

Pertinence et compréhension d'une pratique ostéopathique attentive aux psychotraumatismes : étude exploratoire des connaissances, opinions et aptitudes perçues des actuels et futurs ostéopathes

Relevance and understanding of a psychological trauma-informed osteopathic practice: An exploratory study of the knowledge, opinions and perceived abilities of current and future osteopaths
(Abstract on page 35)

Relevanz und Verständnis einer Psychotrauma-informierten osteopathischen Praxis: explorative Studie zu den Kenntnissen, Meinungen und wahrgenommenen Fähigkeiten von aktuellen und zukünftigen Osteopathen
(Zusammenfassung auf Seite 35)

Véronique Jaquier¹ (PhD), Marie Haenni² (MSc),
Roxane Bovay² (MSc), Katia Iglesias³ (PhD)

Mains Libres 2024; 1: 27-37 | DOI: 10.55498/MAINSLIBRES.2024.12.1.27

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement. Les auteures déclarent qu'elles n'ont pas de conflit d'intérêts.

Approbation éthique et consentement à la participation: Les données collectées dans cette étude ne portant pas sur la santé au sens de la Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (LRH, RS 810.30), toutes les procédures ont été approuvées par le comité éthique interne de la Haute École de Santé Fribourg le 15.07.2021. Le consentement à la participation à l'étude a été obtenu auprès des participants préalablement au début du questionnaire.

Article reçu le 12 octobre 2023, accepté le 27 janvier 2024.

MOTS-CLÉS traumatisme / stress / charge allostatique / PTSD / violence / expérience d'adversité dans l'enfance / consentement / approches attentives au traumatisme / approche holistique

RÉSUMÉ

Contexte: Les violences et les expériences d'adversité ont des impacts sur la santé et nécessitent une prise en charge appropriée. Les approches attentives aux psychotraumatismes (*trauma-informed care*, TIC) jouent un rôle de plus en plus important dans les professions de santé, mais ne sont pas suffisamment appliquées en ostéopathie. Or, les ostéopathes sont susceptibles de devoir traiter les conséquences d'expériences traumatiques, mais également de rencontrer des difficultés dans le diagnostic ou la prise en charge de patients ayant de tels antécédents, d'où l'importance d'examiner leurs savoirs et leurs postures.

Objectif: L'objectif de cette recherche exploratoire était un premier examen des connaissances des étudiants et des ostéopathes diplômés sur les impacts des expériences traumatiques sur la santé, de leurs opinions quant à de telles prises en charge et de leurs aptitudes perçues pour intervenir.

Méthodes: 69 étudiants et 34 ostéopathes ont répondu à un questionnaire mesurant leurs connaissances des impacts des expériences traumatiques, leurs opinions quant à la prise en charge à adopter et leurs aptitudes perçues.

Résultats: Les connaissances des participants étaient bonnes, chez les étudiants et les ostéopathes, sauf pour l'identification du stress traumatique. Les participants étaient généralement en accord avec les principes des TIC, mais plus réticents s'agissant de leur implication directe dans l'évaluation et la prise en charge de symptômes posttraumatiques. Le fait d'avoir suivi une formation spécialisée sur les violences ou le stress traumatique augmentait les opinions favorables et le sentiment de compétence. En moyenne, trois personnes sur quatre, ostéopathes comme étudiants, ont indiqué manquer d'outils pour une intervention adéquate: dans l'anamnèse, le traitement et la relation thérapeutique.

Conclusion: L'ostéopathie bénéficierait d'une approche intégrant les principes des TIC de façon à affiner encore sa compréhension biopsychosociale de la santé et de la maladie et renforcer une pratique centrée sur la personne.

¹ Haute École de Santé (HEdS-FR), HES-SO Haute école spécialisée de Suisse occidentale, Fribourg, Suisse; Centre romand de recherche en criminologie, Université de Neuchâtel, Suisse, orcid.org/0000-0003-0778-5480.

² Haute École de Santé (HEdS-FR), HES-SO Haute école spécialisée de Suisse occidentale, Fribourg, Suisse.

³ Haute École de Santé (HEdS-FR), HES-SO Haute école spécialisée de Suisse occidentale, Fribourg, Suisse, orcid.org/0000-0003-1308-1631.

CONTEXTE

Chaque année en Suisse, plusieurs dizaines de milliers de personnes, femmes, hommes et enfants, sont victimes de violences conjugales, sexuelles ou familiales ou confrontées à des expériences d'adversité dans leur milieu de vie^(1,2). Ces expériences (potentiellement) traumatiques ont des impacts, directs et indirects, sur leur santé, à court et à long terme⁽³⁾. Ce sont autant de parcours de vie marqués par la souffrance physique et psychique qui sont susceptibles, un jour, d'être dévoilés dans un cabinet médical ou un service d'urgences. Or, la prise en charge de patients victimes de violences ou confrontés à des expériences d'adversité présente des enjeux particuliers. La prévalence de telles expériences traumatiques au cours de la vie et la complexité de leurs impacts sur la santé ont amené les professionnels de santé à se questionner sur la meilleure manière d'intervenir, soulignant notamment l'importance de détecter précocement ces expériences, de comprendre comment elles impactent la santé et d'adapter leurs pratiques aux besoins des patients^(4,5). Malgré la diffusion de ces réflexions dans les professions médicales⁽⁶⁻⁹⁾, l'ostéopathie s'est jusqu'ici peu intéressée aux psychotraumatismes⁽¹⁰⁻¹²⁾, et jamais en Suisse. Or, le traitement des conséquences somatiques d'expériences de violence ou d'adversité, tout comme les difficultés de diagnostic ou de prise en charge dans de tels contextes, soulève des questions pour la pratique ostéopathique.

À la lumière des recherches internationales, il est apparu pertinent de proposer une exploration des connaissances des actuels et futurs ostéopathes sur le stress traumatique, de leurs opinions quant à la prise en charge de patients ayant vécu une expérience traumatique et de leurs aptitudes perçues dans ce domaine.

Détecter et traiter les conséquences des expériences potentiellement traumatiques

Dans une acception large, il y a *psychotraumatisme* dès lors « qu'un événement, une série d'événements ou un ensemble de circonstances sont vécus, par une personne, comme physiquement ou émotionnellement dommageables ou menaçants et ont des effets négatifs durables sur le fonctionnement de la personne et son bien-être physique, social, émotionnel ou spirituel »⁽¹³⁾. De telles expériences affectent toutes les dimensions de la santé, les facteurs psychosociaux et les caractéristiques biographiques influençant de manière significative les impacts d'un tel événement dans la vie d'une personne⁽¹⁴⁾. Dans une perspective biopsychosociale, ces associations sont plus particulièrement examinées sous l'hypothèse du « stress toxique »⁽¹⁵⁾. La charge allostatique, coût d'adaptation de l'organisme aux facteurs de stress psychosociaux et physiques répétés (ici des expériences de violence ou d'adversité) entraînerait une exposition excessive à des médiateurs de stress neuronaux, endocriniens et immunitaires susceptibles, au fil du temps, d'affecter négativement la chimie, la structure et le fonctionnement de l'organisme⁽¹⁶⁾. Ces expériences génèreraient des problèmes de santé physique et des symptômes posttraumatiques, et impacteraient négativement l'équilibre physiologique et le bien-être en général^(17,18).

À ce titre, et bien qu'elles soient difficiles à mesurer, les violences conjugales sexuelles constituent une réalité préoccupante en Suisse⁽²⁾ et en Europe⁽¹⁹⁾. En Suisse romande, une

enquête transversale a récemment conclu qu'une personne sur cinq consultant aux urgences avait subi des violences physiques ou sexuelles⁽²⁰⁾. La recherche a établi que de telles violences sont associées à de multiples conséquences à court et à long terme sur la santé : atteintes physiques (p. ex. fractures, plaintes somatoformes), affections chroniques (p. ex. atteintes neurologiques, troubles gastro-intestinaux), troubles psychiques (p. ex. dépression, stress posttraumatique) et comportements à risque pour la santé^(21,22).

