Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016 **Thèse n°**

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 7 Octobre 2016 à Poitiers
par Madame Marie Dubocage

La place de l'hypnose dans les réductions des luxations gléno-humérales antérieures de l'épaule aux urgences.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres : Monsieur le Professeur Bertrand DEBAENE
Monsieur le Professeur Louis-Etienne GAYET
Monsieur le Professeur René ROBERT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Sophie PERROTIN

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016 **Thèse n°**

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 7 Octobre 2016 à Poitiers
par Madame Marie Dubocage

La place de l'hypnose dans les réductions des luxations gléno-humérales antérieures de l'épaule aux urgences.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres : Monsieur le Professeur Bertrand DEBAENE
Monsieur le Professeur Louis-Etienne GAYET
Monsieur le Professeur René ROBERT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Sophie PERROTIN

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie **(surnombre jusqu'en 08/2016)**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation **(en détachement)**
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie **(jusqu'au 31/10/2015)**
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes **(surnombre jusqu'en 08/2017)**
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury,

Merci de m'avoir permis de travailler dans votre service,

Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Bertrand DEBAENE,

Vous me faites l'honneur d'analyser et de critiquer mon travail,

Soyez assuré de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur René ROBERT,

Vous me faites l'honneur d'analyser et de critiquer mon travail,

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Louis-Etienne GAYET,

Vous me faites l'honneur d'analyser et de critiquer mon travail,

Soyez assuré de mes remerciements les plus sincères.

A Madame le Docteur Sophie PERROTIN,

Pour m'avoir proposé ce travail.

A Madame le Docteur Gaëlle ARCHAMBAUD
Pour m'avoir accompagné dans ce travail.

A Messieurs les Docteurs Matthieu MARCHETTI et Nicolas MARJANOVIC
Pour vos conseils, vos relectures, et votre patience.

A Monsieur le Docteur Xavier DIDDEN
Pour ta gentillesse et tous tes précieux conseils

Au service de pédiatrie de Niort, pour m'avoir guidée et encouragée dans mes premiers pas d'interne.

Au Docteur Michel BELLOT, pour ton enseignement et tes encouragements à poursuivre vers la médecine d'urgence. Merci de m'avoir montré tous les bons côtés de la médecine générale.

Au service des urgences du CH de La Rochelle, pour m'avoir accueillie durant ces six mois. A Magida, merci d'avoir toujours partagé la même motivation.

Au service d'hépato-gastro-entérologie du CH Châtellerault, pour votre accueil « merveilleux ». Ce fut un plaisir d'être votre interne.

Au service de réanimation médicale du CHU de Poitiers, pour m'avoir appris la rigueur.

Au service des urgences, SAMU, SMUR du CHU de Poitiers pour m'avoir ouvert ses portes et permis de finir en beauté l'internat.

A JC, pour ton amitié sans faille durant ces nombreuses années et pour tous ces bons moments partagés.
A Joe, pour avoir été la plus merveilleuse rencontre de l'externat.
A Carine, pour ton soutien pendant ces six mois et merci de ta présence pendant tout l'internat.
A Mélo, pour m'avoir souvent guidée. A Natacha, Elodie T. et Benjamin S, pour leur présence et leur écoute.

A tous les amis qui m'accompagnent depuis tant d'années : Sylvain, Célina, Camille, Aude, Benjamin M., Thomas P., Elodie P, Mathieu, Seymi, Anthony et Audrey.
A toutes les belles rencontres de l'externat et de l'internat : Lorraine, Anne, Mario, Nicolas D, Dounia, Emma, Thomas B, Marion, Mathilde, Alexia, Elodie C., Marie-Eve, Paul, Maïwenn, Kleeve et sans oublier mes « chonchons » préférés Nicolas P. et Lucile.
A Anaïs pour tous les fous rires pendant ces six mois difficiles et ceux que nous partageons encore.

A ma belle famille : Véronique, Patrice, Arthur, Véronique, Pascal, Noémie, Lise, Lucie pour leur soutien.

A mon père, pour y avoir cru.

A ma mère, même si ces quelques mots ne suffiront pas, merci d'avoir toujours été présente. Sans toi, je n'en serais pas arrivée là.

A Lou, ma sœur, pour ton amour sans faille, pour croire en moi et pour me pousser à donner toujours plus. Je suis très fière d'être ta petite sœur

A David, pour tes conseils, pour être devenu comme un frère. Merci d'être toujours là pour moi et surtout de rester neutre.

A ma grand mère, Jacqueline, pour avoir toujours été là dans les bons comme les mauvais moments. A mon grand père, André, pour m'avoir montré le chemin.
A Pierre, Danièle et Matthieu pour tous les bons moments partagés.

A Pablo, pour me donner confiance en moi. Merci de m'avoir ouvert les yeux sur le bonheur d'une vie à deux.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION 10
2. MATERIEL ET METHODES 13
    2.1. Type d'étude et objectifs 13
    2.2. Population de l'étude 13
    2.3. Déroulement de l'étude 14
    2.4. Recueil des données 15
    2.5. Analyse statistique des résultats 16
3. RESULTATS 17
    3.1. Nombre de participants 17
    3.2. Caractéristiques de la population étudiée 19
    3.3. Résultats de l'objectif principal 19
    3.4. Résultats de l'objectif secondaire 23
        3.4.1. Nombre de personnes formées à l'hypnose 23
        3.4.2. Expérience du personnel médical et paramédical 25
4. DISCUSSION 26
5. CONCLUSION 29
6. ANNEXES 30
7. REFERENCES 33
8. RESUME 36
9. ABSTRACT 37

« Les mots sont les médicaments les plus efficaces utilisés par l'Homme »

Rudyard Kipling.

ABREVIATIONS

ALR : Anesthésie Loco-Régionale

CAMU : Capacité de Médecine d'Urgence

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

ET : Ecart-Type

IADE : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé (e) d'Etat

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

MEOPA : Mélange Equimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote

ORL : Oto-Rhino-Laryngologue

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

SFAR : Société Française d'Anesthésie-Réanimation

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

VVP : Voie Veineuse Périphérique

1. INTRODUCTION

Selon l'International Association for the Study of Pain, la douleur est définie comme « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes » (1).

