilepsie notamment).

Le bruxisme modéré est défini par 2 à 4 contractions musculaires des masticateurs par heure de sommeil, le bruxisme sévère est défini par plus de 4 contractions musculaires des masticateurs par heure de sommeil (12).

4. Etiologies du bruxisme

Les causes du bruxisme sont multifactorielles et encore peu connues (13). Elles sont nombreuses et leur rôle exact n'est souvent pas encore clairement établi ; de plus, elles sont souvent intriquées entre elles et seraient plus à considérer comme des indicateurs de risque (14). Parmi ces nombreuses étiologies, nous retrouvons :

- La génétique et l'hérédité, qui semblent jouer un rôle selon une récente étude (15).
- Les troubles du sommeil à type de micro-éveils ; ce sont des épisodes de réactivation de l'activité cardiaque (avec augmentation de l'activité sympathique autonome cardiaque) et cérébrale, qui durent généralement de 3 à 15 secondes, et qui ne sont pas perçus par le patient (16).
- Les causes exogènes.
 - L'alcool, le tabac et la caféine jouent un rôle non négligeable dans la survenue du bruxisme ; les patients tabagiques ou consommant de l'alcool auraient deux fois plus de risque d'être bruxomane, et les patients consommant plus de huit verres de café par jour auraient 1.5 fois plus de risque de l'être (17).
 - Certains médicaments, notamment certains psychotropes tels que les antidépresseurs ISRS ou certains neuroleptiques, par leur action sur la sérotonine et la dopamine qui jouent un rôle dans l'activité motrice orale et le contrôle des mouvements stéréotypés (18, 19).
 - Certaines drogues telles que les amphétamines (19).
- Les comorbidités.
 - Le syndrome d'apnée du sommeil (20), le reflux gastro-oesophagien (21) et la maladie de Parkinson jouent un rôle dans la survenue du bruxisme.
- Les facteurs psychosociaux, tels que l'anxiété et le stress, joueraient un rôle important et notre travail s'est intéressé à ceux-ci.

5. Traitement du bruxisme

Les traitements sont symptomatiques et actuellement aucun traitement pharmacologique n'a apporté de preuve dans le traitement du bruxisme (22).

5.1 La butée occlusale antérieure (=NTI-tss = Nociceptive Trigeminal Inhibition tension suppression system) (23, 24)

C'est une butée en résine thermoformable qui s'adapte à la situation particulière de chaque patient. Elle est positionnée au niveau des incisives maxillaires et est en contact avec les incisives mandibulaires ce qui permet d'obtenir un point de contact unique au niveau incisif. Ainsi, la capacité de contraction des muscles masticateurs du patient est réduite d'environ 70%.

Elle est le moyen thérapeutique le plus fréquemment utilisé par les dentistes.

5.2 Orthèse de reconditionnement musculaire (25)

Ce dispositif, le plus souvent en résine acrylique dure, recouvre l'ensemble des surfaces occlusales, maxillaire ou mandibulaire. Le port est principalement nocturne.

5.3 Injection de toxine botulinique (26)

L'injection de toxine botulinique de type A permet une réduction temporaire de la douleur musculaire des muscles masticateurs, en entraînant un blocage réversible de certaines des fibres musculaires.

B. Anxiété

1. Définition

L'anxiété est une émotion naturelle physiologique qui se traduit par une tension, une irritation et une inquiétude et fait office de signal d'alarme lorsqu'il existe un danger. Cependant, elle devient pathologique lorsqu'elle n'est rattachée à aucune cause identifiable ou lorsqu'il y a inadéquation entre le danger réel et l'émotion ressentie et elle rentre alors dans le cadre des troubles anxieux, pour lesquels elle est un des symptômes le plus sévère.

Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) est le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié par l'American Psychiatric Association, dont la 5^{ème} édition (DSM-V) a été publiée en 2013 (27).

Il catégorise l'ensemble des troubles mentaux et psychiatriques reconnus par l'association et décrit leurs critères diagnostiques.

Le DSM-V définit les troubles anxieux comme étant des états pathologiques entraînant la survenue de symptômes physiques ou psychiques d'anxiété, en l'absence d'affection cérébrale organique, d'un autre trouble psychiatrique ou de prise de substances. Ces symptômes sont divers et variés et touchent plusieurs sphères de l'organisme, avec entre autres une irritabilité, une fébrilité, des troubles de la concentration, des troubles digestifs, des troubles respiratoires, des palpitations.

Il existe différents degrés de sévérité des troubles anxieux, avec les plus invalidants comme l'agoraphobie ou les troubles panique, mais une grande majorité de patients présente des symptômes plus légers et de ce fait, consulte peu pour ces motifs. Or les troubles anxieux sont chroniques, ont un faible taux de rémission et ont des conséquences négatives sur la qualité de la vie ; de plus, ils entretiennent des rapports étroits et complexes avec le syndrome dépressif (28) et le trouble anxieux peut masquer un syndrome dépressif et inversement.

2. Echelles d'évaluation de l'anxiété

Il existe de nombreuses échelles d'évaluation de l'anxiété, nous allons ici détailler celles utilisées dans les articles analysés de notre revue.

2.1 Echelle STAI (29)

L'échelle STAI est une échelle initialement de langue anglaise, développée par Spielberger en 1970. La version STAI-Y étant la dernière version. Elle a été traduite, adaptée et validée dans 48 langues.

De réalisation rapide (entre 5 et 10 minutes), elle comporte 20 questions, avec 4 items à chaque question, notés de 1 à 4, du degré d'anxiété le plus faible (coté 1) au plus fort (coté 4). Ainsi la somme des réponses varie de 20 à 80.

2.2 Echelle MDAS (30)

L'échelle MDAS est une échelle d'évaluation spécifique de l'anxiété lors des soins dentaires, validée initialement en langue anglaise, mais maintenant traduite et validée dans de nombreuses langues.

De réalisation rapide (moins de 5 minutes), elle est constituée de 5 items, chacun coté de 1 (moins anxieux) à 5 (le plus anxieux), et la somme des réponses varie donc de 5 à 25.

L'échelle STAI et l'échelle MDAS sont détaillées respectivement en annexe 1 et 2.

2.3 SCL-90-R (31)

Le Symptom CheckList-90-Revised (SCL-90-R) est un auto-questionnaire de 90 items conçu pour évaluer la détresse psychologique et le profil psychopathologique à partir de neuf échelles symptomatiques.

Les 9 échelles symptomatologiques sont constituées de 90 items, chacun coté de 1 (« pas du tout ») à 5 (« extrêmement »).

Les 9 échelles symptomatiques explorent la somatisation, l'obsession-compulsion, les traits sensitifs, la dépression, l'anxiété, l'hostilité, l'anxiété phobique, les idéations paranoïaques et les traits psychotiques. Le SCL-90-R est validé en langue anglaise.

3. Le stress oxydant

Le stress oxydant est un mécanisme physiopathologique ; c'est un état de déséquilibre entre la production d'espèces oxygénées réactives et les défenses de l'organisme. Il s'observe au milieu cellulaire et n'est ni la cause ni la conséquence de l'anxiété ou du stress psychologique mais un article analysé dans notre revue a cherché une corrélation entre bruxisme, anxiété et taux de stress oxydant et nous avons donc jugé utile de faire une courte explication sur celui-ci.

C. Stress

1. Définition

Le stress est une réaction physiologique normale et nécessaire qui permet à l'individu de s'adapter et agir correctement face à un danger. Cependant, lorsqu'il devient chronique ou excessif, les réponses nécessaires dépassent les capacités d'adaptation de l'individu et le stress devient pathologique.

Le docteur Hans Selye a le premier décrit, en 1936, les trois phases d'adaptation de l'organisme au stress (32) :

- La phase d'alarme, qui est la mobilisation des ressources de l'organisme afin d'avoir une réaction adaptée. Des hormones sont sécrétées, principalement les catécholamines avec l'adrénaline, qui provoquent des manifestations physiologiques en cas de stress aigu : augmentation du rythme cardiaque et de la fréquence respiratoire, sueurs, tremblements.
- La phase de résistance (ou d'ajustement), qui permet à l'organisme de s'adapter sur la durée et éviter l'épuisement des ressources. L'axe corticotrope, avec la décharge d'ACTH, permet de stimuler la libération d'hormones glucocorticoïdes

(principalement le cortisol) par la corticosurrénale. Ces hormones stimulent la néoglucogénèse permettant ainsi une reconstitution des réserves énergétiques.

- La phase d'épuisement, qui survient lorsque la phase de résistance dure trop longtemps. Les récepteurs du système nerveux central deviennent moins sensibles aux glucocorticoïdes dont le taux augmente dans le sang. Le stress devient alors chronique et pathologique.

Les conséquences du stress sont variables d'une personne à l'autre mais lorsqu'il devient chronique, il peut être source de nombreuses maladies, notamment par l'augmentation de cortisol dans le sang comme des maladies cardio-vasculaires et une baisse de l'immunité, mais aussi une souffrance psychologique importante avec des troubles du sommeil, une irritabilité, une dépression.

2. Echelle d'évaluation du stress

Il existe de nombreuses échelles mais nous allons développer celle utilisée dans les articles analysés de notre revue, la Perceived Stress Scale (PSS) (33).

La PSS a été élaborée en 1983 par Cohen, Kamarck et Mermelstein, initialement validée en langue anglaise, mais de nombreuses traductions ont aussi été validées. Elle évalue la fréquence pour laquelle les situations de la vie sont perçues comme menaçantes, incontrôlables et pénibles.

De réalisation rapide (environ 5 minutes), elle comporte 10 questions qui contiennent chacune 5 items, allant de « jamais » (0 point) à « très souvent » (4 points), et le score des réponses varie donc de 0 à 40 points.

La PSS est détaillée en annexe 3.

3. Marqueurs biologiques

Les marqueurs biologiques de stress sont nombreux mais nous développons ici brièvement deux marqueurs utilisés dans les articles analysés de notre étude, le cortisol salivaire et l' α -amylase salivaire.