Dans une perspective développementale, les enfants sont, quant à eux, particulièrement vulnérables aux violences et à la négligence physique et émotionnelle^(23,24) et sont également impactés par les difficultés susceptibles de caractériser leur milieu familial. L'*Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*⁽²⁵⁾, ses répliques et extensions^(26,27), ont permis de mettre en évidence des liens entre, d'une part, une série de caractéristiques qualifiées de dysfonctionnements familiaux – divorce, violences conjugales et incarcération, addition ou atteinte psychique d'un membre de la famille – et, d'autre part, le risque de survenue de graves problèmes de santé physique et psychique au cours de la vie. Ces expériences d'adversité sont systématiquement associées à un risque accru de troubles psychiques (p. ex. dépression, troubles anxieux, suicidalité)⁽²⁸⁾, et de problèmes de santé physique (p. ex. limitations fonctionnelles, diabète, maladies cardiovasculaires)⁽²⁹⁾. Des effets qui sont également susceptibles de transcender les générations⁽³⁰⁾. Or, ces expériences d'adversité sont extrêmement répandues, comme en attestent plusieurs études en Amérique du Nord⁽³¹⁾ et en Europe⁽³²⁾. Il n'existe pas de données complètes sur leur prévalence au sein de la population suisse, mais 30'000 à 50'000 enfants sont annuellement adressés aux organismes de protection de l'enfance, car victimes de violences, selon les données administratives de l'enquête *Optimus*⁽¹⁾. Ces données dénoncent des prises en charge tardives ; une conclusion partagée par les auteures d'une étude romande qui ont observé que les professionnels en contact avec les enfants étaient rarement au courant des violences conjugales survenant au sein de ces familles⁽³³⁾.

Ces données démontrent que les rencontres avec des patients vivant ou ayant vécu un psychotraumatisme sont fréquentes dans les soins, et ce même si ces expériences ne sont pas le motif explicite de la consultation^(34,35). Ces prises en charge imposent une lourde charge aux systèmes de santé^(36,37), et le manque de connaissances des impacts psychotraumatiques sur la santé des victimes – et celle de leurs proches –, ainsi que sur leurs besoins particuliers de prise en charge, est susceptible de compliquer certaines interventions⁽¹⁰⁾, y compris préventives⁽³⁸⁻⁴⁰⁾. En raison de leur ampleur et de leurs conséquences, les violences et les expériences d'adversité constituent un problème majeur de santé publique que les professionnels ne peuvent ignorer⁽⁷⁻⁹⁾.

Les approches attentives aux psychotraumatismes, un nouveau paradigme de travail

De multiples domaines de la santé ont appelé à un changement de paradigme au profit d'approches dites attentives ou sensibles aux psychotraumatismes (TIC, *trauma-informed care* en anglais), arguant que chaque professionnel de santé, quelle que soit sa spécialisation, doit savoir ce qu'est un psychotraumatisme, en reconnaître les symptômes et comprendre son rôle dans le processus de rétablissement^(4,5).

Les TIC insistent également sur l'importance d'adapter les politiques institutionnelles et sociosanitaires afin de favoriser une prise de conscience des impacts des psycho-traumatismes transversale aux espaces professionnels et non réservée aux services spécialisés ou aux patients dont les antécédents psychotraumatiques sont explicitement établis.

Le rôle des ostéopathes dans la détection des expériences traumatiques et le traitement de leurs conséquences

Il ne fait aucun doute que les ostéopathes sont amenés à rencontrer, dans leur pratique quotidienne, des patients ayant vécu une expérience de violence ou d'adversité. Que de tels antécédents soient ou non dévoilés par les patients, leurs impacts sont susceptibles de susciter une demande de soins ostéopathiques. Un nombre croissant d'études ont, par exemple, mis en évidence des associations entre expériences traumatiques, état de stress posttraumatique et douleurs chroniques^(41,42), en lien avec des faits survenus dans l'enfance⁽⁴³⁻⁴⁵⁾ ou à l'âge adulte⁽⁴⁶⁻⁴⁸⁾ et souligné l'existence possible de corrélats neurobiologiques communs^(49,50), ainsi que la nécessité d'interventions intégrées^(51,52).

De telles expériences sont, par ailleurs, susceptibles d'entraver l'administration de certains soins médicaux et de leur efficacité, comme évoqué précédemment. La première rencontre entre patient et ostéopathe, le type de relation thérapeutique envisagé et l'anamnèse systémique menée par l'ostéopathe afin de construire un diagnostic différentiel sont autant de démarches sensibles susceptibles d'engendrer un stress pour le patient. Le toucher ostéopathique, en particulier, outil diagnostique primaire pendant l'examen, mais également méthode de traitement des atteintes fonctionnelles, peut parfois déclencher des symptômes posttraumatiques (p. ex. réactions physiologiques de stress, flashback, comportement d'évitement)^(10,14,38-40).

Au vu de ces constats, les ostéopathes apparaissent ainsi susceptibles non seulement de traiter directement les conséquences somatiques d'expériences de violence ou d'adversité, mais également de rencontrer des difficultés dans le diagnostic ou la prise en charge de patients ayant vécu de telles expériences, d'où l'importance d'examiner leurs savoirs et leurs postures.

OBJECTIF

L'objectif de cette étude exploratoire par questionnaire était de proposer un premier état des connaissances des étudiants et des ostéopathes diplômés sur les impacts des expériences traumatiques sur la santé et d'examiner leurs opinions quant à la prise en charge de telles expériences et leurs aptitudes perçues pour intervenir dans de tels contextes.

MÉTHODES

Recrutement

Fin 2021, 69 étudiants en ostéopathie et 34 ostéopathes diplômés ont répondu à un questionnaire autoadministré. Les participants étudiants ont été recrutés dans la filière Ostéopathie de la Haute École de Santé Fribourg (HEdS-FR)

et devaient posséder un niveau de français (autoévalué) suffisant. Les participants ostéopathes ont été recrutés par le biais de la Fédération suisse des ostéopathes (FSO-SVO). Pour être éligibles, ils devaient être titulaires d'un droit de pratique en ostéopathie ; avoir un taux d'activité égal ou supérieur à 20 % ; et posséder un niveau de français (autoévalué) suffisant pour répondre à un questionnaire de recherche.

Les invitations à participer à l'étude ont été envoyées par courrier électronique ; le texte d'invitation présentait brièvement l'étude, ses objectifs et ses risques et contenait un lien pour accéder au questionnaire de recherche. La participation était volontaire et confidentielle. Ostéopathes et étudiants confirmaient leur éligibilité et indiquaient leur consentement à prendre part à l'étude en activant le lien de participation. La récolte de données s'est déroulée en octobre-novembre 2021. Les données ont été collectées et administrées à l'aide des outils de capture électronique de données REDCap (*Research Electronic Data Capture*), une plateforme logicielle sécurisée en ligne^(53,54), hébergée par la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO). Toutes les procédures ont été approuvées par le comité d'éthique interne de la HEdS-FR.