Dans les services de médecine d'urgence, nous sommes quotidiennement confrontés à des douleurs aiguës. Depuis de nombreuses années, la douleur est insuffisamment prise en charge en situation d'urgence, avec notamment une sous-utilisation des morphiniques (2,3). Les thérapeutiques sédatives et/ou analgésiques ont été reconnues comme un champ d'expertise propre à la médecine d'urgence contemporaine (4). Devant ces thérapeutiques, aux nombreux effets indésirables et nécessitant un équipement suffisant pour la sécurité des patients, quelles alternatives existe-t-il ?

L'hypnose peut-elle en être une ?

Longtemps présentée comme une médecine alternative, l'hypnose est désormais une médecine complémentaire à part entière (5-8).

Rappelons que les Egyptiens l'utilisaient déjà il y a 4000 ans. Toutefois, elle n'est introduite dans l'ère médicale moderne qu'au moment de la Révolution Française. Elle est alors développée par un médecin autrichien, le Docteur Messmer (9). C'est la première apparition de l'intérêt de l'imagination comme facteur thérapeutique.
La fin du 19ème siècle est une époque majeure pour l'hypnose avec deux techniques qui seront explorées par les Docteurs Charcot et Bernheim (importance de la suggestion dans

les phénomènes hypnotiques). Malheureusement la recherche scientifique n'arrive pas à expliquer l'hypnose qui sera alors abandonnée (10,11).

Au 20ème siècle, P.P. Podiapolsky met en évidence que les soldats blessés au combat, et donc en situation de stress, répondent plus facilement à l'hypnose (7,10). Milton Hyland Erickson a joué un rôle important dans le renouvellement de l'hypnose (5,10,12,13). En effet, son approche innovante repose sur la conviction que le patient possède en lui les ressources pour répondre de manière appropriée aux situations rencontrées. Il s'agit, par conséquent, d'utiliser ses compétences et ses possibilités d'adaptation personnelles. Il a affirmé l'idée que tout sujet peut être réceptif à l'hypnose. Il s'agit, pour lui, d'un concept d'état naturel renforcé par la communication entre le sujet et le thérapeute (10,14).

Au 21ème siècle, John Ellioston et James Esdaile l'utilisent dans de nombreuses procédures chirurgicales comme seul analgésique (7,12).

Longtemps utilisée dans les douleurs chroniques, l'hypnose a maintenant trouvé sa place dans des contextes de douleurs aiguës, de chirurgie et de gestes invasifs y compris en pédiatrie (15). En effet, elle permet à des patients en situation de souffrance extrême d'activer des ressources de protection, d'analgésie et de confort. L'hypnose détient un potentiel comme outil pharmacologique, notamment chez les patients en médecine d'urgence. Il a été constaté que les états altérés de la conscience se produisent plus rapidement et plus spontanément chez les patients ayant subi un traumatisme aigu (14).

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes intéressés aux luxations gléno-humérales antérieures de l'épaule. Elles représentent un motif fréquent des consultations de traumatologie aux urgences (16). Les recommandations concernant la sédation et l'analgésie en structure d'urgence ont été actualisées en 2010 par la SFMU et la SFAR (17).

Cependant peut-on envisager de nouvelles perspectives d'analgésie comme l'hypnose ?

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de la mise en place de l'hypnose dans un service d'urgence en comparant la durée de prise en charge médicale des réductions de luxations gléno-humérales antérieures avec les techniques analgésiques de référence.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Type d'étude et objectifs

Il s'agissait d'une étude observationnelle, monocentrique, rétrospective réalisée dans le service d'urgence-SAMU-SMUR du centre hospitalier de la Rochelle sur une période de 24 mois, du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2015.

L'objectif principal était d'évaluer l'impact de la mise en place de l'hypnose sur la durée de prise en charge des réductions des luxations gléno-humérales antérieures de l'épaule, en comparaison avec les techniques d'analgésie de référence. Le critère de jugement principal était le temps de prise en charge des patients admis pour une luxation gléno-humérale antérieure selon la technique d'analgésie utilisée.

L'objectif secondaire était d'évaluer l'adhésion et l'opinion du personnel médical et paramédical à la technique de l'hypnose.

2.2. Population de l'étude

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Patients ayant consulté aux urgences pour une luxation gléno-humérale antérieure de l'épaule entre le 1er janvier 2014 et le 31décembre 2015 ;
- Agés de plus de 12 mois ;
- Dont le diagnostic de luxation de l'épaule avait été suspecté cliniquement par l'infirmière d'accueil et d'orientation.

Les critères de non inclusion étaient les suivants :

- Luxations gléno-humérales postérieures ;
- Luxations acromio-claviculaires associées ;
- Fractures ouvertes associées ;
- Nécessité d'une prise en charge chirurgicale d'une luxation gléno-humérale antérieure ;
- Nécessité d'une évaluation ultérieure par un spécialiste (psychiatres, gériatres…).

Les patients ont été sélectionnés par l'intermédiaire du codage des actes CIM-10 via le logiciel « Résurgence® (Intuitive / Groupe Berger-Levrault, Paris, France)». La luxation de l'articulation de l'épaule était codée S430 : « luxation, entorse et foulure des articulations et des ligaments de la ceinture scapulaire. »

2.3. Déroulement de l'étude

Les patients se présentant à l'accueil des urgences avec une suspicion de luxation gléno-humérale étaient orientés vers une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV). La durée de prise en charge médicale correspondait au délai (en minutes) de l'installation à la SAUV jusqu'à la sortie du patient des urgences. La technique de réduction de la luxation d'épaule n'entrait pas en compte dans notre étude.

Les techniques analgésiques utilisées pendant les réductions pouvaient être les suivantes : antalgiques de paliers un à trois par voie orale ou intra-veineuse ; agents anesthésiques (propofol, kétamine, midazolam) ; MEOPA ; hypnose. Les analgésiques utilisés étaient choisis par les médecins pratiquant la réduction, et dépendaient de leur pratique.

A partir des recommandations (2,4,13,17-21), nous avons défini quatre groupes de patients:

- Groupe 1 : Analgésie par agents anesthésiques (kétamine, midazolam ou propofol).
- Groupe 2 : Analgésie par MEOPA et/ou antalgiques de paliers 1 à 3.
- Groupe 3 : Analgésie par hypnose +/- MEOPA et/ou antalgiques de paliers 1 à 3.
- Groupe 4 : Analgésie par une autre technique incluant les réductions spontanées, la xylocaïne intra articulaire.

Chaque patient pouvait bénéficier d'une ou plusieurs de ces techniques.

Nous n'avons pas analysé les patients ayant nécessité une réduction au bloc par les chirurgiens orthopédistes après échec d'un traitement médicamenteux. Le taux d'échec était de 4,5%.