Comme nous l'avons vu plus haut, le cortisol est une hormone sécrétée en quantité importante lors des phases de stress. Il circule dans le sang essentiellement lié aux protéines, alors que seule sa forme libre (environ 10%) est capable d'entrer dans les cellules cibles pour y activer son récepteur. Cependant, il n'existe pas de méthode de dosage sanguin facilement automatisable pour mesurer cette fraction libre. Or la glande

salivaire agit comme un filtre en ne réabsorbant pas de cortisol et en retenant les protéines, permettant donc de mesurer le cortisol libre.

De plus, le mode de prélèvement salivaire est non invasif, et donc diminue le stress que peut engendrer un prélèvement veineux (34).

L' α -amylase salivaire est un marqueur de l'activité du système sympatho-adrénergique (35), qui est très impliqué dans la première phase du stress principalement. Son dosage est un dosage enzymatique par prélèvement salivaire non invasif, et a donc les mêmes avantages que le dosage du cortisol salivaire.

D. Objectifs

Le bruxisme de sommeil est un trouble fréquent dans la population adulte, peu recherché en médecine générale, or les conséquences sont multiples et pas seulement dentaires.

Initialement, nous avons prévu de réaliser une revue de la littérature sur le bruxisme et les troubles du sommeil ; en effet, parallèlement, le docteur Marielle BELON réalisait avec notre directeur de thèse, pour sa thèse de médecine générale, une étude descriptive, rétrospective et monocentrique qui avait pour objectif de rechercher des troubles du sommeil sur une population de patients traitée pour un bruxisme. Nous avons donc comme objectif de faire une revue de la littérature pour rechercher le lien entre les troubles du sommeil et la survenue du bruxisme. Cependant, nous avons trouvé très peu d'articles traitant du bruxisme et des troubles du sommeil. Mais en lisant les articles, nous nous sommes rendus compte que l'anxiété et le stress étaient souvent décrits comme des facteurs pouvant influencer la survenue du bruxisme, mais leur importance était peu développée et parfois discutée. Or, lors de notre pratique en cabinet de médecine générale, nous prenons régulièrement en charge des patients présentant des symptômes de stress et/ou d'anxiété, et il nous semblait intéressant de mieux approfondir la relation entre anxiété, stress et bruxisme.

Ainsi, l'**objectif** de notre étude est d'évaluer la place de l'anxiété et du stress dans la survenue du bruxisme pour pouvoir mieux appréhender, en soins premiers, le bruxisme chez les patients présentant une anxiété et/ou des symptômes de stress.

Nous avons toutefois décidé de garder les articles qui traitaient à la fois de l'anxiété et/ou du stress, du bruxisme et des troubles du sommeil afin d'établir un lien avec la thèse de Marielle Belon.

II. Matériels et méthodes

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature.

Cette méthode, décrite dans le Cochrane Handbook (36), consiste à réaliser une synthèse des articles pour obtenir les données les plus pertinentes, validées et synthétiques pour la pratique.

Cette revue a été effectuée selon les critères des recommandations PRISMA, *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (37).

A. Critères de sélection

Les critères d'inclusion des articles ont été les suivants :

- Types d'articles : articles scientifiques ; méta-analyses, revues systématiques de la littérature, études observationnelles (cohorte, cas-témoins ou transversale).
- Dates de publication : 1^{er} janvier 2007 – 30 septembre 2017.
- Langues : français ou anglais.
- Population : adultes de plus de 18 ans.
- Contexte : articles médicaux s'intéressant au bruxisme, à l'anxiété, au stress et aux troubles du sommeil.

Les critères d'exclusion ont été les suivants :

- Types d'articles : articles traitant seulement de la partie odontologique du bruxisme ou de sa prise en charge ; articles ne répondant pas aux critères d'articles scientifiques (pas d'auteur, pas de bibliographie).
- Population : mineure ; population présentant des troubles psychiatriques ou neurologiques graves ou des anomalies morphologiques maxillo-faciales.

B. Sources d'information et stratégie de recherche

Les recherches ont été effectuées sur les bases de données Pubmed, Cochrane et Web of Science.

Bases de données	Equations de recherche
Pubmed	(sleep bruxism)[MESH] (sleep bruxism) [MESH] AND (anxiety)[MESH] (sleep bruxism)[MESH] AND (stress)[MESH] Population : adult 19+ years. Languages : french or english From 2007/01/01 to 2017/08/30
Cochrane (Cochrane DSR)	Keywords : sleep bruxism Publication from 2007 to 2017
Web of Science	(sleep bruxism) and (anxiety) (sleep bruxism) and (stress) Languages : french or english From 2007 to 2017

Tableau 2 : bases de données utilisées et équations de recherche

Les bases de données ont été explorées en septembre 2017.

C. Sélection des études

La sélection des articles s'est faite en deux étapes :

- La lecture des titres et résumés. Les articles sélectionnés ont été conservés pour la 2^{ème} étape.
- La lecture du texte entier des articles sélectionnés, et en fonction des critères d'inclusion, la sélection des articles à évaluer.

D. Processus de recueil des données

Les articles ont ensuite été lus et analysés, à la recherche de données concernant le bruxisme de sommeil, l'anxiété, le stress et les troubles du sommeil. Nous avons extrait les données dans une grille de lecture.

Les données extraites ont été classées en différentes catégories :

-titre, auteurs, journal de publication, date

-type d'étude

-lieu d'étude

-population et méthodologie

-évaluation

-principaux résultats.

E. Evaluation des études

Pour chaque article sélectionné, nous avons procédé à une évaluation de la qualité du rapport de l'étude et, lorsque cela a été possible, à une évaluation méthodologique de l'étude.

Pour les études observationnelles, nous avons évalué la qualité du rapport par la grille STROBE (38).

Pour les essais cliniques, la qualité du rapport a été évaluée par la grille CONSORT (39) et la qualité méthodologique a été évaluée par la grille JADAD (40).

Les grilles STROBE et CONSORT comportent toutes deux six domaines, avec trente quatre items pour STROBE et trente sept items pour CONSORT.

La grille JADAD comporte trois questions, qui demandent une réponse par oui ou par non. Puis selon la qualité méthodologique deux points supplémentaires peuvent être ajoutés ou retirés.

Nous avons calculé, pour chaque évaluation, un pourcentage par rapport au score maximal. Pour l'ensemble des grilles, les items non applicables n'étaient pas pris en compte dans le calcul du score maximal.

Les grilles des évaluations sont détaillées respectivement en annexe 4, 5 et 6.

F. Analyse des données extraites

Une synthèse par comparaison et rapprochement des données disponibles dans les tableaux a ensuite été effectuée pour analyser les résultats.

Nous avons différencié trois groupes d'articles : ceux traitant du bruxisme et de l'anxiété, ceux du bruxisme et du stress, ceux du bruxisme et des troubles du sommeil ; certains articles correspondaient à plusieurs groupes.

III. Résultats

A. Sélection des études

Au total, 1408 articles ont été obtenus par l'interrogation des bases de données.

La lecture des titres et résumés nous a permis de sélectionner 23 articles répondant aux critères d'inclusion, puis 14 articles ont été inclus sur la lecture complète.

L'ensemble des données est résumé dans le diagramme de flux.

