



DE PIONNIER À RETRAITÉ, survol d'un heureux parcours médical

Entrevue avec le docteur Claude Lamontagne

JOHANNE DE MONTIGNY

Psychologue, Unité de soins palliatifs, Centre universitaire de santé McGill, Hôpital général de Montréal

Courriel : jo.de.montigny@videotron.ca

L'un de nos pionniers québécois en soins palliatifs a voué une bonne partie de sa vie au service des grands malades et, plus particulièrement, auprès de patients en phase terminale. En vue de bien me préparer à notre rencontre, j'ai relu deux de ses articles publiés dans les *Cahiers de soins palliatifs*, l'un traitant des principes fondamentaux et des dérives en soins palliatifs (Lamontagne, 2000), l'autre de l'évolution et des tendances à travers les définitions de soins palliatifs (Lamontagne, 1999). Sa pensée empreinte de sagesse et de clarté m'a donné le goût de l'interviewer. Je vous présente le docteur Claude Lamontagne.

Nous sommes à l'aube du 400^e anniversaire de la vieille Capitale et j'éprouve du bonheur à me retrouver dans Sillery couverte de sa nappe blanche de neige, en ce 19 janvier 2008. Je suis en compagnie d'un homme discret, timide et fort accueillant et je m'appête à vous livrer les principaux segments de notre entretien. À la lumière du slogan réservé à l'anniversaire historique de la ville de Québec, quatre mots me viennent à l'esprit et tracent le profil de celui qui se retrouve pour l'occasion à la fois mon hôte et mon invité: «De pionnier à bâtisseur, d'explorateur à visionnaire» saluons plus de 40 ans de services

médicaux rendus par Claude Lamontagne à la grande famille québécoise. Professeur retraité du département de médecine familiale de l'Université Laval à Québec, il importe dès à présent de mentionner qu'il fut Président du Comité directeur de la Chaire de soins palliatifs, à l'Université Laval, de 2004 à 2007.

Docteur Lamontagne, je commencerai d'abord par vous remercier de bien vouloir nous instruire sur votre parcours de médecin de famille ayant longuement œuvré en soins palliatifs. J'ai pris connaissance de votre curriculum vitae depuis vos études au Petit Séminaire de Québec jusqu'à l'Université Laval à Québec. Vos nombreuses activités professionnelles, universitaires et communautaires, vos recherches, publications et communications agrandissent mon désir de vous interviewer sur certaines de vos pensées et actions et d'en développer quelques aspects susceptibles d'intéresser nos lecteurs.

Parlez-nous d'abord du milieu dans lequel vous avez grandi et de votre famille, vous voulez bien ?

Je viens d'un milieu rural, mon père était médecin de campagne; nous étions sept enfants, cinq garçons et deux filles. C'était à une époque où le monde social était particulièrement concentré sur la famille nucléaire et la famille élargie. Mes grands-



parents paternels vivaient dans le village voisin, alors on se visitait beaucoup, grands-parents, oncles, tantes, cousins, cousines.

Le fait de vivre dans un village avec un père médecin a sûrement eu un impact sur moi ou sur ma trajectoire. Comme enfant et adolescent on se sent alors plus surveillé, identifié peut-être, on a moins droit à l'erreur que nos copains. C'est une particularité dont j'ignore quand même la totalité des influences.

Vous faites référence au rôle du père et de son écho sur sa propre vie ?

Oui bien sûr, car mon père était médecin et il recevait les malades à la maison. En plus, il a été coroner du comté, ce qui veut dire que très souvent des accidentés étaient conduits jusqu'à notre porte. Parfois les ambulanciers s'arrêtaient à notre adresse pour que mon père puisse authentifier le décès d'une personne qui venait de mourir, car on demeurait en bordure de la route 9, un chemin achalandé. Alors j'ai sûrement eu un contact assez fréquent avec la mort durant mon enfance et mon adolescence, sans oublier que nous habitons face au cimetière! Enfin, ma grand-mère maternelle, qui vivait avec nous, est décédée dans notre maison lorsque j'avais huit ans. On peut donc dire que très tôt j'ai été témoin de la mort par l'entremise de personnes qui décédaient dans ces différents contextes, des gens qui m'étaient connus autant que des inconnus, des passants comme des habitants de mon village, et que chacune de ces expériences a pu à mon insu ouvrir mon propre chemin de médecin.

D'autres dans votre fratrie sont-ils devenus médecins ou soignants ?

Oui! J'ai un frère médecin et une sœur infirmière.

Et une mère si l'on peut dire soignante dans son rôle auprès de sept enfants ?

Oui, tout à fait.

L'idée de devenir médecin vous a donc effleuré assez tôt dans la vie ?

C'est curieux, car lorsque j'ai commencé à réfléchir sur le choix d'une profession, sur mon orientation future, je n'ai pas tout de suite pensé à la médecine. En rétrospective, je me demande si je n'avais pas en quelque sorte souffert du fait que mon père soit médecin, puisqu'il était très occupé et que nos contacts furent forcément réduits; or, c'est peut-être la raison qui, bien inconsciemment à l'époque, a retardé mon choix pour la médecine. Je voulais sans doute éviter de reproduire certains manques vécus dans la relation père-fils, le mien ayant dû en bonne partie consacrer sa vie aux malades. Mais plus consciemment, c'est par élimination de professions que j'en suis arrivé à opter pour la médecine, devenant ainsi et tout comme mon père, médecin de famille. À une nuance près, car plutôt que d'œuvrer en solo et être constamment sollicité, j'ai préféré former un groupe pour partager la responsabilité médicale. D'ailleurs je pense que les collègues avec lesquels je me suis associé ont constitué le premier groupe en médecine générale à Québec, non seulement dans le partage des tâches, mais aussi des revenus!