Les patients inclus dans cette étude ont reçu une information orale au moment de leur prise en charge.

2.4. Recueil des données

Les outils ayant été utilisés pour le recueil de données étaient les suivants :

- Le dossier médical du patient à l'aide du logiciel « Résurgence® » pour le temps de prise en charge de la réduction de la luxation d'épaule.
- Un premier questionnaire a été diffusé à l'ensemble des médecins et des infirmier(e)s travaillant aux urgences du centre hospitalier de La Rochelle entre novembre 2014 et mai 2015 pour connaître le nombre de personnes formées à l'hypnose (Annexe 1).

- Puis un questionnaire a été diffusé dans un second temps au personnel médical et paramédical (infirmier(e)s et infirmier(e)s anesthésistes) aux mois de juillet et août 2016 afin d'évaluer l'adhésion et l'opinion du personnel médical et paramédical à la technique de l'hypnose (Annexe 2). Ce questionnaire a été remis à 26 médecins, 43 infirmières et 13 infirmières anesthésistes.

2.5. Analyse statistique des résultats

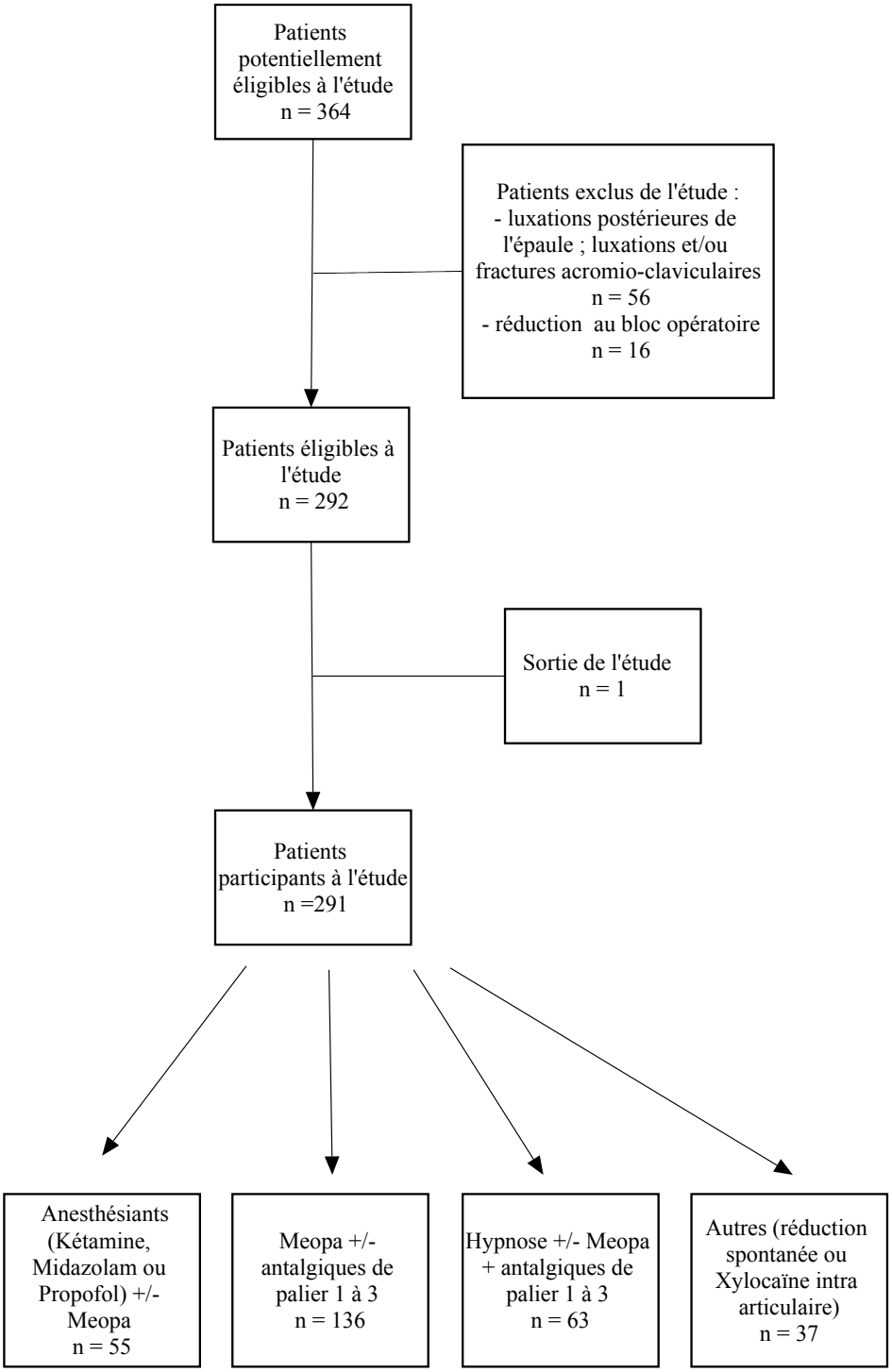
Les données des patients analysés et inclus ont été répertoriées à l'aide du logiciel Excel® (Microsoft Corporation, Richmond, Virginie, USA), qui a servi de base à l'analyse statistique des résultats. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS 23.0 (IBM Corporation Armonk, USA). Les tests non paramétriques Mann-Whitney et Kruskall-Wallis ont été utilisés pour l'analyse statistique des données. Un $p<0,05$ était considéré comme significatif.

3. RESULTATS

3.1. Nombre de participants

Au total, 364 patients ont été admis aux urgences, durant la période de l'étude, pour une luxation gléno-humérale de l'épaule. Cinquante-six patients ont été exclus devant une fracture de l'épaule associée, une luxation gléno-humérale postérieure de l'épaule ou une luxation acromio-claviculaire. Une patiente a été exclue devant la nécessité d'une évaluation gériatrique dans le cadre d'un problème de maintien à domicile après réduction de sa luxation d'épaule. Seize patients ont été exclus devant la nécessité d'une prise en charge par les chirurgiens orthopédistes au bloc opératoire. Le diagramme de flux est disponible dans la figure 1.

Fig 1 : Diagramme de flux



3.2. Caractéristiques de la population étudiée

L'étude concernait 184 hommes (63%) et 107 femmes (37%) soit un sex-ratio de 1,72. L'âge moyen était de 47 ans. La majorité des patients (24%) avaient entre 20 et 29 ans.

Tableau I : Caractéristiques de la population étudiée.