Figure 1. Diagramme de flux

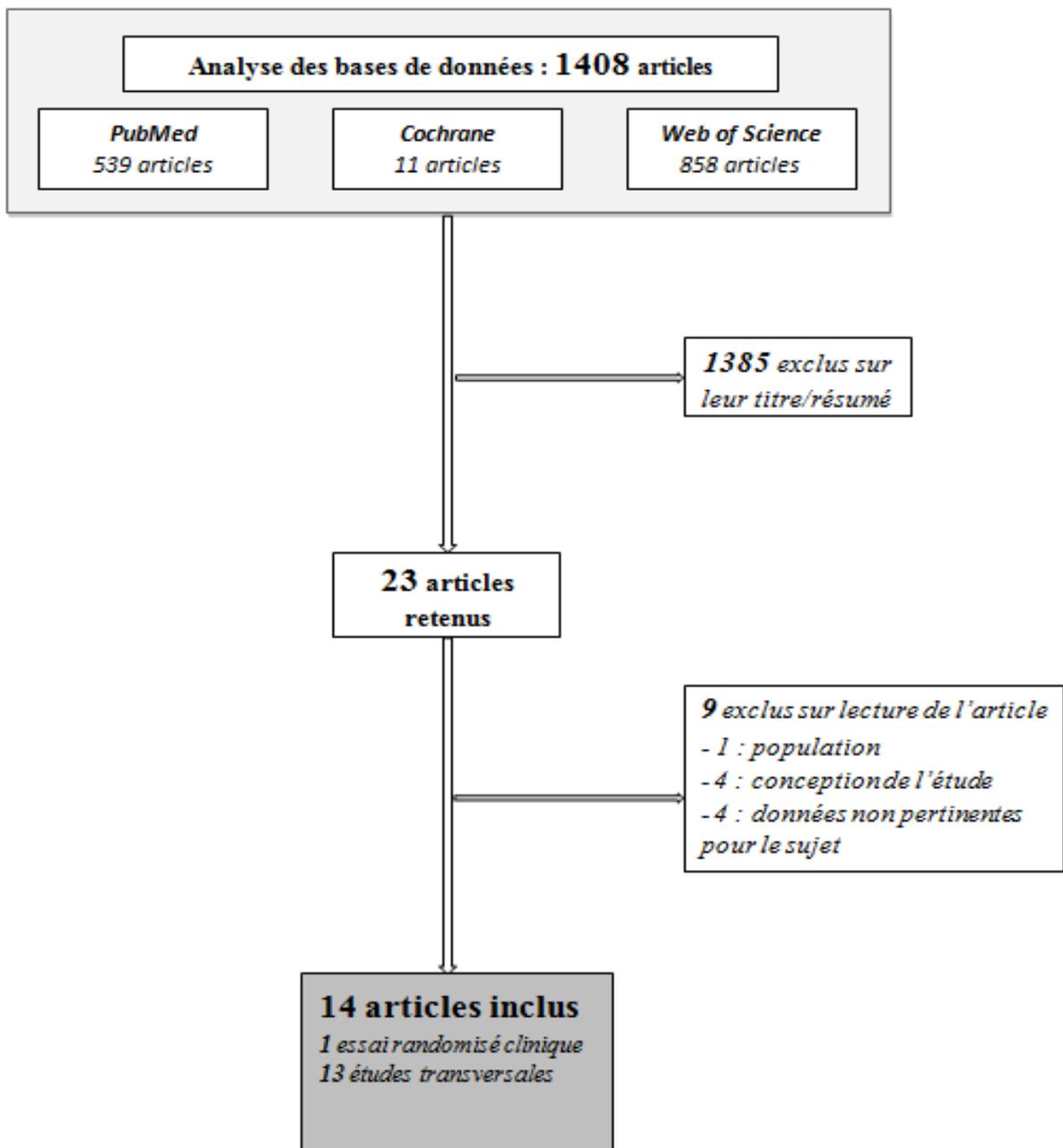


Tableau 3 : Caractéristiques des articles et principaux résultats

Bruxisme et anxiété

Titre, auteurs, journal de publication, date	Type d'étude	Lieu d'étude	Population et méthodologie	Evaluation	Principaux résultats
<p><i>Personality traits and dental anxiety in self-reported bruxism. A crosssectional study</i> (41)</p> <p>Montero, Gómez-Polo</p> <p>-Journal of Dentistry ; 2017</p>	<p>Etude transversale (= cross sectional study)</p>	<p>Salamanque, Espagne</p>	<p>526 sujets (264 hommes, 262 femmes). Moyenne d'âge de 43.7 ans.</p> <p>Les proches d'étudiants en dentaire devaient répondre à des questionnaires évaluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la survenue ou non de bruxisme, en différenciant bruxisme d'éveil et bruxisme de sommeil - le degré d'anxiété (par l'échelle MDAS) - le type de personnalité (par le NEO five-factor Inventory). <p>Puis analyse statistique à la recherche d'une corrélation entre tous les éléments.</p>	<p>Grille STROBE</p> <p>66% (19/29)</p>	<p>-La survenue de bruxisme est significativement plus élevée chez les sujets ayant une personnalité névrosée et une personnalité extravertie.</p> <p>-Les sujets présentant un bruxisme de sommeil ont un degré d'anxiété significativement plus élevé et sont plus anxieux avant de recevoir des soins dentaires.</p> <p>-Le taux de fumeur est significativement plus élevé chez les bruxomanes.</p>

<p><i>Influence of psychological symptoms on home-recorded sleep-time masticatory muscle activity in healthy subjects</i> (42)</p> <p>Manfredini, Fabbri, Peretta, Guarda-Nardini, Lobbezoo</p> <p>-Journal of Oral Rehabilitation ; 2011</p>	<p>Etude transversale</p>	<p>Etudiants de chirurgie maxillo-faciale de l'université de Padova, Italie.</p>	<p>15 sujets (8 hommes, 7 femmes).</p> <p>- EMG pour évaluer l'activité nocturne de 4 muscles masticatoires (sur une nuit).</p> <p>- Plusieurs échelles et questionnaires (dont l'échelle STAI-Y) pour évaluer les différents stades et types d'anxiété.</p> <p>Puis analyse statistique pour rechercher une corrélation.</p>	<p>Grille STROBE</p> <p>63% (19/30)</p>	<p>-L'activité nocturne du muscle masticatoire serait plus en relation avec un état de stress plutôt qu'un terrain anxieux.</p> <p>-Le niveau d'anxiété ne serait pas corrélé au degré d'activité nocturne des muscles.</p> <p>-Pas de relation significative entre dépression et bruxisme.</p>
<p><i>Oxidative imbalance and anxiety in patients with sleep bruxism</i> (43)</p> <p>Isa Kara M. <i>et al</i></p> <p>-Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol ; 2012</p>	<p>Etude transversale</p>	<p>Département de chirurgie maxillofaciale et orale, faculté de dentaire de l'université de Gaziantep, Turquie.</p>	<p>65 sujets âgés de 18 à 23 ans (dont 33 diagnostiqués avec un bruxisme).</p> <p>- Diagnostic du bruxisme : clinique.</p> <p>- Dosage sanguin de l'index de stress oxydant,</p> <p>- évaluation de l'anxiété par l'échelle STAI-Y, puis analyse statistique pour étudier la relation entre stress oxydant, anxiété et survenue de bruxisme.</p>	<p>Grille STROBE</p> <p>53% (16/30)</p>	<p>-Le degré d'anxiété est significativement plus haut chez les sujets atteints de bruxisme.</p> <p>-Le taux de stress oxydant est significativement plus élevé chez les sujets atteints de bruxisme.</p>
<p><i>Assessment of Anxiety and Coping Features in Bruxers: A Portable Electromyographic and Electrocardiographic Study</i> (44)</p> <p>Manfredini, Arreghini, Lombardo, Visentin, Cerea, Castroflorio</p> <p>-J Oral Facial Pain Headache ; 2016</p>	<p>Etude transversale</p>	<p>Université odontologique de Ferrera, Italie.</p>	<p>36 adultes volontaires en bonne santé, entre 25 et 37 ans.</p> <p>-Evaluation de l'anxiété par l'échelle STAI-Y,</p> <p>-recherche de bruxisme par EMG sur une nuit.</p> <p>Puis analyse statistique pour rechercher une corrélation.</p>	<p>Grille STROBE</p> <p>46% (14/30)</p>	<p>-Pas de relation significative entre bruxisme et anxiété.</p>

<p><i>Self-reported Bruxism - associations with perceived stress, motivation for control, dental anxiety and gagging</i> (45)</p> <p>Winocour, Uziel, Lisha, Goldsmith, Eli</p> <p>-Journal of Oral Rehabilitation ; 2010</p>	<p>Etude transversale</p>	<p>Zones urbaines d'Israël</p>	<p>402 sujets (151 hommes, 251 femmes). Moyenne d'âge de 35 ans.</p> <p>Cinq questionnaires évaluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la survenue de bruxisme, diurne et/ou nocturne - le stress (par l'échelle PSS) - la volonté de contrôler les événements extérieurs - l'anxiété vis-à-vis des soins dentaires (par l'échelle MDAS) - la survenue de nausées ou vomissements lors de soins dentaires (brossage de dents compris). <p>Puis analyse statistique pour rechercher une corrélation entre ces différents éléments.</p>	<p>Grille STROBE</p> <p>46% (13/28)</p>	<p>-Le niveau de stress est significativement plus élevé chez les bruxomanes.</p> <p>-De même, niveau plus élevé de nausées et d'anxiété lors des soins dentaires chez les bruxomanes.</p> <p>-Pas de relation significative entre la volonté de contrôle et la survenue de bruxisme.</p>
<p><i>Psychopathological profile of patients with different forms of bruxism.</i> (46)</p> <p>Rasit Bayar, Tutuncu, Acikel</p> <p>-Clinical Oral Investigations ; 2012</p>	<p>Etude transversale</p>	<p>Ankara, Turquie</p>	<p>85 militaires (68 hommes, 17 femmes). Moyenne d'âge de 26.8 ans.</p> <p>Diagnostic du bruxisme : clinique.</p> <p>Quatre groupes (bruxomane nocturne, d'éveil, les deux ou aucun des deux).</p> <p>Questionnaire psychologique à chaque sujet (par le SCL-90-R).</p> <p>Analyse statistique pour rechercher une corrélation entre les différents types de bruxisme et l'état psychologique.</p>	<p>Grille STROBE</p> <p>44% (12/27)</p>	<p>-Différence significative entre sujets atteints de bruxisme et ceux non atteints de bruxisme lors de l'évaluation de la dépression et de l'anxiété.</p> <p>-L'anxiété serait plus en relation avec le bruxisme diurne que le bruxisme nocturne.</p>

Bruxisme et stress

<p><i>Influence of psychological symptoms on home-recorded sleep-time masticatory muscle activity in healthy subjects</i> (42)</p> <p>Manfredini, Fabbri, Peretta, Guarda-Nardini, Lobbezoo</p> <p>-Journal of Oral Rehabilitation ; 2011</p>	<p>Etude transversale</p>	<p>Etudiants de chirurgie maxillo-faciale de l'université de Padova, Italie.</p>	<p>15 sujets (8 hommes, 7 femmes).</p> <p>- EMG pour évaluer l'activité nocturne de 4 muscles masticatoires (sur une nuit).</p> <p>- Plusieurs échelles et questionnaires (dont l'échelle STAI-Y) pour évaluer les différents stades et types d'anxiété.</p> <p>Puis analyse statistique pour rechercher une corrélation.</p>	<p>Grille STROBE</p> <p>63% (19/30)</p>	<p>-L'activité nocturne du muscle masticatoire serait plus en relation avec un état de stress plutôt qu'un terrain anxieux.</p> <p>-Le niveau d'anxiété ne serait pas corrélé au degré d'activité nocturne des muscles.</p> <p>-Pas de relation significative entre dépression et bruxisme.</p>
<p><i>Association between sleep bruxism and stress sensitivity in an experimental psychological stress task</i> (47)</p> <p>Abekura, Tsuboi, Okura, Kagawa, Sadamori, Akagawa</p> <p>-Biomedical Research ; 2011</p>	<p>Etude transversale</p>	<p>Hiroshima, Japon.</p>	<p>76 adultes volontaires, moyenne d'âge de 24 ans (36 hommes, 40 femmes).</p> <p>Deux groupes, un bruxomane, un non bruxomane.</p> <p>Diagnostic du bruxisme : clinique.</p> <p><u>Pour chaque groupe</u> : avant et après avoir fait pratiquer un test engendrant du stress, analyse</p> <ul style="list-style-type: none"> - du stress par une échelle visuelle subjective (VAS) - du taux salivaire d'une protéine sécrétée en cas de stress - de la survenue d'épisodes de bruxisme. <p>Puis analyse statistique à la recherche d'une corrélation entre stress, bruxisme et taux salivaire de la protéine.</p>	<p>Grille STROBE</p> <p>62% (16/26)</p>	<p>-Relation significative entre bruxisme et stress, lors de l'évaluation objective par le taux d'une protéine sécrétée en cas de stress psychologique.</p> <p>-Mais pas de différence trouvée lors de l'évaluation subjective par l'utilisation d'une échelle visuelle analogue.</p>

