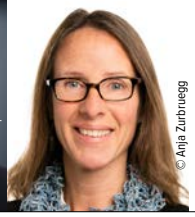
T. Friedli, Bern
G. Steinmann, Bern





Approche multimodale et biopsychosociale

Le travail social, partie intégrante de la prévention et du traitement des douleurs chroniques

Le travail social est un élément indispensable dans la prévention et le traitement des douleurs chroniques. Il aide les personnes concernées à mener une vie autodéterminée malgré la maladie en identifiant les risques psychosociaux à un stade précoce, en mobilisant les ressources et en collaborant de manière interprofessionnelle avec le secteur de la santé. Des projets innovants comme PrePaC montrent comment le travail social clinique sert de lien entre la prise en charge médicale et le soutien social, permettant ainsi une prévention durable des douleurs.

KEYPOINTS

- *Approche holistique: les douleurs chroniques sont un phénomène biopsychosocial. Les facteurs sociaux tels que l'isolement, la pauvreté et le manque de soutien influencent considérablement l'évolution et la chronicisation des douleurs.*
- *Détection précoce et intervention: le travail social clinique sert de «first responder» pour les risques psychosociaux, les traitent et soutient les personnes concernées dans leur environnement de vie.*
- *La prévention de la douleur est un travail d'équipe: une prévention efficace de la douleur nécessite une coopération étroite entre les patient·es, la médecine et le travail social clinique afin de tenir compte des situations de vie personnelles et de garantir des interventions de soutien adaptées.*

Travail social clinique et prévention

Le travail social clinique est ancré dans le système de santé en tant que travail social spécialisé. Il vise non seulement à traiter les problèmes sociaux, mais aussi à aider les personnes à gérer leur vie avec succès malgré la maladie. L'objectif est de préserver ou de rétablir les chances de réalisation personnelle, et de créer ainsi simultanément des conditions optimales pour la médecine préventive, la médecine curative et la médecine de réadaptation.[1]

La théorie «Intégration et gestion de vie»[2,3] développée par Sommerfeld et al. peut servir ici de cadre de référence: elle décrit le système de gestion de vie d'une personne comme l'interface où les conditions sociales sous forme de systèmes d'action rencontrent les ressources et les défis individuels et où l'individu, en tant qu'acteur, gère sa propre vie dans les conditions données. C'est aussi l'interface où la santé et la maladie sont négociées. À l'échelle de l'individu, la santé relative (c'est-à-dire la capacité à gérer sa vie avec succès dans des conditions de maladie) résulte en effet de l'interaction dynamique entre les systèmes sociaux existants (famille, travail, amis, etc.) et les stratégies, les schémas de gestion de vie de l'individu ainsi que ses ressources.[1]

Pour le travail social clinique, le système de gestion de vie est la cible d'intervention centrale, aussi bien dans la prévention que dans le traitement des douleurs chroniques (Fig. 1).

Les méthodes centrales du travail social clinique sont le diagnostic social, le «case management» sociothérapeutique et la collaboration interprofessionnelle. Il ne s'agit pas seulement d'apporter un soutien en cas de difficultés actuelles, mais aussi de coordonner systématiquement les ressources sociales et de planifier l'aide de manière participative. Le travail social apporte une perspective sociale indépendante sur la santé dans le système de santé et ne considère pas les personnes en premier lieu comme des patient·es, mais comme des acteur·rices d'une vie autodéterminée, même dans des conditions de maladie chronique.

Le travail social joue un rôle clé dans la prévention des maladies et des douleurs chroniques. Des études sur les douleurs chroniques montrent notamment que des facteurs psychosociaux tels que le stress, le (manque de) soutien social ou l'(absence de) intégration/participation contribuent fortement à la chronicisation des douleurs.[4] Le travail social clinique sert ici pour ainsi dire de «first responder» pour les risques psychosociaux: il identifie les impacts à un stade précoce, proposent des offres à bas seuil et soutient les personnes concernées dans leur environnement de vie. Ceci est valable à tous les niveaux de prévention: en prévention primaire par la promotion des ressources de santé, en prévention secondaire par la détection précoce des constellations à risque et en prévention tertiaire par la limitation des processus de chronicisation.