Age (en années)	**< 20**	**20 à 29**	**30 à 39**	**40 à 49**	**50 à 59**	**60 à 69**	**70 à 79**	**> 80**
Pourcentage	13%	24%	10%	8%	7%	12%	15%	11%

3.3. Résultats de l'objectif principal

Les fréquences d'utilisation des différentes techniques d'analgésie utilisées dans les réductions des luxations gléno-humérales antérieures sont résumées dans le tableau II.

Tableau II : Fréquence d'utilisation des différentes techniques d'analgésie.

Antalgiques Palier 1	**Antalgiques Palier 2**	**Antalgiques Palier 3**	**Agents anesthésiques**	**Autres**
Paracétamol/Pefalgan (n=113)	Tramadol (n=12)	Morphiniques (n=78)	Kétamine (n=36)	Xylocaïne intra-articulaire (n=2)
Ixprim (n=8)	Codéïne (n=4)		Midazolam (n=37)	Réduction spontanée (n=35)
Anti-inflammatoire non stéroïdien (n=1)			Propofol (n=10)	

Sur les 291 patients inclus, 63 patients avaient bénéficié de l'hypnose seule ou en association avec du MEOPA et/ou des antalgiques de paliers 1 à 3.

La répartition des quatre groupes des différentes techniques d'analgésie est détaillée dans le tableau III.

Tableau III : Répartition par technique d'analgésie

Groupe	**Nombre (%)**
1- Recours à un agent anesthésique +/- MEOPA	55 (19%)
2- MEOPA et/ou antalgiques de paliers 1 à 3	136 (46%)
3- Hypnose +/- MEOPA et/ou antalgiques de paliers 1 à 3	63 (22%)
4- Autres	37 (13%)
Total	**291 (100%)**

L'hypnose était autant utilisée que les agents anesthésiques. Soixante trois patients ont bénéficié de l'hypnose, 55 patients ont bénéficié de l'administration d'un agent anesthésique. Parmi ces 63 patients, 8 ont été initialement traités par de l'hypnose puis devant l'échec de la réduction, 2 patients ont reçu de la kétamine, 5 patients ont reçu du midazolam et 1 patient a reçu de la kétamine et du propofol. Le taux d'échec du groupe 3 « hypnose » était de 12,7%.

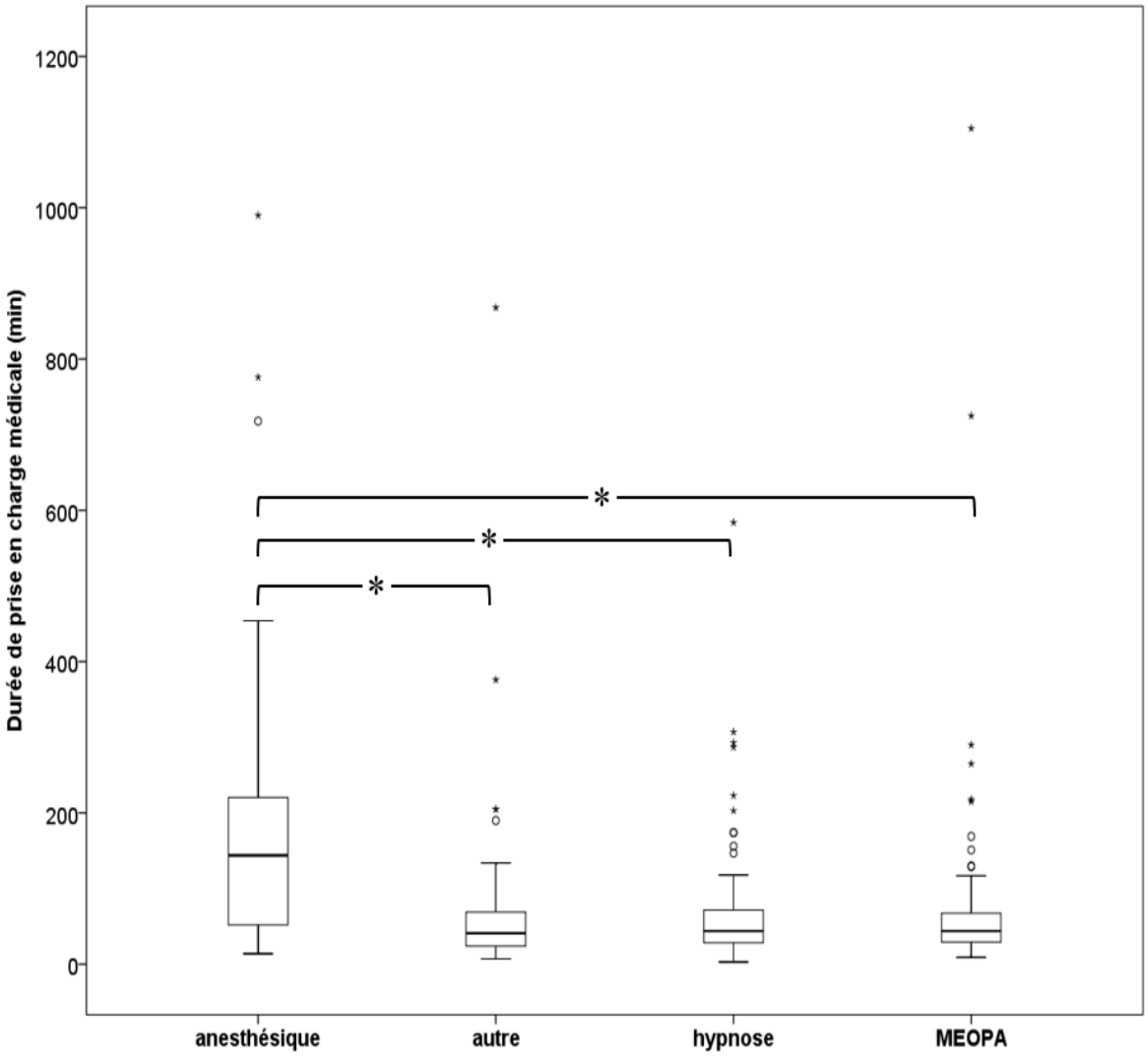
Nous avons évalué la durée de prise en charge médicale aux urgences. Ces résultats sont présentés dans le tableau IV et la figure 2.