<p><i>Management of sleep-time masticatory muscle activity using stabilisation splints affects psychological stress</i> (48)</p> <p>Takahashi, Masaki, Makino, Yoshida, Mukaibo, Kondo, Nakamoto, Hosokawa</p> <p>-Journal of Oral Rehabilitation ; 2013</p>	<p>Etude transversale</p>	<p>Japon</p>	<p>23 sujets (11 hommes, 12 femmes). Moyenne d'âge de 22.2 ans.</p> <p>Trois périodes : -3 nuits sans traitement du bruxisme -3 nuits avec une attelle de stabilisation qui recouvre les maxillaires (= Stabilisation Splints, SS) -3 nuits avec une attelle de stabilisation qui est au niveau du palais, sans recouvrir les maxillaires (=Palatal Splints, PS).</p> <p>Chaque nuit, évaluation : -du sommeil par EEG -de l'intensité de la survenue du bruxisme par EMG -le soir et le matin, du stress par l'échelle STAI-Y.</p> <p>Puis analyse statistique pour rechercher si incidence de l'attelle sur l'intensité du bruxisme et sur le stress ressenti.</p>	<p>Grille STROBE</p> <p>61% (19/31)</p>	<p>-Le port d'une attelle diminue significativement la survenue d'épisodes de bruxisme.</p> <p>-Le stress augmente significativement lors du port de l'attelle, et d'autant plus avec l'attelle SS.</p>
<p><i>Relationship between Sleep Bruxism and Stress Determined by Saliva Biomarkers.</i> (49)</p> <p>Karakoulaki, Koidis, Tortopidis, Andreadis</p>	<p>Etude transversale</p>	<p>Ecole de dentaire, université de Thessalonique, Grèce</p>	<p>55 sujets volontaires (20 hommes, 25 femmes), âgés entre 25 et 55 ans.</p> <p>- Diagnostic du bruxisme : initialement clinique puis confirmé par EMG (mais à domicile, par appareil portable à usage unique).</p>	<p>Grille STROBE</p> <p>57% (17/30)</p>	<p>-Chez les sujets atteints de bruxisme, le stress perçu est significativement plus élevé que chez ceux non atteints.</p> <p>-Le taux de cortisol salivaire est significativement plus élevé dans le groupe bruxisme,</p>

<p>-The International journal of prosthodontics ; 2015</p>			<p>- Evaluation du stress perçu par l'échelle PSS. - Dosage salivaire à la recherche de bio-marqueurs liés au stress : l'α-amylase et le cortisol. Puis analyse statistique pour chercher corrélation entre stress, présence des bio-marqueurs et survenue du bruxisme.</p>		<p>mais le taux d'α-amylase salivaire n'a pas de différence significative entre le groupe bruxisme et le groupe non bruxisme.</p>
<p><i>Perceived psychosocial job stress and sleep bruxism among male and female workers</i> (50) Nakata, Takahashi, Ikeda, Hojou, Araki -Community Dentistry and Oral Epidemiology ; 2008</p>	<p>Etude transversale</p>	<p>3 grandes villes du Japon (Yashio city, Saitama et Tokyo).</p>	<p>2884 travailleurs de 296 entreprises (2022 hommes, 862 femmes), mais 204 exclus car questionnaire incomplet donc au total 2680 sujets. Evaluation, par questionnaires détaillés : - du stress au travail - de la survenue de bruxisme. Et recherche d'une corrélation par une analyse statistique.</p>	<p>Grille STROBE 54% (15/28)</p>	<p>-Chez les hommes, le stress au travail est significativement associé au bruxisme, et un faible tissu social augmente significativement le risque de bruxisme. -Chez les femmes, aucune association significative entre stress et bruxisme.</p>

<p><i>Perceived stress and bruxism in university students</i> (51)</p> <p>Cavallo, Carpinelli, Savarese</p> <p>-BMC Research Notes ; 2016</p>	<p>Etude transversale</p>	<p>Université de science de Salerno, Italie.</p>	<p>278 étudiants de premier cycle (117 hommes et 161 femmes). Moyenne d'âge de 23.7 ans.</p> <p>Questionnaire donné à l'interclasse, évaluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les aspects sociodémographiques - le stress (par l'échelle PSS) - la survenue ou non de bruxisme. <p>Puis analyse statistique.</p>	<p>Grille STROBE</p> <p>46% (13/28)</p>	<p>-Le taux de bruxisme est plus élevé chez les étudiants vivant loin de leur famille, sans différence significative de genre.</p> <p>-Pas de corrélation significative entre stress et bruxisme de sommeil (mais corrélation significative entre stress et bruxisme d'éveil chez les hommes).</p>
<p><i>Self-reported Bruxism - associations with perceived stress, motivation for control, dental anxiety and gagging</i> (45)</p> <p>Winocour, Uziel, Lisha, Goldsmith, Eli</p> <p>-Journal of Oral Rehabilitation ; 2010</p>	<p>Etude transversale</p>	<p>Zones urbaines d'Israël</p>	<p>402 sujets (151 hommes, 251 femmes). Moyenne d'âge de 35 ans.</p> <p>Cinq questionnaires évaluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la survenue de bruxisme, diurne et/ou nocturne - le stress (par l'échelle PSS) - la volonté de contrôler les événements extérieurs - l'anxiété vis-à-vis des soins dentaires (par l'échelle MDAS) - la survenue de nausées ou vomissements lors de soins dentaires (brossages de dents compris). <p>Puis analyse statistique pour rechercher une corrélation entre ces différents éléments.</p>	<p>Grille STROBE</p> <p>46% (13/28)</p>	<p>-Le niveau de stress est significativement plus élevé chez les bruxomanes.</p> <p>-De même, niveau plus élevé de nausées et d'anxiété lors des soins dentaires chez les bruxomanes.</p> <p>-Pas de relation significative entre la volonté de contrôle et la survenue de bruxisme.</p>

Bruxisme et trouble du sommeil

<p><i>Sleep bruxism, awake bruxism and sleep quality among Brazilian dental students: a cross-sectional study</i> (52)</p> <p>Serra-Negra, Scarpelli, Tirsá-Costa, Guimarães, Almeida Pordeus, Paiva</p> <p>-Brazilian dental journal ; 2014</p>	<p>Etude transversale</p>	<p>Etudiants dentaires dans un campus du sud est du Brésil.</p>	<p>183 sujets (39 hommes et 144 femmes). Moyenne d'âge de 21.2 ans.</p> <p>Trois groupes : un d'étudiants de premier semestre, un d'étudiants de dernier semestre et un d'étudiants du semestre de milieu d'étude.</p> <p>- Questionnaire pour diagnostic du bruxisme. - Questionnaire sur la perception de la qualité du sommeil.</p> <p>Puis évaluation statistique pour chercher une corrélation entre survenue du bruxisme et qualité du sommeil.</p>	<p>Grille STROBE</p> <p>62% (18/29)</p>	<p>-Relation non significative entre qualité du sommeil et bruxisme.</p>
<p><i>Associations of reported bruxism with insomnia and insufficient sleep symptoms among media personnel with or without irregular shift work.</i> (53)</p> <p>Ahlberg, Jahkola, Savolainen, Kononen, Partinen</p> <p>-Head & Face Medicine ; 2008</p>	<p>Etude transversale</p>	<p>Finlande</p>	<p>874 employés de la radio-télévision publique de Finlande (53.7% d'hommes, 46.3% de femmes). Moyenne d'âge de 43 ans.</p> <p>Questionnaire envoyé par mail à tous les employés, évaluant :</p> <p>- la survenue de bruxisme - les troubles du sommeil - la satisfaction au travail - la présence ou non de pathologies pouvant influencer la qualité du sommeil.</p> <p>Puis analyse statistique pour chercher une corrélation entre les différentes données.</p>	<p>Grille STROBE</p> <p>52% (14/27)</p>	<p>-Lien significatif entre bruxisme, trouble du sommeil à type de sommeil non réparateur et sommeil perturbé, et insatisfaction au travail.</p>

<p><i>Do sleep hygiene measures and progressive muscle relaxation influence sleep bruxism? Report of a randomized controlled trial.</i> (54)</p> <p>Valiente Lopez, Van Selms, Van Der Zaag, Hamburger, Lobbezoo</p> <p>-Journal of Oral Rehabilitation ; 2014</p>	<p>Essai randomisé contrôlé (= randomised controlled trial)</p>	<p>Amsterdam, Pays Bas.</p>	<p>16 sujets (8 hommes, 8 femmes), ayant diagnostic clinique et électromyographique de bruxisme. Moyenne d'âge de 39.9 ans.</p> <p>Deux groupes : - groupe expérimental : 8 personnes doivent, pendant un mois, réaliser des techniques de relaxation avant le sommeil. - groupe contrôle : les 8 autres, pas de relaxation. Après le mois, analyse du sommeil dans les deux groupes.</p>	<p>Grille CONSORT</p> <p>50% (17/34)</p> <p>Grille JADAD</p> <p>40% (2/5)</p>	<p>-Pas de différence retrouvée entre le groupe contrôle et le groupe expérimental sur la survenue et le nombre d'épisodes de bruxisme, donc pas de différence avec ou sans technique de relaxation avant le sommeil.</p> <p>Mais résultats non significatifs ($p>0.05$).</p>
--	---	-----------------------------	---	---	---

B. Synthèse des résultats

Relation entre bruxisme et anxiété :

Cela concerne six articles.

Quatre articles ont montré une relation significative entre la présence d'une anxiété et la survenue de bruxisme (41, 43, 45, 46). Le nombre total de patients, sur les 4 études, est de 1078.