Mesures et extraction des données

Les connaissances des ostéopathes et des étudiants quant aux impacts des expériences traumatiques sur la santé, leurs opinions quant à la prise en charge de telles expériences dans la pratique ostéopathique, et leurs aptitudes perçues dans ce domaine ont été examinées en adaptant le *Trauma Provider Survey*, un questionnaire de 38 énoncés développé pour évaluer les connaissances, pratiques et attitudes relatives aux TIC de différents professionnels de santé (soignants en pédiatrie⁽⁵⁵⁾, médecins et infirmiers dans un centre médical⁽⁵⁶⁾). Trois domaines d'intérêt ont été retenus pour cette étude exploratoire : les connaissances des étudiants et des ostéopathes concernant le stress posttraumatique et les TIC (11 énoncés) ; leurs opinions par rapport à de telles pratiques de soins (6 énoncés) ; et leurs aptitudes perçues dans ce domaine (9 énoncés ; un énoncé sur la capacité à répondre aux questions sur le risque de mort a été supprimé, car jugé non pertinent). La version originale du questionnaire comprenait également une série de questions sur les changements survenus suite à l'implémentation d'un modèle de pratiques TIC ; ces questions n'ont pas été incluses, car non applicables à la présente étude. Les participants devaient indiquer leur degré d'accord avec chacun des énoncés des deux premières mesures sur une échelle Likert de 1 = *pas du tout d'accord* à 4 = *tout à fait d'accord*, et indiquer, pour la troisième mesure, leur sentiment de compétence sur une échelle Likert de 1 = *pas compétent* à 3 = *très compétent*.

Afin de contextualiser ces données, une série de questions ont été posées aux participants concernant, d'une part, leur participation éventuelle à des formations spécialisées en lien avec les violences interpersonnelles ou le stress traumatique et, d'autre part, leurs expériences de situations professionnelles difficiles, sur le plan humain, rencontrées dans leur pratique. Finalement, des données sociodémographiques concernant l'identité de genre, l'âge, le niveau de formation et l'expérience professionnelle des participants ont été récoltées.

Analyses

Le profil des ostéopathes et des étudiants a été examiné au moyen d'analyses descriptives. Des scores pour les connaissances, les opinions et les aptitudes perçues ont été construits en additionnant les réponses des participants à chacun des énoncés composant ces trois mesures. Les associations entre les scores, et entre les scores et certaines variables sociodémographiques ont été testées au moyen de tests de corrélation de *Pearson* ou de *Spearman*, de tests exacts de *Fisher* ou de tests de *Wilcoxon-Mann-Whitney*; les tests non paramétriques ont été utilisés lorsque les postulats d'application n'étaient pas respectés. Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SPSS 26.0⁽⁵⁷⁾.

Une analyse de contenu thématique des réponses aux questions ouvertes a été effectuée, en relevant, au sein du corpus de réponses, les thèmes pertinents en regard des objectifs de la recherche⁽⁵⁸⁾. Les réponses des participants ont été codées, de façon indépendante, par trois personnes dans un logiciel de traitement de texte. Les codes ont été confrontés, puis regroupés afin de permettre l'examen discursif des thèmes abordés dans ce corpus au demeurant très restreint. Cette démarche a permis de décrire, chez les ostéopathes et les professionnels, les thèmes principaux s'agissant des expériences difficiles rencontrées dans la pratique, des outils et des besoins à cet égard et des apports des formations entreprises. À des fins d'illustration, les propos des participants ont été intégrés, entre guillemets et en italique, dans le corps du texte.

Participants

Les participants ostéopathes étaient âgés en moyenne de 37.1 ans ($SD = 10.4$) ; près d'un quart avait entre 20-29 ans et la moitié entre 30-39 ans (Tableau 1). De langue maternelle française (91.2%, $n = 31$), près d'un quart étaient titulaires (23.5%, $n = 8$) d'un MSc en ostéopathie, les autres avaient obtenu un droit de pratique à la suite d'un processus de reconnaissance d'un autre titre (76.5%, $n = 26$). Ces professionnels pratiquaient en moyenne depuis 7.5 années ($SD = 6.3$), majoritairement dans le canton de Vaud (Suisse; 50.0%, $n = 17$) ; seules deux personnes travaillaient simultanément dans plus d'un canton. Les participants ostéopathes avaient majoritairement une expérience professionnelle en cabinet de groupe (85.3%, $n = 29$) ; un professionnel sur cinq (20.6%, $n = 7$) avait également une expérience en milieu hospitalier.

Quant aux étudiants ayant pris part à cette étude, ils étaient, en moyenne, âgés de 24.7 ans ($SD = 3.8$) ; cinq étudiants avaient 30 ans ou plus. Majoritairement de langue maternelle française (75.4%, $n = 52$), un peu plus de la moitié effectuait des études de Master (2^e cycle d'études universitaires ; 55.1%, $n = 38$).

Selon leur propre évaluation, 20.6% des ostéopathes ont indiqué avoir suivi une formation spécialisée sur les violences et 14.7% sur le stress traumatique. De manière attendue, les étudiants étaient peu nombreux à avoir pris part à des formations spécialisées, 5.8% ($n = 4$) sur les violences et 7.2% ($n = 5$) sur le stress traumatique.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques et expérience professionnelle des participants

Caractéristiques	Ostéopathes	Étudiants
	% (n)	% (n)
Identité de genre		
Homme	26,5 (9)	23,2 (16)
Femme	73,5 (25)	76,8 (53)
Âge		
20-29 ans	23,5 (8)	92,8 (64)
30-39 ans	50,0 (17)	5,8 (4)
40 ans et plus	26,5 (9)	1,4 (1)
Langue maternelle		
Français	91,2 (31)	75,4 (52)
Allemand	5,9 (2)	23,2 (16)
Autre	2,9 (1)	1,4 (1)
Degré de formation universitaire		
Bachelor, 1 ^{er} cycle d'études	—	44,9 (31)
Master, 2 ^e cycle d'études	—	55,1 (38)
Titre obtenu		
Master of science (MSc) en ostéopathie	23,5 (8)	--
Autre titre	76,5 (26)	--
Lieux de pratique (plusieurs réponses possibles)		
Cabinet individuel	29,4 (10)	
Cabinet de groupe	85,3 (29)	
Cabinet pluridisciplinaire	41,2 (14)	
Pratique en milieu hospitalier	20,6 (7)	
Autres	5,9 (2)	
Formations spécialisées suivies (plusieurs réponses possibles)		
Prise en charge de patients victimes de violence	20,6 (7)	5,8 (4)
Prise en charge de patients ayant un stress traumatique	14,7 (5)	7,2 (5)

RÉSULTATS

La majorité des participants savaient que les réactions post-traumatiques sont très fréquentes, que les effets psychologiques sont plus durables que les effets physiques et que des réactions précoces de stress traumatique peuvent faire partie d'un processus sain de rétablissement émotionnel (Tableau 2). En revanche, seul un tiers des participants estimait être capable de reconnaître les signes et les symptômes de stress traumatique chez leurs patients ; cet énoncé (# 8) était le seul pour lequel les ostéopathes ont été plus nombreux (58.8%) que les étudiants (20.3%) à répondre correctement ($\chi^2 = 14.9, p < .001$). Les scores totaux des ostéopathes ($MedO = 31.0$ [IQRO = 3.0]) différaient à peine de ceux des étudiants ($MedE = 30.0$ [IQRE = 3.0]), *Mann-Whitney U* = 885.5, $p = .042$; Tableau 5). Les connaissances des ostéopathes se sont d'ailleurs révélées inférieures à celles des infirmiers et

