

Réflexions d'un point de vue sociologique

Les ambivalences: une notion-clé occultée de la pratique médicale et soignante?

La pratique médicale et soignante s'accompagnent souvent d'expériences d'incertitude et de doute, donc d'ambivalences. Celles-ci sont souvent refoulées au lieu d'être exprimées. Comment les appréhender de manière constructive?

Prof. ém. Dr Kurt Lüscher

Zentrum für Kulturwissenschaftliche Forschung (ZKF), Universität Konstanz

Le texte est une version retravaillée d'un exposé présenté à l'Hôpital cantonal de Coire le 7.10.2022.

Introduction

La prise de décision fait partie du quotidien médical. Dans de nombreux cas, cela relève de la routine. Toutefois, il existe aussi des situations qui nécessitent une hésitation, voire un temps d'arrêt, parce que, au premier abord, l'un et l'autre ne semble s'imposer. Nous avons alors l'habitude de dire: je suis ambivalent(e). Il n'est pas rare qu'il s'agisse de problèmes graves. Cela invite à réfléchir à ce que les ambivalences indiquent dans le contexte de la pratique médicale et soignante et à la manière dont elles peuvent être appréhendées de manière constructive. Je soumetts à la discussion quelques réflexions du point de vue sociologique.

Définitions

Il convient tout d'abord de rappeler que le terme d'ambivalence n'a étonnamment été introduit qu'en 1910 par le psychiatre zurichois Eugen Bleuler. Il l'a proposé en relation avec le diagnostic de schizophrénie, un terme qui émane également de lui et qui, comme nous le savons, désigne un tableau clinique complexe [1]. Il se rapporte en fin de compte à l'expérience et au vécu de la *personnalité* d'un individu. En d'autres termes, il s'agit de l'idée d'un soi en tant que référence pour la capacité à ressentir, à penser et à agir de manière responsable. Cet horizon sémantique anthropologique, auquel Eugen Bleuler et – en s'y référant

rapidement – Sigmund Freud [2] ont fait allusion sous diverses formes, est l'une des raisons pour lesquelles ce terme a été intégré dans de nombreux champs d'activité et disciplines, notamment dans les sciences sociales [3], et qu'il se prête à des perspectives transdisciplinaires. Le fait qu'il n'ait été formulé qu'au début du 20^e siècle peut être interprété dans le contexte de la remise en question croissante de la notion d'identités individuelles et collectives à l'époque moderne et postmoderne [4]. C'est encore plus vrai aujourd'hui, et de diverses manières [5]. Cependant, il se réfère à des expériences et des conceptions humaines générales déjà thématiques dans l'Antiquité et dans les écrits bibliques [6, 7].

Il existe une étroite similitude sémantique avec l'ambiguïté. La délimitation sémantique différenciée entre ces deux notions et d'autres, telles que la dialectique, le dilemme ou le double bind, est exigeante et complexe [8–10]. En me référant à l'analyse conceptuelle historique, aux travaux psychanalytiques et sociologiques ainsi qu'à la pratique, j'en déduis la définition suivante:

– *Premièrement*, l'ambivalence se caractérise par le fait qu'il est question d'expériences de contraires simultanés, donc de polarités, ou de différences fondamentales. Des exemples éloquentes sont: la dépendance et l'autonomie dans la relation entre parents et enfants; les ruptures dans l'image de soi entre vouloir et être; dans le domaine de la

médecine, la proximité et la distance entre les membres d'une équipe ou la sympathie et l'antipathie envers un patient ou une patiente.

- *Deuxièmement*, elle se caractérise par une expérience de la temporalité qui peut comporter des aller-retours, des oscillations, des hésitations, des temps d'arrêt et de redémarrage, ainsi qu'une combinaison complexe de ces éléments. Je considère que le terme de «vacillation» est approprié.
- *Troisièmement*, nous pouvons supposer que ces expériences sont pertinentes pour la manière d'agir et les facettes de l'*identité personnelle et collective* qui s'y expriment ainsi, en particulier le soi et la capacité d'agir de manière responsable qui en découle. Concrètement, cela se traduit entre autres par la manière dont les rôles sociaux sont compris, structurés et vécus [11].