La grille d'évaluation STROBE est respectivement à 66%, 53%, 46% et 44%. Le diagnostic du bruxisme était réalisé soit cliniquement (43, 46) soit à l'aide d'un questionnaire (41, 45). Les échelles utilisées pour évaluer l'anxiété ont été l'échelle MDAS (41, 45), STAI (43) et SCL-90R (46).

Montero *et al* (41) et Winocour *et al* (45) ont évalué l'anxiété survenant avant les soins dentaires et ils ont montré une anxiété plus importante avant les soins dentaires chez les patients présentant un bruxisme.

Isa Kara M. *et al* (43) ont aussi dosé le taux de stress oxydant et ont trouvé une augmentation significative chez les sujets atteints de bruxisme.

Deux articles n'ont pas montré de relation significative entre la présence d'une anxiété et la survenue de bruxisme (42, 44), avec un total de 51 patients.

Manfredini, Fabbri *et al* (42) ont montré que l'activité nocturne des muscles masticatoires était plus en relation avec un état de stress qu'avec un terrain anxieux. Le diagnostic du bruxisme a été fait par EMG et l'anxiété et le stress ont été évalués par l'échelle STAI. La grille d'évaluation STROBE est à 63%.

Manfredini, Arreghini *et al* (44) ont diagnostiqué le bruxisme par EMG et ont évalué l'anxiété par l'échelle STAI. La grille d'évaluation STROBE est à 46%.

Relation entre bruxisme et stress :

Cela concerne sept articles.

Six articles ont montré une relation significative entre stress et survenue de bruxisme (42, 45, 47, 48, 49, 50), pour un nombre total de 3455 patients.

La grille d'évaluation STROBE est respectivement à 63%, 46%, 62%, 61%, 57% et 54%.

Manfredini *et al* (42) ont diagnostiqué le bruxisme par EMG et ont évalué le stress par l'échelle STAI.

Winocour *et al* (45) ont tout réalisé par questionnaires, avec l'utilisation de l'échelle PSS. Abekura *et al* (47) ont trouvé une relation significative entre bruxisme et stress lors de l'évaluation par le taux d'une protéine sécrétée en cas de stress psychologique, mais n'ont pas trouvé de relation lors de l'évaluation du stress par l'utilisation d'une échelle visuelle analogue. Le diagnostic du bruxisme était clinique.

Karakoulaki *et al* (49) ont montré une relation significative entre stress et survenue de bruxisme lors de l'évaluation du stress par l'échelle PSS et lors du dosage du cortisol salivaire mais n'ont pas trouvé de relation entre les deux lors du dosage de l' α -amylase salivaire. Le diagnostic du bruxisme était fait par EMG.

Nakata *et al* (50) se sont intéressés au stress au travail, en l'évaluant par questionnaires, et ont montré une relation significative entre stress au travail et survenue de bruxisme chez les hommes, mais n'ont pas montré de relation entre les deux chez les femmes. Le bruxisme était diagnostiqué par questionnaires.

Takahashi *et al* (48) se sont intéressés au traitement du bruxisme par le port d'une attelle et ont montré que le niveau de stress était significativement augmenté avec le port de l'attelle. Le stress était évalué par le questionnaire STAI, le bruxisme était diagnostiqué par EMG.

Un article n'a pas montré de corrélation significative entre stress et survenue de bruxisme (51). Le nombre de patients est de 278. Cavallo *et al* ont évalué le bruxisme et le stress par questionnaires, avec utilisation de l'échelle PSS pour le stress. La grille STROBE est à 46%.

Relation entre bruxisme et trouble du sommeil :

Cela concerne trois articles (52, 53, 54).

Ahlbert *et al* (53) ont montré un lien significatif entre survenue de bruxisme et trouble du sommeil à type de sommeil non réparateur. Le nombre de patients est de 874. Tout a été évalué par questionnaires. La grille STROBE est à 52%.

Serra-Negra *et al* (52) n'ont pas montré de relation significative entre bruxisme et qualité du sommeil. Le nombre de patients est de 183. Tout a aussi été évalué par questionnaires. La grille STROBE est à 62%.

Valiente-Lopez *et al* (54) se sont intéressés à la réalisation de techniques de relaxation avant le sommeil et leurs conséquences sur la survenue du bruxisme ; ils n'ont pas montré de différence entre le groupe pratiquant la relaxation et celui ne la pratiquant pas. Le nombre de patients est de 16. Le diagnostic de bruxisme était réalisé par EMG. La grille CONSORT est à 50%, la grille JADAD à 40%.

IV. Discussion

A. Principaux résultats

1. Population étudiée

1.1 Genre

Sur l'ensemble des 14 études de notre revue de la littérature, nous retrouvons 59.4% d'hommes (3213) et 40.6% de femmes (2194).

Cette différence du rapport hommes/femmes ne semble pas avoir d'incidence sur les résultats du bruxisme, puisque dans la littérature il n'existe pas de différence de sexe dans la survenue du bruxisme (1, 5, 13), mais peut être un biais dans la recherche de l'anxiété ; en effet, la prévalence de l'anxiété est plus importante chez les femmes, presque deux fois plus que chez les hommes (55).

Dans notre étude, un seul article (50) a montré une différence significative entre hommes et femmes, où la survenue du bruxisme n'était associée au stress que chez les hommes. Cependant, dans cette étude réalisée au Japon, les biais sont importants ; tout d'abord, un nombre très différent d'hommes (2022) et de femmes (862), puis le lieu de réalisation de l'étude, car la perception du travail et de soi-même est différente pour les hommes et pour les femmes dans la société japonaise, et enfin la grille d'évaluation STROBE qui est à 54%.

1.2 Moyenne d'âge

La moyenne d'âge de l'ensemble des études de notre revue est de 30.9 ans. Ceci est en adéquation avec la littérature selon laquelle le bruxisme du sommeil de l'adulte décroît avec l'âge et est plus important chez les personnes de moins de 50 ans (5, 13).

2. Bruxisme et anxiété

Notre revue de la littérature met en évidence une relation entre la survenue de bruxisme et l'anxiété.

En effet, 4 articles sur 6 (41, 43, 45, 46), avec un total de 1078 patients (contre 51 patients pour le groupe des deux articles ne trouvant pas de relation (42,44)) retrouvent significativement cette relation. Cependant, la moyenne de la grille d'évaluation STROBE est légèrement plus élevée pour le groupe des articles qui ne trouvent pas de relation (54.5% contre 52.25%), mais cela s'explique par le nombre différent d'articles, chacun des groupes ayant un article avec une bonne évaluation (66% dans le groupe positif (41),

63% dans le groupe négatif (42)) et des articles avec des évaluations plus faibles (44% dans le groupe positif (46), 46% dans le groupe négatif (44)).

Dans sa thèse (56), le Dr Marielle BELON s'est intéressée, par une étude descriptive, rétrospective et monocentrique réalisée en 2017, à une population de patients traitée pour bruxisme. Elle a mis en évidence que sur 67 patients, 49 (73,1%) se déclaraient de nature anxieuse et/ou stressée (sans faire de différence entre les deux) de façon quotidienne, avant le traitement.

Ainsi, l'anxiété est à considérer comme un facteur de risque de survenue de bruxisme et il semble donc judicieux de rechercher des signes de bruxisme chez un patient présentant des symptômes d'anxiété. En consultation de médecine générale, devant un patient se plaignant d'anxiété, nous devrions rechercher ces signes, par un interrogatoire simple et rapide, puis par un examen clinique buccal (9).

L'interrogatoire se fait en trois questions fermées (réponse par oui ou par non) :

- Est-ce que très souvent, souvent, ou jamais vous grincez des dents lorsque vous dormez ?
- Est-ce que quelqu'un vous a dit que vous grinciez des dents la nuit ?
- Est-ce que vos dents, vos gencives, votre mâchoire ou vos muscles masticateurs sont douloureux au réveil ?

L'examen buccal consiste à rechercher deux éléments :

- Une douleur lors de la palpation des muscles masséters.
- Une usure pathologique des dents, principalement une surface plate, sans saillie, entre deux dents antagonistes.

La présence d'au moins un élément évocateur, à l'interrogatoire et/ou à l'examen clinique, doit faire orienter le patient chez le dentiste.

A l'inverse, les patients bruxomanes sont à considérer comme possiblement anxieux et il serait intéressant de rechercher un terrain anxieux chez ces patients.

Nous avons, à partir des questionnaires d'auto-évaluation validés pour le diagnostic de l'anxiété (29), élaboré six questions fermées à poser aux patients bruxomanes afin d'évaluer leur anxiété.

Ressentez-vous, plusieurs fois par jour :

- Un sentiment de nervosité, d'anxiété ou d'agitation ?
- Une incapacité à contrôler vos inquiétudes ?
- Des inquiétudes à propos de choses sans importance ?
- Des difficultés à vous détendre ?
- Une tendance à être facilement irritable ?
- Un sentiment de peur, comme si quelque chose de terrible risquait de se produire ?

A partir de deux réponses positives, nous devons considérer le patient comme anxieux et alors lui proposer une prise en charge (57) ; tout d'abord, il est nécessaire de rechercher des comorbidités psychiatriques (syndrome dépressif, risque suicidaire notamment) et les traiter le cas échéant. Ensuite, il faut lui conseiller des mesures hygiéno-diététiques et lui proposer, si l'anxiété semble importante, une prise en charge psychothérapeutique, notamment par les thérapies cognitivo-comportementales (TCC).

Enfin, un traitement médicamenteux est à éviter autant que possible, et surtout les ISRS, qui peuvent aggraver le bruxisme (18, 19).

3. Bruxisme et stress

Notre étude montre une relation entre la survenue de bruxisme et le stress. En effet, 6 articles sur 7 (42, 47, 48, 49, 50, 45), avec un total de 3455 patients (contre 278 patients dans l'article ne trouvant pas de relation (51)) et une moyenne de la grille STROBE à 57% (contre 46% pour l'article ne trouvant pas de relation), retrouvent significativement cette relation.