Tableau 2

Connaissances des ostéopathes et des étudiants sur le stress traumatique

CONNAISSANCES	Pourcentage de réponses correctes		
	Participants	Ostéopathes	Étudiants
	% (n)	% (n)	% (n)
Prévalence, facteurs de risque et évolution			
1. Presque toutes les personnes confrontées à une expérience traumatique ont au moins une réaction de stress traumatique dans les suites immédiates de l'événement (VRAI).	80,6 (83)	85,3 (29)	78,3 (54)
2. Il est inévitable que la plupart des personnes confrontées à une expérience mettant leur vie en danger développent, par la suite, un stress posttraumatique important ou un état de stress posttraumatique (FAUX).	44,7 (46)	44,1 (15)	44,9 (31)
3. Les personnes qui ont vécu une expérience traumatique grave ont généralement des réactions de stress traumatiques plus importantes que les personnes qui ont vécu une expérience traumatique moins grave (FAUX).	60,2 (62)	64,7 (22)	58,0 (40)
4. Les personnes qui, à un moment donné au cours d'une expérience traumatique, pensent qu'elles pourraient mourir sont plus susceptibles de présenter des réactions de stress posttraumatique (VRAI).	75,7 (78)	79,4 (27)	73,9 (51)
5. De nombreuses personnes se rétablissent bien par elles-mêmes après avoir été confrontées à une expérience traumatique (VRAI).	56,3 (58)	61,8 (21)	53,6 (37)
Signes et symptômes			
6. Les effets psychologiques d'une expérience traumatique durent souvent plus longtemps que les symptômes physiques (VRAI).	87,4 (90)	85,3 (29)	88,4 (61)
7. Les personnes souffrant de réactions graves de stress posttraumatique montrent généralement des signes évidents de détresse (FAUX).	58,3 (60)	58,8 (20)	58,0 (40)
8. Je sais reconnaître les signes et les symptômes de stress traumatique chez un-e patiente (VRAI).	33,0 (34)	58,8 (20)	20,3 (14)
9. Des réactions précoces de stress traumatique chez les patiente-s peuvent faire partie d'un processus sain de rétablissement émotionnel (VRAI).	85,4 (88)	85,3 (29)	85,5 (59)
Efficacité du dépistage et des interventions			
10. Il y a des choses que les professionnels de santé peuvent faire pour aider à prévenir le stress posttraumatique à plus long terme chez les patiente-s (VRAI).	95,1 (98)	97,1 (33)	94,2 (65)
11. Il existe des mesures de détection efficaces pour évaluer le stress traumatique que les professionnels de santé peuvent utiliser dans la pratique (VRAI).	76,7 (79)	82,4 (28)	73,9 (51)

des médecins interrogés par Bruce *et al.*⁽⁵⁶⁾ pour une majorité des questions. Les étudiants de Bachelor (BSc, 1^{er} cycle d'études universitaires ; MedBSc = 30.0 [IQRBSc = 2.0]) et de Master (MSc, deuxième cycle d'études universitaires ; MedMSc = 30.0 [IQRMSc = 3.0]) présentaient des scores identiques (*Mann-Whitney U* = 578.0, *p* = .893), à l'exception de leurs réponses à l'énoncé #3 : les étudiants de BSc ont été plus nombreux (58.1%) que les étudiants de MSc (28.9%) à se tromper en indiquant que la gravité des conséquences traumatiques dépendait de la gravité de l'expérience ($\chi^2 = 5.9$, *p* = .027).

Les participants étaient majoritairement en accord avec plusieurs des principes des TIC, notamment l'importance des données de santé mentale pour un traitement approprié et la nécessité d'adapter celui-ci pour en diminuer le stress (Tableau 3). Leurs opinions étaient moins tranchées pour les énoncés dénotant une intervention directe de l'ostéopathe, soit l'évaluation des symptômes de stress posttraumatique des patients et l'enseignement de stratégies adaptatives. Sur ces points spécifiquement, les attitudes des ostéopathes sont apparues moins favorables que celles des professionnels interrogés par Bruce *et al.*⁽⁵⁶⁾. Les opinions des

ostéopathes et des étudiants ne différaient pas significativement (MedO = 19.0 [IQR0 = 4.0], MedE = 19.0 [IQR0 = 3.0], *Mann-Whitney U* = 1017.5, *p* = .272), ni celles des étudiants de BSc (MedBSc = 19.0 [IQRBSc = 4.0]) et de MSc (MedMSc = 18.0 [IQRMSc = 4.0], *Mann-Whitney U* = 486.5, *p* = .212 ; Tableau 5).

Les ostéopathes s'estimaient (très) compétents pour toutes les activités listées sous-tendant les TIC, ce sentiment augmentant avec l'âge (*Pearson r* = .428, *p* < .000), mais pas avec les années de pratique (*Pearson r* = .016, *p* = .930). Les ostéopathes sont néanmoins apparus légèrement moins confiants pour comprendre et expliquer le stress traumatique (Tableau 4, #3, #8 et #9), évaluer la détresse, les besoins émotionnels et les ressources d'un patient (#6) et proposer des interventions de base axées sur le traumatisme (#7).

De manière attendue, le sentiment de compétence des étudiants (MedE = 14.0 [IQR0 = 5.0]) était moins élevé que celui des ostéopathes (MedO = 18.0 [IQR0 = 6.0], *Mann-Whitney U* = 473.5, *p* < .001), mais ne différait pas significativement selon leur année de formation (MedBSc = 14.5 [IQRBSc = 6.0] MedMSc = 14.0 [IQRMSc = 4.0], *Mann-Whitney U* = 521.0,

Tableau 3

Opinions des ostéopathes et des étudiants quant aux principes des approches attentives aux psychotraumatismes

Opinions (dé)favorables aux principes des TIC	Pourcentage de personnes en accord avec l'énoncé	
	Ostéopathes	Étudiants
	% (n)	% (n)
1. Les ostéopathes devraient se concentrer sur les soins médicaux aux patient-e-s plutôt que sur leur santé mentale à la suite de leur expérience (OPINION DÉFAVORABLE).	14,7 (5)	11,6 (8)
2. Le traitement ostéopathique peut être adapté afin de le rendre moins stressant pour les patient-e-s (OPINION FAVORABLE).	97,1 (33)	100,0 (69)
3. Les ostéopathes peuvent apprendre aux patient-e-s à faire face une expérience traumatique (OPINION FAVORABLE).	70,6 (24)	53,6 (37)
4. Les ostéopathes doivent évaluer régulièrement les symptômes de stress traumatique chez leurs patient-e-s (OPINION FAVORABLE).	70,6 (24)	73,9 (51)
5. Il est nécessaire que les ostéopathes disposent d'informations sur la santé mentale de leurs patient-e-s afin de fournir des soins appropriés (OPINION FAVORABLE).	94,1 (32)	98,6 (68)
6. J'ai des collègues vers qui je peux me tourner pour obtenir de l'aide avec un-e patient-e présentant un stress traumatique important (OPINION FAVORABLE).	73,5 (25)	52,2 (36)

Tableau 4

Aptitudes perçues des ostéopathes et des étudiants en contexte de psychotraumatisme

ACTIVITÉS	Ostéopathes		Étudiants	
	Pas compétents	(Très) compétents	Pas compétents	(Très) compétents
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
1. M'engager auprès des patient-e-s traumatisé-e-s de manière à ce qu'ils ou elles se sentent à l'aise pour communiquer avec moi sur leur vécu.	11,8 (4)	88,2 (30)	17,4 (12)	79,7 (55)
2. Réagir calmement et sans jugement à la forte détresse émotionnelle d'un-e patient-e.	0,0 (0)	100,0 (34)	5,8 (4)	91,3 (63)
3. Obtenir d'un-e patient-e les détails d'un événement traumatique sans le ou la retraumatiser.	14,7 (5)	85,3 (29)	58,0 (40)	39,1 (27)
4. Informer les patient-e-s sur les réactions et les symptômes courants du stress traumatique.	26,5 (9)	73,5 (25)	62,3 (43)	34,8 (24)
5. Éviter ou modifier les situations qui pourraient être vécues comme traumatisantes par un-e patient-e au sein de la consultation.	8,8 (3)	91,2 (31)	33,3 (23)	63,8 (44)
6. Évaluer la détresse, les besoins émotionnels et les ressources d'un-e patient-e peu après une expérience traumatique.	35,3 (12)	64,7 (22)	55,1 (38)	43,5 (30)
7. Fournir des interventions de base axées sur le traumatisme (p. ex. évaluer des symptômes, normaliser des réactions, conseiller de manière proactive, aider à faire face).	35,3 (12)	64,7 (22)	62,3 (43)	36,2 (25)
8. Comprendre comment le stress traumatique peut se présenter différemment chez des patient-e-s de différents âges, genres ou cultures.	29,4 (10)	70,6 (24)	44,9 (31)	53,6 (37)
9. Comprendre les fondements scientifiques ou empiriques de l'évaluation et de l'intervention en matière de stress traumatique.	32,4 (11)	67,6 (23)	65,2 (45)	33,3 (23)