Tableau IV : Durée de prise en charge médicale (en minutes)

Groupe	**Durée (minutes +/- ET)**
1 : Agents anesthésiques	193±192
2 : MEOPA et/ou antalgiques de paliers 1 à 3	68±115
3 : Hypnose + MEOPA et/ou antalgiques de paliers 1 à 3	77±95
4 : Autres	87±151
TOTAL	**95±143**

ET : Ecart-type

Fig 2 – Boxplot de la distribution des durées de prise en charge médicale en fonction du traitement appliqué pour la réduction de luxation gléno-humérale antérieure aux urgences du centre hospitalier de la Rochelle. * p < 0,01



La durée moyenne de prise en charge médicale aux urgences des 291 patients inclus était de 95 minutes (+/- 143 minutes). Nous observons une différence significative de temps de prise en charge entre les différents groupes (p<0,001). Nous observons une durée médicale de prise en charge significativement plus courte entre le groupe «hypnose» et le groupe « agents anesthésiques» (77 +/- 95 minutes vs 193 +/- 192 minutes; p<0,001).

Nous n'observons pas de différence significative de la durée de prise en charge médicale ni entre le groupe « hypnose » et le groupe « MEOPA et/ou antalgiques de paliers 1 à 3 » (77 +/- 95 minutes vs 68 +/- 115 minutes ; p=0,537) ni avec le groupe « autres » (77 +/- 95 minutes vs 87 +/- 151 minutes ; p=0,634).

Le temps de pose d'une VVP était inclus dans la durée de prise en charge médicale. Cent seize patients (40%) ont bénéficié de la pose d'une VVP, parmi lesquels 19 ont bénéficié de l'hypnose ; soit 16% des patients ayant eu une VVP.

Le temps de prise en charge comprenait également le temps de surveillance en hospitalisation à l'UHCD. Vingt six patients ont été surveillés en UHCD, dont 13 patients qui avaient reçu un agent anesthésique (50%), 9 patients (35%) qui avaient reçu de la morphine dont 6 patients en association avec de l'hypnose. Quatre patients (15%) avaient dû être gardés en observation pour d'autres motifs (traumatisme crânien associé, fracture du coude, maladie de parkinson déséquilibrée).

3.4. Résultats de l'objectif secondaire

3.4.1. Nombre de personnes formées à l'hypnose

Durant la période de l'étude, 35 médecins exerçaient dans le service d'urgence-SAMU-SMUR, dont 19 femmes et 16 hommes. L'âge moyen était de 43 ans. Ces médecins ont eu des formations différentes telles que la Capacité de Médecine d'Urgence (CAMU), le DESC de médecine d'urgence, le DES d'anesthésie-réanimation, le DES d'oto-rhino-laryngologie, le DES de médecine générale.

Au sein du service, 86% des médecins formés à l'hypnose ont eu une formation CAMU, 7% des médecins ont eu une formation DESC et 7% ayant eu une autre formation (ORL, anesthésie réanimation, médecin généraliste). Au sein du personnel paramédical, 14% des infirmier(e)s et 46% des infirmier(e)s anesthésistes sont également formés à l'hypnose. Ces données sont exposées dans les figures 3 et 4

Fig 3 : Nombre de médecins formés à l'hypnose

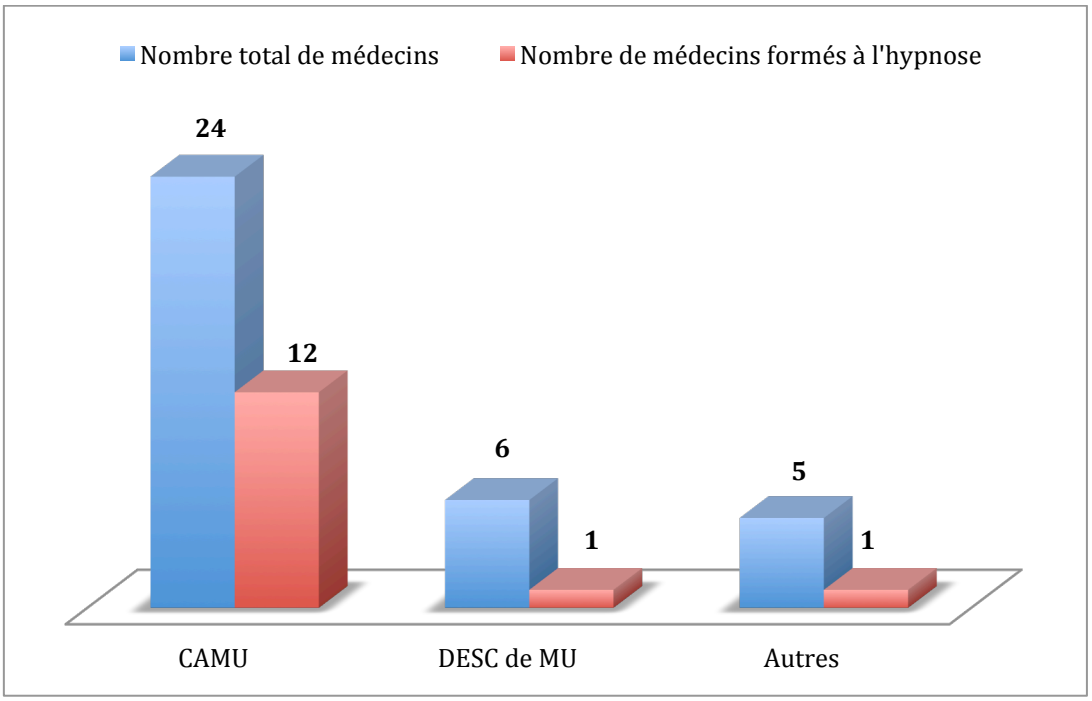
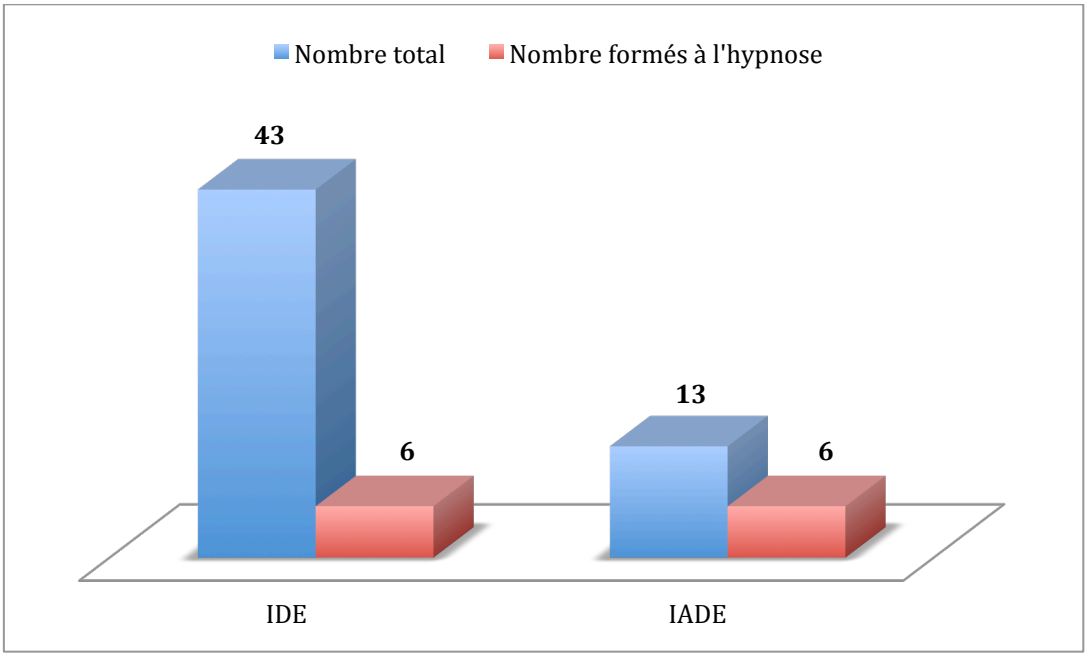