Takahashi *et al* (48) ont montré que le port nocturne d'une attelle diminue l'intensité du bruxisme mais augmente significativement le stress ressenti ; cependant l'étude se déroule au Japon et les attelles décrites sont différentes de celles utilisées en France. Ainsi, dans l'article (48), le stress est plus important lorsque l'attelle utilisée recouvre toutes les surfaces occlusales que lorsqu'elle n'est présente qu'au niveau du palais. En France, l'attelle la plus utilisée est la butée occlusale antérieure, qui ne recouvre que les dents antérieures ; ainsi, on peut être amené à penser que le port de la butée occlusale antérieure entraîne moins de stress que l'utilisation de l'orthèse de reconditionnement musculaire.

Le stress est lui aussi à considérer comme un facteur de risque de survenue de bruxisme et il semble alors important de le rechercher et le prendre en compte chez toute personne bruxomane. Le stress se traduit par de multiples symptômes et a des causes très

nombreuses, mais un questionnaire simple et rapide à utiliser semble intéressant à réaliser devant tout patient présentant des signes de bruxisme, à la recherche d'un stress et d'une cause (58).

- Avez-vous souvent le cœur qui bat vite, une transpiration élevée, des tremblements, des secousses musculaires ?
- Avez-vous des manifestations corporelles comme des troubles digestifs, des douleurs, des maux de tête, des allergies, de l'eczéma ?
- Est-ce que vous fumez ou vous buvez de l'alcool pour vous stimuler ou vous calmer ? Est-ce que vous utilisez d'autres produits ou des médicaments dans ce but ?
- Est-ce que vous subissez une surcharge de travail fréquente ou permanente ? Ou/et êtes-vous souvent pris dans l'urgence ou/et existe-t-il une ambiance très compétitive dans votre emploi ?
- Votre travail ne vous convient pas, il ne correspond pas à ce que vous souhaiteriez faire ou/et est source d'insatisfaction, vous donne l'impression de perdre votre temps ?
- Avez-vous des soucis familiaux importants (couple, enfants, etc.) ?
- Etes-vous endetté, avez-vous un revenu trop faible par rapport à votre mode de vie ? Est-ce que cela vous cause du souci ?

Ainsi, plus de deux réponses positives doivent nous amener à proposer une aide au patient. Cette aide varie beaucoup en fonction de la cause du stress, mais elle passe par des conseils d'hygiène de vie (sommeil, alimentation, exercice physique) et des techniques de relaxation.

Nous devons être à l'écoute des patients, et un patient qui vient au cabinet pour des douleurs musculaires de la mâchoire ou pour des fatigues matinales et qui nous dit que sa/son partenaire se plaint du fait qu'il grince des dents la nuit de façon exacerbée les derniers temps, est peut-être un patient en véritable souffrance psychologique (et peut-être en burn-out).

4. Bruxisme et trouble du sommeil

Les résultats de notre travail ne nous permettent pas de conclure à une relation ou non entre le bruxisme et les troubles du sommeil. En effet, dans l'article trouvant un lien significatif entre les deux (53), le nombre de patients est plus élevé (874 patients, contre 183 patients dans celui ne trouvant pas de lien (52)) mais la grille d'évaluation STROBE est inférieure (52% contre 62%).

Dans sa thèse (56), le docteur BELON a mis en évidence que le trouble du sommeil apparaît comme un motif fréquent de consultation en médecine générale chez les patients atteints de bruxisme ; sur 67 patients traités pour bruxisme, 24 (35.8%) avaient consulté leur médecin généraliste pour trouble du sommeil et 30 (44.8%) se plaignaient de « fatigue matinale avec sensation de ne pas avoir bien dormi », ce qui est en corrélation avec l'étude d'Ahlberg *et al* (53) qui met en évidence comme trouble du sommeil un sommeil non réparateur.

B. Forces de l'étude

Une des forces de cette étude est son originalité ; en effet, l'anxiété et le stress sont très présents dans la littérature mais leur association au bruxisme a très peu été étudiée.

De plus, les articles analysés sont des articles plutôt récents ; le plus récent date de 2017 (41), quatre datent des deux dernières années (41, 44, 49 et 51) et seulement deux datent d'avant 2010 (50, 53).

Enfin, les articles ont été évalués à l'aide de grilles validées, ce qui a permis de hiérarchiser les articles de manière objective.

C. Limites de l'étude

Notre étude comporte plusieurs limites.

Tout d'abord, c'est une revue de la littérature à un seul auteur, ce qui peut être la source de biais, notamment lors de la sélection des articles et lors de l'évaluation des articles ; en effet, certains articles ont pu être omis et la subjectivité de l'auteur n'est pas contestée par un deuxième auteur.

Ensuite, 13 articles analysés sur 14 sont des études transversales, qui ont un faible niveau de preuve scientifique selon les recommandations de la HAS (59). Ceci s'explique en partie par l'intérêt assez récent porté au bruxisme et à ses causes.

Ensuite, les limites de cette étude portent sur le diagnostic du bruxisme. Ainsi, le diagnostic de référence du bruxisme est la PSG (2). Yachida *et al* (60) ont montré que l'utilisation des seuls questionnaires pour porter le diagnostic de bruxisme n'a pas une validité élevée.

Casett *et al* (61) ont évalué la validité diagnostique des questionnaires, de l'évaluation clinique et des appareils d'EMG portables et ont montré que la meilleure validité reste l'enregistrement par EMG pour diagnostiquer le bruxisme.

Lobbezoo *et al* (1) ont proposé trois niveaux de validité du diagnostic du bruxisme ; le premier, qu'ils ont qualifié de diagnostic « possible », repose seulement sur l'anamnèse, le deuxième, qualifié de diagnostic « probable », repose sur l'anamnèse et le recueil de signes cliniques, le troisième, qualifié de diagnostic « avéré », repose sur les deux éléments précédents associés à la PSG.

Dans notre étude, aucun article n'a utilisé la PSG pour diagnostiquer le bruxisme, 5 articles ont utilisé l'EMG (42, 44, 48, 49, 54), 3 articles ont fait le diagnostic cliniquement (43, 46, 47) et 6 articles l'ont fait par questionnaires (41, 45, 50, 51, 52, 53). Cinq articles (44, 45, 47, 49, 52) ont posé comme limite à leur étude cette non utilisation du diagnostic de référence et l'ont justifiée par le fait que la PSG est un examen coûteux, long à analyser et qui nécessite d'être réalisé dans un lieu spécialisé. Deux articles (50, 51) ont discuté la validité des questionnaires qu'ils ont utilisé pour diagnostiquer le bruxisme.

Enfin, les limites de notre étude portent sur l'évaluation de l'anxiété et du stress ; les échelles utilisées sont validées, mais ce sont des auto-questionnaires et donc le risque de biais est important, notamment un biais de compréhension, un biais affectif au moment de la réalisation du questionnaire et une part importante de subjectivité.

V. Conclusion

L'objectif de notre étude était d'évaluer la place de l'anxiété et du stress dans la survenue du bruxisme.

Notre revue de la littérature a mis en évidence que l'anxiété et le stress ont une place importante dans la survenue du bruxisme et sont à considérer comme des facteurs de risque de survenue du bruxisme.

Ainsi, il serait intéressant, en consultation de médecine générale, de considérer tout patient anxieux et/ou stressé comme possiblement bruxomane et tout patient bruxomane comme présentant possiblement un terrain anxieux et/ou stressé. En effet ces trois troubles sont d'un abord facile grâce à des interrogatoires simples et aux outils que nous avons rappelés. Le bruxisme paraît donc une situation favorisant les collaborations multidisciplinaires et pluridimensionnelles (par la collaboration avec les dentistes, les sophrologues, les psychologues...).

Plus généralement ces éléments, couplés au sommeil de mauvaise qualité mis en évidence par la thèse de Marielle BELON, font évoquer une mauvaise qualité de vie chez le bruxomane.

Ceci pourrait déboucher sur une étude qualitative de la qualité de vie chez le bruxomane, d'autant que ce trouble nous paraît tout à fait à portée d'un médecin de soins premiers inséré au sein d'un réseau multidisciplinaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG, *et al.* Bruxism defined and graded : an international consensus. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2013 Jan;40(1):2-4.
2. Lobbezoo F, Jacobs R, De Laat A, *et al.* Chewing on bruxism. Diagnosis, imaging, epidemiology and aetiology. *Ned Tijdschr Tandheelkd*. 2017 Jun;124(6):309-316.
3. Manfredini D, Landi N, Romagnoli M, Bosco M. Psychic and occlusal factors in bruxers. *Australian Dental Journal*. 2004 Jun;49(2):84-9.
4. Tsiggos N, Tortopidis D, Hatzikyriakos A, Menexes G. Association between self-reported bruxism activity and occurrence of dental attrition, abfraction, and occlusal pits on natural teeth. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2008 Jul;100(1):41-6.
5. Yap AU, Chua AP. Sleep bruxism: Current knowledge and contemporary management. *Journal of Conservative Dentistry*. 2016 Sep-Oct;19(5):383-9.
6. Reissmann DR, John MT, Aigner A, *et al.* Interaction Between Awake and Sleep Bruxism Is Associated with Increased Presence of Painful Temporomandibular Disorder. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*. 2017 Fall;31(4):299–305.
7. Das S, Gupta R, Dhyani M, Goel D. Headache secondary to sleep-related bruxism: A case with polysomnographic findings. *Journal of Neurosciences in rural practice*. 2015 Apr-Jun;6(2):248-51.
8. De Luca Canto G, Singh V, Bigal ME, *et al.* Association between tension-type headache and migraine with sleep bruxism: a systematic review. *Headache*. 2014 Oct;54(9):1460-9.
9. Koyano K, Tsukiyama Y, Ichiki R, Kuwata T. Assessment of bruxism in the clinic. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2008 Jul;35(7):495-508.
10. Laluque J.-F, Brocard D, D’Incau E. *Comprendre les bruxismes*. Ed. Quintessence International ; 2016. 161p.
11. Casett E, Réus JC, Stuginski-Barbosa J, *et al.* Validity of different tools to assess sleep bruxism: a meta-analysis. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2017 Sep;44(9):722-734.
12. Mayer P, Heinzer R, Lavigne G. Sleep Bruxism in Respiratory Medicine Practice. *Chest*. 2016 Jan;149(1):262-71.
13. Carra MC, Huynh N, Lavigne G. Sleep bruxism: a comprehensive overview for the dental clinician interested in sleep medicine. *Dental Clinics of North America*. 2012 Apr;56(2):387-413.