Tableau 5

Comparaison des scores de connaissances, opinions et aptitudes perçues selon le statut professionnel et les formations suivies

SCORES	Statut professionnel		Cycle d'études universitaires		Formation spécialisée sur les violences		Formation spécialisée sur le stress traumatique	
	Ostéopathes	Étudiants	Étudiants BSc	Étudiants MSc	Avec formation	Sans formation	Avec formation	Sans formation
	Med (IQR)	Med (IQR)	Med (IQR)	Med (IQR)	Med (IQR)	Med (IQR)	Med (IQR)	Med (IQR)
Connaissances	31.0 (3.0)*	30.0 (3.0)*	30.0 (2.0)	30.0 (3.0)	31.0 (2.0)	30.0 (3.0)	30.0 (2.0)	31.0 (3.0)
Opinions favorables	19.0 (4.0)	19.0 (3.0)	19.0 (4.0)	18.0 (4.0)	20.0 (4.0)*	19.0 (3.5)*	19.5 (3.0)*	19.0 (3.0)*
Aptitudes perçues	18.0 (6.0)***	14.0 (5.0)**	14.5 (6.0)	14.0 (4.0)	19.0 (8.0)*	15.0 (5.0)*	19.5 (11.0)*	15.5 (5.0)*

* Wilcoxon-Mann-Whitney, $p < .05$; ** Wilcoxon-Mann-Whitney, $p < .001$.

$p = .543$; Tableau 5). Les étudiants ne s'estimaient pas compétents pour obtenir des détails d'un événement traumatique sans retraumatiser leurs patients (# 3) ni pour expliquer le stress traumatique (# 4 et #9) et fournir des interventions adaptées (# 7).

Au final, les connaissances des étudiants sur le psychotraumatisme sont apparues positivement associées à des opinions favorables envers les TIC (Pearson $r = .28$, $p = .021$) et à de bonnes aptitudes perçues dans ce domaine (Spearman $r = .29$, $p = .020$) ; opinions favorables et bonnes aptitudes perçues étaient également corrélées (Pearson $r = .38$, $p = .002$). En revanche, les connaissances des ostéopathes sur le stress traumatique n'étaient corrélées ni avec leurs opinions envers les TIC (Pearson $r = .06$, $p = .723$), ni avec leurs aptitudes perçues (Pearson $r = .01$, $p = .948$) ; opinions et aptitudes perçues n'étaient pas corrélées (Pearson $r = .20$, $p = .256$).

Bien que peu nombreux, les participants qui avaient suivi une formation spécialisée sur les violences avaient des opinions plus favorables aux TIC et de plus grandes aptitudes perçues dans ce domaine ; mêmes constats pour le suivi d'une formation spécialisée sur le stress traumatique (Tableau 5). De leur propre aveu, ces formations leur auraient permis d'acquérir des outils spécifiques. Les réponses aux questions ouvertes soulignaient les apports d'une anamnèse « plus poussée », permettant une « meilleure détection de certaines problématiques ». Plusieurs expériences témoignaient d'une capacité améliorée d'écoute « active », « empathique » et « sans jugement » ; de conseils reçus sur la manière de poser des questions ou des outils (p. ex. des questionnaires) à utiliser « pour une meilleure détection ». À cela s'ajoutait la référence à différentes techniques, plus générales, telles des techniques de respiration (p. ex. « cohérence cardiaque ») et de relaxation (p. ex. « sophrologie »), ou plus généralement une meilleure « connaissance du réseau et des ressources » à des fins d'orientation vers un spécialiste. Et un ostéopathe a spécifiquement fait référence à l'importance de « situer clairement son rôle et identifier les limites de son intervention ».

Enfin, les participants étaient invités à lister les compétences et outils qu'ils estimaient être un atout dans la prise en charge de patients ayant des antécédents psychotraumatiques. Vingt-cinq ostéopathes (73.5%) ont dit manquer

d'outils, relevant principalement un déficit de connaissances en lien avec l'identification des symptômes péri- et posttraumatiques et le diagnostic du stress posttraumatique (p. ex. pouvoir « identifier spécifiquement les signes de détresse », avoir des « outils pour détecter » et savoir « comment reconnaître »), principalement dans l'optique de pouvoir orienter leurs patients vers des spécialistes, en fonction de leurs besoins (p. ex. « des clés diagnostiques pour ensuite bien déléguer »). Quelques ostéopathes ont également évoqué des difficultés en lien avec la façon d'accueillir, au mieux, les aspects émotionnels de la relation thérapeutique (p. ex. des outils pour « la gestion des conversations » ou se rapportant « aux aspects émotionnels et énergétiques de la prise en charge »). D'autres ont émis le souhait de mieux connaître les ressources disponibles de manière à pouvoir conseiller leurs patients (p. ex. « une documentation et des outils à proposer aux patients », « avoir un bon carnet d'adresses pour faire de l'interdisciplinarité »). Enfin, seuls quelques ostéopathes ont tenu des propos référant à leur implication directe dans la prise en charge, demandant des outils « pour une prise en charge plus spécifique des violences sexuelles » ou « une formation vraiment spécifique au traitement du stress posttraumatique ».

Cinquante-six étudiants (81.2%) ont dit manquer d'outils. Il est intéressant de relever certains de leurs propos, mettant en lumière des postures professionnelles en construction. Tout d'abord, un nombre important d'étudiants n'ont pas spécifié leur réponse (p. ex. Il nous manque « des connaissances », « On n'a pas encore vu assez de choses. ») ; difficile, en effet, de savoir ce qui manque sans savoir ce qui existe (« Je ne peux même pas dire quels outils me manquent, car je ne sais pas lesquels existent. » [traduit de l'allemand])

Les propos des étudiants témoignaient des difficultés, anticipées ou vécues, que revêt la communication sur l'expérience traumatique (p. ex. « Comment aborder [une personne] sans [la] retraumatiser ? ») ; demandant à être conseillés pour « le choix des mots » et « [d]es questions à poser [...] pour [ne pas réveiller] certaines choses ») et proposant comme solutions des enseignements sur « la psychologie », « le stress (post)traumatique » et ses différents « signes », ainsi que des « mises en situation pour s'entraîner ». Enfin, malgré leur pratique limitée, certains, avec réflexivité, se questionnaient déjà sur les contours de leur rôle, en tant que

(futurs) professionnels (p. ex. « *Quel est notre rôle en tant qu'ostéopathe dans la "récupération mentale" »* [traduit de l'allemand], « *Je ne saurais pas quoi faire à part écouter et proposer un psychologue* »). Et un répondant a souligné l'importance de la thématique en regard de la nature de la pratique ostéopathique (p. ex. « *Comment réagir verbalement, mais surtout physiquement, le toucher [pouvant] être considéré comme agression par le corps du patient ?* »)

DISCUSSION

Dans cette étude, les connaissances des participants sur le stress traumatique sont apparues relativement bonnes, néanmoins seulement 58.8% des ostéopathes et 20.3% des étudiants ont estimé être capables de reconnaître les signes et les symptômes de stress traumatique, et ils ont été nombreux à associer automatiquement gravité des expériences et gravité des conséquences posttraumatiques. Or, ce manque de connaissances quant à l'identification des patients à risque de stress posttraumatique nuit à une identification adéquate des besoins d'intervention⁽⁵⁶⁾. Ostéopathes et étudiants avaient globalement des opinions favorables aux principes sous-tendant les TIC, mais l'on observait une plus grande retenue avec les énoncés suggérant une implication directe dans l'évaluation et la prise en charge de symptômes posttraumatiques. Cette retenue ressortait aussi de l'analyse qualitative. Les ostéopathes se sont dits (très) compétents dans toutes les activités listées, tandis que les étudiants ont émis des doutes quant à leurs aptitudes à mener une anamnèse complète sans (re)traumatiser leurs patients, expliquer les mécanismes du stress traumatique et intervenir adéquatement. Les propos libres des participants soulignaient la prévalence de certaines expériences traumatiques au sein de leur patientèle, proposant la mise à disposition de compétences et d'outils supplémentaires, tout en formulant (timidement) un questionnement sur la place et le rôle des ostéopathes dans la prise en charge des psychotraumatismes et/ou de leurs impacts.

Ces résultats signalent une ouverture des actuels et futurs ostéopathes aux principes des TIC, et plus largement la reconnaissance des impacts émotionnels et comportementaux des expériences de violence et d'adversité. Déplaçant la focale loin d'une approche étroite et pathologisante du psychotraumatisme, les TIC favorisent un changement de paradigme reposant sur une compréhension holistique de la personne qui sollicite une prise en charge ; une conception qui fait échos au premier principe de la médecine ostéopathique en tant que philosophie de soins, l'unité du corps, de l'esprit et de l'âme⁽¹¹⁾. Appliqués aux soins de santé primaires, les principes des TIC reviennent à créer un environnement calme et sécurisant, à favoriser l'autonomie du patient et à détecter les psychotraumatismes actuels et passés, ainsi que les problèmes de santé susceptibles d'en découler^(9,59).

Modeller l'intervention ostéopathique sur les principes des TIC reviendrait, en premier lieu, à recommander la détection des antécédents psychotraumatiques dans l'anamnèse, en invitant explicitement les patients à partager de telles expériences⁽¹⁰⁾. Ceci en accord avec des recommandations récentes qui soutiennent un dépistage des violences conjugales chez les femmes adultes⁽⁶⁰⁾, notamment dans les

cliniques orthopédiques^(61,62), et les recommandations formulées pour le dépistage ostéopathique des expériences d'adversité dans l'enfance⁽¹²⁾. Par la suite, l'engagement de ne pas retraumatiser un patient requerrait que les ostéopathes apportent un soin particulier à détailler leurs interventions. Pour consentir, un patient doit savoir quels actes seront effectués et leur finalité (p. ex. À quel endroit l'ostéopathe posera ses mains, de quelle façon et pour quelle raison ?). Un point essentiel compte tenu que plus de 60% des ostéopathes suisses prennent en charge leurs patients sur la base d'un consentement implicite⁽⁶³⁾. Les thérapeutes se doivent d'ajuster le plan de traitement en tenant compte des préférences personnelles de leur patient, et en réévaluer continuellement la teneur en fonction de son niveau de confort et de l'évolution de la relation thérapeutique. Une telle approche contribuerait à réduire l'asymétrie soignant/soigné, tout en améliorant le pronostic du patient et son adhésion au traitement⁽¹⁰⁾. Cette démarche est cohérente avec les principes organisateurs des TIC qui encouragent notamment la communication centrée sur le patient et une compréhension biopsychosociale de la santé et de la maladie, et invitent les professionnels à adopter une posture réflexive quant à leur propre histoire de vie et leurs réactions au récit de leurs patients, de manière à réduire le risque de traumatisme vicariant, facteur de risque du développement de stress posttraumatique^(4,5).

Implémenter de tels changements requiert de continuer de développer les savoirs et les compétences des soignants sur les déterminants sociaux de la santé afin d'améliorer la qualité des soins et promouvoir l'équité en santé⁽⁶⁾. De telles formations sont de plus en plus fréquentes dans les formations médicales⁽⁶⁴⁾, en soins infirmiers⁽⁶⁵⁾, médecine⁽⁶⁶⁾ ou périnatalité⁽⁶⁷⁾. Les objectifs d'apprentissage les plus fréquents incluent l'acquisition de compétences pour la détection des expériences traumatiques et les réactions à adopter en cas de dévoilement et la compréhension des psychotraumatismes et de leurs impacts sur la santé⁽⁶⁸⁾. En tant que thérapeutes de première intention⁽⁶³⁾, les ostéopathes sont ici à même de jouer le rôle de « *gatekeepers* », se trouvant dans une position unique pour améliorer la détection des expériences de violence et d'adversité, l'identification des problèmes de santé associés et d'un plan de traitement adapté, dépendamment l'orientation vers d'autres spécialistes⁽¹²⁾.

Malgré son originalité, cette étude comporte des limitations, à commencer par la petite taille de son échantillon. De plus, l'échantillon des ostéopathes est un échantillon de convenance, non représentatif de l'ensemble des ostéopathes pratiquant en Suisse et l'on peut supposer que ce sont les professionnels les plus intéressés ou concernés par la thématique qui ont participé. Le questionnaire a été adapté et sa traduction française n'a pas été validée ; de plus, il ne permet pas de mesurer les pratiques effectives des participants uniquement leurs opinions déclarées. Quant aux informations qualitatives récoltées, elles ne permettent pas une analyse très développée et nuancée de la nature des expériences pratiques difficiles et des besoins. Néanmoins, ces données permettent d'attester de l'importance de la question des psychotraumatismes en ostéopathie et de poser les réflexions qui devront faire l'objet d'études plus poussées.

CONCLUSION

Cette étude exploratoire, d'une part, souligne la pertinence de développer une réflexion sur la détection et la prise en charge des psychotraumatismes dans la pratique ostéopathique et, d'autre part, esquisse des pistes de réflexion sur les contours d'une telle approche, s'agissant notamment des connaissances et des outils qu'il conviendrait d'intégrer. Le traitement des patients ayant vécu une expérience de violence ou d'adversité, ou toute autre expérience (potentielle) traumatique, repose sur une compréhension de l'interdépendance entre symptômes somatiques, symptômes psychiques et bien-être psychosocial, ainsi qu'un protocole de traitement qui cible ces différents aspects de manière intégrée. En tant que philosophie de soins centrée sur la personne dans sa globalité, l'ostéopathie ne pourrait que bénéficier d'une intégration des principes des TIC dans ses principes fondamentaux^(11,12).

IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

- Les antécédents traumatiques ont des impacts multiples sur la santé, compliquent et entravent l'efficacité de certains traitements.
- Étudiants et ostéopathes témoignent d'un manque de connaissances et d'outils pour l'anamnèse d'antécédents traumatiques, une prise en charge adaptée et une relation thérapeutique respectueuse.
- Les efforts de formation continue des ostéopathes en matière de violence et de stress traumatique témoignent de leur intérêt pour ces questions.
- Les approches attentives aux psychotraumatismes favoriseraient une pratique ostéopathique centrée sur la personne selon le modèle biopsychosocial.

Remerciements

Les auteures tiennent à remercier la Haute école de santé Fribourg, la Fédération suisse d'ostéopathie (FSO-SVO), Manon Dobler et Stéphane Kaczorowski, ainsi que l'ensemble des participants à cette étude, ostéopathes et étudiants.

Contact

Véronique Jaquier
veronique.jaquier@unine.ch

ABSTRACT

Background: Violence and adverse experiences have multiple impacts on health and require appropriate care. Trauma-informed care (TIC) is playing an increasingly important role in the health professions, but is not sufficiently applied in osteopathy. Osteopaths are likely to have to treat the consequences of traumatic experiences and to encounter difficulties in diagnosing or treating patients with such antecedents, hence the importance of examining their knowledge and postures.

Objective: The aim of this exploratory research was to conduct an initial examination of students' and trained osteopaths' knowledge of the impact of traumatic experiences on health, their opinions regarding such treatment, and their perceived ability to intervene.

Methods: 69 students and 34 osteopaths completed a questionnaire assessing their knowledge of the impact of traumatic experiences, their views on appropriate treatment, and their skills.

Results: The participants' knowledge was found to be good among students and osteopaths, except in the identification of traumatic stress. The participants generally agreed with the principles of TIC, but agreed less firmly with direct involvement in the assessment and treatment of posttraumatic symptoms. Participants who had undergone specialist training in violence or traumatic stress had more favorable opinions of TIC and greater feelings of competence than those who had not. On average, three out of four people – osteopaths and students – indicated a lack of tools for adequate intervention in anamnesis, treatment, and the therapeutic relationship.

Conclusion: Osteopathy would benefit from an approach integrating the principles of TIC to further refine its biopsychosocial understanding of health and illness and strengthen a person-centered practice.

KEYWORDS

trauma / stress / allostatic load / PTSD / violence / adverse childhood experiences / consent / trauma-informed care / holistic approach

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Gewalt und negative Erfahrungen haben vielfältige Auswirkungen auf die Gesundheit und erfordern eine angemessene Betreuung. Die traumainformierte Versorgung (engl. *trauma-informed care*, TIC) spielt in den Gesundheitsberufen zunehmend eine Bedeutung, wird in der Osteopathie jedoch nicht ausreichend angewendet. Es ist wahrscheinlich, dass Osteopathen die Folgen traumatischer Erfahrungen behandeln müssen und Probleme bei der Diagnose oder Behandlung von Patienten mit entsprechender Vorgeschichte haben.

Ziel: Ziel dieser explorativen Studie ist es, die Kenntnisse von Studierenden und ausgebildeten Osteopathen über die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen auf die Gesundheit zu untersuchen und deren Meinungen über diese

Behandlungen sowie deren wahrgenommene Fähigkeiten der Intervention zu ermitteln.

Methode: Insgesamt haben 69 Studenten und 34 Osteopathen den Fragebogen zur Ermittlung der Kenntnisse über die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen, der Meinung über eine angemessene Behandlung und der wahrgenommenen Fähigkeiten ausgefüllt.

Ergebnisse: Sowohl die Studenten als auch die Osteopathen zeigen gute Kenntnisse, ausgenommen in Bezug auf die Identifizierung von traumatischem Stress. Die Teilnehmer stimmen im Allgemeinen mit den TIC-Grundsätzen überein, wobei sie sich bei der direkten Einbringung in die Bewertung und Behandlung posttraumatischer Symptome eher zurückhalten. Eine spezielle Ausbildung im Bereich Gewalt

oder traumatischer Stress steigert die Zustimmung und das Kompetenzgefühl. Im Durchschnitt geben drei von vier befragten Osteopathen und Studierenden an, dass es ihnen in der Anamnese, Behandlung und therapeutischen Beziehung an Instrumenten für eine angemessene Intervention fehlt.

Schlussfolgerung: Die Osteopathie kann von einem Ansatz profitieren, der die TIC-Grundsätze integriert, um das biopsychosoziales Verständnis von Gesundheit und Krankheit weiter zu verfeinern und eine personenzentrierte Praxis zu stärken.

SCHLÜSSELWÖRTER

Trauma / Stress / allostatiche Belastung / PTSD / Gewalt / belastenden Kindheitserlebnissen / Zustimmung / Trauma-informierte Pflege / holistischer Ansatz

Références

- Schmid C. Mauvais traitements envers les enfants en Suisse: Formes, assistance, implications pour la pratique et le politique. Zurich: UBS Optimus Foundation; 2018.
- Baier D, Biberstein L, Markwalder N. Betroffenheit von Gewalt in Partnerschaften. Ausmass und Entwicklung in der Schweiz. Ergebnisse von Repräsentativbefragungen. Berne: Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes; 2023.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R, editors. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002.
- Harris M, Fallot RD. Envisioning a trauma-informed service system: A vital paradigm shift. *New Dir Ment Health Serv.* 2001; 89:3-2.
- Miller NA, Najavits LM. Creating trauma-informed correctional care: A balance of goals and environment. *Eur J Psychotraumatology* [Internet]. 2012 [cité 6 déc. 2023];3. Disponible: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17246>.
- Daniel H, Bornstein SS, Kane GC, Committee of the American College of Physicians for the Health and Public Policy. Addressing social determinants to improve patient care and promote health equity: An American College of Physicians position paper. *Ann Intern Med.* 2018;168(8):577-8.
- Oral R, Ramirez M, Coohy C, Nakada S, Walz A, Kuntz A, et al. Adverse childhood experiences and trauma-informed care: The future of health care. *Pediatr Res.* 2016;79(1):227-33.
- Wilson JM, Fauci JE, Goodman LA. Bringing trauma-informed practice to domestic violence programs: A qualitative analysis of current approaches. *Am J Orthopsychiatry.* 2015;85(6):586-99.
- Palmieri J, Valentine JL. Using trauma-informed care to address sexual assault and intimate partner violence in primary care. *J Nurse Pract.* 2021;17(1):44-8.
- Cuevas KM, Balbo J, Duval K, Beverly EA. Neurobiology of sexual assault and osteopathic considerations for trauma-informed care and practice. *JOM* 2018;118(2):e2-e10.
- Marcoux TB. Adverse childhood experiences and trauma-informed care: Treating the whole patient with a more complete osteopathic approach. *JOM* 2021;121(9):763-9.
- St. Germain D, Rutledge KJ. Adverse childhood experiences: A call to action for osteopathic medicine. *Osteopath Fam.* 2017;9(4):22-5.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. Rockville, MD: SAMHSA; 2014.
- Guay S, Marchand A, editors. Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements. Montréal, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal; 2006.
- Shern DL, Blanch AK, Steverman SM. Toxic stress, behavioral health, and the next major era in public health. *Am J Orthopsychiatry.* 2016;86(2):109-23.
- McEwen BS. The brain on stress: Toward an integrative approach to brain, body, and behavior. *Perspect Psychol Sci.* 2013;8(6):673-5.
- Woods SJ, Hall RJ, Campbell JC, Angott DM. Physical health and posttraumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence. *JMWH.* 2008;53(6):538-46.
- Danese A, McEwen BS. Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiol Behav.* 2012;106(1):29-39.
- European Agency for Fundamental Rights. Violence against women: An EU-wide survey. Main results. Vienne: FRA, 2014.
- Douet T, Ohl A, Hugli O, Romain-Glassey N, Carron P-N. Current prevalence of self-reported interpersonal violence among adult patients seen at a university hospital emergency department in Switzerland. *Swiss Med Wkly.* 2019;149:w20147.
- Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med.* 2002;23(4):260-8.
- Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrell D, Dimer JA, et al. Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *Am J Prev Med.* 2006;30(6):458-66.
- Arias I. The legacy of child maltreatment: Long-term health consequences for women. *J Womens Health.* 2004;13(5):468-73.
- Schofield TJ, Lee RD, Merrick MT. Safe, stable, nurturing relationships as a moderator of intergenerational continuity of child maltreatment: A meta-analysis. *J Adolesc Health.* 2013;53(4):s32-S8.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *Am J Prev Med.* 1998;14(4):245-58.
- Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Giles WH, Anda RF. The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Prev Med.* 2003;37(3):268-77.
- Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the Adverse Childhood Experiences Study. *Am J Psychiatry.* 2003;160(8):1453-60.
- Sahle BW, Reavley NJ, Li W, Morgan AJ, Yap MBH, Reupert A, et al. The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2022;31(10):1489-99.
- Monnat SM, Chandler RF. Long-term physical health consequences of adverse childhood experiences. *Sociol Q.* 2015;56(4):723-52.
- Narayan AJ, Lieberman AF, Masten AS. Intergenerational transmission and prevention of adverse childhood experiences (ACEs). *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2021 [cité 6 déc. 2023];85. Disponible: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101997>.

- 31.** Joshi D, Raina P, Tonmyr L, MacMillan HL, Gonzalez A. Prevalence of adverse childhood experiences among individuals aged 45 to 85 years: A cross-sectional analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *CMAJ Open*. 2021;9(1):e158-e66.
- 32.** Lacey RE, Howe LD, Kelly-Irving M, Bartley M, Kelly Y. The clustering of adverse childhood experiences in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children: Are gender and poverty important? *J Interpers Violence*. 2022;37(5-6):2218-41.
- 33.** De Puy J, Casellini-Le Fort V, Romain Glassey N. Enfants exposés à la violence dans le couple parental. Lausanne: CHUV, Unité de médecine des violences; 2020.
- 34.** Escard E, Torreggiani C, Theler J-M, Guessous I, Jaquier V. En première ligne face aux violences domestiques et sexuelles: Attitudes et représentations des professionnels de santé. *RICPTS*. 2016;69:387-402.
- 35.** Boyle DJ, Hassett-Walker C. Individual-level and socio-structural characteristics of violence: An emergency department study. *J Interpers Violence*. 2008;23(8):1011-26.
- 36.** Gillioz L, Gramoni R, Margairaz C, Fry C. Voir et agir: Responsabilités des professionnels de la santé en matière de violence à l'égard des femmes. Genève: Médecine & Hygiène; 2003.
- 37.** Hamberger LK, Ambuel B, Guse C, Phelan M, Melzer-Lange M, Kistner A. Effects of a systems change model to respond to patients experiencing partner violence in primary care medical settings. *J Fam Violence*. 2014;29(6):581-94.
- 38.** O'Laughlin DJ, Strelow B, Fellows N, Kelsey E, Peters S, Stevens J, et al. Addressing anxiety and fear during the female pelvic examination. *J Prim Care Community Health [Internet]*. 2021 [cité 6 déc. 2023];12. Disponible: <https://doi.org/10.1177/2150132721992195>.
- 39.** Farley M, Minkoff JR, Barkan H. Breast cancer screening and trauma history. *Women Health*. 2001;34(2):15-27.
- 40.** Wolf E, McCarthy E, Priebe G. Dental care: An emotional and physical challenge for the sexually abused. *Eur J Oral Sci*. 2020;128(4):317-24.
- 41.** Otis JD, Keane TM, Kerns RD. An examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stress disorder. *J Rehabil Res Dev*. 2003;40(5):397-405.
- 42.** Petrucci M, Veisse A, Wolmark L, Fessard C, Weinich L, Rustico J. Impact des violences de genre sur la santé des exilé-e-s. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;17-18:327-33.
- 43.** Raphael KG, Widom CS. Post-traumatic stress disorder moderates the relation between documented childhood victimization and pain 30 years later. *Pain*. 2011;152(1):163-9.
- 44.** Coppens E, Van Wambeke P, Morlion B, Weltens N, Giau Ly H, Tack J, et al. Prevalence and impact of childhood adversities and post-traumatic stress disorder in women with fibromyalgia and chronic widespread pain. *EJP*. 2017;21(9):1582-90.
- 45.** You DS, Meagher MW. Childhood adversity and pain sensitization. *Psychosom Med*. 2016;78(9):1084-93.
- 46.** Wuest J, Ford-Gilboe M, Merritt-Gray M, Wilk P, Campbell JC, Lent B, et al. Pathways of chronic pain in survivors of intimate partner violence. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010;19(9):1665-74.
- 47.** Kendall-Tackett K, Marshall R, Ness K. Chronic pain syndromes and violence against women. *Women Ther*. 2003;26(1-2):45-56.
- 48.** Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Cáliz-Cáliz R, Rodríguez-Calvo I, García-Sánchez A, Ferrer-González MÁ, et al. Risk factors for fibromyalgia: The role of violence against women. *Clin Rheumatol*. 2009;28(7):777-86.
- 49.** Scioli-Salter ER, Forman DE, Otis JD, Gregor K, Valovski I, Rasmusson AM. The shared neuroanatomy and neurobiology of comorbid chronic pain and PTSD: Therapeutic implications. *Clin J Pain*. 2015;31(4):363-74.
- 50.** Murphy JL, Driscoll MA, Odom AS, Hadlandsmyth K. Posttraumatic stress disorder and chronic pain. *PTSD RQ*. 2022;33(2):1-10.
- 51.** Lumley MA, Yamin JB, Pester BD, Krohner S, Urbanik CP. Trauma matters: Psychological interventions for comorbid psychosocial trauma and chronic pain. *Pain*. 2022;163(4):599-603.
- 52.** Asmundson GJ, Coons MJ, Taylor S, Katz J. PTSD and the experience of pain: Research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Can J Psychiatry*. 2002;47(10):930-7.
- 53.** Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap): A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Informa*. 2009;42(2):377-81.
- 54.** Harris PA, Taylor R, Minor BL, Elliott V, Fernandez M, O'Neal L, et al. The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. *J Biomed Informa [Internet]*. 2019 [cité 6 déc. 2023]; 95. Disponible: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2019.103208>.
- 55.** Kassam-Adams N, Rzucidlo S, Campbell M, Good G, Bonifacio E, Slouf K, et al. Nurses' views and current practice of trauma-informed pediatric nursing care. *J Pediatr Nurs*. 2015;30(3):478-84.
- 56.** Bruce MM, Kassam-Adams N, Rogers M, Anderson KM, Sluys KP, Richmond TS. Trauma providers' knowledge, views, and practice of trauma-informed care. *J Trauma Nurs*. 2018;25(2):131-8.
- 57.** IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.; 2019.
- 58.** Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin; 2012. Chapitre 12, L'analyse thématique; p. 231-314.
- 59.** Machtiger EL, Cuca YP, Khanna N, Rose CD, Kimberg LS. From treatment to healing: The promise of trauma-informed primary care. *WHI*. 2015;25(3):193-7.
- 60.** Moyer VA. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2013;158(6):478-86.
- 61.** PRAISE Investigators. Prevalence of abuse and intimate partner violence surgical evaluation (PRAISE) in orthopaedic fracture clinics: A multinational prevalence study. *Lancet*. 2013;382(9895):866-76.
- 62.** Hegarty K. Can fracture clinics respond to domestic violence? *Lancet*. 2013;382(9895):838-9.
- 63.** Vaucher P, Macdonald M, Carnes D. The role of osteopathy in the Swiss primary health care system: A practice review. *BMJ Open [Internet]*. 2021 [cité 6 déc. 2023];8(8):e023770. Disponible: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023770>.
- 64.** Strait J, Bolman T. Consideration of personal adverse childhood experiences during implementation of trauma-informed care curriculum in graduate health programs. *Perm J*. 2017;21:16-061.
- 65.** Cannon LM, Coolidge EM, LeGierse J, Moskowitz Y, Buckley C, Chapin E, et al. Trauma-informed education: Creating and pilot testing a nursing curriculum on trauma-informed care. *Nurse Educ Today [Internet]*. 2020 [cité 6 déc. 2023];85:104256. Disponible: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104256>.
- 66.** Chokshi B, Walsh K, Dooley D, Falusi O, Deyton L, Beers L. Teaching trauma-informed care: A symposium for medical students. *MedEdPORTAL [Internet]*. 2020 [cité 6 déc. 2023];16:11061. Disponible: https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11061.
- 67.** Kuzma EK, Pardee M, Morgan A. Implementing patient-centered trauma-informed care for the perinatal nurse. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2020;34(4):e23-e31.
- 68.** Burns CJ, Borah L, Terrell SM, James LN, Erkinen E, Owens L. Trauma-informed care curricula for the health professions: A scoping review of best practices for design, implementation, and evaluation. *Acad Med*. 2023;98(3):401-9.