Fig 4: Personnel paramédical formé à l'hypnose



3.4.2. Expérience du personnel médical et paramédical

Nous avons évalué l'expérience du personnel médical et paramédical, 74% des médecins ont répondu au questionnaire et 32% des IDE/IADE. Quarante pour cent des médecins sont formés à l'hypnose et 21% des IDE/IADE.

Quatre-vingt quinze pour cent du personnel formé à l'hypnose recommandent la formation. Soixante deux pour cent ont trouvé que le patient reste actif dans sa prise en charge. Soixante sept pour cent ont trouvé que l'hypnose n'était pas chronophage dans leur pratique quotidienne.

La technique la plus utilisée était l'hypnose conversationnelle (95%) contrairement à la communication (52%) et à la transe formelle (24%).

Nous pouvons constater que l'hypnose était principalement utilisée pour la réalisation de sutures (95%), les réductions de fractures et de luxations (90%). Elle commençait à être utilisée pour la réalisation de prise de sang (38%), la pose de VVP (33%), et le drainage de pneumothorax et d'épanchements pleuraux (10%).

4. DISCUSSION

Notre étude retrouvait une différence significative dans le temps de prise en charge des patients traités par hypnose, en comparaison avec ceux ayant bénéficié des techniques d'analgésie habituelles ($p<0,001$). La durée de prise en charge médicale était notamment plus courte qu'avec les agents anesthésiques ($p<0,001$).

L'étude des données de la littérature sur les réductions des luxations d'épaule permet de retrouver une population comparable à celle de notre étude. La majorité des luxations gléno-humérales (95%) sont antérieures et touchent en majorité les hommes jeunes avec une moyenne d'âge de 40 ans. Deux tranches d'âge sont plus particulièrement touchées : les moins de 30 ans et les plus de 60 ans (22). Dans notre étude, la population avait une moyenne d'âge de 47 ans. Les âges les plus représentés étaient également les moins de 30 ans et les plus de 60 ans.

La luxation gléno-humérale antérieure est une urgence traumatologique dont la prise en charge doit être la plus précoce possible. Actuellement, 85% des réductions des luxations se font par les urgentistes (16). Dans notre étude, le recours à une prise en charge au bloc opératoire par les chirurgiens orthopédistes après échec d'un traitement médicamenteux était rare (4,5%). Notre étude montrait que la durée de prise en charge médicale était significativement plus courte en utilisant l'hypnose par rapport aux agents anesthésiques. En revanche, nous ne retrouvions pas de différence significative dans la durée de prise en charge médicale avec les autres techniques d'analgésie recommandées. Cela s'explique par un temps d'installation des patients probablement plus long avec l'utilisation de l'hypnose.

La majorité des patients (70%) ayant bénéficié de l'hypnose en thérapeutique complémentaire n'avait pas nécessité la pose d'une voie veineuse périphérique. Tous les patients ayant eu un agent anesthésique avaient bénéficié de la pose d'une VVP. Nous avons pu constater que l'hypnose était utilisée sans aucun antalgique associé dans 20% des cas. L'hypnose semblait permettre d'éviter la pose systématique d'une voie veineuse périphérique lors de certains gestes de traumatologie aboutissant à une économie de temps. L'hypnose permettait également d'éviter une surveillance secondaire en UHCD contrairement aux thérapeutiques sédatives ou analgésiques, qui sont notamment à risque de dépression respiratoire.

Peu de données sont disponibles actuellement sur l'utilisation de l'hypnose dans les urgences traumatologiques. Les indications principales sont en pédiatrie (sutures, réduction de fracture ou de luxation, drainage..) et en anesthésie (hypnosédation) (11,13-15,23-26). L'hypnose est particulièrement utilisée pour les cœlioscopies, pour les thyroïdectomies et pour les soins des brûlures (11,27-29).

La majorité de la population (85 à 90 %) est sensible à l'hypnose (12). Les âges extrêmes y sont plus sensibles et particulièrement en situation de stress (7). Notre étude montrait que la moyenne d'âge des patients ayant bénéficié de l'hypnose était de 54 ans, avec une plus grande fréquence de patients traités par hypnose entre 15 et 30 ans et après 60 ans.

Plusieurs études mettent en avant le rôle de l'hypnose dans la diminution de l'anxiété des patients (12,30-32). L'hypnose a une action sédative et myorelaxante qui permet une réalisation plus facile du geste de réduction. La contraction musculaire est l'un des principaux facteurs limitant les réductions des luxations d'épaule (33). L'hypnose n'a que peu de contre-indications : patients avec difficultés de compréhension (schizophrénie, déficience intellectuelle); bouffée délirante aiguë ; patients malentendants ; troubles cognitifs importants.