14. Lobbezoo F, Van Der Zaag J, Naeije M. Bruxism: its multiple causes and its effects on dental implants - an updated review. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2006 Apr;33(4):293-300.
15. Takaoka R, Ishigaki S, Yatani H, *et al.*
Evaluation of genetic factors involved in nocturnal electromyographic activity of masticatory muscles in twins. *Clinical Oral Investigations*. 2017 Jan;21(1):319-325.
16. Lavigne GJ, Huynh N, Kato T, *et al.* Genesis of sleep bruxism: motor and autonomic-cardiac interactions. *Archives of Oral Biology*. 2007 Apr;52(4):381-4.
17. Bertazzo-Silveira E, Kruger CM, Porto De Toledo I, *et al.* Association between sleep bruxism and alcohol, caffeine, tobacco, and drug abuse: A systematic review. *Journal of the American Dental Association*. 2016 Nov;147(11):859-866.e4.
18. Uca AU, Uğuz F, Kozak HH, *et al.* Antidepressant-Induced Sleep Bruxism: Prevalence, Incidence, and Related Factors. *Clinical Neuropharmacology*. 2015 Nov-Dec;38(6):227-30.
19. Falisi G, Rastelli C, Panti F, *et al.* Psychotropic drugs and bruxism. *Expert Opinion on drug safety*. 2014 Oct;13(10):1319-26.
20. Jokubauskas L, Baltrušaitytė A. Relationship between obstructive sleep apnoea syndrome and sleep bruxism: a systematic review. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2017 Feb;44(2):144-153.
21. Ohmure H, Oikawa K, Kanematsu K, *et al.*
Influence of experimental esophageal acidification on sleep bruxism: a randomized trial. *Journal of Dental Research* . 2011 May;90(5):665-71.
22. Macedo CR, Macedo EC, Torloni MR, *et al.* Pharmacotherapy for sleep bruxism (Review). [en ligne] In : Cochrane library. Oct 2014. Disponible sur <https://www.thecochranelibrary.com> (consulté le 02 novembre 2017).
23. Liu W, Wang H, Li Q. Investigation of nociceptive trigeminal inhibitory tension suppression system and occlusal stabilization splint on bruxism patients by using polysomnography. *West China journal of stomatology*. 2012 Feb;30(1):54-6, 60.
24. Jokstad A. The NTI-tss device may be used successfully in the management of bruxism and TMD. *Evidence based dentistry*. 2009;10(1):23.
25. Seck Diallo A, Diouf A, Benoist H.M, *et al.* Interêt de la gouttière occlusale dans le traitement symptomatique du bruxisme. *Rev Iv Odonto-Stomatol*. 2009;11(2):6-10
26. Shim YJ, Lee MK, Kato T, *et al.*
Effects of botulinum toxin on jaw motor events during sleep in sleep bruxism patients: a polysomnographic evaluation. *Journal of clinical sleep medicine*. 2014 Mar 15;10(3):291-8.

27. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. *Indian Journal of Psychiatry*. 2013 Jul-Sep; 55(3): 220–223.
28. Robert M. A., Hirschfeld M.D. The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2001; 3(6): 244–254.
29. Julia LJ. Measures of Anxiety. *Arthritis Care & Research*. 2011 Nov; 63(0 11): 10.1002/acr.20561.
30. Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ. The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dental Health*. 1995 Sep;12(3):143-50.
31. Derogatis LR. SCL-90-R: Administration, Scoring of Procedures Manual-II for the R (evised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series : *Clinical Psychometric Research Incorporated*. 1992.
32. *Stress, Shock, and Adaptation in the Twentieth Century*. NY : University of Rochester Press, 2014, 376p (Rochester Studies in Medical History). (ISBN-13: 9781580464765)
33. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behaviour*. 1983 Dec;24(4):385-96.
34. Miočević O, Cole CR, Laughlin MJ, *et al*. Quantitative Lateral Flow Assays for Salivary Biomarker Assessment: A Review. *Frontiers in public health*. 2017 Jun 14;5:133.
35. Van Stegeren A, Rohleder N, Everaerd W, Wolf OT. Salivary alpha amylase as marker for adrenergic activity during stress: effect of betablockade. *Psychoneuroendocrinology*. 2006 Jan;31(1):137-41.
36. Higgins J, Green S (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. Cochrane Collab [Internet]. 2011; Available from: <http://handbook.cochrane.org/>
37. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, *et al*. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*. 2009;339:b2700.
38. Von Elm E, Altman DG, Egger M, *et al*. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for Reporting Observational Studies. *PLOS Medicine*. 2007 Oct; 4(10):e296.
39. Moher D, Hopewell S, Schulz KF, *et al*. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *International Journal of Surgery*. 2012;10(1):28-55.

40. Clark HD, Wells GA, Huët C, *et al.* Assessing the quality of randomized trials: reliability of the Jadad scale. *Controlled clinical trials*. 1999 Oct;20(5):448-52.
41. Montero J, Gómez-Polo C. Personality traits and dental anxiety in self-reported bruxism. A cross-sectional study. *Journal of Dentistry*. 2017 Oct;65:45-50.
42. Manfredini D, Fabbri A, Peretta R, *et al.* Influence of psychological symptoms on home-recorded sleep-time masticatory muscle activity in healthy subjects. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2011 Dec;38(12):902-11.
43. Kara MI, Yanık S, Keskinruzgar A, *et al.* Oxidative imbalance and anxiety in patients with sleep bruxism. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2012 Nov;114(5):604-9.
44. Manfredini D, Arreghini A, Lombardo L, *et al.* Assessment of Anxiety and Coping Features in Bruxers: A Portable Electromyographic and Electrocardiographic Study. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*. Summer 2016;30(3):249-54.
45. Winocur E, Uziel N, Lisha T, *et al.* Self-reported bruxism - associations with perceived stress, motivation for control, dental anxiety and gagging. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2011 Jan;38(1):3-11.
46. Bayar GR, Tutuncu R, Acikel C. Psychopathological profile of patients with different forms of bruxism. *Clinical Oral Investigations*. 2012 Feb;16(1):305-11.
47. Abekura H, Tsuboi M, Okura T, *et al.* Association between sleep bruxism and stress sensitivity in an experimental psychological stress task. *Biomedical Research*. 2011 Dec;32(6):395-9.
48. Takahashi H, Masaki C, Makino M, *et al.* Management of sleep-time masticatory muscle activity using stabilisation splints affects psychological stress. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2013 Dec;40(12):892-9.
49. Karakoulaki S, Tortopidis D, Andreadis D, Koidis P. Relationship Between Sleep Bruxism and Stress Determined by Saliva Biomarkers. *The International Journal of Prosthodontics*. 2015 Sep-Oct;28(5):467-74.
50. Nakata A, Takahashi M, Ikeda T, *et al.* Perceived psychosocial job stress and sleep bruxism among male and female workers. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2008 Jun;36(3):201-9.
51. Cavallo P, Carpinelli L, Savarese G. Perceived stress and bruxism in university students. *BMC Research Notes*. 2016 Dec 21;9(1):514.

52. Serra-Negra JM, Scarpelli AC, Tirsa-Costa D, *et al.*
Sleep bruxism, awake bruxism and sleep quality among Brazilian dental students: a cross-sectional study. *Brazilian Dental Journal*. 2014;25(3):241-7.
53. Ahlberg K, Jahkola A, Savolainen A, *et al.*
Associations of reported bruxism with insomnia and insufficient sleep symptoms among media personnel with or without irregular shift work. *Head & Face Medicine*. 2008 Feb 28;4:4.
54. Valiente López M, van Selms MK, van der Zaag J, *et al.* Do sleep hygiene measures and progressive muscle relaxation influence sleep bruxism? Report of a randomised controlled trial. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2015 Apr;42(4):259-65.
55. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, *et al.* Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*. 2004;(420):21-7.
56. BELON, Marielle. *Bruxisme en soins premiers : une cause méconnue de trouble du sommeil ?* Thèse de doctorat : spécialité médecine générale. Toulouse : UT3 Faculté de Médecine, 2017, 50p.
57. Levy F, Petit A, Karila L, *et al.* Troubles anxieux (hors TOC). *La Revue du Praticien Médecine Générale*. 2013;(27):11-13
58. Cungi C., Bouvard M., Rey M. Deux Echelles Brèves Et Pratiques D'auto-Evaluation de La Communication et De L'affirmation De Soi. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*. 1998, 1.
59. HAS>Missions>méthodes. *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Etat des lieux. [en ligne]*. (Mis en ligne le 14 juin 2013). Disponible sur : <https://www.has-sante.fr>. (Consulté le 07 novembre 2017).
60. Yachida W, Arima T, Castrillon EE, *et al.* Diagnostic validity of self-reported measures of sleep bruxism using an ambulatory single-channel EMG device. *Journal of Prosthodontic Research*. 2016 Oct;60(4):250-257.
61. Casett E, Réus JC, Stuginski-Barbosa J, *et al.*
Validity of different tools to assess sleep bruxism: a meta-analysis. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2017 Sep;44(9):722-734.

ANNEXES

Annexe 1 : Echelle STAI-Y

Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, dans les quatre colonnes à droite, ce qui correspond le mieux à ce que vous ressentez généralement. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments habituels.

			Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1	Je me sens de bonne humeur, aimable.	I				
2	Je me sens nerveux (nerveuse) et agité (e).	0				
3	Je me sens content(e) de moi.	I				
4	J'aimerais me sentir aussi heureux(se) que les autres le paraissent	0				
5	J'ai un sentiment d'échec.	0				
6	Je me sens reposé(e).	I				
7	J'ai tout mon sang-froid.	I				
8	J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter	0				
9	Je m'inquiète à propos de choses sans importance.	0				
10	Je suis heureux(se).	I				
11	J'ai des pensées qui me perturbent.	0				
12	Je manque de confiance en moi.	0				
13	Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.	I				
14	Je prends facilement des décisions.	I				
15	Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur.	0				
16	Je suis satisfait(e).	I				
17	Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.	0				
18	Je prends les déceptions à cœur : je les oublie difficilement.	0				
19	Je suis une personne posée, solide, stable.	I				
20	Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis.	0				

Calcul du total :

Pour les lignes indiquées par I, la réponse « non » est cotée 4, plutôt non = 3, plutôt oui = 2 et oui = 1.

Pour les lignes indiquées par 0, le « non » est coté 1, plutôt non = 2, plutôt oui = 3, oui = 4.

La note totale varie donc de 20 à 80.

Interprétation :

En dessous de 35 : niveau d'anxiété minimal

De 36 à 45 : niveau d'anxiété faible

De 46 à 55 : niveau d'anxiété modéré

De 56 à 65 : niveau d'anxiété élevé

Au-dessus de 66 : niveau d'anxiété très élevé.

Annexe 2 : Echelle MDAS

Si vous aviez rendez-vous chez votre dentiste demain, comment vous sentiriez-vous ?

1 point : pas anxieux. 2 points : un peu anxieux. 3 points : assez anxieux. 4 points : très anxieux.
5 points : extrêmement anxieux.

Si vous étiez assis en salle d'attente, comment vous sentiriez-vous ?

1 point : pas anxieux. 2 points : un peu anxieux. 3 points : assez anxieux. 4 points : très anxieux.
5 points : extrêmement anxieux.

Si le dentiste était sur le point d'utiliser sa turbine, comment vous sentiriez-vous ?

1 point : pas anxieux. 2 points : un peu anxieux. 3 points : assez anxieux. 4 points : très anxieux.
5 points : extrêmement anxieux.

Si le dentiste était sur le point de vous faire un détartrage, comment vous sentiriez-vous ?

1 point : pas anxieux. 2 points : un peu anxieux. 3 points : assez anxieux. 4 points : très anxieux.
5 points : extrêmement anxieux.

Si le dentiste était sur le point de faire une anesthésie locale dans votre gencive, comment vous sentiriez-vous ?

1 point : pas anxieux. 2 points : un peu anxieux. 3 points : assez anxieux. 4 points : très anxieux.
5 points : extrêmement anxieux.

Interprétation :

Un score supérieur à 19 indique une phobie dentaire.

Annexe 3 : Echelle PSS

Question 1 - Au cours du dernier mois combien de fois, avez-vous été dérangé(e) par un évènement inattendu ?

Jamais : 0 point. Presque jamais : 1 point. Parfois : 2 points. Assez souvent : 3 points. Souvent : 4 points.

Question 2 – Au cours du dernier mois combien de fois vous a t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?

Jamais : 0 point. Presque jamais : 1 point. Parfois : 2 points. Assez souvent : 3 points. Souvent : 4 points.

Question 3 – Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) ?

Jamais : 0 point. Presque jamais : 1 point. Parfois : 2 points. Assez souvent : 3 points. Souvent : 4 points.

Question 4 – Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ?

Jamais : 4 points. Presque jamais : 3 points. Parfois : 2 points. Assez souvent : 1 point. Souvent : 0 point.

Question 5 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?

Jamais : 4 points. Presque jamais : 3 points. Parfois : 2 points. Assez souvent : 1 point. Souvent : 0 point.

Question 6 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?

Jamais : 0 point. Presque jamais : 1 point. Parfois : 2 points. Assez souvent : 3 points. Souvent : 4 points.

Question 7 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?

Jamais : 4 points. Presque jamais : 3 points. Parfois : 2 points. Assez souvent : 1 point. Souvent : 0 point.

Question 8 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ?

Jamais : 4 points. Presque jamais : 3 points. Parfois : 2 points. Assez souvent : 1 point. Souvent : 0 point.

Question 9 – Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que évènements échappaient à votre contrôle ?

Jamais : 0 point. Presque jamais : 1 point. Parfois : 2 points. Assez souvent : 3 points. Souvent : 4 points.

Question 10 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?

Jamais : 0 point. Presque jamais : 1 point. Parfois : 2 points. Assez souvent : 3 points. Souvent : 4 points.

Interprétation :

Score entre 0-13 : Niveau bas de stress / Score entre 14 et 26 : Niveau modéré de stress

Score entre 27 et 40 : Niveau élevé de stress

Annexe 4 : Grille d'évaluation STROBE

	Item	Recommendation
Title and abstract	1	<p>(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract</p> <p>(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found</p>
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	<p>(a) <i>Cohort study</i>—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up</p> <p><i>Case-control study</i>—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls</p> <p><i>Cross-sectional study</i>—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants</p> <p>(b) <i>Cohort study</i>—For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed</p> <p><i>Case-control study</i>—For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case</p>
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	<p>(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding</p> <p>(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions</p> <p>(c) Explain how missing data were addressed</p>

(d) *Cohort study*—If applicable, explain how loss to follow-up was addressed

Case-control study—If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed

Cross-sectional study—If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy

(e) Describe any sensitivity analyses

Results		
Participants	13	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
Outcome data	15	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

Annexe 5 : Grille d'évaluation CONSORT

Section/Topic	Item	Checklist item
Title and abstract	1a	Identification as a randomised trial in the title
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)
Introduction Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale
	2b	Specific objectives or hypotheses
Methods Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons
Participants	4a	Eligibility criteria for participants
	4b	Settings and locations where the data were collected
Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons
Sample size	7a	How sample size was determined
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines
Randomisation: Sequence generation	8a	Method used to generate the random allocation sequence
	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size)
Allocation : Concealme mechanism	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned
Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those assessing outcomes) and how
	11b	If relevant, description of the similarity of interventions
Statistical methods	12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes
	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses

Results		
Participant flow	13a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome
	13b	For each group, losses and exclusions after randomisation, together with reasons
Recruitment	14a	Dates defining the periods of recruitment and follow-up
	14b	Why the trial ended or was stopped
Baseline data	15	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group
Numbers analysed	16	For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups
Outcomes and estimation	17a	For each primary and secondary outcome, results for each group, and the estimated effect size and its precision (such as 95% confidence interval)
	17b	For binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect sizes is recommended
Ancillary analyses	18	Results of any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, distinguishing pre-specified from exploratory
Harms	19	All important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms)
Discussion		
Limitations	20	Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses
Generalisability	21	Generalisability (external validity, applicability) of the trial findings
Interpretation	22	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence
Other information		
Registration	23	Registration number and name of trial registry
Protocol	24	Where the full trial protocol can be accessed, if available
Funding	25	Sources of funding and other support (such as supply of drugs), role of funders

Annexe 6 : Grille d'évaluation JADAD

Réponse par oui ou par non.

1 point pour oui, 0 point pour non. Pas de valeur intermédiaire.

1. Est-ce que cet article est décrit comme randomisé ?
2. Est ce que cet article est décrit comme en double aveugle ?
3. Existe-t-il une description des retraits d'étude et des abandons ?

Des points supplémentaires sont donnés si :

- la méthode de randomisation est décrite dans l'article et elle est appropriée ;
- la méthode d'aveugle est décrite et appropriée.

Des points sont retirés si :

- la méthode de randomisation est décrite mais non appropriée ;
- la méthode d'aveugle est décrite mais non appropriée.

Bruxisme : quelle place pour l'anxiété et le stress en soins premiers ? Une revue de la littérature.

Intro : Le bruxisme du sommeil est une activité musculaire répétitive, involontaire et non fonctionnelle des muscles masticateurs. Il représente entre 8 et 13% de la population adulte mais est peu recherché en consultation de médecine générale. Les causes sont multiples mais l'anxiété et le stress semblent jouer un rôle important dans sa survenue. **L'objectif** était d'évaluer la place de l'anxiété et du stress dans la survenue du bruxisme. **Méthode** : Une revue de la littérature a été réalisée. Les bases de données Pubmed, Web of Science et Cochrane ont été interrogées à la recherche de tous les articles scientifiques publiés entre 2007 et 2017. **Résultats** : Quatorze articles ont été inclus puis analysés. L'anxiété et le stress ont une place importante dans la survenue du bruxisme. Des échelles d'évaluation, simples et rapides d'utilisation, ont été élaborées pour pouvoir mieux diagnostiquer et prendre en charge ces troubles en soins premiers. **Conclusion** : L'anxiété et le stress sont à considérer comme des facteurs de risque de survenue du bruxisme. Une étude qualitative est à envisager pour mieux évaluer la qualité de vie chez les patients bruxomanes.

Mots clés : Bruxisme du sommeil, anxiété, stress, soins premiers

Bruxism: which place for anxiety and stress in primary care? A literature review.

Intro: Sleep bruxism is a repetitive, involuntary and non-functional muscle activity of the masticatory muscles. It represents between 8 and 13% of the adult population but is barely diagnosed in general medical consultation. The causes are multiple but anxiety and stress seem to play an important role in its occurrence. **The objective** was to assess the place of anxiety and stress in the occurrence of bruxism. **Method**: A review of the literature was conducted. The Pubmed, Web of Science and Cochrane databases were used to search for all scientific articles published between 2007 and 2017. **Results**: Fourteen articles were included and analyzed. Anxiety and stress have an important place in the occurrence of bruxism. Evaluation scales, which are simple and fast to use, have been developed to better diagnose and manage these disorders in primary care. **Conclusion**: Anxiety and stress should be considered as risk factors for the occurrence of bruxism. A qualitative study should be considered to better assess the quality of life of patients with bruxism.

Keywords: sleep bruxism, anxiety, stress, primary care

Discipline administrative: MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Ranguel – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France