Dans le domaine de la pratique médicale, Robert K. Merton esquisse de manière exemplaire ce vécu des ambivalences [12]. Il est bien connu que la pratique médicale comprend des activités telles que diagnostiquer, comparer, interpréter des données et des images, réconforter, encourager, faire appel à des expériences antérieures et les modifier, en outre, prendre des risques, attendre et bien d'autres encore. Ces comportements ont un point commun: ils vont de pair avec l'organisation de *relations sociales*

entre deux ou plusieurs personnes impliquées. D'un point de vue sociologique, la pratique médicale est – pas uniquement, mais en règle générale – un *travail relationnel*, intégré et structuré dans des rôles sociaux. Mais qu'entend-on analytiquement par ces modes de discours qui sont si évidents dans le quotidien?

Les relations sociales entre les personnes se créent, se développent et se renforcent lorsque (au moins) deux personnes se rencontrent de manière répétée, réagissent l'une à l'autre et interagissent ainsi. D'un point de vue analytique, il est possible de distinguer deux *dimensions* des relations sociales

- la perception et la rencontre réciproques répétées, vécues *subjectivement* directement au niveau des sens,
- l'intégration dans des situations, l'organisation, c'est-à-dire le cadre finalement *institutionnalisé* de la rencontre, de la parole ainsi que de la manière d'agir.

Les attentes et les conceptions sur la mesure dans laquelle elles s'appliquent ou non sont importantes. Cela implique également la gestion de l'inattendu et de l'aléatoire, c'est-à-dire des contingences. C'est ici que le vécu d'ambivalences peut être situé systématiquement en tant qu'expériences d'incertitudes, d'insécurité, de différences et d'alternatives à ce qui est habituel, donc d'ouverture. Cela se conjugue avec la dynamique temporelle de la vacillation. Autrement dit: avec des doutes et la recherche de sens et de signification.

Par exemple: L'infirmière ou le médecin n'arrive pas aussi vite que d'habitude lorsque la sonnette retentit, la patiente n'est pas réceptive comme d'habitude. Tout le monde peut donc aussi se comporter différemment de ce à quoi on s'attend. D'un point de vue microsocial, c'est-à-dire en quelque sorte à travers le microscope sociologique, des *irritations* peuvent survenir. Celles-ci peuvent à leur tour provoquer des incertitudes et des hésitations, précisément des expériences d'ambivalence. Car *d'autres scénarios* sont possibles: des doutes s'installent: La patiente voit-elle dans un traitement différent de celui qu'elle a suivi jusqu'à présent l'indice d'une aggravation de son état? Les irritations peuvent s'accumuler, par exemple: Une autre infirmière donne un autre médicament. Que pense la patiente? Qui peut-elle, doit-elle croire? Est-ce l'indice d'une erreur de soins? Ou: Que signifie l'arrivée d'un autre médecin qui pose de nouvelles questions? Ou encore: Comment se comporter lorsque la patiente refuse de manière inattendue un traitement jusqu'ici habituel?

Si ces irritations microsociales sont placées dans un contexte plus large et si elles se répètent, les attentes de rôles que la patiente a par

exemple envers l'infirmière ou, inversement, que l'infirmière ou le médecin a envers la patiente ne sont pas satisfaites. Il peut en résulter des confusions, des ruptures ou des changements innovants dans l'interaction entre les rôles sociaux et leur interprétation. Cela peut être un terrain propice aux ambivalences pour toutes les personnes concernées. Il convient de souligner que les expériences d'ambivalence peuvent être socialement stimulantes ou invalidantes, en d'autres termes socialement constructives ou destructives. Dans l'ensemble, cette compréhension des relations sociales se distingue d'autres, par exemple de celle des théories de l'attachement où une forme de relation est mise en avant a priori de manière normative comme étant souhaitable [13].

Initiation à l'observation

Comment pouvons-nous appréhender cet événement? Peut-on décrire différents types de vécu d'ambivalences et de gestion de celles-ci? – Les typologies sont souvent construites de manière inductive, c'est-à-dire par généralisation, à partir d'un ou de plusieurs cas et en faisant appel à l'expérience personnelle. Je propose cependant de passer par un cadre théorique et je pars à cet effet du concept analytique de relation sociale mentionné plus haut. Je m'appuie pour cela sur la distinction entre les deux dimensions constitutives et postule qu'elles peuvent être caractérisées comme des champs de tension entre contraires polaires. Cette approche repose sur l'idée logiquement justifiable que l'affirmation d'un fait implique simultanément l'exclusion de son contraire. Cela peut être concrétisé phénoménologiquement et illustré matériellement par un diagramme en vue d'une action pratique:

- La dimension du *subjectif*, c'est-à-dire *du personnel*, peut être caractérisée par les pôles générant de l'ambivalence: *chaud/familier versus froid/étranger*. Ces deux désignations sont volontairement abstraites. On les retrouve notamment dans des études ethnologiques. Comme nous allons le montrer, elles peuvent être facilement transposées à des situations concrètes de la pratique médicale. Autre point important: Comme il s'agit de champs de tension, les contraires ne sont pas compris de manière statique, mais dynamique, précisément en tant que vacillation.
- La dimension du *cadre social* dans les situations, les organisations et les institutions peut être caractérisée de manière analogue par les pôles nommables de manière abstraite, conçus pour générer l'ambivalence, à savoir *formel/strict versus informel/flexible*. Le formel se manifeste plus ou moins clairement dans la mise en exergue des hiérar-

chies ou, plus concrètement, dans l'habillement et le style/l'apparence. Ce champ de tensions comporte lui aussi des dynamiques complexes.

- La combinaison (orthogonale) des deux dimensions invite à distinguer heuristiquement *quatre types fondamentaux* de vécu et de gestion des ambivalences et à les circonscrire.
- Pour ces types fondamentaux, il est possible, en se référant à l'action situationnelle, de déduire des *caractéristiques de la prise de rôle*, qui peut être interprétée comme l'expression plus ou moins concrète de l'expérience et de la gestion des ambivalences.
- L'initiative personnelle, le guidage ou la contrainte peuvent déclencher des évolutions d'un type vers un autre.

Pour la transposition à la pratique, par exemple dans différents domaines de la médecine ou différents lieux de traitement et de soins, les descriptions doivent – comme mentionné – être adaptées, concrétisées et, en conséquence, modifiées et différenciées. C'est ici que l'on voit le caractère promoteur de connaissances des diagrammes [14]. D'un point de vue *méthodologique*, ils sont en effet un outil heuristique apprécié pour la pratique et la théorie. La réciprocité ouverte entre la langue et le graphisme incite à l'interprétation et à la discussion, et par conséquent à la modification et à la différenciation. Les diagrammes sont ouverts dans la mesure où leur structure théorique est certes prédéfinie, mais la terminologie concrète, c'est-à-dire l'application aux circonstances et aux situations, peut être utilisée de manière flexible.

Ainsi, il est possible de décrire des types de vécu et de gestion des ambivalences – comme nous l'avons mentionné – en se référant à des situations quotidiennes à l'hôpital, par exemple lors de l'admission des patientes et patients, dans la chambre d'une patiente ou d'un patient ou dans un cabinet privé (fig. 1). Les types peuvent être interprétés comme l'expression d'une attitude personnelle des individus concernés, dans laquelle ils actualisent leurs expériences.

Type 1: dissimuler les ambivalences

- L'atmosphère est globalement conviviale et factuelle.
- Le personnel médical (*Pm*) a une compréhension claire de ses rôles. Il détermine les responsabilités et les compétences.
- Les ambivalences sont considérées comme des aspects inévitables et, d'une certaine manière, évidents de la profession. Elles sont dissimulées par des routines. Lorsqu'ils sont entre eux, les membres du personnel les décrivent parfois avec une ironie distante et de l'humour.

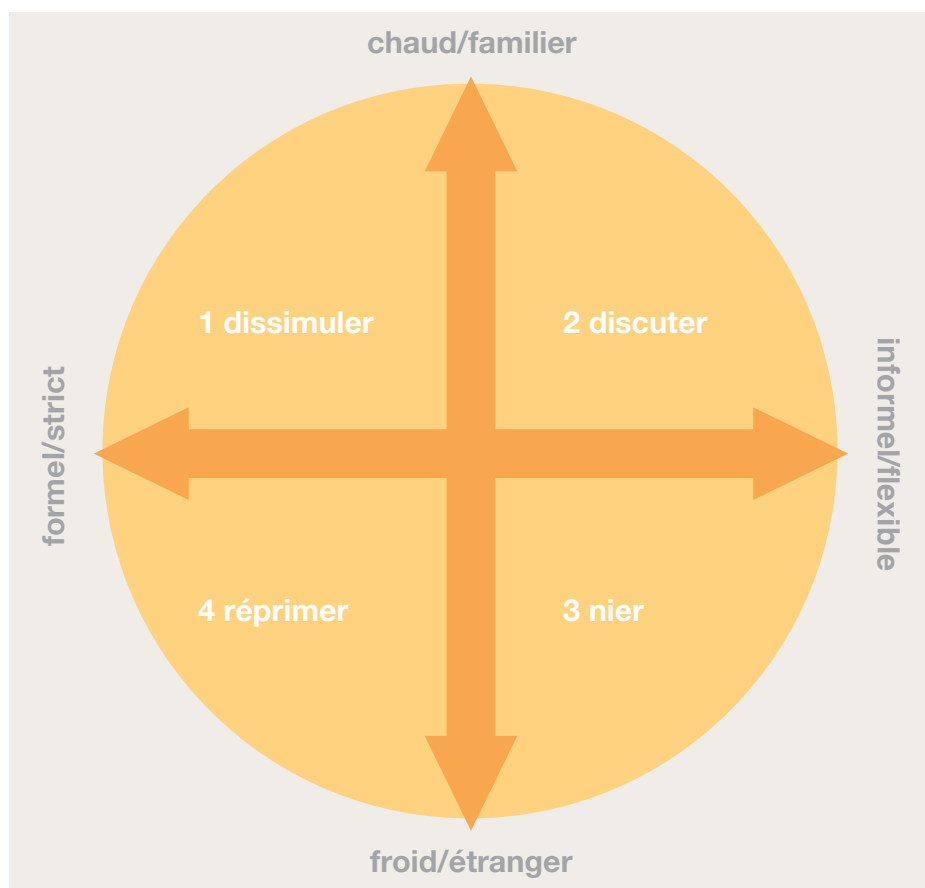


Figure 1: Types de vécu et de gestion des ambivalences dans les situations de la pratique médicale et soignante.

- Vis-à-vis des patientes et patients (*Pa*), le comportement et les propos sont empreints d'une compassion courtoise. Il en va de même dans les relations avec leurs proches (*P*). Le *Pm* évite de tenir des propos différents vis-à-vis des *Pa* d'une part et des *P* d'autre part.
- Les expériences d'ambivalence des *Pa*, qui concernent des thèmes existentiels comme la rétrospective de la vie, la mort, le sens de la souffrance, ne sont abordées – si tant est qu'elles le soient – qu'en passant, et la discussion approfondie de ces thèmes est éventuellement déléguée à des spécialistes (par exemple à l'aumônerie).
- Les *Pa* s'efforcent d'être observants et respectent les règles de l'hôpital et du service. Leurs expériences d'ambivalence sont considérées comme allant de soi, mais elles ne sont guère évoquées.
- Les relations des *Pa* avec leur *P* sont évoquées de manière incidente et réservée.

Type 2: discuter des ambivalences

- L'atmosphère est globalement décontractée et détendue.
- Le *Pm* aborde entre lui (et au contact des *Pa*) sa propre conception des rôles. Dans un cadre limité, la vie privée et le vécu personnel sont également abordés.
- Les expériences d'ambivalence de nature quotidienne sont respectées et clarifiées d'un commun accord. Si elles concernent des thèmes importants, elles incitent à réfléchir et à parler du cours de la vie et de la mort, ainsi que du sens de la vie. On en parle. Cela vaut pour le *Pm* entre lui et pour les discussions avec les *Pa*. Ces derniers expriment de l'empathie.
- Les *Pa* sont capables d'exprimer leurs souhaits. Ils parlent ouvertement de leurs douleurs et de leurs peurs.
- Les *Pa* parlent ouvertement de leurs relations avec leur *P*. Celles-ci comportent souvent des expériences d'ambivalence.

Type 3: nier les ambivalences

- L'atmosphère est factuelle et dénuée d'émotions.
- Le *Pm* considère que son rôle est de fournir des soins et traitements médicaux efficaces. Entre lui, le *Pm* observe une stricte répartition des tâches.

- Les expériences d'ambivalence restent ignorées.
- Les thèmes personnels ne sont pas abordés ou, s'ils le sont, ils sont discutés de manière générale.
- Les *Pa* sont souvent silencieux et se plient aux circonstances. Ils sont parfois instables.
- Le contact avec les *P* est incident.

