

Communication Thérapeutique

douleurchronique.fr — Dr Ph. Rault

L'enjeu

La confrontation à une maladie chronique génère légitimement stress et anxiété chez le patient et sa famille. Le médecin doit savoir y faire face. Le praticien qui maîtrise certaines techniques de communication voit son efficacité augmenter parallèlement à sa sérénité.

Le processus de perception

Nous ne voyons pas la réalité objective. Trois étapes structurent notre perception : la **sélection** des informations en fonction de nos besoins du moment, leur **organisation** cohérente, et leur **décodage** en une expérience psychologique personnelle. Ce décodage est influencé par nos croyances, attentes, expériences, humeurs et émotions.

« Croire que sa vision de la réalité est la seule réalité est la plus dangereuse des illusions. » — Paul Watzlawick

L'école de Palo Alto

Notre approche s'appuie sur les travaux de l'école de Palo Alto, inspirée par Gregory Bateson (1904-1980). La communication est à la fois **verbale et corporelle** : ce qui est dit est aussi important que la manière dont cela est dit. La congruence entre verbal et corporel représente une manifestation d'authenticité qui favorise le même type de comportement chez l'interlocuteur. Ce qui compte n'est pas ce qui est émis, mais ce qui est compris par le récepteur — d'où l'intérêt de savoir reformuler.

Positions relationnelles

Position haute / position basse : la hauteur représente le savoir et l'autorité. Le médecin occupe spontanément la position haute. Mais c'est le patient qui se connaît le mieux. Vouloir se maintenir en position haute peut générer des conflits. La position basse est stable et peu gourmande en énergie.

Position symétrique / position complémentaire : la symétrie représente la rivalité, l'antagonisme. La position complémentaire est constructive et s'accommode de désaccords mineurs pour s'entendre sur l'essentiel.

Le modèle PRATIC

En situation de tension, rester **PRATIC** : **P**ositif (chercher les éléments positifs), **R**éActif (à l'écoute, réagir vite), **T**echnique (foi en ses connaissances), **I**maginatif (entrer en relation avec le monde intérieur de l'interlocuteur), **C**alme (favorise le même comportement chez les autres).

Communication corporelle

Adapter le son de sa voix — plus lent si nécessaire. Insérer des silences qui isolent et valorisent les mots importants. Utiliser des messages d'attention : synchronisation gestuelle, hochements de tête. Savoir ne rien dire dans certaines situations.

Communication verbale

Écouter en éliminant les sources de distraction, comprendre avant de juger. **Questionner** pour vérifier sa compréhension. **Reformuler** en d'autres mots — l'interlocuteur valide ou clarifie. Utiliser **des mots simples** car l'état de stress induit un filtrage et les mots sont pris au sens littéral.

Techniques verbales

Décrire plutôt qu'expliquer. Énoncer des truisimes — vérités de base qui rassurent. Faire appel aux ressources du patient, meilleur allié dans sa volonté de guérir. Donner des permissions, notamment celle d'exprimer la douleur et l'anxiété. Passer en position basse par le questionnement, même quand la réponse est connue.

En pratique

Il n'existe pas de façon idéale de communiquer. La compétence est fonction de la situation. Un communicateur compétent possède un large éventail de comportements et choisit le plus approprié selon le contexte, les objectifs et l'interlocuteur. **La communication n'est pas un don naturel** — elle passe par une pratique régulière et une formation spécifique.

douleurchronique.fr — Dr Ph. Rault · 2013-2026