L'OMS, tout comme la Swiss Pain Society, souligne que la santé et la chronicisation des douleurs englobent des dimen-

sions physiques, psychiques et sociales.[5,6] L'European Pain Federation EFIC et la Pain Alliance Europe (PAE) ont également exposé ces liens dans la publication «SIP Position Paper on Preventive Healthcare for Chronic Pain 2025».[7]

Dans ce contexte, le travail social clinique n'est pas un complément, mais la base d'une prévention efficace dans le domaine des soins. Grâce à son expertise dans l'analyse et le traitement de la dimension sociale de la santé et de la maladie, il est indispensable à une prévention durable de la douleur.

En effet, cela fait longtemps que la douleur n'est plus considérée comme un symptôme purement médical. La science la comprend depuis longtemps comme un phénomène biopsychosocial complexe.[9] Cela est toutefois différent dans la pratique: alors que les composantes biologiques et psychologiques sont généralement prises en compte dans la recherche et la pratique, la dimension sociale reste souvent sous-représentée.[8]

L'influence des facteurs sociaux sur les douleurs et leur chronicisation est pourtant largement démontrée. En effet la pauvreté, le chômage, un faible niveau d'éducation, l'expérience migratoire, le sexe et l'âge augmentent le risque de survenue et de persistance des douleurs chroniques.[9,10] L'incertitude économique est directement liée à une perception accrue de la douleur.[11]

Les adolescent·es souffrant de douleurs chroniques sont davantage touché·es par l'isolement et les conflits avec leurs pairs.[12] Les douleurs chroniques ont donc des répercussions non seulement sur l'individu, mais aussi sur la famille, le travail et la participation sociale.[13]

Non seulement les facteurs de risque sociaux, mais aussi les ressources sociales jouent un rôle important dans les processus de chronicisation des douleurs. Le soutien social peut aider à soulager les douleurs, favoriser les émotions positives et prévenir la dépression.[14] Parallèlement, le manque de soutien ou un soutien négatif (p. ex. dévalorisation ou surprotection) peut renforcer les douleurs et contribuer à leur chronicisation.[14] Les interactions sociales positives ont même des effets mesurables sur la modulation de la douleur dans le cerveau.[15] Il apparaît ainsi clairement que le contexte social n'est pas seulement une condition de fond, mais un facteur faisant partie intégrante de la perception de la douleur.

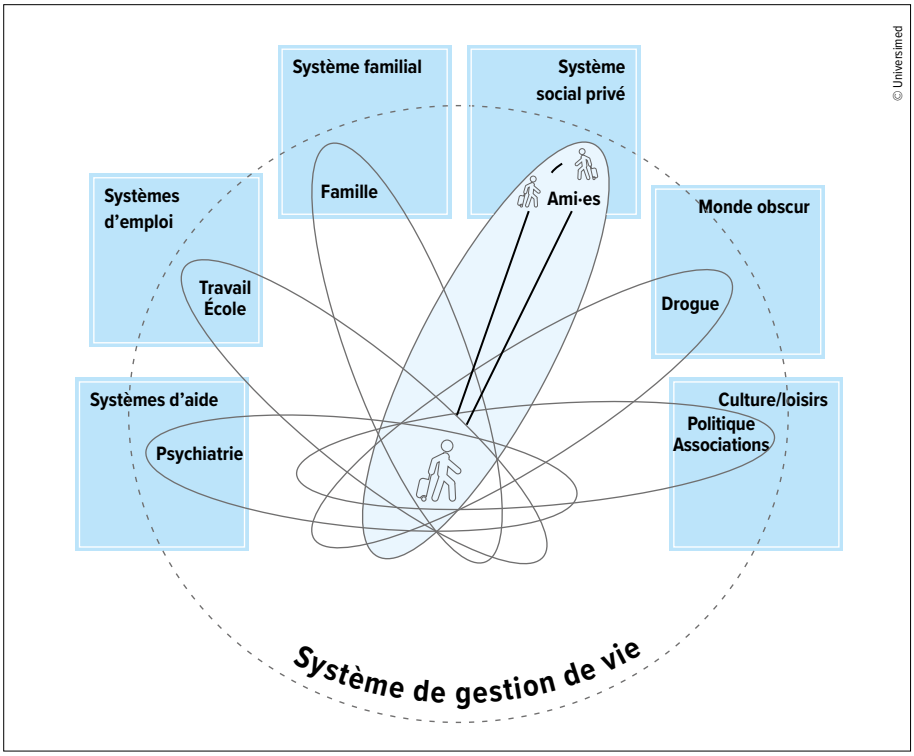


Fig. 1: Système de gestion de vie comme forme biopsychosociale de la survie humaine (et de l'évolution socioculturelle) (adaptée selon Sommerfeld et al. 2016)[3]