Au moment du recueil des données, 14 médecins urgentistes étaient formés à l'hypnose ainsi que 12 infirmier(e)s. La majorité des médecins formés à l'hypnose avait bénéficié d'une formation CAMU (54%). Trente-deux pour-cent étaient issus du DESC et 14% d'autres formations (ORL, Anesthésistes-Réanimateurs, Médecins Généralistes). Les médecins ayant eu la formation du DESC ont probablement été plus sensibilisés durant leur formation à l'utilisation des agents anesthésiques par rapport aux médecins formés antérieurement. De plus, l'apprentissage de l'utilisation de l'hypnose ne fait, pour l'instant, pas partie de la formation des médecins urgentistes, ni des infirmier(e)s.

Notre étude montrait que les soignants formés à l'hypnose modifiaient spontanément leur langage verbal (62%). Quatre vingt quinze pour cent des soignants formés à l'hypnose recommandaient cette formation selon les résultats de notre questionnaire. L'hypnose semblait être adoptée par les équipes médicale et paramédicale dans des gestes courants tels que les sutures et les réductions des fractures et des luxations. Selon les soignants, l'hypnose apportait un confort dans la prise en charge des patients en améliorant la relation médecin-malade, en permettant au patient de rester actif dans sa prise en charge (62%).

Notre étude comportait certaines limites, en premier lieu son caractère rétrospectif, qui a pu entrainer un biais de recueil de données. Il s'agissait d'une étude monocentrique avec des pratiques médicales potentiellement non représentatives de l'ensemble des médecins urgentistes du territoire. De plus, il s'agissait d'une étude non randomisée avec des groupes non identiques.

Notre étude n'a pas permis d'évaluer si l'hypnose permettait des posologies plus faibles d'antalgiques associés à cette technique. Notre étude ne prenait pas en compte l'évaluation de la satisfaction du patient. Une étude prospective, de plus grande ampleur, permettrait d'étudier plus spécifiquement l'hypnose dans différentes indications.

5. CONCLUSION

La luxation gléno-humérale antérieure est une pathologie traumatologique fréquente en situation d'urgence. L'hypnose pourrait être une alternative aux techniques analgésiques habituelles dans cette indication. Notre étude montre une amélioration significative des temps de prise en charge des patients traités par hypnose, en comparaison avec les techniques d'analgésie habituelles, en particulier les anesthésiques. On note, en outre, une bonne adhésion à l'hypnose du personnel formé à cette technique, avec un taux d'adoption de 95%.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire « formation à l'hypnose »

1. Êtes-vous :
    - un homme
    - une femme
2. Votre âge :
3. Quelle est votre formation initiale ?
    - CAMU
    - DESC
    - Autre :
4. Êtes-vous formé à l'hypnose ?
    - oui
    - non

Annexe 2 : Questionnaire « adhésion du personnel médical et paramédical ».

1- Êtes-vous
   - une femme
   - un homme

2- Votre âge :

3- Vous êtes :
   - Infirmier(e) diplômé(e) d'état
   - Infirmier(e) Anesthésiste diplômé(e) d'état
   - Médecin

4- Êtes-vous formé à l'hypnose ?

   - oui
   - non

5- → Si non, envisagez-vous de vous former ?

   - oui
   - non

   → Si vous êtes formé à l'hypnose, poursuite du questionnaire.

6- Depuis combien de temps êtes vous formé à l'hypnose ?

7- Où avez vous été formé à l'hypnose ?

8 - Quelle technique d'hypnose utilisez-vous le plus souvent ?
- La Communication
- L'Hypnose conversationnelle
- La Transe formelle

9- Votre formation à l'hypnose a t'elle modifié votre pratique pour des actes courants ?

- suture
- prise de sang
- pose de VVP
- réductions luxations (épaule, cheville…)
- autres :

10- Depuis votre formation à l'hypnose, avez-vous modifié votre façon de vous exprimer aux patients ?

- oui
- non

11- Si oui, comment ?

12- Trouvez-vous l'hypnose chronophage dans votre pratique quotidienne ?

- oui
- non

13- Trouvez- vous que le patient reste actif dans sa prise en charge en utilisant l'hypnose ?

- oui
- non

14- Recommanderiez-vous l'hypnose à vos collègues ?

- oui
- non

REFERENCES

1. Merskey H, Bogduk N. Part III: Pain terms, a current list with definitions and notes on usage. Classification of chronic pain. 1994;2:209-214.

2. Galinski M, Adnet F. Prise en charge de la douleur aiguë en médecine d'urgence. Réanimation. nov 2007;16(7‑8):652‑659.

3. Martinez M, Pozzetto Fernandez I, Gallego F, Crozet M, Rigaudiere P. Évaluation des pratiques professionnelles sur la prise en charge de la douleur en Smur. JEUR. déc 2010;23(4):93‑99.

4. Vadeboncoeur A, Wiss R, Dechamplain F. Sédation-analgésie d'intervention à l'urgence. Procedural sedation and analgesia in the emergency department. Réanimation. oct 2001;10(7):609‑622.

5. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose, rapport INSERM. 2015.

6. Graz B, Rodondi PY, Bonvin E. Existe-t-il des données scientifiques sur l'efficacité clinique des médecines complémentaires. Forum Med Suisse. 2011;45(11):808-813.

7. Iserson KV. An Hypnotic Suggestion: Review of Hypnosis for Clinical Emergency Care. J Emerg Med. avr 2014;46(4):588-596.

8. Dillard JN, Knapp S. Complementary and Alternative Pain Therapy in the Emergency Department. Emerg Med Clin North Am. mai 2005;23(2):529‑549.

9. Mesmer FA. Mémoire sur la découverte du magnétisme animal. Michel Maklot éditeur. 1781. 416 p.

10. Moreni A, Barber A. Origines et histoire de l'hypnose. Kinésithérapie Rev. juin 2015;15(162):14‑19.

11. Stewart JH. Hypnosis in Contemporary Medicine. Mayo Clin Proc. avr 2005;80(4):511-524.

12. Peebles-Kleiger MJ. The use of hypnosis in emergency medecine. Emerg Med Clin North Am. mai 2000;18(2):327-338.

13. Wain HJ, Amen DG. Emergency room use of hypnosis. Gen Hosp Psychiatry. janv 1986;8(1):19-22.

14. Garden-Brèche F, Desanneaux-Guillou S. Hypnose médicale en situation difficile: Retour d'expériences conjuguées pour un perfectionnement en pratique eriksonienne. Arnette éditeur. 2014. 141 p.

15. Richard P. L'hypnose, l'enfant et la douleur. Arch Pédiatrie. juin 2006;13(6):660‑662.

16. Taisne B, Lameyse A, Bailleul O. La luxation d'épaule : sédation et réduction - Dans les services d'urgences des hôpitaux français. Médecine. sept 2007;3(7):326‑329.