Vous faites allusion à une clinique privée ?

Oui, une clinique privée avec accès à l'hôpital, mais je le répète, ce qui nous fut particulier, c'est-à-dire que cela n'existait pas beaucoup à l'époque, du moins pas à ma connaissance, les deux, trois, quatre et jusqu'à huit associés que nous étions devenus pendant 20 ans, avons divisé les recettes à part égale.

On dirait que ça s'est bien passé? Que cette expérience fut positive.

Très positive. Durant ces 20 ans et par un concours de circonstances que je n'arrive pas entièrement à analyser, je me suis retrouvé dans l'enseignement alors que j'étais en pratique clinique. À l'époque, mon implication dans l'enseignement se réalisait auprès de stagiaires que nous formions par l'entremise de la clinique externe de l'hôpital. Puis un jour, j'ai décidé d'aller passer deux semaines dans une unité d'enseignement de médecine familiale à London en Ontario là où un programme de médecine familiale naissait. J'étais attiré par cette branche de la médecine





à tel point que, lorsqu'un même programme s'est annoncé à l'Université Laval, je m'y suis largement impliqué dès le début, c'est-à-dire, vers 1972-1973. J'ai donc mené de front à la fois la pratique privée et la carrière d'enseignant en médecine familiale. Mais, au même moment, est survenu un événement important. Mon père a été touché par le cancer et durant sa phase terminale il m'a demandé de l'accompagner et de le soigner à domicile. Mon père m'a fait découvrir un aspect de lui que je n'avais pas vécu jusqu'alors auprès de mes patients décédés. Interpellé par l'amour que je lui vouais, il a éveillé en moi une conscience et un regard tout à fait neuf, c'est-à-dire que je percevais plus que jamais le vivant chez le mourant. Je me suis rendu compte que, même pour un mourant, des petits plaisirs quotidiens étaient encore réalisables. Je me suis mis à réfléchir sur ce que pouvait offrir le milieu hospitalier dans lequel je travaillais aussi, à l'Hôpital Saint-Sacrement. Ce nouvel intérêt m'a amené à fréquenter les congrès, par exemple, le congrès international sur les soins aux malades en phase terminale, organisé par l'Université McGill à Montréal depuis 1976. Je m'éveillais à une approche médicale qui allait tenir compte de plusieurs dimensions de la personne.

Par la suite, à l'Hôpital Saint-Sacrement, assisté d'une résidente dans un projet de recherche, on a procédé à une enquête auprès du personnel sur deux phénomènes en particulier : doit-on dire la vérité au malade sur sa situation médicale ? Et serait-il souhaitable de réserver un lieu spécifique à l'hôpital abritant des malades en phase terminale ? J'avais une grande préoccupation pour les mourants, j'étais sensibilisé à leur dernier séjour, et j'avais le désir de contribuer à l'amélioration de leurs soins dans mon milieu de travail. C'est d'ailleurs au congrès organisé par l'Université McGill que j'ai fait l'heureuse rencontre des docteurs Louis Dionne et Jean-Louis Bonenfant qui, eux, élaboraient le projet d'ouvrir la Maison Michel-Sarrazin à Québec, je fais ici référence aux années 1975-1976 ; à l'époque on l'appelait La Maison Sillery, tout simplement. Je les avais autrefois croisés en cours de route, sans plus,

mais là on a échangé en profondeur. Ils m'ont invité à me joindre à eux dans la réalisation de ce projet. Je me suis associé au projet, ainsi que bien d'autres personnes, et nous y avons travaillé pendant environ dix ans avant son ouverture officielle.

Tout un mandat n'est-ce pas ?

Mettre sur pied pareil projet nécessite une longue préparation. Plus le projet se concrétisait par les travaux de construction, les échéanciers, etc., plus je devais me fixer sur le choix de m'y consacrer pleinement et d'abandonner la pratique privée. Ce changement de travail occasionnait aussi des modifications sur les modes de rémunération. Or, avec discernement et longue réflexion, parce que je croyais pleinement en la philosophie des soins palliatifs, à la pratique d'une médecine familiale et à sa considération de la personne dans sa globalité, j'ai compris que finalement œuvrer en soins palliatifs correspondait à mes expériences à la fois personnelles (inspirées du processus de mourir de mon père) et professionnelles grâce au profil de la médecine familiale dans laquelle j'avais été formé et que j'enseignais à mon tour. Le projet non seulement m'apparaissant stimulant, mais tout à fait exceptionnel. J'aimais l'idée que la médecine puisse s'appliquer dans toutes ses dimensions scientifique, spirituelle, psychosociale... somme toute, une médecine compatissante à l'égard de l'être qui souffre.

Puis vous y êtes resté ?

Oui, j'y suis resté. J'en ai souvent discuté avec mon épouse Thérèse, à l'époque j'avais 45 ans, il s'agissait d'une réorientation majeure de carrière ; il faut dire que la pratique en groupe m'avait aussi apporté plusieurs avantages, par exemple, sur le plan d'une certaine liberté à cause du temps partagé, oui, je pouvais ainsi bénéficier de quelques loisirs, mais... je ne pouvais tout garder sans rien perdre. En optant pour deux emplois à demi temps, je perdais la possibilité de congés sur semaine. De plus, l'enseignement demandait un certain rayonnement extérieur, je n'avais pas tout à fait mesuré l'exigence de toutes ces implications que j'ai par ailleurs bien assumées.



Du gros travail!

Oui, mettre sur pied une nouvelle maison veut aussi dire répondre aux nombreux besoins des patients, des familles, des soignants, des bénévoles et des autres membres du personnel. Recevoir des stagiaires, les encadrer, organiser des congrès en milieu francophone, etc. Une grosse charge, beaucoup de responsabilités, mais je m'en suis assez bien tiré. Toutes ces réalisations se sont faites en équipe, avec des collaborateurs extraordinaires, j'y ai parfois joué un rôle majeur, parfois un rôle d'assistance.

Et si c'était à refaire?

Je le referais, peut-être différemment, mais je le referais.

Depuis votre expérience à la Maison Michel-Sarrazin, vous considérez la médecine comme un art, une passion, une vocation, une lourde tâche, une grande responsabilité?

Évidemment, c'est un peu tout ça à la fois, mais dans mon cas et si je regarde mon investissement en médecine familiale et en soins palliatifs, je dirais que c'est une vocation et une passion. En fait, il faut être passionné quand on y met tant d'heures. J'attribue à la «vocation» l'engagement qui la sous-tend et qui la nourrit. Le désir de réalisations, le charisme, le développement de qualités humaines sont tout aussi importants. Je dois dire que je suis croyant, je fais ici référence à ma foi chrétienne; or, j'ai eu la chance de cheminer dans la spiritualité ignacienne, je me réfère aux exercices de Saint-Ignace à l'intérieur desquels l'être cherche à identifier son élection fondamentale; autrement dit, quels sont les charismes que l'on porte en soi et que l'on doit privilégier dans notre vie en vue de mieux comprendre le sens de notre présence au monde et de s'y engager. Cette démarche intérieure m'a confirmé dans ma «vocation» de médecin en soins palliatifs.

Est-ce à dire que la foi, la vocation, la spiritualité... facilitent un rapprochement avec le patient, par exemple, croire en son chemin?

Effectivement, ces dimensions favorisent un rapprochement plus spirituel qu'affectif. Une chose

m'a d'ailleurs étonné en prenant ma retraite. Ta question, Johanne, m'y ramène. J'avais la crainte de m'ennuyer de mes patients, ce qui n'a pas été le cas. J'en ai été vraiment surpris, mais j'ai compris que ma relation avec les patients était sans doute très saine, que je n'y avais pas d'abord recherché la satisfaction d'un besoin affectif, n'ayant pas ressenti de privation importante depuis la retraite. D'ailleurs, avec les résidents en médecine, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'aborder la notion d'empathie, de sympathie et de compassion. Dans la relation médecin-malade, l'empathie est essentielle alors que la sympathie souvent est nuisible; en soins palliatifs, la compassion devient parfois le seul niveau de relation possible. J'avais l'habitude de distinguer ainsi: l'empathie, c'est surtout intellectuel, la sympathie, c'est affectif, et la compassion, c'est spirituel.

Belles nuances.

Il faudrait peut-être nuancer davantage, mais pour ma part, j'ai tenté de me situer face au soin relationnel. Je privilégie cette proximité particulière qui s'inscrit dans une attitude de respect.

Vous faites référence à la capacité de laisser partir, de libérer à la fois un attachement profondément humain et un détachement sain.

Aussi parce qu'il y a tout au fond de moi une espérance, je l'avais et je l'ai toujours. Peu importe les croyances du patient, il est possible d'espérer pour l'autre, sans même avoir à lui dire. Une bonne majorité de patients n'ont jamais su mes croyances, cela est sans importance. J'espérais alors en silence. Sur ce chapitre, j'ai souvent taquiné notre confrère Gilles Nadeau bien connu pour son accompagnement spirituel. «Tu es chanceux», lui répétais-je, quand tu entres dans la chambre du patient, il connaît d'emblée la qualité de ton appartenance, alors que de mon côté tout en me souciant d'une qualité d'être, de faire et de dire, le patient n'en saisit point la provenance.

Si je comprends bien, les interventions directement spirituelles et médicales sont bien différentes, mais intégrer et combiner ces deux approches assurent en quelque sorte une autre forme d'espérance dans les diverses représentations que s'en font les patients?



On pourrait le dire ainsi.

Mais si vous n'aviez pas choisi la médecine, quelle aurait été votre deuxième voie ?

Je n'ai pas eu d'hésitation en choisissant la médecine, les autres aspirations favorisant toujours l'enseignement. Or, en jumelant les deux, j'ai concilié mes deux passions. À l'époque je ne l'ai pas fait de façon aussi consciente. Le choix s'est manifesté et précisé par un concours de circonstances. Avec la pratique médicale et l'enseignement, je me suis beaucoup intéressé à l'éthique et à la philosophie, mais surtout comme outils de travail et sources de réflexion.

Vous avez en tête un mentor, un précieux coach ou un modèle idéal docteur Lamontagne ?

J'ai bénéficié de plusieurs influences, la toute première de mon père qui était médecin de famille. J'ai également croisé un ou deux médecins qui m'ont impressionné durant mon parcours, essentiellement par leurs attitudes avec les patients. Je voulais être comme eux, je m'identifiais à leur approche. Ce n'était pas forcément des médecins de famille, je pense d'ailleurs à un chirurgien dont la qualité d'approche du patient était à mon avis exceptionnelle.

Par la suite, dans le cadre des soins palliatifs, et même si je n'ai pas directement connu ces personnes, quelques-unes m'ont assurément influencé. Je pense entre autres à Cicely Saunders, notre grande pionnière de Londres dont j'ai grandement apprécié les écrits ; à Balfour Mount, fondateur de la première unité hospitalière en soins palliatifs à Montréal, je l'ai très peu côtoyé, mais cet homme m'a impressionné par son dynamisme et sa spiritualité. Je suis admiratif du travail de Marcel Boisvert, médecin totalement dédié à ses patients, particulièrement doué pour soulager leur souffrance. En fait, j'ai connu et côtoyé Marcel lors de mes stages à l'Unité de soins palliatifs, à l'époque, au Royal Victoria de Montréal. Je retiens aussi le travail extraordinaire de Marie Sylvie Richard, médecin à la Maison Jeanne Garnier en France. Elle est d'abord venue comme stagiaire à Québec à la Maison Michel-Sarrazin puis, à mon tour, je suis allé

vers elle en France. À plus d'une reprise d'ailleurs. J'ai parfois l'occasion de lui parler, même si son statut de Supérieure générale de sa communauté l'éloigne quelque peu des soins palliatifs. Que de souvenirs significatifs on a partagés ensemble.

À bord du train, en venant vers vous, j'ai lu deux articles que vous aviez écrits, l'un à propos des différentes façons de définir les soins palliatifs au gré de leur évolution et l'autre, mettant l'accent sur certains paradoxes comme l'avancement spectaculaire de la science médicale et de la longueur de vie qui s'ensuit, alors que, du même souffle, la pression devient forte au sein de notre société qui remet sur la sellette toute la question de l'euthanasie. Comme si la médecine faisait face à deux appels contradictoires provenant à la fois du patient, de ses proches ou de certains soignants. C'est-à-dire qu'on demande au médecin de tout faire pour repousser la mort en multipliant les traitements parfois mêmes peu prometteurs et, en même temps, en répondant au pourquoi ne mettriez-vous pas fin à une vie qui se prolonge ?

Oui, d'abord, en ce qui a trait aux différentes définitions des soins palliatifs, je considère que l'évolution de celles-ci, tant au Québec qu'à travers le monde, a suivi un chemin d'élargissement plutôt extraordinaire. Autrefois réservés exclusivement aux personnes en phase terminale de cancer, les soins palliatifs se sont étendus aux autres maladies chroniques et à des phases moins avancées. Par ailleurs, j'étais moins en accord lors de propositions soumises au Comité des normes à la Société canadienne de soins palliatifs, car justement à travers ces nouvelles et nombreuses définitions, l'Association s'orientait dans des formules plus évasives, beaucoup trop larges, comme si tous traitements contre toutes maladies susceptibles de devenir fatale un jour, devaient automatiquement s'inscrire dans des contextes de soins palliatifs. Comme si la bonne médecine était dorénavant et exclusivement associée à des soins palliatifs. Il fallait à mon sens continuer de faire la distinction entre médecine familiale, médecine curative, médecine d'urgence, médecine palliative, etc. J'y voyais là des luttes de pouvoirs



ou de territoires alors qu'à mon avis, il importait plutôt de former l'ensemble des intervenants en soins primaires, médicaux, nursing, sociaux, etc. et assurer un bon travail dans les différentes disciplines grâce à une diversité d'experts.

Par ailleurs, l'évolution des soins palliatifs provoque certains changements, influencés que nous sommes par nos voisins du sud, les Américains, sur la question des traitements palliatifs actifs, non seulement en vue de soulager les symptômes, mais plus encore, poursuivant l'intention, le mandat ou la pression de prolonger la vie, ce qui nous ramène au persistant déni de la mort, au fantasme de l'immortalité. La médecine, malgré tous ses progrès, est confrontée à ses limites techniques, mais elle peut offrir beaucoup. Le défi de se définir dans un rôle d'aidant et non pas forcément de guérisseur demeure colossal. Les pressions familiales, sociales, professionnelles ou internes par rapport à l'attente d'une guérison sinon d'une solution se font multiples et répétées. Les patients endossent les valeurs d'une société dite moderne et essaient par tous les moyens d'échapper à leur mort, soit en tentant de la devancer soit en la déifiant. La population de plus en plus vieillissante, en multipliant les traitements, les interventions ou toute autre procédure de survie, se complexifie à un point tel que le soulagement de la souffrance, l'accompagnement d'un proche ou le processus naturel de la mort s'en trouvent affectés.

Pareilles situations expliqueraient en bonne partie les demandes d'euthanasie ou de suicide médical assisté, non ?

Cela pourrait y contribuer, sans compter les tracasseries financières que soulèvent les accompagnements à long terme. Mais, dans mon esprit, les demandes d'euthanasie relèvent aussi du besoin de contrôler une trajectoire et sa fin plutôt que de faire face à l'inconnu. Patients et médecins tentent de contrôler beaucoup de choses, est-ce naturel ou inévitable ? Le patient, d'une part, aimerait contrôler l'heure de sa mort ou la décider alors que de son côté le médecin tenterait peut-être de compenser son incapacité de guérir par la capacité de contrôler la survenue du

moment fatal. Car la médecine est aussi conviée à la gestion de l'impuissance. Sur ce chapitre j'avais l'habitude d'enseigner à mes stagiaires l'existence de trois formes d'impuissance : l'impuissance personnelle liée aux limites de nos compétences, attitudes ou de notre bagage psychologique ; l'impuissance de la médecine à soulager sans exception ou de guérir à tout prix, et l'impuissance que le patient lui-même nous impose par ses propres attentes ; la barre est haute ! Il importe de distinguer ces trois dimensions, car l'une d'elle nous appartient plus que l'autre. Tout au long de ma pratique, je n'ai jamais cessé de réfléchir à la question de l'impuissance. Lorsque je la ressentais, je m'efforçais d'en sonder la provenance. Après quoi, je la trouvais moins difficile à vivre.

Enfin, toujours par rapport à l'euthanasie, je crois que les pressions de toutes parts ne cesseront d'augmenter. De plus en plus, la société penche vers cette « solution », on le constate dans les enquêtes à ce sujet, même si dans les faits très peu de patients en phase terminale demandent cette « solution ». Il importe aussi de souligner que la demande d'euthanasie n'est pas toujours une véritable demande, elle soulève plutôt l'expression du désir de mourir, c'est-à-dire de quitter sans devoir passer par une trop longue agonie. Il faut savoir distinguer la question qui se cache derrière. Néanmoins, je demeure inquiet par rapport à l'euthanasie. Je me réjouis presque de constater que le dépôt récent d'un projet de loi canadien sur l'euthanasie fut si mal rédigé qu'il n'a pu à ce stade attirer un grand nombre de favorables. Mais les tenants de l'euthanasie y reviendront un jour.

Vous avez fait partie du comité éditorial des Cahiers de soins palliatifs, n'est-ce pas ? J'aimerais savoir ce que vous pensez de cette revue, a-t-elle un certain poids, est-elle importante, pour qui ?

Très importante. D'abord parce qu'il existe très peu de périodiques scientifiques en français traitant des soins palliatifs. Il y a très certainement un petit journal en France, en Suisse ou ailleurs dans les pays francophones, mais sans plus, du moins à ma connaissance. Et bien sûr il y a la revue *Frontières* de l'Université du Québec à Montréal qui publie



différents articles au sujet de la mort, mais non spécifiquement consacrés aux soins palliatifs. Il fallait donc faire place à un périodique de langue française sur les soins palliatifs, plusieurs soignants ne pouvant lire que dans cette langue. Pareil outil devenait fort important. En soins palliatifs au Québec, la recherche commence à prendre de l'ampleur; or, même si les chercheurs favorisent habituellement les revues prestigieuses pour faire connaître leurs découvertes, celles-ci étant majoritairement rédigées en anglais, chercheurs et auteurs français gagnent aussi à rayonner dans leur propre langue. D'ailleurs, Les nouveaux *Cahiers francophones de soins palliatifs* publiés par la Maison Michel-Sarrazin d'ores et déjà contiennent des collaborations franco-québécoises en matière de textes, d'articles ou de recherches internationales en soins palliatifs. Enfin, la revue, dans sa plus récente version, reçoit des appuis importants comme celui des Presses de l'Université Laval. Et je lève mon chapeau à Gilles Nadeau qui depuis le début des parutions travaille sans relâche à titre bénévole pour dénicher et contacter des auteurs, des chercheurs ou des intervenants afin de les inviter à écrire dans la revue à laquelle les lecteurs peuvent maintenant s'abonner. Je suis fier d'avoir contribué à un projet aussi passionnant qui annonce depuis peu son deuxième souffle, malgré des moyens encore modestes.

Docteur Lamontagne, vous arrive-t-il de penser à votre propre mort?

Bien sûr que cela m'arrive. Un peu plus souvent d'ailleurs maintenant que j'ai du temps pour y réfléchir.

C'est angoissant?

Non, je dirais que c'est davantage questionnant. J'ai la chance de jouir d'une bonne santé, donc je n'en suis ni au quand ni au comment la mort va-t-elle se manifester pour moi? Mais ayant accompagné et soigné des centaines et des centaines de patients, en ayant vu mourir un grand nombre, la question m'effleure forcément l'esprit. J'ai quand même l'impression d'avoir réglé des choses avec la mort,

si je puis le dire ainsi; j'entretiens néanmoins une certaine méfiance à mon égard. Ma question est la suivante: toutes ces expériences auprès des personnes en phase terminale, à commencer par la mort de mon père, sont-elles vraiment intégrées dans toutes leurs dimensions ou les aurais-je vécues, comprises et traversées de façon intellectuelle?

La deuxième chose concerne l'après. Je mentionnais plus haut ma foi et mon espérance, mais il arrive que mes convictions oscillent jusqu'au doute. En fait, mon inquiétude porte davantage sur la perspective de quitter mes proches. Ma peine ou mon appréhension se situe à l'intérieur de cette préoccupation, comment ne pas se soucier de ceux qu'on aime?

On peut difficilement penser à sa mort sans repenser à sa vie; or, côté carrière, j'ai l'impression d'avoir réussi à aider beaucoup de malades à franchir leur dernière étape. En toute humilité, je crois avoir bien soigné, bien accompagné, du moins le mieux possible, patients et familles séparés par la mort.

Vous avez le sentiment du devoir accompli?

Oui, un sentiment d'accomplissement. De ce côté-là, je n'éprouve aucun regret important. Malgré mon travail fort exigeant, j'ai le sentiment d'avoir bien profité de la vie. Or, si j'avais été fauché au premier jour de ma retraite, la satisfaction d'une vie bien remplie aurait été ma dernière impression. Et si je devais traverser la phase terminale d'une maladie, je fais confiance à mes proches et aux soignants dans leur accompagnement.

Vous souhaiteriez bénéficier de temps pour leur dire... au revoir?

... Le temps de dire au revoir, de me préparer, de goûter à mes souvenirs avant de partir.

Personnellement, je m'interroge souvent sur l'intégration de ce que les patients nous enseignent en mourant. Lors de mon entretien avec Marie de Hennezel, bien connue en soins palliatifs, je lui mentionnais la chance que nous avons, comme personnel en soins palliatifs, d'appivoiser notre propre mort à la lumière de ceux et de celles qui partent avant nous. Marie m'a répondu que nous ne savons pas, comme au jour d'un examen pour





lequel nous nous sommes par ailleurs préparés, si notre disposition intérieure agira en notre faveur.

C'est ce qui m'a amené, Johanne, à te dire que je me questionne sur l'intégration de notre expérience. Est-elle de nature intellectuelle plutôt que profondément spirituelle? Je demeure persuadé que mes patients m'ont surtout appris beaucoup de choses sur la vie, des expériences que je peux d'ores et déjà appliquer dans ma façon de vivre plutôt que de tenter à distance de me les approprier à l'heure de ma mort. En fait, mon travail auprès des grands malades m'a permis d'apprécier les relations humaines imprégnées d'amour à cause de sa manifestation dont j'ai souvent été témoin en fin de vie. Certaines scènes d'amour ultime m'ont beaucoup plus touché que la réalité de la souffrance pourtant non moins perceptible. Une invitation à approfondir notre propre mode relationnel. Enfin, si l'adage avance l'idée que l'on meurt comme on a vécu, l'application de leur enseignement au cours de notre propre vie nous servira fort probablement dans le processus de mourir.

Vous qui avez été témoin de scènes d'amour en fin de vie, que pensez-vous des scènes conflictuelles?

Elles nous questionnent tout autant dans notre propre cheminement. Devant une vie qui s'achève, les conflits, tout comme l'amour, nous apparaissent comme une image grossie de la relation précédent la phase terminale. Le plus difficile pour certains membres d'une famille éprouvée, c'est lorsque le patient manifeste son besoin d'amour et de pardon «terminal» étant convié à un aller sans retour. Mais, pour ceux qui restent et qui ne sont pas confrontés à leur propre mourir, il leur est parfois plus difficile de répondre à une telle invitation plus ou moins directe avant la grande séparation. Les rythmes et les expériences de chacun diffèrent, car mourants et «bien-portants» n'éprouvent pas forcément les mêmes besoins ni les mêmes sentiments, surtout quand la vie de l'un s'achève alors que la vie de l'autre doit se poursuivre autrement. Il m'est arrivé à quelques reprises non seulement d'être témoin de scènes familiales conflictuelles, mais d'être à l'écoute

de disputes testamentaires, par exemple. Comment, comme médecin, apaiser une telle souffrance? Sans doute, en l'écoutant et en se référant à d'autres membres du personnel experts formés à dégrever cette portion de la souffrance.

Docteur Lamontagne, je pense ici à ma mère lorsque, avant de mourir, elle nous a dit, à ses quatre enfants: «Si je vous ai blessés parfois bien involontairement, je vous demande pardon.» J'ai mesuré le courage d'une telle phrase et sa puissance de réparation, dans un contexte à la fois intime et ultime, comme si un conflit durant la vie pouvait incidemment être renversé par une manifestation d'amour à la toute fin.

Quand on parle de donner un sens à sa vie, c'est bien par la manifestation de l'amour que j'en perçois la démarche. Plusieurs de nos patients nous disent que la maladie, la souffrance, la décrépitude, la perte et la mort ne font aucun sens. Or, comment accéder au sens dans pareilles conditions et en en fin de parcours? À mon avis, par l'entremise de l'amour ou par ce sentiment que «Le plus grand que soi» existe, veille sur soi, ou qu'un Amour attend.

Votre réflexion me ramène à l'une des plus belles lectures que j'aie parcourue depuis mes vingt ans en soins palliatifs. Avez-vous lu «Les derniers fragments d'un long voyage» de Christiane Singer? Elle nous en conjure et nous convie à cette grande capacité d'aimer au dernier rendez-vous, le sien ayant eu lieu le 4 avril 2007.

Non, je ne l'ai pas encore lu, mais j'ai bien l'intention de le faire.

Voici une question, peut-être étrange, mais qui m'effleure souvent l'esprit. Quand un patient décède, on a recours au médecin pour authentifier sa mort. Je me suis toujours demandé comment on se sent en faisant ce geste? Un geste routinier? Administratif? Affectif? Significatif?

Pour des patients que l'on n'a jamais vus, soignés ou accompagnés, mais qui requièrent néanmoins cette attestation, j'admets que la dimension administrative est alors centrale. Par ailleurs, lorsqu'un proche du défunt est présent, il peut s'agir d'un moment opportun pour offrir son écoute, son attention, sa





compassion. Pour les patients que l'on a soignés, il est vrai que ce rituel dit administratif en devient un beaucoup plus significatif. Il s'agit d'ailleurs du privilège du tout dernier instant. Comme croyant, je me sens parmi ceux et celles qui s'apprentent à l'accueillir, oui, pour moi et à certains moments, le constat de la mort est un geste d'accueil.

Au tout début de ma pratique en médecine familiale, lorsqu'un de mes patients décédait, j'avais l'habitude d'aller au salon funéraire pour exprimer un dernier hommage. C'était l'occasion pour moi de revoir les membres de la famille de mon patient décédé. Mais mon travail en soins palliatifs s'est avéré différent, d'une part, à cause des nombreuses rencontres et de leur brièveté. J'ai éventuellement cessé d'aller au salon funéraire, histoire aussi de mettre une certaine distance avec la mort fréquente. Alors, peut-être que l'attestation du décès me permettait en quelque sorte de faire les choses autrement, et dans certains cas, avec recueillement.

Notre entretien s'achève, je ne voudrais pas rater l'occasion de vous poser la question sur votre vision de la retraite. Comment vivez-vous cette nouvelle étape de votre vie?

C'est bon, c'est vraiment bon la retraite. J'avais évité de m'en faire une idée avant d'y accéder. Certaines gens autour de moi s'interrogeaient sur le comment j'allais pouvoir ralentir, changer de rythme, ils me connaissaient davantage par l'intermédiaire de mes nombreuses implications au travail. J'avais quand même suivi quelques bons conseils en quittant la majorité de mes activités médicales et d'enseignement, c'est-à-dire de bien assumer certains deuils avant de me lancer dans de nouveaux choix. J'ai donc pris la résolution de dire non à plusieurs invitations dès la première année, histoire de ne pas trop interférer avec ma transition entre le travail et la retraite.

Dire non, est soudainement devenu possible?

Effectivement, je l'ai fait. J'ai quand même trouvé l'exercice de dire non assez difficile, de renoncer à prononcer une conférence, à me déplacer pour telle

ou telle mission, mais il fallait m'arrêter, comment enseigner ou parler de ce qu'on ne pratique plus?

Avec le temps, ce n'était plus aussi difficile de m'adapter à un nouveau style de vie. Bref, la première année, j'ai dit non à tout, au début, on se sent désorganisé, déstabilisé, comme dans le deuil. L'habitude des horaires, des rencontres, des engagements professionnels, de savoir ce que l'on fera demain ou après-demain. Avec l'arrivée de la retraite, tu te lèves comme depuis toujours chaque matin, mais voilà que tu as le choix du rythme et de l'horaire de la journée, en fait, il y a une perte des repères habituels et des rituels de travail. C'est étonnant, tout cela s'est passé de façon naturelle, sans regrets, ni contraintes. J'ai quand même conservé une activité clinique deux demi-journées par semaine auprès de personnes âgées à domicile et à l'infirmerie d'une communauté religieuse. C'était là une façon pour moi de passer non pas du tout au rien, mais du tout à beaucoup moins dans mes implications professionnelles. Je savoure ma disponibilité auprès de ma famille, de mes amis et pour de nouvelles lectures. C'est bon de pouvoir enfin déborder des articles scientifiques qui nécessitent une mise à jour continue, je puis dorénavant lire autre chose. Et les petits-enfants ont besoin de leurs grands-parents, je m'en réjouis. De plus, Thérèse, mon épouse depuis 45 ans cette année, mérite une présence que je n'ai pas pu vraiment lui accorder tout au long de ma carrière, c'est à son tour, elle a fait sa part en m'appuyant dans mes projets, elle m'a souvent attendu, c'est bon de me retrouver là pour elle. Enfin, nous sommes très impliqués dans un organisme, le Centre Justice et Foi, petite communauté chrétienne non loin de notre demeure et qui nous permet un échange important dans nos valeurs mutuelles. Sans compter la beauté du jardin et de ses fleurs; oui, la vie de retraité est très bonne, elle est belle.

À toutes ses étapes, vous l'avez trouvée belle la vie?

J'ai eu de la chance, je n'ai pas eu à traverser des épreuves extrêmement difficiles.





Dans le Réseau des soins palliatifs, on vous considère définitivement comme un pionnier. Qu'en dites-vous ?

Oui, on peut le dire ainsi. À l'Hôpital du Saint-Sacrement, un hôpital d'enseignement avec des médecins spécialistes en majorité, je fus le premier omnipraticien à assurer la présidence du conseil des médecins. À la Faculté de médecine de l'Université Laval, je fus l'un des premiers instigateurs du programme de médecine familiale. J'ai également contribué à la naissance des soins palliatifs à la Maison Michel-Sarrazin de Québec tout en assurant une réflexion et une implication pratique en médecine familiale et, on en a parlé aussi plus haut, je fus l'un des premiers membres du Comité éditorial des *Cahiers de soins palliatifs*. Ce qui est étonnant c'est que je suis un homme timide, réservé, assez effacé même, alors que je me suis découvert proactif dans toutes ces portions de ma carrière médicale. Que de bons moments !

Vous restez confiant, optimiste dans le devenir des soins palliatifs ?

Absolument. Je regarde leur tout début en Amérique du Nord à l'Hôpital Royal Victoria de Montréal et je mesure leur évolution jusqu'à ce jour, même si je connais davantage leur situation à Québec plutôt qu'ailleurs dans le monde. Depuis la dernière année, il s'est ouvert un certain nombre de lits réservés aux soins palliatifs, par exemple à l'Hôpital Hôtel-Dieu, à l'Hôpital Saint-Sacrement, à l'Hôpital Laval, au CHUQ... enfin ces hôpitaux de Québec ont leurs unités de soins palliatifs. Autrefois, on bénéficiait d'équipes de consultation, mais dorénavant, on a des lits spécifiquement réservés aux malades en phase terminale. Prenons aussi l'ajout des programmes d'enseignement sur les phénomènes reliés à la mort, à l'Université comme ailleurs parfois moins formellement, mais il existe beaucoup d'organismes ou de lieux de formation, des colloques, des périodiques, des cours universitaires, n'oublions pas le Centre d'études sur la mort de l'Université de Québec à Montréal, enfin, des supervisions ou des stages sont régulièrement offerts par les spécialistes de toutes disciplines sur le terrain des soins palliatifs.

Pensons aussi au volet recherche qui évolue de plus en plus dans ce domaine. Les subventions demeurent nécessaires, souhaitons que les budgets augmentent au fil du temps. Le ministère de la Santé prend de plus en plus en considération ce type de soins devenus indispensables au cœur d'une population vieillissante. Il reste beaucoup à faire et c'est stimulant si on se base sur tout ce qui a été réalisé à ce jour. Je demeure très optimiste face à l'avenir des soins palliatifs et à leur développement.

Avant de nous quitter, aimeriez-vous rajouter un commentaire ou répondre à une question que j'aurais omis de vous poser ?

Bien... Parmi les regrets, s'il en est, j'aimerais mentionner que je déplore le fait de ne pas avoir, comme médecin, suffisamment travaillé en équipe interdisciplinaire. La multidisciplinarité ne crée pas spontanément l'interdisciplinarité telle que je la comprends ou la souhaiterais à son meilleur. Nous travaillons plutôt en solo comme médecin. Bien sûr, nous écoutons et partageons avec les autres professionnels de l'équipe en soins palliatifs, mais je pense que j'aurais pu accentuer mon copartenariat. J'entends par là que, même si j'ai collaboré avec le groupe des infirmières et les pharmaciennes, plus particulièrement au soulagement des symptômes, j'aurais souhaité vivre plus d'interdisciplinarité avec les autres membres de l'équipe. Nous l'avons bien compris, chacun de nous et au-delà de ses spécialités, fait face à la souffrance globale (physique, psychologique, sociale, spirituelle ou existentielle) du patient en fin de vie. Cette vaste dimension de l'être reste encore fragmentée, elle nous ouvre en quelque sorte un accès limité. Les médecins n'ont pas beaucoup été formés au travail d'équipe, même si pour ma part, j'ai eu la chance, dès le début de ma carrière et pendant longtemps, de m'associer à des collègues rattachés à une même discipline. Nous faisons face à une solitude devant l'ampleur de certaines situations, particulièrement lorsqu'elles sont difficiles; on aimerait le plus souvent non seulement y réfléchir en groupe, mais parfois y remédier grâce à la collaboration immédiate et globale de l'infirmière, de





la travailleuse sociale, du psychologue, du responsable de la pastorale, etc. Bref, travailler le plus souvent seul ou trop seul, par déformation professionnelle ou par la force des choses, représente pour moi un certain regret.

Cela dit, la solidarité de l'équipe, le soutien mutuel face à notre travail, les heures de réflexions et d'échanges même occasionnelles, néanmoins, ont imprégné en moi des souvenirs extraordinaires.

Docteur Lamontagne, je vous redis merci pour cette belle rencontre, pour la générosité de votre temps en pleine période de retraite! Je vous souhaite des années de bonheur dans votre vie intime après avoir tant donné à la société.

RÉFÉRENCES:

- Lamontagne, Claude. « Les soins palliatifs au Québec: principes fondamentaux et dérives », dans les *Cahiers de soins palliatifs, Soigner*, volume 1, numéro 2, Québec, 2000, pages 3-16.
- Lamontagne, Claude. « Évolution et tendances à travers les définitions des soins palliatifs » dans les *Cahiers de soins palliatifs, Tendances et Enjeux*, volume 1, numéro 1, Québec, 1999, pages 11-16.
- Singer, Christiane. *Derniers fragments d'un long voyage*, Éditions Albin Michel, Paris, 2007.