Des modèles plus récents élargissent le paradigme biopsychosocial:

- Les modèles multiniveaux considèrent les facteurs sociaux aux niveaux micro, méso et macro (famille, communauté, politique).[10] La médecine tient ainsi compte de connaissances qui constituent depuis des décennies la base des interventions du travail social clinique.
- Les modèles de neuro-imagerie situés sur le plan socio-économique relient la recherche sur la douleur à l'épidémiologie sociale et montrent comment la pauvreté, la discrimination ou le manque de ressources influencent le traitement neuronal de la douleur.[16] Ils mettent ainsi en évidence l'influence des facteurs sociaux sur le traitement de la douleur.
- Les approches de recadrage soulignent que l'objectif réaliste et pertinent sur le plan thérapeutique n'est pas l'absence de douleur, mais la gestion de la vie avec succès malgré la douleur.[15]

Cela signifie dans la pratique que la chronicisation résulte rarement de facteurs somatiques seuls. La survenue des douleurs chroniques est plutôt le résultat d'une interaction entre des conditions de vie favorisant la vulnérabilité, des stratégies d'adaptation insuffisantes et un manque de soutien. Les approches purement biomédicales ne sont donc pas suffisantes. Une prévention et un traitement efficaces de la douleur doivent identifier les risques psychosociaux, mobiliser les ressources sociales et inclure une collaboration interprofessionnelle, le travail social clinique agissant comme partenaire fixe dans l'équipe multiprofessionnelle.

Travail social clinique dans le projet PrePaC

Les approches décrites sont actuellement mises en pratique dans le projet de prévention de la douleur PrePaC (Prevention of Pain Chronification), soutenu par Promotion Santé Suisse pour la période 2023–2026 et basé à l'Inselspital, Hôpital universitaire de Berne.

Avec «Nouvelles voies dans la prévention des douleurs chroniques», PrePaC a été présenté comme un projet phare innovant sous la direction du Pr Dr méd. Konrad Streitberger, Clinique universitaire d'anesthésiologie et de thérapie de la douleur, Inselspital, Hôpital universitaire de

Berne (*Leading Opinions Médecine interne* 7/2025).

Dans le cadre du projet PrePaC, les risques psychosociaux des patient·es souffrant de douleurs sont identifiés dès le stade précoce des processus de chronicisation des douleurs à l'aide de questionnaires de dépistage. Les problèmes sociaux sont alors considérés non seulement comme une conséquence, mais aussi comme une partie intégrante de la dynamique de la douleur, et sont traités en conséquence. La médecine et le travail social mènent ensemble la consultation médico-sociale pour le traitement de la douleur.

L'accent est mis sur la prévention secondaire et vise à empêcher des problèmes futurs ou des évolutions défavorables. Il apparaît que le moment à partir duquel la douleur est perçue comme une menace est très individuel. L'expérience montre que l'évaluation des risques par les professionnel·les de santé et les besoins réels des patient·es ne coïncident pas toujours. Un plan d'intervention optimal peut uniquement être élaboré grâce à une écoute active, une véritable prise au sérieux des patient·es ainsi qu'un travail minutieux de clarification et de compréhension.

Il faut d'abord comprendre que la douleur est un événement biopsychosocial et avoir confiance dans le fait que les personnes concernées peuvent elles-mêmes agir. Le travail social dans le cadre du projet PrePaC est donc axé sur les patient·es. Le point de départ des offres de soutien est la participation et une anamnèse sociale approfondie: de quoi les patient·es ont-il·elles besoin à l'heure actuelle? Qu'est-ce qui les inquiète et comment améliorer leurs ressources? La clarification de ces questions centrales constitue la base du plan d'intervention.

Il se peut qu'il existe déjà des impacts psychosociaux importants, que les moyens financiers soient limités ou qu'une personne ait vécu une séparation éprouvante. Si une douleur aiguë survient dans de telles constellations, il existe un risque accru de chronicisation. D'autre part, une douleur persistante et chronique peut entraîner une incapacité de travail longue durée, avec le risque soudain de perdre son emploi. Il en résulte un cercle vicieux de stress accru et de douleurs chroniques. Le manque de connaissances en matière de droit du travail ou de prestations d'assurance peut conduire à des hypothèses et des attentes erronées. Des informations ciblées sur les questions de droit du travail et des assurances permettent d'éviter les malentendus et de prévenir les évolutions défavorables. L'amélioration d'un seul aspect peut avoir un effet positif sur le ressenti de la douleur, le système «humain» et son système social.

Toutefois, les aides doivent être disponibles et personnalisées. Pour une patiente à mobilité réduite habitant loin, chaque rendez-vous supplémentaire peut être une source de stress, même si le traitement prescrit est en principe nécessaire. Un plan de soutien individuel tient compte des ressources et des possibilités individuelles, ainsi que de l'indication médico-thérapeutique, et mobilisent d'autres ressources, le cas échéant.

La prévention est un travail d'équipe. Souvent, ce ne sont pas les bonnes offres qui font défaut, mais la concertation et le «shared management dans un contexte interdisciplinaire. Le travail social clinique dans le projet PrePaC assume, si nécessaire, des tâches de coordination. C'est surtout dans les cas les plus complexes que le «case management» et le suivi du processus sont nécessaires pour garantir que les offres soient reliées entre elles et que les informations parviennent aux bonnes personnes au bon moment. Il est essentiel de clarifier les possibilités de financement et de faire valoir les prestations d'assurance. Les offres du projet PrePaC sont conçues pour une durée d'environ six mois. Le cas échéant, une mise en réseau a lieu avec des services spécialisés, par exemple les antennes régionales REAS (https://reas-suisse.ch/).

Conclusion et perspectives

Dans le projet PrePaC, le travail social clinique consiste également à acquérir de l'expérience dans la collaboration interprofessionnelle à l'interface entre le secteur de la santé et le secteur social, toujours dans le but commun de soutenir au mieux les personnes souffrant de douleurs dans leur situation de vie individuelle et d'aider à l'efficacité personnelle. C'est sur cette base que les futurs modèles d'intervention et de soins peuvent être développés. PrePaC se veut un projet pionnier qui s'engage à la fois directement pour les personnes souffrant de douleurs et qui veut contribuer, à l'échelle de la société, à une approche holistique de la santé et de la prévention. ■

EN SAVOIR PLUS

Streitberger K: Nouvelles voies dans la prévention des douleurs chroniques. Leading Opinions Médecine interne 2025; 13(7): 22-5

Auteur·es:
Pr Dr phil. **Tom Friedli**[1]
Gisela Steinmann[2]
[1]Institut Soziale Arbeit und Gesundheit
Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Olten
[2]Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerzmedizin
Inselspital, Universitätsspital Bern
E-mail: tom.friedli@fhnw.ch
gisela.steinmann@insel.ch

■2003

Conflit d'intérêts:
PrePaC bénéficie du soutien financier de projets «Prévention dans le domaine des soins» de Promotion Santé Suisse.

Littérature:

1 Rüegger C, Friedli T: Der Beitrag Sozialer Diagnostik an die interprofessionelle Behandlung – Eine Orientierung für Gesundheitsprofessionen. Klin Sozialarb 2023; 19: 13-5 **2** Sommerfeld P et al.: Integration und Lebensführung – Ein forschungsgesteuerter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit. VS Verlag, 2011 **3** Sommerfeld P et al.: Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Springer VS, 2016 **4** Andrejeva N et al.: Schmerz 2021; 35: 21-9 **5** Swiss Pain Society: SIG Prävention. 2025. https://swisspainsociety.ch/de/mitglieder/special-interest-group/sig-prevention/; dernier accès le 21.10.2025 **6** WHO: Conceptual framework for action on social determinants on Health. 2010. https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852; dernier accès le 21.10.2025 **7** European Pain Federation (EFIC), Pain Allieance Europe (PAE): SIP position paper on preventive healthcare for chronic pain 2025. https://europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2025/07/SIP-Position-Paper-on-Preventive-Healthcare-for-Chronic-Pain-2025.pdf; dernier accès le 21.10.2025 **8** Nicholas MK: Pain 2022; 163: 3-14 **9** Foell J: The social determinants of pain: From body work to social work. In: M. Hutson M, Ward A (Hrsg.): Oxford Textbook of Musculoskeletal Medicine. 2. Oxford: Oxford University Press, 2015. https://doi.org/10.1093/med/9780199674107. 001.0001 **10** Kapos FP et al.: J Pain 2024; 25: 104608 **11** Chou EY et al.: Psychol Sci 2016; 27: 443-54 **12** Van Alboom M et al.: Pain 2022; 163: 2232-44 **13** Dueñas M et al.: J Pain Res 2016; 9: 457-67 **14** Weiss M et al.: BMC Neurol 2024; 24: 301 **15** Slater R et al.: Pain Reports 2024; 9: 1161 **16** Reddan MC: Front Neurol 2021; 12: 700833