Type 4: réprimer les ambivalences

- L'atmosphère est souvent tendue et fragile. Il y a parfois des débordements émotionnels.
- Le *Pm* se sent souvent stressé. Il trouve peu de temps pour échanger. Des détails peuvent déclencher des désaccords et des conflits.
- Les sujets personnels ne sont abordés ni entre le *Pm* ni avec les *Pa*. Les discussions sont brèves et succinctes. Il n'y a pas d'échanges prolongés.
- Les expériences d'ambivalence sont réprimées, mais peuvent surgir brusquement.
- Les *Pa* sont souvent impatientes, parfois haineux. Ils expriment leurs douleurs et leurs inquiétudes sans retenue. Les ronchonnements et les réclamations sont fréquents.
- Le contact avec les *P* est fortuit et, lorsqu'il a lieu, il est souvent inhibé et incident.

Conclusions

D'un point de vue *phénoménologique pratique*, les expériences d'ambivalence dans la pratique médicale se manifestent à travers la manière dont les personnes concernées comprennent leurs rôles sociaux, les mettent en œuvre dans le travail relationnel qui en découle et gèrent ainsi l'incertitude, l'insécurité et les doutes.

Le vécu d'ambivalences en général et dans la pratique médicale en particulier peut – comme nous l'avons mentionné – être socialement *constructif* ou *destructif*, *favorable* ou *défavorable* à l'action commune et à l'épanouissement de la personnalité ainsi qu'au développement des personnes concernées. Ces effets peuvent également se produire pour les communautés et les organisations qui encadrent les relations. Par conséquent, la gestion de ces effets peut avoir une incidence sur le succès thérapeutique. Je suggère donc de développer une *sensibilité aux ambivalences* qui aille au-delà des routines. Elle s'inscrit dans une sensibilité générale à la diversité des relations sociales et à leurs subtilités.

La *sensibilité aux ambivalences* peut être cultivée en encourageant une prise de conscience de la manière dont les expériences d'ambivalence s'expriment, ouvertement ou non, dans le comportement, le discours et l'écriture. Cela peut par exemple se faire en référence à des tâches médicales concrètes. Elle peut éga-



Prof. em. Dr. Kurt Lüscher
Universität Konstanz

L'essentiel pour la pratique

- Indépendamment de tout professionnalisme, la pratique médicale et soignante s'accompagne souvent d'expériences d'incertitude et de doute, donc d'ambivalences. Elles sont souvent refoulées. Les évoquer et réfléchir systématiquement à la manière de les gérer peut être utile à toutes les personnes concernées.
- Il vaut la peine d'analyser de plus près ce que l'on entend par là, d'y réfléchir et de distinguer les formes typiques de gestion de l'ambivalence.
- Cela peut contribuer à améliorer le climat de travail, à maîtriser les situations difficiles et critiques et ainsi à soutenir la pratique médicale dans son ensemble.

lement se manifester par le fait qu'une personne sorte de son rôle. La sensibilité aux ambivalences peut être comprise comme une forme particulière de *délicatesse*. Elle implique souvent la *crédibilité* et la *proximité de la vie*.

Nous pouvons acquérir une sensibilité aux ambivalences au-delà du contexte professionnel immédiat en comparant les expériences d'ambivalence dans différents domaines de la vie, comme le travail et les loisirs, et en étant attentifs aux différences de milieux, de situations et d'humeurs. Par exemple, nous pouvons reconnaître des expériences d'ambivalence dans des œuvres littéraires: dans l'intrigue d'un récit, dans certains personnages, dans des situations et dans le choix des mots. Il s'avère que les œuvres riches présentent une grande densité d'ambivalences. D'une autre manière encore, les représentations picturales magistrales et les compositions musicales classiques et modernes éveillent des expériences d'ambivalence. La thèse selon laquelle une œuvre peut être considérée comme de l'art dépend du fait que de multiples expériences d'ambivalence y sont représentées et, par conséquent, stimulées, et de quelle manière, est largement approuvée. Le propre du kitsch, en revanche, est de célébrer l'univocité [15].

D'un point de vue *théorique* et en tant que *logique sociale*, l'ambivalence est synonyme d'un «*aussi bien... que*» ouvert. Elle se distingue ainsi de la pensée fermée du «*oui ou non*», c'est-à-dire de l'exigence d'univocité rapide. La pensée et le discours ambivalents activent donc le *sens du possible*, c'est-à-dire non seulement de penser à ce qui est effectif, mais *aussi* à ce qui est pensable, à ce qui pourrait être possible. Ce processus peut durer plus ou moins longtemps. Cela rend à son tour attentif au hasard et au destin. Dans l'horizon de l'ambivalent, il y a

aussi les utopies et les dystopies. Avec Neil Smelser, la logique sociale de l'ambivalence peut être comprise comme une alternative à la prise de décision dans le sens d'un choix rationnel («*rational choice*») [16]. Par conséquent, la réflexion approfondie sur l'ambivalence renvoie en fin de compte aux prémisses de l'image de l'homme, à savoir la gestion des espaces de liberté de l'action et de l'organisation des relations sociales.

Correspondance

Prof. em. Dr Kurt Lüscher
Humboldtstrasse 15
CH-3013 Bern
kurt.luescher[at]uni-konstanz.de

Remerciements

Je remercie Marietta Buol, responsable des soins infirmiers en oncologie à l'Hôpital cantonal de Coire, le Prof. Dr méd. Christian Lüscher, neurologue aux Hôpitaux universitaires de Genève, le Prof. Dr méd. Dr phil. nat. Lorenz Räber, cardiologue à l'Hôpital de l'île de Berne, le Dr Michael Schwitzer, médecin-adjoint en oncologie à l'Hôpital cantonal de Coire, et le Dr théol. Thomas Wild, Institut de théologie pratique à l'Université de Berne, pour leurs commentaires avisés du point de vue des soins infirmiers, médicaux et théologiques.

Disclosure Statement

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

- 1 Lüscher K, Studer K. 110 Jahre Ambivalenz. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother.* 2020;190–4.
- 2 Bourdin D. L'ambivalence dans la pensée freudienne. In: Emmanuelli E et al. (éd.): *Ambivalence. L'amour, la haine, l'indifférence.* Paris, PUF; 2005:15–43.
- 3 Merton RK. *Sociological Ambivalence.* New York: Free Press; 1976.
- 4 Bauman Z. *Moderne und Ambivalenz.* Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1996.
- 5 Lüscher K. Ambivalenzen – Beziehungen – Identitäten. Skizze einer transdisziplinären Heuristik. In: Krieger V et al. (Hrsg.) *Ambige Verhältnisse: Uneindeutigkeiten in Kunst, Politik und Alltag.* Bielefeld transcript; 2021: 127–50.
- 6 Lüscher K, Fischer HR. Ambivalenzen bedenken und nutzen. In: *Familiendynamik*, 2014; 38(3):81–95.
- 7 Fischer HR, Lüscher K. Ambivalenzen ergründen. *Familiendynamik* 2014;38(3):122–33.
- 8 Berndt F, Kammer St. (Hrsg.) *Amphibolie, Ambiguität, Ambivalenz.* Würzburg: Königshausen&Neumann; 2009.
- 9 Bauer M, Berndt F, Meixner S (Hrsg.) *Ambivalenz in Sprache, Literatur und Kunst.* Würzburg: Königshausen&Neumann; 2019.
- 10 Bauer T. *Die Vereindeutigung der Welt.* Stuttgart: Reclam; 2019.
- 11 Dahrendorf R. *Homo sociologicus: Ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rolle.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2006.
- 12 Merton RK. The Ambivalence of Physicians. In: Merton R K. *Sociological Ambivalence.* New York: Free Press; 1976: 65–72.
- 13 Keller H. *Mythos Bindungstheorie.* Weimar: Verlag das Netz; 2019.
- 14 Bogen S, Thürlmann F. Jenseits der Opposition von Text und Bild. Überlegungen zur Theorie des Diagramms und des Diagrammatischen. In: Patschovsky A (Hrsg.): *Die Bildwelt der Diagramme* Joachim von Fiore. Ostfildern: Thorbecke; 2003: 1–22.
- 15 Lüscher K, Roshani A. Interview. *Das Magazin.* Zürich: Tamedia; 2021: 18–26.

16 Smelser NJ. The Rational and the Ambivalent in the Social Sciences. *ASR.* 1998;63(1):1–6.