17. Vivien B, Adnet F, Bounes V, Chéron G, Combes X, David J-S, et al. Recommandations formalisées d'experts 2010: sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999). Ann Fr Médecine Urgence. janv 2011;1(1):57‑71.

18. Ricard-Hibon A, Bounes V. Sédation et analgésie en structure d'urgence. Quelles sédation et analgésie chez le patient en ventilation spontanée en structure d'urgence ? Ann Fr Anesth Réanimation. avr 2012;31(4):295‑312.

19. The College of Emergency Medicine. The Royal College of Emergency Medicine : Management of pain in adults. 2014.

20. Freysz M, Orliaguet G. Sédation et analgésie en structure d'urgence. Quels sont les propriétés et les inconvénients des produits utilisés ? Ann Fr Anesth Réanimation. avr 2012;31(4):283‑294.

21. Ricard-Hibon A, Belpomme V, Ben Hellal A, Chollet C, Marty J. Analgésie en urgence chez l'adulte. EMC - Médecine. févr 2004;1(1):80‑91.

22. Park MS, Lee JH, Kwon H, Kim YJ, Jung JY. The effectiveness of a newly developed reduction method of anterior shoulder dislocations; Sool's method. Am J Emerg Med. août 2016;34(8):1406‑1410.

23. Richardson J, Smith JE, McCall G, Pilkington K. Hypnosis for Procedure-Related Pain and Distress in Pediatric Cancer Patients: A Systematic Review of Effectiveness and Methodology Related to Hypnosis Interventions. J Pain Symptom Manage. janv 2006;31(1):70‑84.

24. Cunin-Roy C, Bienvenu M, Wood C. Les traitements non médicamenteux dans la prise en charge de la douleur de l'enfant et de l'adolescent. Arch Pédiatrie. déc 2007;14(12):1477‑1480.

25. Wood C, Bioy A. Hypnosis and Pain in Children. J Pain Symptom Manage. avr 2008;35(4):437‑446.

26. Iserson KV. Hypnosis for pediatric fracture reduction. J Emerg Med. janv 1999;17(1):53‑56.

27. Defechereux T, Degauque C, Fumal I, Faymonville ME, Joris J, Hamoir E, et al. L'hypnosédation, un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. Étude prospective randomisée. Ann Chir. juill 2000;125(6):539‑546.

28. Séfiani T, Uscain M, Sany JL, Grousseau D, Marchand P, Villate D, et al. Cœliochirurgie sous anesthésie locale et hypnosédation, à propos de 35 cholécystectomies et 15 cures de hernies. Ann Fr Anesth Réanimation. nov 2004;23(11):1093‑1101.

29. Souza LS, Crespo AN, Alves de Medeiros JL. Laryngeal vocal and endoscopic alterations after thyroidectomy under local anesthesia and hypnosedation. Braz J Otorhinolaryngol. juill 2009;75(4):511‑516.

30. Abdeshahi SK, Hashemipour MA, Mesgarzadeh V, Shahidi Payam A, Halaj Monfared A. Effect of hypnosis on induction of local anaesthesia, pain perception, control of haemorrhage and anxiety during extraction of third molars: A case–control study. J Cranio-Maxillofac Surg. juin 2013;41(4):310‑315.

31. Glaesmer H, Geupel H, Haak R. A controlled trial on the effect of hypnosis on dental anxiety in tooth removal patients. Patient Educ Couns. sept 2015;98(9):1112‑1115.

32. Liossi C, White P, Hatira P. A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control venepuncture-related pain of pediatric cancer patients. Pain. avr 2009;142(3):255-263.

33. Iserson KV. Relocating dislocations in a wilderness setting: use of hypnosis. J Wilderness Med. févr 1991;2(1):22‑26.

RESUME

Introduction : La luxation gléno-humérale antérieure de l'épaule est un motif de consultation fréquent dans les services d'urgences. Il existe une grande variabilité de techniques d'analgésie (hypnose, protoxyde d'azote, antalgiques de paliers 1 à 3, agents anesthésiques). Le but de notre étude était de déterminer l'impact de l'hypnose sur la durée de prise en charge aux urgences des réductions des luxations gléno-humérales antérieures.

Méthodes : Etude rétrospective, monocentrique réalisée sur une période de deux ans au centre hospitalier de La Rochelle. L'objectif principal était de comparer la durée de prise en charge des réductions des luxations gléno-humérales avec les techniques analgésiques de référence. L'objectif secondaire était d'évaluer l'adhésion et l'opinion du personnel médical et paramédical à la technique de l'hypnose.

Résultats : Au total, 291 patients ont été inclus. La durée moyenne de prise en charge médicale était de 95 minutes (+/-143 minutes). Il existait une différence significative entre la durée de prise en charge médicale du groupe hypnose et du groupe des agents anesthésiques (77 +/- 95 vs 193 +/- 192 minutes ; $p<0.001$). On notait une bonne adhésion du personnel à l'hypnose, avec un taux d'adhésion de 95%.

Conclusion: L'hypnose peut être une alternative aux techniques analgésiques habituelles dans la luxation gléno-humérale antérieure, dans nos services d'urgence.

Mots-clés : luxation d'épaule, réduction, analgésie, hypnose, urgence.

ABSTRACT

Introduction: The anterior glenohumeral dislocation of the shoulder is one of the frequent reason for patients to come to the emergency departements. A great variability of analgesia techniques do exist (hypnosis, nitrous oxyde, grade 1 to 3 analgesics, anaesthetic agents). The aim of this study was to determine the impact of hypnosis use on the duration of the decrease of anterior glenohumeral shoulder dislocations care.

Methods : Retrospective and monocentric study made on a two-year period at the hospital of La Rochelle. The main goal was to compare the duration of reductions of glenohumeral dislocations with the reference analgesic techniques. The second aim was to evaluate the medical and paramedical staff's support and opinion on the hypnosis technique.

Results : 291 patients were included in this study. The average medical care duration was 95 minutes (+/- 143 minutes). There was a significant difference between the duration of the hypnosis group's medical care and the group with anaesthetic agents (77+/-95 vs 193 +/- 192 minutes ; $p<0,001$.) We can notice a good support on hypnosis technique from the staff with a rate of 95%.

Conclusion : Hypnosis can be an alternative to usual analgesic techniques in an anterior glenohumeral dislocation case in our emergency departments.

Keywords : shoulder dislocation, reduction, analgesia, hypnosis, emergency

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !