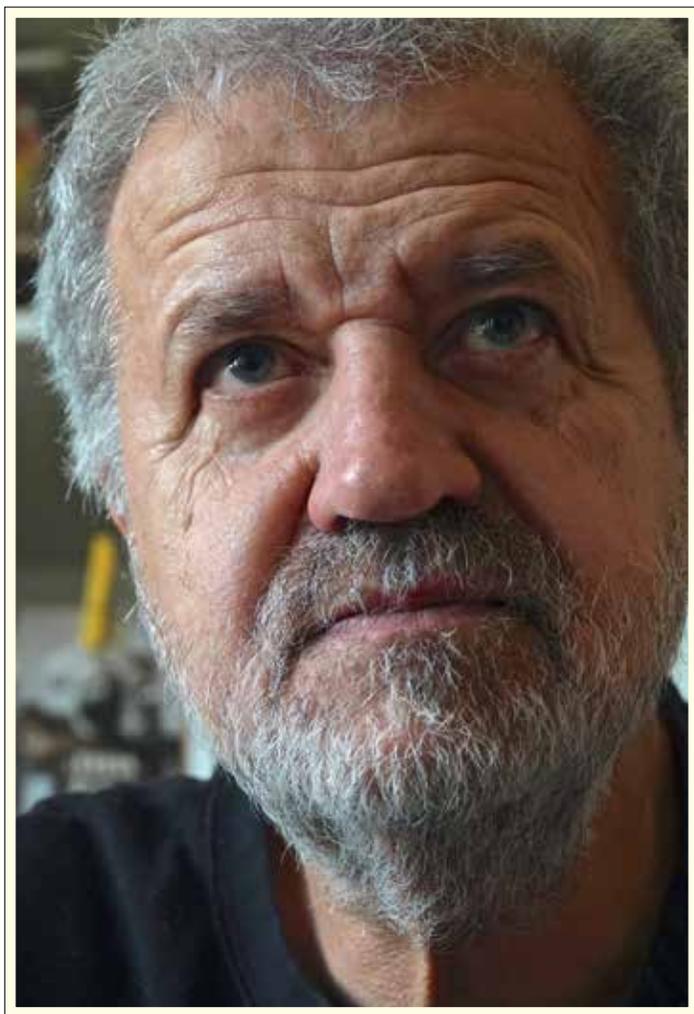


GEORGES Y. FEDERMANN

entretiens

Le Serment de Yoram le médecin des exilés



origine

Collection *Prophète en son pays*

À Anja, mon soleil - et mes lunes.

*À nos enfants, Sarah, Livia, Joseph, David et Amos.
Aux six vies que l'absence de Véronique a révélées.
À l'espérance, la confiance et à l'hospitalité. À la vie. À la mort.*



« Celui qui, par quelque alchimie sait extraire de son coeur, pour les refondre ensemble, respect, compassion, besoin, patience, regret, surprise et pardon, crée cet atome qu'on appelle l'Amour. » Khalil Gibran

Préface

Quel chapeau choisir pour présenter Georges Yoram Federmann ? Par chapeau il faut comprendre ici, le terme journalistique qui, en tête d'un texte permet, ou tente, de résumer en quelques mots le sujet développé.

Aussi, je choisis :

Georges Yoram Federmann ou un prophète iconoclaste ?

Georges Y. Federmann est une illustration parfaite du titre de cette collection : « prophète en son pays ».

Prophète, il l'est quand il nous invite à nous débarrasser de nos croyances pour cheminer un peu plus vers la transcendance : transcendance dans la relation aux autres, transcendance dans la perception de la réalité. Pourquoi est-il « en son pays » ? Né sous d'autres cieus, puis nomade pendant ses jeunes années, il a épousé Strasbourg, son territoire et son histoire ; il lui apporte en dot la solidarité dont il fait preuve au quotidien. Mais quel sens a ici le mot pays ? Avant d'être assimilé le plus souvent à la dimension d'une nation, ce terme désignait un territoire où s'exerçait une communauté de destins ; chacun pouvait y exercer une citoyenneté active et une solidarité de proximité. En ce sens, Strasbourg est « le pays » où s'exerce la citoyenneté active de Georges Y. Federmann . Ce « pays » est sa chair, ce qui explique l'exigence « écologique » de sa persévérance dans ses combats, en dépit des oppositions sévères et des malveillances qu'il rencontre.

Iconoclaste, il le revendique et il l'est pleinement quand il nous bouscule. Et il nous bouscule pour nous inciter à prendre conscience que ce que nous considérons comme « réalité » n'est qu'une forêt d'images, de représentations - et la première d'entre elles est la représentation sociale. Karl Marx avait déjà pointé du doigt cette force de la représentation sociale dans *Critique de l'Economie politique* quand il écrivait : « ce n'est pas la conscience des hommes qui détermine leur existence, c'est au contraire leur existence sociale qui détermine leur conscience ».

Georges Y. Federmann nous dérange parce qu'il nous invite à identifier ces images, ces ombres de nous-mêmes que nous croyons être le vrai nous-mêmes. Il nous invite à voir la relation avec les autres en dehors de tous ces appareils que sont les conformismes, les classes, les jugements. A propos de cette propension à juger, dans *Ma vie*, Carl Gustav Jung, le célèbre psychiatre écrivait: « Réfléchir c'est difficile ; c'est pourquoi la plupart des gens jugent ».

L'éducation, les sciences, les religions et autres enseignements ne devraient pas être là pour nous donner des réponses mais pour être des outils d'interrogation du monde.

Une réponse qui met fin au questionnement est de nature mortifère. C'est probablement pourquoi, Georges Y. Federmann préfère dire qu'il est « en conversion », plutôt que de dire qu'il est converti. Ce qui amène à aborder le domaine de la religion ou des religions. Il y a toujours deux religions en chaque religion. L'une pourrait être qualifiée de religion « prêt-à-croire », comme dirait l'écrivain des spiritualités Patrick Levy, l'autre serait ce qu'il est tentant d'appeler la voie de la Sagesse. La première peut être vue comme un catalogue de réponses, la deuxième comme la voie du questionnement.

De la science il serait également possible de dire qu'il y a deux sciences : celle de l'information et celle de la connaissance. L'information est une pierre brute, sans intérêt en soi, a priori. La connaissance est une pierre taillée, c'est-à-dire qu'elle a besoin, pour avoir du sens, d'établir des liens étroits avec celles qui l'entourent. L'enfant par son questionnement : « dis, pourquoi ? », est en

demande de lien, donc de connaissance et non d'information. Cette voie du questionnement est, comme l'ont montré récemment les neurosciences, productrice d'ocytocine, l'hormone de la confiance, du lien social, communément appelée hormone du bonheur.

Médecin iconoclaste, Georges Y. Federmann l'est également quand il dit que les critères pour réussir en médecine devraient être l'expérience et l'indépendance de la pensée, ainsi que la solidarité - et non le conformisme, la compétition ou la concurrence. Et que l'intelligence de la mémoire logico-mathématique n'est pas la seule intelligence indispensable pour réussir en médecine.

Cela choque mais il ne fait que formuler d'une autre façon ce que beaucoup d'autres médecins ont exprimé différemment, y compris des médecins universitaires comme le Professeur François Grémy qui écrivait en 2001 dans la revue Santé publique : « L'apprentissage massif des sciences fondamentales n'est en rien une éducation à la pensée scientifique : l'accumulation des faits à mémoriser et à réciter, encombre, mais ne forme guère, l'esprit. L'esprit de la science n'est pas au rendez-vous ».

D'ailleurs les médecins sont-ils formés à la logique de la santé ou à celle de la maladie ? La question est iconoclaste mais la réponse est malheureusement évidente. Les médecins, et plus généralement les soignants, sont formés uniquement à la logique causale et linéaire des maladies : lecture diagnostique des symptômes jusqu'aux traitements pharmacologiques. La santé est considérée sous le seul angle de l'absence de maladie, comme si la joie n'était que l'absence de tristesse. Ceux qui, aujourd'hui, arrivent à pratiquer la médecine avec joie, avec une véritable envie et un souci de comprendre au-delà des symptômes, sont de véritables rescapés d'un dévoiement de la médecine vraie.

Georges Y. Federmann fait partie de ceux-là.

Psychiatre iconoclaste, il l'est à tant d'égards. On pourra retenir par exemple qu'il reçoit les patients sans rendez-vous ; qu'il se tient à leur côté et non derrière un bureau et qu'il s'adresse à l'être humain

et non à un malade. D'ailleurs, ce malade, ou plus exactement cet être qui souffre, ne serait-il pas, parfois, le symptôme d'une société malade, d'une société qui a du mal à accepter globalement les comportements non conformes ? De plus, le dosage du traitement prescrit au patient n'est-il souvent relatif au malaise du soignant plutôt qu'au besoin thérapeutique réel du patient ?

La réflexion de Georges Federmann dérange, certes, mais elle est absolument fondamentale. Elle rejoint là celle de Carl Gustav Jung, ce médecin psychiatre qui est, à n'en pas douter, celui qui a été le plus loin dans l'exploration de l'âme humaine. Pour ce dernier, nombre de manifestations dont souffrent les patients dits malades seraient l'expression individuelle de pathologies archétypales, c'est-à-dire de manifestations de l'inconscient collectif.

Ce qui m'amène à évoquer un autre engagement de Georges Y. Federmann, notamment au sein du « Cercle Menachem-Taffel » qu'il a initié, à partir d'une question majeure pour l'histoire de la médecine et pour notre société : comment des êtres humains qui ont choisi ce merveilleux métier de médecin ont-ils pu décider de se mettre au service de l'ordre nazi ?

Jung lui-même, dès 1918, avait exprimé son appréhension des événements graves qui allaient secouer l'Europe quelques années plus tard, lorsqu'il écrit que : la « bête blonde » s'achemine vers une psychose totalitaire. Il parle des « dieux de substitution », exprimant ainsi les débordements des fantasmes inconscients et collectifs.

De même, Georges Y. Federmann convoque l'Histoire pour nous interpeler.

Les menaces qui pèsent sur notre monde, sur chacun de nous, sont les effets de nos comportements, de nos conditionnements, de nos conformismes, une aliénation qu'il appelle à transcender. La vie doit être plus forte que la mort. Et il convoque l'Histoire tout en étant au cœur d'une grande modernité.

La physique quantique, fruit de la transcendance scientifique, dit, entre autres, qu'on ne peut qualifier une particule en soi, lui donner un nom. C'est la relation établie avec les autres particules qui permet de définir ce qu'elle est, et donc de la nommer. Plus encore, dit la physique quantique, deux particules qui ont été en contact restent indéfiniment liées : ce qui arrive à l'une interfère sur l'autre. Et tout être est le fruit de cette réalité.

Comment alors ne pas se référer à Einstein, un autre iconoclaste, qui enseigne que : « L'important est de ne jamais cesser de s'interroger. La curiosité a sa propre raison d'exister. On ne peut pas s'empêcher d'être en admiration quand on contemple les mystères de l'éternité, de la vie, de la merveilleuse structure de la réalité. Il suffit simplement d'essayer de comprendre un peu ce mystère chaque jour.

Ne perdez jamais votre sainte curiosité.»

Ainsi Georges Y. Federmann perpétue cette lignée

Dr. Lionel Comte, Mars 2020

Spécialiste en santé publique

membre de l'Académie des Sciences, des Lettres et des Arts d'Alsace.-



À Dédé alias André Barnoin, mort du Covid 19 à Mulhouse, à l'âge de 76 ans - à mon ami, mon maître...
Lauréat à titre posthume du prix Véronique Dutriez, Cercle Menachem Taffel, 2020

Un psychiatre Gymnopédiste

Sources : la *Gymnopédie* de Satie, selon les critiques musicales, sont « (...) des pièces légères mais atypiques qui bravent délibérément de nombreuses règles de la musique classique ». Par ailleurs, c'est une danse antique où les danseurs étaient nus. Autrement dit « psychiatre nu », « sans moyens », « démuni » mais « frondeur ». Telle une gymnastique de l'esprit.

Introduction

Le Regard de l'Autre Oblige...

Comment initier, en effet, ce titre de collection « Prophète en son Pays » et ne pas y inclure une vie qui fait œuvre, telle que celle du psychiatre, médecin des pauvres et des exilés, Georges Yoram Federmann.

Qui n'a pas témoigné, lors de rencontres, de colloques et autres manifestations, de l'apparition inattendue de cet énergumène sur la scène des exposés, au grand damne des programmeurs.

Connu des intellectuels et des médecins ici-bas, il peut émerger de la façon la plus incongrue, avant le démarrage d'un programme attendu, pour rappeler pacifiquement mais sans concession, l'objet du combat qu'il est en train de mener : « Au feu ! Bonne conscience – écoutez, entendez, voyez, réagissez ! ».

Il incarne sans frein cette conscience dérangeante qui ne peut s'accommoder de vaines mondanités.

Il est médecin et fait face aux médecins et aux notables de la Ville. Il se dresse face à ses pairs, même et surtout s'il n'y est pas invité - et pour quelques minutes seulement.

Il reste indifférent aux réactions, parfois amicales mais agacées, qui lui rappellent que l'on attend l'intervention d'un autre – autre, à condition qu'il leur ressemble !

Mais, n'en déplaise, Georges Federmann a un projet.

Faire reconnaître le droit à l'hospitalité dans le cadre de la fonction et de la pratique du médecin. Une hospitalité comme système, non seulement de valeurs mais appliqué au droit humain, au droit institutionnel. Former les nouvelles générations à un ordre nouveau car le système ancien n'est plus en phase avec la réalité socio-économique globale. La négation des réalités sectaires accroît la haine et la division.

La société a besoin d'unité, d'hospitalité, de liens « entre » - ce qui amène Georges à adopter une position d' « écologie médicale », avec des propositions humanistes pour la formation du corps soignant.

Rien n'est impossible, sauf pour la pensée ordinaire.

Toujours à contre-courant, depuis notre première rencontre, il y a presque 30 ans, il acte, fidèle à lui-même, pour rappeler la responsabilité de tout être humain, a fortiori du médecin, face aux déséquilibres de l'ordre social.

Le discours, les propos, l'engagement et les actions sans compter, mais aussi ses modes vestimentaires, assurent qu'en effet la vie est un théâtre où se joue toute la souffrance du monde.

À chaque étape de sa vie, Georges a manifesté ses idées, et parfois son désespoir, par des accessoires signifiants : telles les trois grandes chaînes au bout desquelles le signe ostentatoire de chacun des monothéismes sont portées ensemble autour de son cou ; un temps pour une djellaba offerte par un patient comme tribut du soin, ou une kefia, et plus récemment encore, l'ancien chapeau pointu par lequel chaque mâle juif devait se distinguer dans la Cité.

Alors on rit. En effet, la vie est un théâtre dans la vie !

Aussi, à son approche, nul ne peut l'oublier.

La vie est un théâtre

Selon le philosophe Sloterdijk : « Nul ne peut connaître ni éprouver le monde hors de la scène. La vie est un théâtre et le drame qui s'y joue chaque jour n'est autre que celui de la connaissance »

Et Georges Y. Federmann, en tant que personne, est indissociable de son engagement.

Sa vie, le dire et le faire en osmose, est comme une exigence sans acquiescement complaisant à la schizophrénie sociale.

Le dire et le faire devient lieu de performance, un acte de création parce que, à l'instar de Groddeck, « L'homme ne peut (uniquement) traduire son être dans les mots ; la parole ne le rend nullement capable de dire la vérité. Un pas de plus et on reconnaît que dans la parole se cache déjà la falsification de la vérité » (*La Maladie, l'Art et le Symbole*).

La connaissance en acte, pétrie de poésie, d'imagination, de courage et de folie, est un réseau de liens qui fondent son être et l'anime au-delà de l'orthodoxie de son activité médicale.

Homme avant tout, comme son patient.

Aussi, et forcément dirais-je, le controversé médecin des sans-abris et des exilés est un modèle pour les uns, insulté par d'autres et menacé par ceux que son universalité hors temps dérange. Il sera trahi et aimé. Il sera blessé, sa femme tuée. Mais les épreuves terribles qu'il a traversées n'auront pas eu raison de ses qualités et de son engagement.

Dans l'arbre de vie kabbalistique, la dimension de *Hessed* est celle de la réparation du monde par la Grâce, l'Amour/empathie (traduit habituellement par Miséricorde en langage chrétien).

Cette dimension n'est pas, ontologiquement, une dimension négociable.

Incarnée par l'Homme au plus profond de lui-même, elle est une force insécable.

Mise en perspective

Accompagné par une poignée d'acteurs culturels de la région, Georges va insuffler et œuvrer avec eux pour un devoir de connaissance et non de mémoire stérile, dans le but de faire éclater en bris la persistance de schémas : « idéologies d'exclusion et de stigmatisation qui influencent notre pratique quotidienne de médecin. » dit-il.

Or ces mécanismes prennent racine dans l'histoire récente et ne sont pourtant nullement enseignés dans la formation des médecins. Aussi, sans que nul ne le sache, des rues et des places à Strasbourg ont été nommées à l'effigie des plus grands médecins, qui n'en sont pas moins les collaborateurs des nazis.

Ce n'est que récemment que le Pavillon Leriche ou la rue Carrel changent de noms. Grâce à la mobilisation de Georges et de ses collaborateurs, la rue Carrel est remplacée par le nom d'Adelaïde Hautval, à la mémoire du courage de l'une des seules médecins à avoir refusé de collaborer avec Mengele, alors qu'elle était internée à Auschwitz et risquait la mort.

Mais jusque-là, on rendait hommage à des professeurs et à des médecins qui ont devancé, même de quelques mois, l'ordre législatif imposé contre les juifs par Vichy.

Alexis Carrel, prix Nobel de médecine en 1912, affirme en 1936 dans sa préface de « l'Homme, cet inconnu » :

« En Allemagne, le gouvernement a pris des mesures énergiques contre l'augmentation des minorités, des aliénés, des criminels. La situation idéale serait que chaque individu de cette sorte soit éliminé quand il s'est montré dangereux ».

Il a lui-même préconisé, dans cet ouvrage, toujours disponible dans nos librairies d'utiliser les gaz appropriés pour s'en débarrasser. Et ce, sans que les plaques à son effigie n'évoquent son rôle dans la tragédie de l'histoire européenne du XX^e siècle.

La connaissance, par le biais de l'histoire, est un outil prépondérant.

Elle est indispensable à l'appareil critique des domaines pédagogiques, de l'école primaire à la faculté de médecine, afin d'embrasser une vision globale du monde et de l'Homme sans ordre catégoriel.

Rien de tel n'a pointé ni ne s'est formalisé jusque-là.

Un appareil critique qui permettrait pourtant d'élever les débats, de favoriser les dialogues et d'agir pour qu'en effet, l'histoire la plus cruelle ne puisse jamais trouver écho dans le vortex infernal de la banalisation.

Aussi, Georges Y. Federmann poursuit-il inlassablement sa route pour le bien commun.

Il y a, dans la démarche créatrice de Georges Yoram Federmann, l'incontestable « impulse » d'un destin unique et singulier.

nourit masson-sékiné, Strasbourg, mars 2020



Statue en bronze de Maïmonide, plaza de Tiberiades, dans le quartier juif de Cordoue en Espagne où sa famille vivait depuis des générations, jusqu'à ce que la conquête des Almohades, une secte islamique fanatique, mettent fin en 1148 à la coexistence séculaire en al-Andalus des trois monothéismes.

Prière Médicale ou Serment de Maïmonide

Mon Dieu, remplis mon âme d'amour pour l'art et pour toutes les créatures.

N'admets pas que la soif du gain et la recherche de la gloire m'influencent dans l'exercice de mon Art, car les ennemis de la vérité et de l'amour des Hommes pourraient facilement m'abuser et m'éloigner du noble devoir de faire du bien à tes enfants.

Soutiens la force de mon coeur pour qu'il soit toujours prêt à servir le pauvre et le riche, l'ami et l'ennemi, le bon et le mauvais.

Fais que je ne voie que l'homme dans celui qui souffre.

Fais que mon esprit reste clair auprès du lit du malade, qu'il ne soit distrait par aucune chose étrangère afin qu'il ait présent tout ce que l'expérience et la science lui ont enseigné, car grandes et sublimes sont les recherches scientifiques qui ont pour but de conserver la santé et la vie de toutes les créatures.

Fais que mes malades aient confiance en moi et en mon Art pour qu'ils suivent mes conseils et mes prescriptions.

Eloigne de leur lit les charlatans, l'armée des parents aux mille conseils et les gardes qui savent toujours tout : car c'est une engeance dangereuse qui, par vanité, fait échouer les meilleures intentions de l'Art et conduit souvent les créatures à la mort.

Si les ignorants me blâment et me raillent, fais que l'amour de mon Art, comme une cuirasse, me rende invulnérable, pour que je puisse persévérer dans le vrai, sans égard au prestige, au renom et à l'âge de mes ennemis.

Prête-moi, mon Dieu, l'indulgence et la patience auprès des malades entêtés et grossiers.

Fais que je sois modéré en tout, mais insatiable dans mon amour de la science.

Éloigne de moi l'idée que je peux tout.

Donne-moi la force, la volonté et l'occasion d'élargir de plus en plus mes connaissances.

Je peux aujourd'hui découvrir dans mon savoir des choses que je ne soupçonnais pas hier, car l'Art est grand mais l'esprit de l'Homme pénètre toujours plus avant.

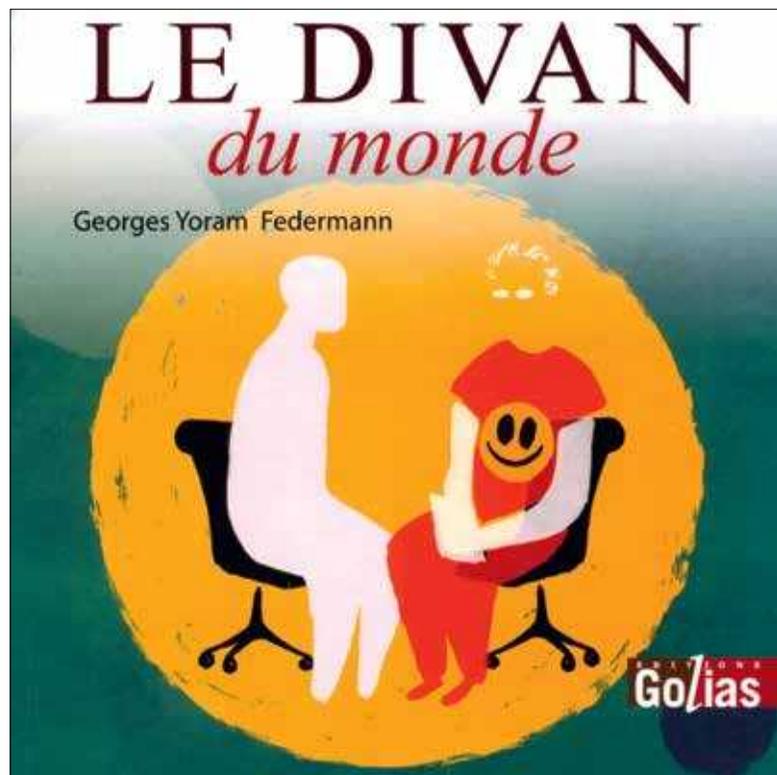
Moshe ben Maïmon, dit Maïmonide est né en 1138 à Cordoue en Espagne, mort en 1204 à Fostat en Égypte. Médecin et astronome, auteur, philosophe, métaphysicien, théologien, commentateur notamment de la Mishna.

Traduction tirée de : SOULIER, Du Serment d'Hippocrate à l'éthique médicale,

Thèse médecine, Marseille, 1985.

source : <http://wjj.free.fr/maimonid.htm>





« Le Divan du Monde » aux Éditions Golias, trois fois réédité, ainsi que le film de son travail au cabinet donneront l'occasion à celles et ceux qui souhaitent se nourrir de ses recherches et de son expérience, d'avoir les prérequis nécessaires au dialogue, sur des questions qui opposent souvent des opinions, sans égard pour les faits.

« La thérapie, à l'origine, désigne le fait de servir, non de traiter. Qui sert reconnaît pour maître celui qu'il sert (...). Il est en service avec sa personne tout entière, avec sa peau et ses os, et non pas seulement avec son savoir et son pouvoir (...). »

Georg Groddeck

Concernant ma fidélité au Serment d'Hippocrate, de Maïmonide et au Code de Nuremberg

Je considère que l'exercice de la médecine est universel et intemporel. J'estime aussi que je suis « responsable » des actes de mes prédécesseurs, comme nos successeurs devront endosser les nôtres. D'une certaine manière, j'exerce mon art en le détournant, pour faire du sujet/patient et en chaque circonstance, l'acteur principal de la relation thérapeutique.

Je lutte contre le poids démesuré que peut prendre la corporation médicale pour accroître son pouvoir au détriment de l'intérêt du patient et de l'accroissement de sa culture médicale.

Je considère que le médecin libéral ou hospitalier reste encore en France dépositaire d'une mission sociale qui consiste à favoriser l'accès aux filières de soins et en continu pour toute personne vivant dans la Cité.

Mais cet accès est souvent entravé par de nombreux obstacles financiers, administratifs, juridiques et socioculturels. Le médecin doit alors lutter contre ce réflexe de renvoyer certains usagers démunis vers les urgences hospitalières ou les praticiens de structures d'assistantat comme Médecins du Monde. L'usager en question se heurte trop souvent à l'inertie institutionnelle. Il doit faire face à différents protagonistes, réitérer l'expression de ses maux, sans être assuré que la personne face à lui tend « une oreille » qui peut se familiariser avec « son histoire ».

Nous sommes d'emblée confrontés, extrêmement brutalement, à une violence symbolique dont la responsabilité nous incombe, à nous, les quatre mille trois cents médecins libéraux du Bas-Rhin. Car nous ne voulons pas voir certains visages de la misère, de ceux qui souffrent à nos portes et qui devraient pourtant bénéficier de la continuité de nos soins et de notre attention.

En effet, le médecin libéral a admis trop souvent que ces patients ne font plus partie de son champ de compétence. Aussi, force est de constater que certaines « catégories » d'usagers dépendent entièrement des associations caritatives ou de l'assistance hospitalière.

Les personnes sans domicile fixe ou en situation irrégulière, surtout lorsque leur état impose des prescriptions, des examens et des traitements réguliers ; les chômeurs qui ne bénéficient plus de la médecine préventive du travail ; de nombreuses mères célibataires ; les personnes au seuil de pauvreté ; les toxicomanes et les travailleurs de force, immigrés, victimes d'accidents du travail dont les conséquences psychiques sont parfois sans commune mesure avec le caractère en apparence anodin du traumatisme en cause, tous ceux-là sont victimes de cet état de fait.

Tous ces usagers qui vivent à nos portes, dans nos banlieues, sont les principales cibles et victimes des menaces sociales, psychologiques et politiques qui se traduisent par des difficultés d'accès au logement, au travail, aux soins médicaux, aux conseils juridiques et à la régularisation de titre de séjour, dans un « monde » de plus en plus riche où l'ultralibéralisme a remplacé le politique et l'éthique médicale.

Or ils ont mal, ils souffrent, souvent isolés.

Les somatisations : l'hypochondrie, l'insomnie et la consommation abusive de psychotropes en automédication – deviennent un mode d'affirmation identitaire, d'un sentiment d'appartenance au groupe des « personnes-consommant-des-psychotropes-et-des-antalgiques-et-engagés-dans-les-rituels-d'achat ».

Dans la perspective d'un bon équilibre, même si elles permettent aussi résistance et survie, ces stratégies psychologiques sont source d'insatisfaction profonde et, bien entendu, vouées à l'échec.

Face à cette réalité, comment, nous, médecins libéraux, pourrions-nous aiguïser notre capacité à reconnaître ces souffrances dues principalement à l'atteinte des « liens sociaux ».

En l'état actuel, la durée moyenne d'une consultation de généraliste n'excède pas dix minutes. C'est une moyenne avérée. Le médecin coupe régulièrement et rapidement la parole de son patient, pris par le fantasme de toute puissance que lui confère l'industrie pharmaceutique : la prescription de médicaments pour apaiser douleur, émotions, inconfort - et même la mort. Par la grâce du progrès technique et de la recherche pharmaceutique lui sera évité le devoir d'écoute pourtant le plus fondamental dans la relation de soins.

Les douleurs secrètes et pudiques d'autrui sont-elles devenues si anachroniques que nous avons fini par ne plus les voir.

Comment s'expriment-elles ?

Comment les reconnaître pour ensuite les accueillir et les accompagner ?

Comment faire en sorte de revendiquer leur prise en charge au cabinet pour tenter de recréer des liens sociaux et pour lutter contre la ghettoïsation de la misère ?

On se rend compte que les concepts d'accessibilité des filières de soins et de celui même de « la santé » reposent sur la place que l'on accorde à l'être humain en relation avec son environnement. Reste à savoir si l'Homme est « premier ».

On se rend compte également que le médecin doit devenir un professionnel impliqué.

Il est important qu'il soit nourri lui-même d'une vision globale de l'histoire de son pays et du sens de l'histoire de la médecine.

Il se doit d'être sensible à l'influence que peuvent avoir les facteurs d'environnement physique, social et psychologique sur l'équilibre de ses patients.

Un médecin ne doit-il pas savoir que de nombreux facteurs influencent notre santé : l'air que nous respirons, la nourriture que nous mangeons, dans quelle condition nous travaillons ? De même, ne devons nous pas réfléchir à l'argent que nous gagnons et le jugement que nous portons sur l'équité de ce gain ? Le lieu où nous vivons, l'éducation que nous avons reçue dans notre jeunesse, l'évolution sociale ou professionnelle que nous avons, ou non, réalisée...

Finalement, nous pouvons observer que « la santé » relève d'un patrimoine communautaire, bien loin de n'intéresser que le comportement d'un individu en tant qu'entité isolée.

Le médecin praticien peut-il, sous serment d'Hippocrate, continuer à n'être qu'un exécutant, même habile et efficace, sans tenir compte de l'influence profonde de ces nombreux facteurs d'environnement sur l'équilibre de ses patients ? Peut-il se contenter de le stigmatiser et répondre à une demande de façon protocolaire ?

Les conditions économiques et politiques sont déterminantes pour la préservation de l'accès aux soins pour nos patients. Comme les effets des licenciements économiques et la prolétarianisation qu'ils ont entraînés. Les lois instables sur l'immigration qui jettent régulièrement dans l'illégalité de nombreux étrangers et les privent de façon arbitraire du droit aux soins sont-elles acceptables ?

Comment rester insensibles à ces considérations si nous plaçons l'humain au centre de nos exigences éthiques ?

Quelle est la vision du soignant face à l'Étranger et au Marginal ? S'est-il seulement interrogé sur son propre rapport à l'Un et à l'Autre et sur la place qu'il leur accorde dans son propre système de valeurs.

Car, en vérité, le principal médicament pour le patient est le médecin lui-même.

C'est une responsabilité qui oblige.

Qui aujourd'hui, parmi les spécialistes, est encore prêt à se mettre dans la peau d'un « médecin de famille » ?

Face aux effets de l'exclusion, ne sommes-nous pas devenus des « urgentistes » ou des « humanitaires » ?

Nous connaissons pourtant bien l'expression des troubles : honte, désespérance ; peur de s'engager dans une relation affective pour ne pas souffrir ; dépendance à l'alcool et à certaines drogues ; troubles psychologiques ou psychiatriques chroniques ; refuge compulsif dans le sommeil, l'insomnie, la boulimie ou l'agressivité, sans parler d'une certaine impulsivité et des difficultés de symbolisation.

Le fait que le corps médical soit devenu le plus souvent quasi inaccessible par son attitude a entraîné le recours aux calmants et aux psychotropes illicites plutôt qu'aux soins médicaux dans l'optique d'un traitement continu contre la douleur notamment.

Il est important de comprendre que l'extrême pauvreté ou la précarisation modifie le rapport au temps, le dévalue ou le surinvestit, à l'instar du constat que fait Maryse Esterle-Hebidel : « Refuser de voir au-delà de la journée qui vous attend, c'est quelquefois nécessaire au maintien de la cohésion de sa personne. Inversement, faire perdurer un statut précaire, faute d'espérer un processus, une évolution, peut également avoir un effet protecteur. Dans les deux cas, le temps est immobile ».

On voit que les précarisés peuvent avoir besoin de conserver leur rapport au temps, sans se soumettre à un ordre qui l'impose. Dans ce contexte, respecter un rendez-vous peut provoquer chez le sujet le sentiment de perdre le dernier bastion d'un libre-arbitre inhibé par la précarisation.

Aussi, doit-on leur offrir la possibilité de venir au cabinet sans rendez-vous, aussi longtemps que nécessaire.

Fixer un rendez-vous le matin à des insomniaques peut constituer une véritable faute professionnelle.

On imagine les difficultés que cela peut représenter dans une pratique de psychiatre libéral comme la mienne : ajustements horaires des patients payants, salle d'attente bondée d'une population cosmopolite, cuisine en activité pour servir thé ou café. Mais cette adaptation est rendue possible parce qu'elle est associée à une bonne connaissance du fonctionnement des autres partenaires sociaux, éducateurs, travailleurs sociaux, juges, policiers et avocats. Cela permet au psychiatre que je suis de pouvoir identifier la personne relais, « élue » par le précarisé, qui est souvent la première personne qui a eu de l'empathie pour lui et de l'intérêt pour son histoire.

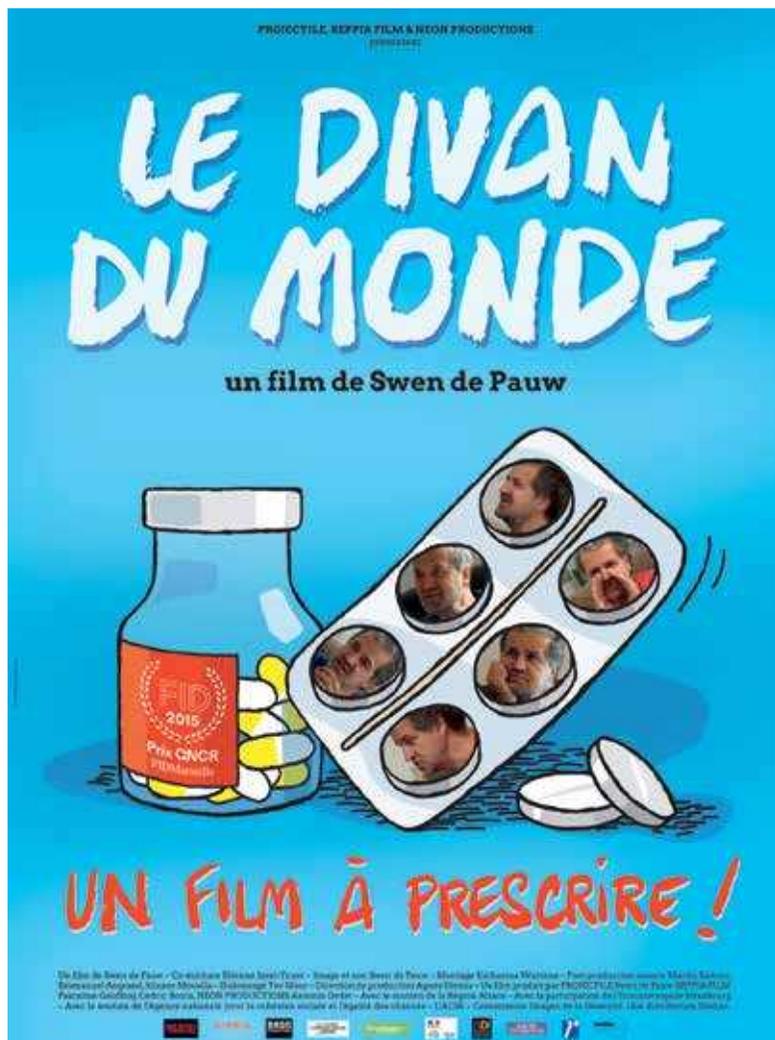
Cette « élection », si elle est définitive tout au long du cursus médico-social, est le moyen pour le médecin de l'identifier et lui permet de s'appuyer sur elle pour dynamiser les nombreuses interventions. Par ce processus, les intervenants ne sont pas démunis et savent qu'ils sont accompagnés. Ils ne sont dès lors pas contraints de compartimenter la vie, la demande et les réponses données.

Devant le défi posé par des patients socialement fragilisés, pourquoi les médecins spécialistes « élus » ne pourraient-ils pas s'instaurer en médecin de famille et devenir fédérateur de l'ensemble des interventions médico-sociales et juridiques dans le cadre de la mise en commun d'un savoir-faire spécialisé, restitué aux plus fragiles ?

Cette démarche court-circuiterait la tentation de multiplier les actes pour rentabiliser sa micro-entreprise et resituerait le corps médical en son lieu originel. Et cela lui permettrait de recouvrer son temps car, selon l'adage : en médecine il n'y a que peu d'urgence mais uniquement des médecins pressés.

Avec le vœu cher de voir un jour cette pratique en cabinet privé être intégrée au réseau des soins publics...





« Le serment d'Hippocrate est violé quotidiennement et l'hypocrisie s'est installée malgré la déontologie officielle, ce que dénonçait déjà Montaigne : « Les médecins ne se contentent point d'avoir la maladie en gouvernement, ils rendent la santé malade, pour qu'on ne puisse en aucune saison échapper à leur autorité ».

Prof. Bernard Herzog : plaidoyer pour une médecine à face humaine.

Entretiens avec Georges Yoram Federmann janvier-février 2020

À la question du sens de la médecine aujourd'hui, me vient une anecdote que je voudrais illustrer par un moment qui a été fondateur pour moi.

Je m'installe le 1^{er} avril 1987 boulevard Tauler, Strasbourg. Juste avant de m'établir je suis reçu, avec les nouveaux inscrits, à l'Ordre des médecins départemental, dirigé par son président d'alors le Dr. Linck. Il est neuropsychiatre, installé rue Hermann dans une maison de maître. Et le Dr. Linck, très hospitalier et très cordial, nous dit quelque chose que je n'ai jamais oublié : « Achetez d'emblée le matériel le plus cher, pour que jamais les patients n'aient le sentiment que vous leur devez votre prospérité. »

C'est ce que je fais.

J'achète des meubles. Je les ai toujours, on peut les voir dans le film le Divan du Monde. Ce matériel présent depuis des décennies a deux conséquences : il me rappelle que le Dr. Linck est un des médecins alsaciens qui ne s'est pas replié à Clermont-Ferrand au moment de l'annexion de l'Alsace puisqu'il est devenu collaborateur technique et scientifique des nazis.

Mes travaux sur la médecine nazie et sur l'Université nazie à Strasbourg entre 1941 et 1944, ainsi que les thèses de référence des Drs. Patrick Wechsler et Raphaël Toledano, vont rendre assourdissant le silence qui aura toujours pesé sur cette situation de collaboration. Cet homme me rappelle également d'autres figures

de proue du paysage strasbourgeois, dans le même cas que lui et que sa femme, tous deux neuropsychiatres.

Le Dr. Linck devient Président départemental de l'Ordre des médecins. Les fondateurs des laboratoires Schuh et Trenszt, ayant pignon sur rue à Strasbourg, étaient dans le même cas.

Je me retrouve dans la situation où ce notable, devenu collègue, n'insiste pas sur le serment d'Hippocrate, sur la qualité de l'accueil, ni sur la juste mesure du montant des honoraires mais sur l'agencement et la décoration d'intérieur d'un cabinet clinquant ! Comme si la forme l'emportait, pour lui, sur le fond en posant d'emblée les règles du succès : ne rien apprendre du patient, s'en détacher et, implicitement imposer, par le design même du cabinet, ce qui doit se jouer entre un patient et un médecin.

Pour moi, cela a été l'exact opposé de ma vocation de médecin : soins, hospitalité. Et absence de jugement. Travailler sur l'accueil et faire en sorte que mon cabinet ne fasse jamais obstacle à un patient afin qu'invariablement chacun ait le sentiment d'être le bienvenu en mettant tout en œuvre pour qu'il n'y ait pas de rupture entre la ville et la vie et ce qui pouvait se jouer dans l'intimité du cabinet en dehors de la garantie absolue du respect du secret professionnel.

À la fac de médecine de Strasbourg, nous avons été formés - et plus encore Nous avons été formés à travailler « avec notre tête », en abandonnant tout le reste : nos affects, notre histoire et l'histoire collective.

Nous avons été formé à devenir des techniciens, à renoncer à la connaissance de soi, à notre sensibilité, afin de prétendre nous consacrer à l'écoute de l'autre.

Cet autre sera alors réduit à un objet. On ne va pas s'intéresser à sa parole, d'où elle s'origine, comme si le patient était coupé de son histoire et du corps social. En conséquence de quoi, et tout en prétendant « soigner », la relation établie va contribuer à isoler le patient de lui-même et du monde d'où il vient et où il va retourner après la consultation.

D'un point de vue politique, la Fac de médecine nous a réduits à être des représentants d'une idéologie de classe : appartenance à une classe favorisée de « sachants » qui s'est coupée de la connaissance de l'autre.

On va surtout ne pas être à l'écoute de ce qui fait sa singularité.

Schématiquement, on va inviter le patient à parler pour qu'il se taise.

Pour qu'il écoute notre diagnostic et observe à la lettre notre ordonnance.

La maladie mentale n'existe pas.

Si on décide qu'elle existe, cela reste le produit d'une construction, d'une modélisation.

Si on décide qu'elle n'existe pas, c'est une autre construction dont l'intérêt majeur est d'expérimenter et de mesurer les effets de « cette absence ».

En effet, que peut-il se passer si l'autre, qui vient avec une demande, n'est pas chosifié, réifié, réduit à une connaissance supposée ?

Ma pratique de psychiatre

Durant mes études de médecine, j'ai constaté que l'approche de l'humain était extrêmement peu développée à la faculté de Strasbourg.

Les médecins me semblaient être ceux qui, dans la relation patient-médecin, avaient le plus peur. Cela m'avait beaucoup étonné. Et, en même temps, m'a permis un espace d'exploration infinie. Il m'était relativement aisé d'accueillir et d'accompagner un patient, ils étaient généralement bienveillants. En réalité, le principal ennemi dans la relation patient-médecin est la peur que porte en lui le médecin. Une grande partie de mon travail de formation personnelle a été d'essayer de comprendre la définition de l'éthique.

Quels sont le rôle et la vocation d'un médecin ? Et comment la société le délègue aux fonctions qu'il doit occuper.

L'histoire de la médecine m'a beaucoup enseigné, que ce soit l'histoire de la psychiatrie à partir du XIXe siècle ou celle de la médecine nazie.

Il y a de nombreuses circonstances dans l'histoire de la médecine occidentale européenne où je me suis aperçu que le médecin avait été indéniablement un ennemi pour des gens qui auraient pu être ses patients. L'illustration emblématique tout à fait récente est, bien sûr, l'adhésion des médecins allemands au nazisme. C'est la profession qui a le plus adhéré au parti national-socialiste.

Le regard que l'on peut porter sur la psychiatrie au XIXe siècle montre aussi combien les aliénistes avaient en suspicion les pauvres, les alcooliques, les syphilitiques et portaient sur eux un jugement moral. Mais force est de constater qu'aujourd'hui, la suspicion vis-à-vis de certains groupes de patients demeure toujours aussi vive chez une partie très importante de la profession médicale.

Quand je me suis installé en libéral, il y a trente trois ans, les plus anciens me disaient qu'il n'y avait plus de possibilité de « se faire une clientèle ». En fait, je me suis rendu compte que si l'on était motivé, on était très rapidement surchargé de travail !

Le profil de la clientèle habituelle vient généralement de classes sociales dites moyennes ou favorisées. D'un point de vue culturel, ces populations accèdent facilement à l'offre de soin de spécialistes. La clientèle des spécialistes, dans une ville comme Strasbourg, n'a pas le même profil sociologique que celle du généraliste, de l'urgentiste hospitalier, ou encore celle de l'humanitaire comme Médecins du Monde.

Un psychiatre, même s'il se considère comme étant parmi les médecins libéraux les moins bien payés, avec les pédiatres et les généralistes, peut espérer aujourd'hui avoir des revenus à hauteur de soixante dix à cent vingt mil euros net par an. Une somme qui me paraît toujours disproportionnée par rapport aux revenus moyens d'une quinzaine de millions de nos concitoyens.

Cette prospérité est due à un système d'assurance maladie qui est extrêmement bienveillant pour les médecins, qui l'est toujours pour les patients. Il entraîne des droits mais aussi des devoirs.

Mais, qu'en est-il des chômeurs en fin de droits : filles-mères isolées ; personnes en situation irrégulière et personnes dépendantes en situation de précarité, soit chronique soit momentanée, qui ne vont pas faire la démarche d'aller vers un spécialiste.

Qui est l'enseignant, qui est le maître ?

C'est cela que très tôt j'ai essayé de changer à partir de l'accueil des personnes que l'on appelle « toxicomanes », comme on dit dans le milieu médical. En prenant soin d'offrir surtout un lieu d'accueil - non pas de « parole » car les toxicomanes ne parlent pas beaucoup. Assurer une permanence m'a obligé de revoir les conditions de l'accueil et ma représentation du patient. J'ai dû transformer mon rapport au temps, respecter celui du patient qui s'impose au couple patient-médecin.

Modifier mon rapport au temps et l'avoir fait savoir dans les milieux associatifs strasbourgeois a permis très rapidement qu'une nouvelle patientèle fasse la démarche de demande de soins.

Donc ma porte s'est largement ouverte aux discriminés habituels de la psychiatrie libérale. Pour schématiser, la plupart des patients qualifiés et traités comme « psychotiques », quasiment tous les toxicomanes et tous les sans-papiers ont trouvé pour eux ma porte ouverte.

Je sais que des collègues généralistes ont eu des conflits physiques avec certains de leurs patients toxicomanes, mais cela reste exceptionnel. Il est possible que la peur du médecin et son ambivalence, qui oscille entre renoncement et accompagnement, peut en être la cause.

Le toxicomane nous met face à nos limites, c'est pourquoi il est important que l'on puisse aussi respecter nos propres limites de praticien pour ne pas faire prendre des risques à nos patients. Nos

limites sont celles du rapport à la règle et à la loi, que nous sommes appelés à instaurer avec beaucoup de fermeté - et en même temps de générosité.

Malgré tous les efforts de la personne toxicomane, il faut savoir que le contrat initial ne pourra jamais être respecté. Nous allons être appelés à le faire évoluer en permanence en tenant compte d'une terreur fondamentale qui est, à mon sens, celle d'être abandonné à tout moment. C'est un constat clinique. La personne est persuadée, qu'à tout moment, l'accompagnant ou la structure accompagnante, peut la laisser tomber. Et il n'y a aucune raison sociale que ce sentiment ne soit pas toujours vivace.

Pour ceux qui sont encore dépendants du *Moscontin** ou du *Subutex**, le progrès, grâce à la substitution, est indéniable : les patients travaillent avec un équilibre meilleur. Mais, avec quasiment aucune psychothérapie possible. C'est pourquoi, un lieu d'accueil est nécessaire. Les personnalités s'avèrent très fragiles, les histoires très complexes, avec en filigrane, la crainte de l'abandon. Compte tenu de cette fragilité-là, la garantie d'un lieu d'accueil adaptée et souple, basée sur la force de la parole, se révèle salutaire.

La cohabitation entre mes patients dans la salle d'attente a généré des synergies étonnantes. Il y a une absence totale de discrimination. Aucun n'a discerné le toxicomane parmi les autres. Il n'y a jamais eu de prise de conscience de ce diagnostic de toxicomanie. Les autres patients n'interprètent pas l'impatience, les aller-retour dans la cuisine pour prendre un café ou dans la cour pour fumer. À mon avis la discrimination n'est faite que par le praticien.

Dans les débats sur cette question, je n'ai pas perçu qu'on ait mis l'usage de drogues au centre de nos préoccupations. Aujourd'hui encore, pour mes collègues psychiatres, il s'agit plus d'un objet d'étude plus ou moins intéressant mais pas une perception du toxicomane en tant que sujet. C'est comme si, le « diagnostic » de toxicomanie était une manière d'exclure le sujet dans la relation psychiatre/patient. C'est comme si une fois ce signifiant-là posé sur un patient, il n'était plus un patient potentiel.

Citoyenneté

J'ai une patientèle, d'environ trente personnes dépendantes, pas toutes présentes au même moment. Ces trente patients ont réussi à instaurer une relation de travail, toujours complexe mais singulière. Je ne suis qu'un maillon d'une chaîne et pas nécessairement le maillon fort. Comme pour les personnes dites « sans-papiers », j'ai pris conscience qu'il y avait invariablement l'histoire de la maladie tissée de l'histoire de vie de ces personnes.

Mon travail, en tant que psychiatre, est d'aménager un lieu et un cadre. Ces gens ont déjà une longue histoire derrière eux et souvent, ils ont un partenaire de confiance que nous devons découvrir. Car, très souvent ils ont un travailleur social, un ami ou une rencontre qui a été déterminante pour eux et qui le restera pour moi tout au long de la prise en charge. C'est à moi de reconnaître ce maillon-là et d'adapter ma pratique à l'importance que la relation à ce maillon continuera d'avoir.

Aussi, ai-je appris, que le cadre est déterminant dans beaucoup de situations aujourd'hui. Aux confins du psychiatrique, du médical, du social et du juridique, tous ces domaines s'intriquent. Pour peu que je puisse être utile comme psychiatre, le social m'intéresse et je ne vais adresser mon patient à l'assistance sociale qu'au moment où je ne serai plus compétent. Mais mon travail est de mettre en place un cadre le plus large possible où les travailleurs sociaux travailleront avec le sujet comme préoccupation centrale. En fonction de sa demande, de droits dans le domaine médico-social ou dans le domaine juridique dont il sera dûment informé, il pourra être soutenu.

Et c'est là où le travail de citoyenneté va essayer de faire accéder le patient à la culture médico-sociale et juridique générale à laquelle nous, praticiens, avons habituellement accès. Ces partenaires vont être un vecteur de socialisation et de civisme. Une sorte de

parrainage républicain par le travail d'équipe au côté du sans-papiers ou du toxicomane.

Dans ce travail, il y a deux défis principaux pour le médecin : ne pas abandonner, ne pas nuire.

Le Système

Je pense que le système actuel est un très bon système, hérité des luttes qui ont donné lieu à la création de la sécurité sociale, du salaire et de la retraite, au XX^e siècle : un concept de salaire comme étant ce qui va permettre le financement de cet outil extraordinaire qu'est la sécurité sociale, en prenant soin de permettre à chaque citoyen de développer sa culture médico-sociale. On a ainsi permis de, relativement, respecter l'égalité des chances en termes d'accessibilité aux filières médico-sociales.

Mais, beaucoup de nos concitoyens continuent d'estimer que la médecine est une sorte de champ sacré et magique et qu'on peut lui déléguer une grande partie du pouvoir. Un pouvoir fantasmé, principalement dédié à une corporation qui était des médecins, sans se rendre compte que durant ces 20 dernières années, les médecins, toujours très à l'aise sur le plan financier, ont aussi commencé à avoir très peur.

Je tiens à insister sur cette dimension de peur qui habite les praticiens. Pourquoi vont-ils aussi vite dans l'exercice de leur pratique, pour examiner, prescrire et si peu parler, si ce n'est parce qu'ils ont intégré les effets du fantasme de toute-puissance. Aujourd'hui, plus rien ne résiste à la technique. Au fond, nous sommes invités à contrôler et à instrumentaliser toutes les formes de douleur. Mais les gens en souffrance affective ne trouvent plus pour leur subjectivité l'écho nécessaire auprès du praticien.

Effectivement je pense qu'au fil des siècles, en tout cas depuis l'époque des Lumières, les praticiens ont toujours été au service du pouvoir pour que les rapports de force entre classes sociales soient maintenus, à l'instar des aliénistes au XIX^e siècle.

La profession connaît des crises politiques et idéologiques, dont le débat, ou plutôt l'absence de débat sur la « substitution » est un exemple. On ne parle plus chez les médecins libéraux de l'attitude à avoir par rapport à la souffrance de la personne toxicomane. Il est supposé exister des spécialistes qui s'en occupent. On a évacué ce questionnement et pour moi, cela est dangereux pour le patient. J'ai dû dénoncer une première fois, en décembre 2002, l'absence de débat concernant les menaces qui planaient sur les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État. De même, en novembre 2019, j'ai été contraint de saisir l'Ordre des Médecins de Paris quand la ministre de la Santé, la Dr. Agnès Buzyn, a interdit l'accès aux soins aux demandeurs d'Asile pour trois mois.

Outre les associations phares comme le G.I.S.T.I., Médecins du monde, Act-Up et hormis quelques mouvements de généralistes, comme le Syndicat de la Médecine Générale, extraordinaire mais très minoritaire, il n'y a eu aucune réaction dans le domaine libéral.

Omniprésence de la Grande Histoire sur notre génération

Ces moments de crises idéologiques confirment l'isolement de la profession médicale, en termes de réflexions éthiques et politiques. Cet isolement démontre que la profession médicale est prête à suivre aveuglément n'importe quelle idéologie dominante. Elle n'est pas prête à tirer tous les enseignements du procès que l'on a pu faire aux médecins nazis : qu'est-ce qui a fait que des médecins ordinaires ont adhéré au nazisme ? Il n'y a pas de réponses à cela. Mais qu'il n'y ait plus de questionnements est problématique. Que le procès de Nuremberg, décembre 1946 - août 1947, soit passé aux oubliettes, cela constitue aussi un moment de crise qui n'est jamais retombé pour moi.

À Strasbourg, je me vois reprocher qu'en tant que médecin, je manifeste un intérêt pour la mémoire de la Shoah et pour les expériences qui ont pu avoir lieu sur l'homme. On me dit : « C'est dommageable que localement on puisse t'identifier aussi à ce



combat ! ». Étrange. Pourtant, cela se passait-il il y a des siècles ? N'y aurait-t-il pas d'enseignements à l'Histoire ? L'idéologie des XIX^e et début XX^e siècle est représentée par des maîtres que l'on célèbre. Alexis Carrel notamment n'écrivait-il pas qu'il fallait servir la société en se débarrassant des déviants « par les gaz appropriés » ? L'inspiration de la réflexion éthique se trouve dans l'histoire de la médecine depuis deux siècles, où les médecins ont le plus souvent considéré qu'il fallait respecter les normes de la société. Tout le monde n'avait pas droit au statut de patient dans le regard du médecin.

Cela pose la question de la formation du médecin et de sa lecture du serment d'Hippocrate.

Le silence

L'incidence que le silence a sur nous tous est indéniablement à questionner.

La culture du renoncement à la tradition verbale pour devenir des techniciens interpelle également.

Quelle incidence peut-il y avoir d'étudier, dans cette Fac de Strasbourg, sans savoir que s'y sont déroulées des expériences sur l'Homme ? Où les Allemands, les meilleurs médecins de l'époque, ont adhéré au nazisme et en toute bonne conscience ont fait des expérimentations monstrueuses sur des individus. S'ils n'ont alors jamais exprimé le moindre remords, c'est parce qu'ils étaient persuadés de travailler pour la science ! Comme nous, aujourd'hui, dans d'autres champs avec, finalement, des objectifs très proches : exclure ce qui dérange et ce qui fait peur.

Alors, quelle incidence encore peut-il y avoir dans cette Fac, quand les professeurs nous enseignent la médecine et les sciences, de la première à la huitième année, sans vraiment parler de ce qui s'est déroulé dans ses murs ?



Images extraites du film le Divan du Monde de Swan de Paw

De tels actes, auxquels nul n'a véritablement eu l'occasion de réfléchir dans le cadre de ses études de médecine, n'auraient-ils pas d'effet sur notre posture éthique en tant que médecins ?

Pourtant, je pense que l'enseignement des nazis est transmis de façon psycho ou épigénétique.

Le fait de ne pas l'enseigner est en soi un enseignement magistral implicite, auquel nul ne devrait être indifférent. Parce que si nos maîtres n'enseignent pas cette période, elle devient anachronique, comme si elle avait été accidentelle.

S'interroger sur ce qui a poussé les médecins nazis à sélectionner les Juifs à la descente d'Auschwitz. S'interroger sur les questions anthropologiques : comment savaient-ils qu'ils étaient Juifs ? Comment pouvaient-ils en être sûrs ? Après toutes ces années d'études, j'ai été hanté par cette question : comment les médecins allemands, les meilleurs médecins du monde occidental, qui ont adhéré à partir de 1933 au nazisme sans y être obligé, se représentaient-ils les Juifs quand ils exerçaient la sélection à Auschwitz ?

Sélection est un terme nazi, je reprends sciemment le terme du bourreau parce qu'il est encore signifiant aujourd'hui !

Comment se les représentaient-ils ? Comme des « cobayes » ?

Et aujourd'hui ? Comment nous représentons-nous « les Juifs d'aujourd'hui » ?

Voilà une question qui est malheureusement et à nouveau d'actualité.

Hierarchiser la souffrance

Comment moi, médecin psychiatre à Strasbourg, me représente-je mes patients en situation d'exil dans leur propre pays, ou immigrés, économiques ou politiques ?

Vais-je refuser, dans mon cabinet, les gens qui traversent la Méditerranée, qui viennent de Syrie, d'Angola, de l'Afrique subsaharienne, sous prétexte qu'ils ne sont pas des cas psychiatriques classiques, « purs » ?

Compartimenter ainsi la souffrance au point de dissocier les causes et de ne pas percevoir la souffrance psychiatrique générée par des histoires collectives tragiques ?

Si moi aussi, je me mets à fonctionner de manière compartimentée comme le médecin allemand, j'aurai dans la tête une échelle fantasmagorique : une hiérarchisation de la valeur de la vie humaine ! Une vision communautarisée, raciste à certains égards, parce qu'elle va me pousser à refuser l'accès du cabinet à une grande partie des souffrances de la société et de le justifier, sans remords !

Cela résonne en effet, comme le mécanisme d'adhésion des médecins au nazisme : justifier la sélection et la mort des Juifs pour créer un territoire collectif « pur », dans une perspective socialisante et sans aucun remords.

Et nous, nous n'avons aucun remords quand nous décidons de ne pas accueillir chez nous, en France et dans nos cabinets, ceux qui ont le plus besoin de nous !

Le paradoxe est que l'on a créé un exercice de la psychiatrie, politique et sociologique, où le psychiatre n'accueille finalement que les personnes de sa classe sociale. Et il est devenu capable de reconnaître ceux qui n'appartiennent pas à sa classe sociale.

Comme Chirac l'aurait dit « au bruit et à l'odeur ».

Alors, je pense qu'en effet, on a été formé à la Fac de médecine de Strasbourg à reconnaître, « au bruit et à l'odeur ». L'absence de papiers et de moyens, l'absence de symptômes psychiatriques classiques, selon nos classifications, sont devenus signes et critères d'exclusion. Les symptômes politiques et sociaux justifieraient de mépriser les pauvres et les personnes vulnérables ? L'ont-ils choisi ?

Les réfugiés des zones de conflits dans le monde avaient-ils le choix de ne pas fuir ?

C'est pourquoi, je suis convaincu qu'on n'a pas retenu la leçon d'Auschwitz que j'encourage à percevoir dans sa modernité.

Si les nombreuses commémorations, notamment liées à la Shoah et à Auschwitz, ont du sens, nous, nous devrions le manifester en prenant soin des individus qui ont subi des situations de tragédies et de traumatismes. Ils cherchent avant tout les moyens de survivre et de protéger l'avenir de leurs enfants.

Qu'est ce qui fait que des médecins français refusent de recevoir des traumatisés, des réfugiés et les envoient à Médecins du Monde ou aux urgences hospitalières ?

Cette défaillance éthique est l'échec collectif de notre système.

Aussi, ma préoccupation est la suivante : qu'est-ce qui fait qu'aujourd'hui en France, le médecin ne se comporte pas comme un citoyen au plus près des réalités qui génèrent la souffrance ? Pourquoi ne s'intéresse-t-il pas aux mécanismes générateurs de souffrance psychologique que sont les processus de marginalisation et d'exclusion ?

Les conséquences de la politique des gouvernements sont, depuis une quarantaine d'années, d'avoir désespéré une partie de cette population et de la maintenir dans un état de non-droit. Le constat que nous faisons est que généralement ces gens finissent quand même par s'intégrer mais au prix de mille souffrances que génère le système. Les demandeurs d'asile déboutés que nous accompagnons et qui sont tombés dans la clandestinité, peuvent prétendre à être régularisés après 10 ans de présence continue sur notre territoire. C'est en quelque sorte la prime à la persévérance ! On a mis sur leur chemin des obstacles énormes, à eux et à leurs enfants. Très longtemps ce sont les enfants qui doivent porter les parents. Ce sont pour eux de terribles souffrances et le vol de

leur enfance. Ils vont apprendre la langue française plus vite, ils deviennent les traducteurs de la détresse de leurs parents.

La mise en place des systèmes juridiques devrait nous permettre d'être avides de clients qui ont besoin de notre expertise !

Les Algériens

Pour moi, le modèle fondateur du rejet de l'autre s'exprime par la façon dont on traite les Algériens. Ce sont eux qui sont les plus méprisés. Ils quittent un pays dévasté par la corruption et ils viennent ici pour sauver leur vie et pour avoir l'espoir d'un avenir social.

N'est-ce pas d'abord le mouvement de l'exil qui est signifiant en tant que tel ?

Alors, bien entendu, quand j'accueille l'Algérien qui vient avec son indigence psycho-sociale, sans papiers et sans argent, dans un véritable état d'anomie, devrais-je comme d'autres lui répondre : va à Médecins du Monde, ou à l'hôpital. Débrouille-toi, règle avant tout ta situation sociale avant que nous ne puissions aborder la noble question de ta demande psychiatrique !

Mais la question éthique est : pourquoi tourner le dos aux Algériens ? Alors que le seul fait d'être « célibataire et algérien » signe dans l'immense majorité des cas une situation de traumatisme psychique. À un niveau clinique, en tant que médecin, « Algérien » équivaut à une souffrance dévastatrice sous-jacente.

En tant que psychiatre, il y a ce signe dit « pathognomonique ». Il détermine le diagnostic et impose la conduite thérapeutique correspondante. Et le signe pathognomonique, qui doit conduire à la régularisation, est d'être d'origine algérienne et avoir entre vingt et trente ans. Ils ne peuvent entrevoir un avenir qu'à condition de se voir reconnaître la gravité de leur maladie chronique. Voilà un constat pour le moins kafkaïen.

Ce sont tous de fidèles patients qui n'aspirent qu'à trouver un compagnon de route sur leur chemin de croix. Je ne peux les

recevoir tous aussi, je suis content d'avoir une dizaine de collègues psychiatres prêts à me donner un coup de main aujourd'hui. Quand je ne peux pas les recevoir, je leur dis sur mon répondeur : « Je vous accueille personnellement ou je vous oriente ». Cela se sait dans le milieu algérien. Ils savent comment je travaille. Ils savent que je ne fais pas les certificats médicaux à l'emporte-pièce mais après au moins trois ou quatre mois d'observation. Et je les fais à chaque fois, sérieusement, parce que si l'un d'entre nous triche, nous serons tous discrédités.

Je peux à présent m'appuyer sur cette dizaine de collègues, qui savent que je ne suis pas le docteur « qui file les papiers », comme disait la rumeur. Quand on prend des risques, les collaborateurs sont les témoins importants du réel travail que nous menons. Et je suis heureux que l'on puisse ainsi développer, en équipe, une qualité d'écoute et d'accueil ouverts aux souffrances du monde...

La responsabilité collective

Toutes ces réflexions se traduisent chez moi par la question de la responsabilité.

Je considère que les métiers du soin, du social et du droit peuvent être complémentaires. Mais je n'hésite jamais à nous interroger sur notre responsabilité morale si, collectivement, nous laissons sur le bord du chemin, les gens qui ont le plus besoin de nous.

On a jugé, à Nuremberg, vingt-trois responsables médicaux nazis, dont sept ont été pendus. Mais, des dizaines de milliers d'autres médecins ont été recyclés dans les cabinets médicaux et dans les universités comme enseignants ! Les nazis sont restés à l'inspiration de la médecine allemande jusque dans les années soixante-quinze. Ils ont continué à enseigner et à exercer comme des nazis : nazi un jour, nazi toujours !

C'est fascinant tant c'est tragique !

Mais du côté français, sommes-nous plus dignes face à nos responsabilités historiques ?

Le recyclage

L'opération Paperclip a permis de recycler en Amérique, mille cinq cents scientifiques allemands, issus du complexe militaro-industriel, pour lutter contre l'URSS. D'autres seront recyclés en Russie, en Angleterre et chez nous. Recyclés, tel que Von Braun à la Nasa qui va permettre d'arriver sur la lune. Von Braun va faire profiter la NASA des recherches aéronautiques et balistiques nazies.

Et pour cela, environ trente à quarante mille esclaves ont été sacrifiés au camp de Dora. L'écrivain Boris Pahor, ancien déporté du camp du Struthof a 107 ans ce jour et en témoigne inlassablement. La recherche technique a été reprise ensuite par l'Occident car il n'y a pas eu d'interruption des recherches. Von Braun et consorts étaient des nazis qui utilisaient les Juifs et les Slaves comme esclaves pour construire les usines et y travailler jusqu'à la mort. Ils n'avaient que trois mois d'espérance de vie dans les camps, pour ceux qui n'étaient pas gazés avant !

Or, tous ces mecs-là, toute l'industrie allemande, l'industrie américaine, Ford, IBM, ont contribué à créer le monde d'aujourd'hui.

Qui sait qu'Auschwitz était assuré par Allianz contre le défaut de productivité ?

Qui sait que les internés, les déportés juifs payaient leurs billets de train pour arriver aux camps de la mort ? Et on leur faisait des réductions parce qu'ils partaient en groupe comme pour un voyage touristique !

Donc la Reichsbahn, la SNCF allemande, se payait sur les biens juifs.

Qu'est-ce à dire de notre monde actuel, des systèmes qui encouragent encore un certain eugénisme ?



Images issues de «La Question Juive en Europe 1933-45», p.122-123



« Le nom des 86 »

Une fois par an, depuis 2015, un film, « Le nom des 86 » est diffusé dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, en première et deuxième année. Les 86 Juifs gazés par Hirt au Struthof, en août 1943.

Il y a eu de nombreux travaux sur le sujet. Ce documentaire est très beau et a été fait localement par Raphael Toledano et Emmanuel Heyd.

C'est un des documentaires sur l'époque où je n'ai pas été censuré ! J'ai souvent été interviewé mais les réalisateurs ne gardaient pas ma contribution notamment parce que je disais que l'eugénisme était une pensée moderne et toujours à l'œuvre. Je ne me cantonnais pas à la dimension historique manichéenne visant à pointer le méchant nazi, criminel et fou. Je soulignais que ces actes étaient structurels et que le processus était encore à l'œuvre sous d'autres formes. Heureusement, les travaux de Johann Chapoutot et de Didier Durmarque rejoignent également ce que je dénonce et ils appréhendent la matrice d'Auschwitz et du nazisme sous un autre angle. Certains laissent entendre qu'on s'en est débarrassé : « plus jamais ça ! » dit-on, avec complaisance. Mais la réalité est tout autre.

Le Code de Nuremberg et la toponymie

Notre paysage toponymique local est peuplé de patronymes dont certains ont durablement influencé l'histoire collective : Gambetta, Clémenceau, Kennedy, Mandela, Bevin, Eisenhower. Arrêtons-nous sur un personnage : René Leriche. Il a marqué notre histoire locale et nationale à tel point que l'amphithéâtre de la chirurgie A des Hospices Civils de Strasbourg et qu'un pavillon, devenu définitivement la Faculté de Chirurgie Dentaire en 2011, portent son nom. Son portrait figure en bonne place dans différents instituts à son effigie.

Le professeur René Leriche est l'un de nos plus illustres chirurgiens, précurseur du traitement de la douleur, à l'écoute de ses patients. Son enseignement a dépassé les frontières.

Il a donné son nom à de nombreuses rues et institutions médicales et à des pincettes, les Pincettes Leriche utilisées encore aujourd'hui par les chirurgiens. Il a été titulaire d'une chaire de chirurgie à Strasbourg en 1924 et nommé président de l'Académie de Chirurgie en 1954. Mais le grand praticien a aussi été le premier président du conseil supérieur de l'Ordre des médecins à sa création par Vichy, en 1940 et a occupé ces fonctions jusqu'en décembre 1942. Il s'en est justifié, en affirmant que le conseil de l'Ordre, à l'instar du gouvernement de Vichy, avait servi de bouclier face à l'occupant nazi.

Nous devons rappeler que l'Ordre a été institué par la loi du 16 août 1940 et à l'automne 1940, le gouvernement de Vichy a lancé une offensive d'ordre législatif contre les Juifs résidant en France. Rappelons que l'opération policière réalisée contre les Juifs de Paris, « Vent printanier », plus connue sous le nom de « Rafle du Vél' d'Hiv' », eut lieu les 16 et 17 juillet 1942. Rappelons que la Solution Finale date du début 1942.

Le Conseil de l'Ordre a participé au recensement des médecins juifs et très tôt à leur exclusion. Il a adopté une politique de répression vis-à-vis d'eux et il a participé à la spoliation de leur cabinet.

Cette page sombre de l'histoire récente doit être transmise aux étudiants en médecine. Les enseignants dans toute la France continuent à entretenir l'idée que Vichy a été un accident et que la médecine ne peut servir que le bien qu'elle incarnerait forcément. Mais elle a participé à structurer notre manière de compartimenter la société et de hiérarchiser la valeur de la vie humaine jusqu'à aujourd'hui.

En dehors des vingt-trois médecins allemands ayant adhéré au nazisme et jugés à Nuremberg, dont sept seront pendus, tous les autres seront recyclés et continueront à exercer et à enseigner, comme des nazis, jusqu'au milieu des années 70 !



Illustration de Mérian XVIIe, symbole de la «normalité» que recherchait l'Allemagne nazie. Revue 44-45.
Strasbourg est libéré le 23.11.44

Il en est de même de nos élites ayant adhéré à Vichy.

Comment les médecins nazis se représentaient-ils les Juifs et les Tsiganes avant de les tuer et comment se représente-t-on l'Autre en pratique courante ? Dans quels lieux d'apprentissage se forge-t-on ces représentations ?

Comment, soixante-treize ans après Nuremberg, en est-on arrivé, après 10 ans d'études, à ce que la moitié des spécialistes français refusent d'accorder un premier rendez-vous aux bénéficiaires de la CMU ?

Bien que tout soit organisé aujourd'hui pour que ce Code de Nuremberg, dont quasiment aucun médecin ne connaît le contenu, fasse de nous, les médecins, des êtres éthiques, mon observation de la réalité est bien différente.

J'estime, pour ma part, travailler grâce au Code de Nuremberg. Ce corpus de préceptes déontologiques et de maximes morales devrait s'imposer à tout expérimentateur. On s'est débarrassé de l'idéologie nazie et donc on devrait se situer du « côté du bien », comme l'indique la référence au Code du Professeur Emmanuel Hirsch :

« Le procès de Nuremberg des vingt-trois médecins criminels interrogé au-delà même des sévices qu'ils ont fait subir à leurs victimes jusqu'à la mort, ou alors en les mutilant volontairement, méthodiquement, avec pour conséquence des souffrances physiques et psychiques inapaisables et irréparables.

La fonction médicale incarne de manière emblématique l'expression de la sollicitude, de l'attention humaniste, ainsi que cet engagement ayant pour fin de protéger l'autre de ce qui menace son existence, de le consoler des plus fortes détresses, de l'accompagner avec respect pour atténuer ses douleurs. Cet idéal de solidarité et de compassion aura été non seulement bafoué, mais plus encore trahi et perverti au point d'entacher de suspicion une pratique qui se doit d'être irréprochable, d'une loyauté et d'un scrupule qui la prémunissent de

route tentation de dérive – je veux dire d'arbitraire et de trahison. Le sens que l'on confère à l'idée de confiance aura été saccagé et aboli, alors que ceux qui étaient ainsi martyrisés en ressentait, dans leur détresse même, le plus grand besoin. Cet ultime recours d'une assistance bienveillante leur était non seulement refusé, mais plus encore la malfaisance et la perversité médicales anéantissaient l'ultime expression de ce qu'il était encore possible d'espérer d'un signe d'humanité ». Tribune au « Monde » le 19 août 2017 .

La vocation du médecin

Quel est le rôle d'un psychiatre libéral aujourd'hui ?

De mon point de vue, c'est d'assurer une attention sans différenciation à celui qui se présente à lui.

Est-ce le cas dans la pratique quotidienne ?

Ce n'est pas compliqué à vérifier. Il y a une feuille d'activités annuelle chez les psychiatres comme chez les autres médecins. Le SNIR - Système National Inter-Régimes - donne le pourcentage de patients bénéficiaires de la CMU dans la patientèle du médecin. Dans le Bas-Rhin, on peut atteindre 4 ou 5%. Et la plupart des cent cinquante psychiatres strasbourgeois se cantonnent à ce quota, alors que la réalité se situe entre 20 et 40%. Les sociologues Pinçon-Charlot seraient sans doute plus précis, mais disons que, même approximatifs, ces chiffres devraient constituer une sonnette d'alarme pour nous empêcher de dormir tant que ces personnes ne trouvent pas d'hospitalité dans nos cabinets.

Pour une nouvelle génération de médecins

Pourquoi a-t-on besoin de bousculer et de traumatiser les jeunes étudiants en médecine dès la première année ? Il faudrait plutôt les amener à prendre du plaisir à étudier, questionner, à partager le fruit de leurs découvertes et surtout à se soutenir. Ce qui se passe

réellement en première année est une incitation à la « frénésie ». Les étudiants sont mis en rivalité ! N'est-ce pas curieux !

Pourquoi ?

Comment les enseignants pourraient-ils imaginer que cette mise en rivalité n'a pas d'effets dans la pratique médicale ?

En fait, cette compétition va se perpétuer. Durant toute la carrière professionnelle de ces médecins, ils seront liés entre eux plus par la méfiance ou la haine que par la loyauté.

Un rapport à la haine qui n'est pas interrogé mais qui est structuré et qui peut même devenir structurant.

Pourquoi une telle rivalité entre ces futurs pairs ? Sert-elle une règle, un système ? On sait qu'il y a des effets et ces effets-là vont générer une pratique insulaire. Car, au final, les médecins vont difficilement partager leurs informations, ne vont pas considérer le collègue comme un allié mais comme un adversaire qui risquerait de lui « piquer » des clients.

Le paradoxe supplémentaire dans un tel système est que non seulement le collègue est devenu un adversaire mais que le patient le devient aussi ! Parce que la formation actuelle conduit à convaincre le médecin qu'il doit s'en méfier : le patient parlerait sans le « savoir », sans même la connaissance de son propre corps.

À la lumière de ce que j'ai vécu et que je vois évoluer depuis trente ans, je considère que les médecins ont été sélectionnés sur de mauvaises dispositions psychologiques et affectives !

À mes yeux, il faudrait sélectionner les étudiants en médecine à partir de l'âge de quarante ans - pourquoi pas ?

Peut-être alors y aurait-il moins de malades dans la société. Parce qu'une partie des mécanismes de la maladie est aussi d'imposer, à des jeunes sans expérience, de rentrer dans une véritable secte en deuxième année, à 20 ans !

C'est, à mon avis, un des effets dévastateurs sur la santé et l'équilibre psychosomatique du futur médecin. Parce qu'une

autre douleur/souffrance va être à l'œuvre par la formation. Dès le début, l'étudiant va subir les pressions de la hiérarchie, l'injustice et parfois le sadisme, tels que nous les avons vécus à mon époque. Certains de ces mandarins se vantaient même de disposer d'un droit de cuissage !

L'expérience

Et qu'est-ce qui fait l'expérience d'un psychiatre ou d'un sujet en formation ? À mon avis c'est la confrontation à la vie, à la douleur.

On pourrait faire comme au Japon où il y a un quota de non-voyants dans les écoles de Médecine Traditionnelle chinoise. C'est le signe d'une reconnaissance du champ de perceptions comme connaissance, autrement développées grâce au sens manquant.

J'irais sélectionner parmi les personnes qui ont, de quelque manière, l'expérience de la souffrance. À mon avis, c'est en se basant sur le vécu des candidats que l'on pourrait aussi élargir le choix des étudiants qui aspirent à devenir médecins. Mais, ne faire une sélection que sur leur capacité à mémoriser dévoie le rôle du médecin. Être en capacité à répéter, à devenir des perroquets savants, empêche d'entendre et de percevoir avec sensibilité l'autre et sa différence.

Au fond, qu'il y a-t-il à apprendre ?

Les tableaux cliniques peuvent être appris, de mon point de vue, en deux ans, alors pourquoi dix ans d'études ?

En deux ans, on peut devenir un bon technicien.

L'expérience de la vie, l'écoute, l'exercice pratique, sont essentiels à la formation continue du médecin et vont constituer le reste du patrimoine professionnel. Et le regard des pairs, l'importance qu'on leur accorde, est également déterminant pour mieux appréhender les conséquences de nos actes.

La présence du tiers

On fait l'expérience de la formation pratique du terrain, en général à l'hôpital. Mais pourquoi pas dans un cabinet, comme le mien en l'occurrence ? Je reçois des stagiaires dans mon cabinet qui assistent à la consultation et qui confirment le fait que l'on exerce moins mal quand il y a un témoin.

C'est intéressant. Parce que le stagiaire est un tiers qui représente la société.

La société est là, non pour juger, demander des comptes, mais pour m'apporter tout ce qu'elle incarne : son histoire, ses lois, ses injustices. La présence du tiers génère un exercice nouveau, plus ouvert.

Le témoin permet au praticien de ne plus être égocentré ou ethnocentré.

Il est, à ses côtés, comme un autre horizon, un autre continent.

Aussi, la formation continue doit être un apprentissage pratique, comme une forme d'artisanat dans un service hospitalier où la gouvernance devrait être collégiale, horizontale et non pas tributaire d'un mandarin tout puissant.

Quand on est un jeune interne qui rentre dans un service, quel effet cela fait-il d'être assujéti à un chef dont la parole est sacrée, une bible de vérités qui a tout pouvoir - et dont sa carrière va dépendre ! Par contre, si dans ce même service la parole, de l'infirmier(e), de l'aide-soignant(e), du brancardier(e), est aussi considérée avec importance, cela confirme alors la valeur de chaque maillon de la chaîne.

Désaliénation

À quel moment un humain est-il libre ? Peut-être à la veille de sa mort. Peut-être faudrait-il commencer médecine à la veille de sa mort. Moi, je propose à quarante ans.

On peut être sûr qu'alors, le sujet a expérimenté le rapport à la vie et a développé des stratégies de résilience et de créativité. Soit il est conforme et respectueux du cadre dévolu par la société, soit il sort du cadre et, en fonction de ses choix, il sera tel ou tel praticien. Praticien conformiste dont les uns ont besoin et praticien créatif qui convient à d'autres.

Mais, plus la relation avec le patient se pose selon des échanges équitables et plus le médecin est libre et humainement enrichi. Aussi, il peut continuer à accueillir en liberté toutes les demandes de manière indifférenciée. Par contre, plus le médecin « sélectionne » ses patients et plus il va confirmer son aliénation. Donc, la formation ne doit pas être axée uniquement sur une somme de savoirs, mais sur la richesse du réseau d'interactions qui va se créer entre les savoirs acquis et ce que la vie a imposé au praticien et dont il aura tiré enseignement.

La liberté peut passer aussi par toutes formes de paiements ou de rétributions. Dans mon choix de travail en tant que médecin des exilés, la rétribution fondamentale passe par l'obtention de papiers pour mes patients. Ce qui me donne la force de continuer à espérer, à être à l'écoute, à continuer ma voie, quitte à souffrir - parce que je souffre aussi des conditions dans lesquelles j'exerce ma vocation.

L'influence de l'industrie pharmaceutique

« Les ventes mondiales de médicaments sur ordonnance approchent les 500 milliards d'euros qu'il est bon de comparer au budget national français de 300 milliards. Le marché du médicament constitue, par le volume des affaires, sa croissance, sa capitalisation boursière, un des premiers marchés mondiaux, avec les ventes d'armes, de drogues, etc. Tout le système financier international est là, bien présent, face aux Etats qui sont bien obligés de mettre un frein souvent d'une façon arbitraire, voire aveugle, à son expansion. » Prof. Bernard Herzog

Les labos consacrent 30% de leur budget au marketing, 10 ou 20% à la recherche et c'est leur droit. Mais cela pose la question du financement de la recherche publique que nous devons favoriser. Nous avons été formés, à la faculté de médecine, par les labos. Nos sources d'informations prioritaires étaient apportées par les labos en échange de la prescription de leurs médicaments. À mon époque, on n'envisageait pas une formation continue sur son argent personnel. La formation était payée par les laboratoires. C'était la norme. Aujourd'hui on commence à dénoncer les conflits d'intérêt. Il y a un site public où ces conflits d'intérêt sont déclarés pour chaque médecin. En principe, quand il écrit un article ou quand un médecin prend position publiquement, il est sensé signaler ses conflits d'intérêt. Cela s'appelle la « Base Transparence Santé ».

Le moteur principal de l'engagement du soignant devrait être l'intérêt de l'usager. De quelle manière le servir? Il faudrait tout repenser, orienter, enseigner et structurer autour de cet objectif. Mais pour l'instant c'est l'intérêt du médecin qui prévaut. C'est quand même paradoxal !

La relation à l'argent

Les revenus annuels nets de la profession se situent aux alentours de cent mil euros net. De quel revenu le médecin doit-il disposer pour se sentir libre ? À combien le situe-t-il pour estimer exercer en liberté et non pas en contrainte sur lui-même et sur le patient. Le médecin appartient à une classe sociale qui a des codes et qui impose d'arborer des signes d'appartenance. Pour y répondre, il se sent obligé de vivre selon un train de vie dont il n'a pas nécessairement besoin. Il va s'habituer à brasser beaucoup d'argent, surtout s'il vient des classes moyennes, se mettra volontiers sur un piédestal qui va l'éloigner de ceux qui, parmi ses patients, ne disposent pas des mêmes moyens.

Le rapport à l'argent va être perturbé car, disposer de toujours plus d'argent, risque d'en altérer la valeur. Il faudrait faire en sorte que sa fonction symbolique ne l'isole pas du monde mais, au contraire, permette de s'en rapprocher. Comment un médecin cancérologue, ayant deux cents cinquante mil euros de revenus nets par an, va-t-il soigner un bénéficiaire des minima sociaux à cinq mil euros d'allocations annuelles ?

Quand le monde est comme il est

Qu'est-ce que réveille en moi le fait de lire le serment de Maïmonide ? Comment ça va m'orienter dans mon action à venir ? Il y a un dilemme juif qui dit :

- Quelle est la récompense d'une *mitzvah*, une « bonne action » ?
- C'est d'en faire une autre ! ».

C'est dans ce rapport-là que nous tentons d'être.

Le patient, lui, vient chercher un service souvent vital dans ma pratique. Sa survie est en jeu, avec les papiers qu'on va lui octroyer pour un an au début et ensuite par le biais d'une carte de résident pour dix ans. À ce moment-là, je me rends compte que mes patients, esclaves noirs des Arabes en Mauritanie, arrivent complètement déconcertés. Ils sont assis sur le bord de la chaise et déglutissent. Les Mauritaniens déglutissent quand il y a un truc qu'il faut qu'ils digèrent. Ils prennent des psychotropes, que je leur donne pour éviter les douleurs et réduire les cauchemars qui leur sont insupportables. Et selon mon expérience, quand j'ai réussi à régulariser ces hommes ou ces femmes et qu'ils ont fini par avoir leur carte de résident, ils deviennent paisibles, ils arrêtent les psychotropes et demandent du *doliprane**.

Au niveau clinique, c'est extraordinaire ! Ils vont rester attachés au *doliprane** et reviennent me voir pour me dire qu'ils vont bien - pas tous, bien sûr, mais un bon nombre d'entre eux.

J'ai soigné deux familles algériennes avec un couple dont la femme portait le mari « psychotique » et un bébé allaité. Ils ne se rendaient pas compte que pour pouvoir se soigner, il faudrait du temps, des papiers et vivre ainsi cinq à dix ans dans la clandestinité. L'un d'entre eux a dû laisser repartir sa femme et ses deux enfants parce qu'ils n'ont pas eu le titre de séjour qu'ils attendaient. Lui a pu rester pour raisons médicales. Ça fait cinq ans et il est toujours là pour se soigner. Il a des contacts épisodiques par Skype avec les siens qui le soutiennent, convaincus que les soins ne peuvent être prodigués qu'en France.

Face à de telles situations, la question de l'indépendance financière du praticien me paraît seconde.

On oublie, nous, les médecins, que la plus grande part de nos revenus vient d'une caisse commune, alimentée par les cotisations sociales. La communauté nous protège et nous nourrit en quelque sorte, alors que durant toute la durée de nos études, on nous a fait croire que nous étions des libéraux et des entrepreneurs indépendants.

Il y a là, du côté de nos enseignants, une faute éthique, parce qu'en réalité nous devons notre confort et notre prospérité à la collectivité. Symboliquement, la Sécurité Sociale est un dispositif extraordinaire, révolutionnaire !

Mais nos maîtres nous ont convaincus qu'on était des entrepreneurs libéraux. Non ! C'est une trahison de l'esprit du Conseil National de la Résistance et de ceux qui ont créé la Sécurité Sociale. En fonction de l'importance d'un salaire, on cotise proportionnellement dans un pot commun. Et on a oublié que c'est ce pot commun qui nous fait tous vivre.

Hospitalité et prévention

Le fait de signifier à quelqu'un qu'il est le bienvenu va permettre des économies en dépenses de santé parce que cela constitue aussi une posture de prévention. Et cela pose la question majeure de

l'enseignement de la prévention. Il est temps de développer le modèle préventif, encourager les soignants à le développer, leur démontrer que la prévention va permettre des économies de dépenses de santé et, surtout, favoriser une plus grande indépendance et une meilleure santé aux usagers.

De plus, à financement constant, par la prévention nous pourrions même soigner les gens qui sont en marge. Il s'agit d'une responsabilité collective pour les médecins libéraux. Une partie de la réforme serait, par exemple, que les psychiatres libéraux de Strasbourg mutualisent leur disponibilité et assurent des gardes de nuit.

Nous sommes cent cinquante. Deux jours par an n'est pas astreignant ! Nous pourrions alors assurer une garde permanente et réduire la pression sur les urgences à l'hôpital en accueillant dans notre cabinet les urgences psychologiques ou psychiatriques.

Hier j'ai reçu un appel d'un avocat. Il me dit : Georges j'ai une consœur dont le frère est entrain de tout casser chez elle. Elle pense qu'il est « schizophrène » et ne sait pas quoi faire, est ce que je peux lui donner ton téléphone ?

Elle me téléphone, raconte son histoire, me demande quoi faire. Je lui demande :

- Est ce que votre frère est prêt à être soigné à l'hôpital ?

- Oui ! Il est près de Rouffach et il serait prêt à aller à l'hôpital.

Rouffach est proche et elle n'avait même pas imaginé frapper à la porte de l'hôpital et demander de l'aide. En réalité, elle croyait qu'il fallait passer par le pouvoir médical de la prescription ou de l'ordonnance ou du placement d'office. Il est tout de même intéressant de constater qu'une avocate n'a pas intégré le fait que l'hôpital puisse être un asile ! À quoi on en est arrivé ?

Le chemin se fait en marchant

Je ne sais pas si, pour réaliser mon chemin, j'ai dû renoncer à des choses personnelles significatives. J'ai certes renoncé à répondre à

certaines injonctions ou à incarner certaines postures sociales et professionnelles qui, pour moi, n'auraient pas été « habitées ». J'ai très tôt perçu qu'il y avait une posture à laquelle la société attendait que l'on se plie. Une place à occuper qui serait désignée à l'avance.

Mais j'avais des ambitions et des rêves complémentaires. Sans m'opposer de principe à ce qui m'était proposé. Sans jamais rentrer frontalement en guerre contre une structure ou des individus. Pour respecter l'organisation, l'incarnation, j'ai essayé de comprendre l'histoire de ces structures et de ces êtres. Chaque posture est une forme de richesse, voire un accomplissement. Que ce soit la posture conservatrice, réactionnaire ou même totalitaire et ce, sur plusieurs générations, toutes ces postures participent à un système digne d'être étudié. Je ne m'autorise pas à le balayer d'un revers de la main.

Cela pourrait être à l'image de la litanie, le refrain, le *dayénou* des Hébreux qui dit : « et cela aurait suffi ». Dans ce récit chanté à Pessah', la Pâque juive, à chaque phrase conditionnelle on passe à la suivante, sans en connaître la direction au préalable. Et l'assemblée acquiesce par « et cela aurait suffi ». Ainsi on intègre une nouvelle donnée et par rapport à cette donnée on dit, c'est bien, c'est assez. Mais la donnée change tout le temps et « si ça s'arrêtait là ? », *dayénou*, ce serait bien aussi et ainsi de suite.

Être sur le chemin et uniquement quand on y est, permet de dire « ne serait-ce que ça et cela aurait suffi », on se dit ne serait-ce que ça : « et cela aurait suffi ». Mais on ne connaît pas l'étape qui suit. Et il s'en suit toujours quelque chose et on s'adapte.

Donc, il y a pour moi ce mouvement de *dayénou*.

Puis il y a cet autre mouvement, issu d'une phrase que l'on attribue au Christ : « Je ne suis pas venu abolir la loi mais l'accomplir ».

Je l'entends comme le mouvement d'une promesse.

Aussi, différents messages ont résonné pour moi, intuitivement et j'ai « capté » qu'il y avait un mouvement à reprendre à mon compte.

C'est aussi pourquoi ce que je fais, je ne le fais pas seul, mais en résonnance avec un collectif, même imaginaire, une filiation en quelque sorte.

Quoiqu'il en soit, j'ai eu très tôt le sentiment qu'il y avait quelque chose à accomplir.

Cet accomplissement ne m'a pas demandé de renoncer à grand-chose, sauf à me soumettre à l'idée d'accomplissement. Et je dirais même que je n'ai renoncé à rien puisque je me suis autorisé, à chaque étape, à créer justement ce en quoi je pouvais me reconnaître.

L'isolement

Au contraire du renoncement, la créativité et le désir d'accomplissement ont révélé et réveillé beaucoup de douleurs en moi et un profond sentiment d'isolement corporatiste. Parfois même un sentiment d'abandon, alors que personne ne m'a abandonné, c'est imaginaire.

À certains moments, je pouvais me sentir seul face à quelque chose qui s'opposait à ma vision du monde. Seul dans ma vision du soin, de l'accueil du patient et de son accompagnement. Tout ce qui se crée grâce à la prescription des posologies selon l'attente du patient, en situant le patient comme enseignant, me semble logique – sans être pour autant iconoclaste.

Ce processus, dans la solitude de ce face à face avec moi-même, a inspiré l'évidence de la relation médecin/patient et l'intérêt du patient dans cette relation. Il est une partie prenante de cette rencontre et il peut apporter beaucoup au praticien, même le plus figé. Quand un médecin essaye d'imposer une idéologie à son patient, il n'est pas nécessairement dit qu'il ne va pas se laisser atteindre par l'interpellation ou par l'interrogation de ce patient. Certes, beaucoup de soignants se sont figés, mais la dynamique relationnelle à laquelle ils ont parfois renoncé, peut être réveillée, révélée par le patient usager.

Il est vrai qu'il est difficile de faire renoncer un médecin à ses habitudes.

C'est presque un paradoxe, mais j'ai pu observer que ceux qui, enfin, prennent le temps de se confronter aux questions sociales, sociétales ou politiques, ne le font qu'à la retraite. Comme s'il ne fallait pas toucher à ces dimensions durant la période de fécondité intellectuelle et affective.

Est-ce parce qu'ils étaient soumis, aliéné au cadre ? Et en même temps, rien n'empêche n'importe quel sujet de cette corporation d'interroger sa place vis-à-vis de sa classe sociale.

Lorsque les gens prennent conscience de ce à quoi ils ont renoncé en se soumettant à la logique de leur classe sociale, ils doivent probablement en souffrir. Ils savent alors qu'ils ne se sont pas donné les moyens d'être plus créatifs, plus inspirés et d'avoir une plus grande autonomie de pensée et d'écoute.

Celui qui construit son chemin hors des sentiers battus va porter d'autres croix : la confrontation au mépris, au rejet, à la stigmatisation. Dans la réalité, il va y avoir effectivement des risques, tels que des menaces de mort parfois.

Mais chacun sait qu'à chaque pas il y a un prix.

Cela veut dire que celui qui s'engage dans cette quête, où il pose quelque chose de lui-même ou l'impose, doit s'attendre - et s'il ne le sait pas, il va vite apprendre - à se confronter aux réactions du corps social.

C'est légitime mais parfois violent.

Jeu de rôle

Je me suis rendu compte rapidement que toute l'agitation que j'avais provoquée par ma différence était un théâtre. Pour moi, les réactions d'hostilité que j'ai pu susciter étaient la confirmation que ce que je développais modestement, sans forcément sonner juste, « résonnait » et suscitait aussi questionnements et

interrogations. Une posture juive, dans le sens où le Juif serait celui qui, traditionnellement par la discursive, interroge le monde.

J'ai essayé de pousser praticiens et patients à sortir du jeu de rôle auquel ils étaient assignés les uns et les autres, pour qu'ils se reconnaissent et reconnaissent l'autre.

Toutes ces confrontations ont été douloureuses. Pas de l'ordre d'une souffrance mais plutôt comme si j'avais été piqué, pincé, blessé dans ma réalité. Et en même temps, je savais que ces altercations viendraient.

C'était prévisible, au fond, j'ai dû m'y être préparé.

Si j'avais suivi une autre option, comme celle d'être premier de la classe, je n'aurais pas eu mal mais, par contre, j'aurais beaucoup souffert.

Parce que le point central est la conscience.

Je suis convaincu que les gens qui adhèrent au nazisme ou à toute pensée totalitaire ont conscience d'y adhérer. Ils ont conscience de renoncer à une part d'eux-mêmes pour le meilleur - ou pour le pire. Ce n'est pas un jugement mais un constat. Je ne sais pas quelle voie est souhaitable pour les uns et les autres. Mais il y a une conscience.

Il y a une conscience du mépris que l'on peut développer pour une partie de nos frères et sœurs en humanité.

Pas de culpabilité donc pas de remords - mais une conscience, si !

Gagner c'est perdre

Quand on me demande comment je vais, je dis volontiers : je vais de plus en plus mal, dieu merci !

La libération d'aller mal. J'ai cru percevoir qu'aller bien était une prétention. Quand on va bien, on ne peut pas revendiquer la stabilité. C'est un peu comme le concept de *saudade* en portugais :

croire avoir touché la terre promise et en même temps perdre quelque chose.

À partir du moment où tu gagnes, tu perds.

À partir du moment où tu prétends être heureux, tu es fragilisé...

Ce n'est pas une expression dépressive, en fait, aller de plus en plus mal c'est aller de mieux en mieux. Une forme, non pas de lucidité, mais de perception de plus en plus affinée des mondes qui nous entourent et nous portent.

Ce que l'expérience m'a permis de saisir est que, cette place que j'ai décidé d'occuper dans la société, recevoir au cabinet des gens de tous les coins du monde, me fait vivre tous les jours un discours symphonique.

Ce n'est jamais une répétition immuable de consultations multipliées autour de la grippe, par exemple, mais, à chaque fois, comme si l'histoire d'un monde se jouait à mes côtés, à mes oreilles et à mon cœur.

Et cela m'a subjugué. Je me suis laissé porter et envahir par ces univers.

Alors, on peut comprendre que pour moi, il n'est plus question d'aller mal ou d'aller bien.

Cependant, il est vrai aussi que, si j'ai le sentiment d'offrir une forme d'hospitalité à mes patients actuels, j'ai également peur de ne pas être à la hauteur pour les suivants.

Parce que, à chaque fois que je suis confronté à ce type de douleur, liée à l'exil, à la mort ou à l'injustice, je ne sais pas ce qui va suivre.

Comme aujourd'hui où j'ai vu en consultation une femme mauritanienne qui a laissé au pays ses quatre enfants pour rejoindre son mari en situation régulière, il y a déjà six mois. Je ne sais pas ce que son mari lui a fait entendre, parce qu'elle est venue en dehors des règles du regroupement familial. Donc, elle est clandestine et ne sera pas régularisée avant un an ou deux dans le meilleur des cas. Le défi est d'être, tout ce temps, loin de ses quatre enfants.

Cette femme est livide, atterrée devant moi. Jamais elle n'avait imaginé se retrouver prisonnière de cette situation. Son mari avait pensé naïvement que, puisqu'il était là, tout irait bien. Il devait savoir pourtant qu'il y aurait des difficultés mais certes, il ne les mesurait pas.

Que se passe-t-il si je suis confronté à la détresse de l'autre comme si c'était la mienne. Je me relie à ces paroles, attribuées à Jésus : « Ce que tu fais au plus petit d'entre nous, c'est à moi que tu le fais ! ». Je me reconnais aussitôt en cet autre qui devient une part supplémentaire de moi. Cela devient alors plus pesant mais plus présent. Une expérience spirituelle, religieuse, dans son étymologie initiale « qui relie », et comme une prière.

Être au travail est une forme de prière que nous faisons, lui ou elle et moi, au même dieu, grâce au dispositif de la rencontre que j'ai détourné de l'usage habituel.

J'ai le sentiment que cette posture a accru mes forces.

Alors, percevoir que l'autre est une part de moi est un entraînement qui m'a permis de partir à la découverte de nombreux continents intérieurs oubliés, dont j'avais saisi d'emblée qu'ils me seraient interdits si je n'allais pas au bout de ce processus.

Au fil des trente-cinq années d'exercice, du point de vue de mon économie personnelle, il a été évident que cette traversée a amplifié ma foi en l'autre.

Un chemin dont je ne me suis jamais dégagé et auquel, jamais, je ne me suis dérobé.

Là est le serment.

Dans le cadre des consultations

De nombreuses personnes ont assisté à mes consultations.

Tout ce qui peut se jouer dans un cabinet de psychiatre, en dehors de la consultation, est très intéressant.

Swen de Pauw est un sociologue qui, un jour, m'a sollicité pour sa recherche. Il travaillait alors sur « L'attente ». Il avait vu une

trentaine de psychiatres avant d'arriver chez moi. Il connaissait par coeur la structure et la composition des salles d'attente : les tapis, les livres, les revues, les meubles ou la valeur des vases.

Il me fait part de ses constats : dans les salles d'attente des psychiatres, on ne croise jamais personne. Il se dit alors que c'est une sorte d'invariant technique, religieux ou sectaire, mais qui doit avoir un effet thérapeutique - puisque tout le monde le fait, il doit y avoir une justification. Il observe également qu'il y a une porte pour rentrer dans le cabinet et une autre pour en sortir afin de ne jamais croiser quelqu'un d'autre. Comme si, le monde du cabinet de psychiatre, ce monde insulaire, était dédié au patient. Comme s'il était l'idole de ce lieu et comme s'il devait échapper au monde réel pour pouvoir se poser là. Pareil pour l'argent. Il faut que le patient paye pour assurer et garantir l'effet thérapeutique. Personnellement, je me rends compte que ce n'est pas toujours juste, qu'il y a sans doute d'autres manières de penser et de concevoir le paiement.

Swen me raconte qu'arrivé dans ma salle d'attente, il s'est retrouvé avec une dizaine d'Africains qui attendaient leur tour. Arrive un homme du Maghreb, qui veut passer avant les autres et qui se met de manière ostentatoire devant la porte du cabinet. Swen se dit : si l'Arabe passe avant les Africains, ça va être Beyrouth - ça va péter !

Je sors et, avec l'accord des Africains, je fais passer l'Arabe en priorité.

À partir de cette expérience, Swen décide d'arrêter son mémoire sur l'Attente. Il a été littéralement « percuté » par ce qu'il venait de vivre.

Il me demande alors s'il peut revenir au cabinet pour un an d'observation, sans caméra. Après cette année-là et pendant deux ans, il est revenu avec un cameraman qui a filmé nombre de consultations à mes côtés. Avec, bien entendu, l'agrément des patients.

Ce que Swen a perçu et mis en lumière m'a permis de réaliser la valeur psycho-dynamique de l'attente. Dans la salle dédiée, les patients parlent et s'écoutent, évoquent ce qui s'était passé en consultation et dans leur vie, s'échangent des expériences, des stratégies, des adresses.

Avec la caméra dans mon cabinet, je me suis rendu compte que moi, je ne travaillais qu'à l'oreille. Je me concentre surtout sur ce que me dit le patient. Mais les images que révèle le film de Swen ont montré qu'il y a nombre de dimensions complémentaires auxquelles j'avais préféré renoncer. Sans doute pour ne pas me laisser atteindre par l'insupportable des projections psychiques du patient. C'est pourquoi je peux me consacrer au champ que j'ai privilégié, celui de la parole.

Le regard que portent ces témoins sur ma pratique, sur mon écoute, sur ma distractibilité aussi, m'apprend à être encore plus vigilant. Ce dispositif me permet d'affiner mon approche. Par exemple sur des choses qui m'échappent toujours et auxquelles la présence de l'autre me rend attentif. Et en même temps, je me suis rendu compte que cette stratégie désinhibe la crainte de donner à voir et à entendre ce qui relève habituellement de l'intime et même du secret, pour en faire un objet de partage pédagogique. Donner à voir a permis d'augmenter mes facultés d'écoute - et m'a rendu plus modeste.

Accueillir la présence de témoins est aussi un moyen de ne pas pratiquer de manière insulaire. Entre les murs du cabinet, offrir des consultations de type hors les murs, par l'ouverture du dispositif d'hospitalité.

Un engagement sans concession

J'ai été touché par un événement terrible, mais qui m'a aussi enseigné.

L'ironie du sort a voulu que le 15 novembre 2005, un patient, que nous n'avions pas vu depuis des années et que nous avions

beaucoup aimé/aider, ma femme Véro et moi, a fait irruption soudain dans le cabinet et a tiré.

Véro est morte.

J'ai été blessé de quatre balles à bout portant.

L'homme a été jugé irresponsable. Quand je l'ai connu, quinze ou vingt ans plus tôt, il était « normal », si je puis dire. Nous l'avions aidé, lui, ses enfants et sa femme, parce qu'il était dans un combat pour ses gosses, pour son HLM, pour ses revenus. J'étais intervenu auprès du conseiller d'éducation quand l'aîné n'allait pas en classe. Intervenu également auprès du chirurgien orthopédique de la femme qui avait une scoliose.

Il est mort il y a six mois maintenant, fin 2019.

Il était en quartier de sûreté à Sarreguemines.

Après son premier assaut chez nous, il est allé chez son médecin de famille, le Dr. Asseraf et a failli le tuer. Le Dr. Asseraf a été sauvé par un patient qui a retenu le tir mais il a tout de même été blessé tout près de l'aorte.

Cette épreuve fait partie des risques potentiels de notre travail. Et si ça arrive, est-il nécessaire de se poser éternellement la question de savoir si nous aurions dû ou pu faire autrement ?

Ce sont des choses qui peuvent arriver dans ce contexte périlleux de la rencontre ouverte. Chez des sujets « paranoïaques », ou désespérés, on peut s'attendre à des retournements affectifs et pulsionnels connus. La haine n'est qu'une modalité de l'amour. Donc, je me suis dit : le fait que ça m'arrive à moi, c'est à nous tous que ça arrive.

Je ne pouvais pas le prendre comme une atteinte personnelle et, à aucun moment, je ne me suis dit : pourquoi moi ?

La vie est le cadeau. Parfois empoisonné et empoisonnant, mais c'est le cadeau.

Ma femme, avec l'accord de nos enfants, souhaitait que ses organes puissent servir la vie d'autrui et son don, en effet, a permis la vie de quatre victimes de pathologies mortelles.

Alors, bien sûr ! La mort de ma femme, la blessure physique qui m'a été infligée ou le démembrement de ma famille, ont été un arrachement ultime.

Mais après presque un an de repli, dès que l'élan vital que j'observais de l'extérieur de moi-même, de ma blessure, s'est remis à vibrer, comme si il appartenait à une autre partie de moi, je suis passé à autre chose.

J'ai expérimenté dans ma relation à mes enfants, devenus subitement orphelins de leur mère, ce à quoi pouvait conduire l'identification idéalisée. C'est tout simplement mortifère ! La relation à mes enfants m'a finalement permis de mettre des limites à l'identification aux souffrances de mes patients. Donc, le drame que j'ai subi m'a appris à doser ce qu'est, pour moi, la juste distance avec eux.

J'ai admis que je n'étais pas tout puissant pour mes enfants et qu'ils auraient à se débrouiller avec l'absence de leur mère. Et ils ont eu à le faire avec mon éloignement étrange pendant un an, du fait de mon désespoir.

Mais je sais mieux aujourd'hui ce qu'une identification, massive et sans condition, peut causer comme dévastation.

Un héritage

L'héritage que je souhaite donner de mon vivant aux nouvelles générations serait celui d'une forme d'exemplarité que l'on se doit. J'ai la prétention de penser que l'héritage est l'incarnation de l'être. C'est la façon dont les êtres vivent qui nous enseigne.

Donc l'héritage, il est dans la posture d'un individu, son rapport à la vie. L'héritage n'est pas uniquement dans l'après coup, à travers les livres ou les témoignages ou les vidéos qui en témoignent, mais appliqué au quotidien et tiré du quotidien.

Le quotidien est l'enseignement. C'est lui le moteur de la transmission.

Aussi, ce n'est pas ce que je pourrais prétendre transmettre mais l'incarnation même de la transmission qui fait la trace de notre existence.

Finalement, qu'est-ce que chacun prend en tant que vivant, témoin de la vie et des vivants. Dans ma construction psychique, en étant dans cette relation là avec le patient, je le prends comme maître. Peut-être est-ce là où mon fantasme de l'« identification avec le patient » prend sens.

Je ne fusionne pas. Je connais ma place et sais très bien qu'à sa place je ne réagis pas de la même manière. Mais, avec la vision de la sienne sur le plan social, politique, idéologique et historique, je crée un arc culturel et symbolique et bien sûr non fusionnel.

Cette posture-là s'est développée peut-être en dépassant simplement la dimension réduite à la clinique occidentale qui, à mes yeux, est superficielle et avant tout symptomatique. Parce que l'Occident a renoncé aux dimensions phénoménologiques, anthropologiques, sociologiques, historiques et religieuses.

Tout ce qui fait le rapport écologique d'un être humain à ce qui l'entoure.

J'ai fait le pari que le patient exilé peut s'approprier les symboles de la société à laquelle il revendique appartenir et qu'on n'avait pas prioritairement besoin de le renvoyer à sa culture d'origine. Je me suis dit que ce dont il a besoin au préalable - et en priorité absolue - est d'avoir ses papiers. Pour qu'il soit en capacité de voter, de critiquer, sans risquer d'aller en prison ou d'être renvoyé dans le pays d'origine.

Le Prof. Lucien Israël, le psychanalyste, m'a écrit en fin de première année de psychiatrie, que j'ai d'ailleurs redoublée, pour me dire : Federmann ! Vous devriez changer de voie. Et c'est ce

que j'ai fait. Il m'a dit : vous n'êtes peut être pas fait pour cette psychiatrie, changez de voie !

J'ai en effet changé de voie et n'ai pas fait de psychiatrie « classique ».

J'estime avoir fait de la psychiatrie marxiste, au service des classes populaires et vulnérables. L'enjeu relationnel était plus important pour moi que la reconnaissance et la place sociales.

Je savais que le plus important était de tendre la main à celui qui souffre et non pas de prescrire telles doses de *Haldol** ou de *Tercian** et pendant combien de temps.

Les accidents extra-professionnels m'ont beaucoup éclairé aussi. Les trahisons de tel ou tel supposé copain qui n'a pas été loyal ou qui n'a pas respecté l'idée que je me faisais de la loyauté, à un moment donné. Cela m'a beaucoup appris sur mon aveuglement et ma naïveté.

Je me suis isolé dans ma pratique, vis-à-vis de mes confrères psychiatres notamment mais, pour autant, jamais je n'ai été seul. Je me suis toujours entouré de pairs que je suis allé chercher parmi les non médecins.

J'ai cessé de travailler avec des collectifs d'avocats, de travailleurs sociaux, de travailleurs de rue, de squatteurs ou de collectifs de sans papiers...

J'ai toujours travaillé de telle sorte que ma position ne soit jamais dominante. Et si, à certains moments, elle pouvait l'emporter, elle était remise en question par le regard du dernier venu, du plus jeune, du plus naïf, du plus péremptoire. Agissant dans des collectifs, cela m'a permis, comme dans certains mouvements fouriéristes ou anarchistes, de fonctionner sans l'autorité d'un chef, en mode horizontal.

J'ai eu également la prescience de ne jamais travailler de manière insulaire comme, me semble-t-il, beaucoup de mes collègues l'ont fait pendant toute leur carrière.

Le défi que je me suis imposé, et qui m'a beaucoup enrichi est, qu'au lieu d'être confronté aux docteurs et aux psychiatres, je me suis entouré de sociologues, de philosophes et de politiques. Et je n'ai surtout jamais prétendu exercer comme un psychiatre à partir des modèles de la psychiatrie classique.

Moi, j'ai confiance en mon patient

C'est un des premiers textes que j'ai écrit en 1992-93 dans la revue *Prescrire*, dont je suis un relecteur. La seule revue indépendante avec la revue *Pratiques* car toutes les autres sont subventionnées par les laboratoires.

J'ai fait, dans le cadre du Forum de la revue, un article intitulé : « Je fais confiance à mes patients », à propos de la méthode thérapeutique appliquée à l'un de mes premiers patients toxicomanes. J'étais conscient des réactions que cet article entraînerait si ma démarche provoquait des dégâts sur mon patient : risques d'interdiction d'exercer, risques de prison ou de poursuites. Mais je devais le faire, comme vingt-cinq ans plus tard je m'imposerais de faire ces deux documentaires sur ma pratique.

Le mois suivant, le médecin chef-conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, répliquait : « Federmann a tort de faire confiance, il contrevient aux posologies, ce n'est pas la bonne conduite. Il n'est pas dans les normes ! ».

D'emblée, j'avais pris de gros risques en exposant ma pratique marginale sur la place publique pour pousser au dialogue et faire progresser la communauté médicale.

Rapidement, toujours dans *Prescrire*, j'ai confirmé que je continuais à « faire confiance à mes patients ». Parce qu'intuitivement, j'avais perçu que quelque soit ma disposition de cœur ou ma qualité technique en tant que praticien, c'était véritablement ce que j'étais, en tant qu'humain, qui pouvait durablement et décisivement agir sur le patient.

À partir des conditions de confiance concrètes que j'ai établies en effet, j'ai constaté qu'il pouvait redevenir sujet à part entière. À partir de là, il allait pouvoir prendre place, en son nom propre, tout au long du chemin d'accompagnement thérapeutique, dans sa vie personnelle et intime.

Certains patients restent dépendants du médecin parce que la souffrance psychique est trop forte, ils ont besoin de s'adosser sur un tiers.

Mais la plupart des patients réalisent qu'ils sont libres de faire des choix et de se tromper. Ils se trompent peut-être mais ils sont en liberté de se tromper. C'est là les effets dynamiques de la confiance qui leur est accordée.

Ils vont créer des choses nouvelles parce que la relation d'équité s'est instaurée comme jamais.

Le toxicomane qui m'avait inspiré les deux contributions à la revue Prescrire est aussi celui qui m'a mis sur le chemin de mon approche de travail.

C'était peut-être aussi celui dont j'ai eu le plus peur. Il avait la gueule la plus patibulaire des trente toxicomanes que je suivais à l'époque ! Les autres étaient conciliants à côté, ils étaient gentils. Lui, était sans concession et j'ai senti qu'il pouvait me faire du mal, qu'il n'hésiterait pas à le faire si ses besoins devenaient primordiaux.

Chez certains, il pouvait y avoir bien sûr cette tension qui indique que la relation peut basculer à tout moment. Chez lui, j'ai perçu des risques de passages à l'acte mais aussi sa détresse et en même temps son aliénation. Cette relation thérapeutique a duré trente ans - jusqu'à sa mort.

Là, a été la révélation : ce serait ça mon métier, c'est de ce côté-là que je pourrai être utile. J'ai su que je pouvais relever le défi, pas seulement avec les patients en lesquels je me reconnaissais, mais aussi avec ceux qui m'étaient étranges et étrangers.

La beauté

Il n'y a pas de plus belles relations humaines que celles vécues avec mes patients.

Il n'y a pas de relations plus loyales, plus équitables. Bien-sûr, des accidents peuvent surgir dans la vie de chacun, comme un piano sur la tête en sortant de chez soi ou mourir d'une épidémie virale, ce sera une expérience pour ceux qui restent. Ils feront attention pour la suite ou bien encore moins attention - ce qui a été mon cas.

Mais, à partir du moment où la relation s'instaure sur le mode de la loyauté et de l'hospitalité, les effets sont manifestes et ne s'arrêtent jamais pour le patient qui expérimente une relation vécue sans autoritarisme ni idéologie.

Alors, à quelques accidents près, chaque relation est un entraînement et une expérience qui poussent à avoir confiance.

Et j'ai posé d'emblée : confiance et hospitalité - quoi qu'il puisse en coûter.

À Diane qui incarne l'engagement de tous ces patients qui se sont associés à l'aventure du « Divan du Monde », pour en faire don à la communauté des soignants/soignés.

Pour la confiance inconditionnelle et partagée, pour l'espérance révélée et pour le courage de vivre et de mourir dignement et libre.

