

SCIENCE ET HUMANISME

Entrevue avec le Dr Pierre Gagnon, psychiatre

GILLES NADEAU, D. TH. P.

Responsable du Service de la pastorale

Maison Michel-Sarrazin, Québec

Rédacteur en chef, *Cahiers francophones de soins palliatifs*

Pierre, je dois commencer par te faire un aveu. Lors de mes premiers pas dans le monde des soins palliatifs, à l'ouverture de la Maison Michel-Sarrazin, il y a 30 ans, la présence d'un psychiatre dans l'équipe ne me laissait pas indifférent. J'étais impressionné. Assez rapidement, mon admiration est passée de la profession à la personne qui l'exerçait.

Il s'agissait à l'époque du Dr Jean-Pierre Bernatchez. Puis, après quelques années, tu t'es joint à l'équipe, avec une feuille de route assez remplie. Tu es psychiatre spécialisé en psycho-oncologie, en médecine psychosomatique et en gérontopsychiatrie et professeur titulaire à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval. Depuis 2000, tu diriges l'équipe des chercheurs en soins palliatifs de cette même université, équipe affiliée à la Maison Michel-Sarrazin. Tu es également actif en enseignement pour différents aspects de la psycho-oncologie et des soins palliatifs.

J'avais hâte de pouvoir vivre cette entrevue et de te faire connaître à nos lecteurs, à la fois comme personne, comme professionnel, comme membre de la seconde vague de nos pionniers et comme passionné des soins palliatifs. Merci de t'être prêté à l'exercice en toute simplicité.

Quel a été ton chemin vers la psychiatrie?

C'est la science qui m'a conduit en psychiatrie et en soins palliatifs. Comme étudiant, au secondaire et au cégep, je m'intéressais particulièrement à la biologie. Je suis arrivé au cégep sans expérience humaine autre que celle d'un adolescent à Québec. Comme j'étais bon en sciences, je me suis plus intéressé aux sciences fondamentales: la biologie, la physique, la chimie, les mathématiques.

Rendu en médecine, je trouvais que dans l'être humain, le système nerveux était particulièrement intéressant, surtout le cerveau et le psychisme. C'est vraiment par curiosité scientifique en fait que j'ai été conduit plus tard à la psychiatrie. Ça a été assez clair rapidement, dès la deuxième année de médecine, que je voulais aller dans ce domaine.

Rendu en psychiatrie, je m'intéressais davantage à l'expérience humaine qu'aux grandes maladies psychiatriques: schizophrénie, troubles bipolaires... Une certaine psychiatrie est beaucoup technique et c'est excellent. Mais je trouvais cela moins intéressant pour moi. J'étais attiré par la psychiatrie qui tient plus compte de l'expérience humaine dans le traitement des grands malades.

L'intérêt pour la psycho-oncologie n'est pas venu de façon très philosophique. Avec le Dr Harry Grantham, chef de département de psychiatrie, nous regardions ce qui serait le plus pertinent pour l'Hôtel-Dieu de Québec. À l'occasion d'un congrès, j'ai découvert que la psycho-oncologie s'était développée, unifiée, avait développé des techniques et des programmes de formation. C'était intéressant.

La psycho-oncologie était un secteur de la médecine psychosomatique, celle-ci étant une spécialité de la psychiatrie qui s'intéresse aux patients qui ont des maladies psychiatriques en premier : schizophrénie, troubles bipolaires, troubles anxieux, versus la psychiatrie, qui s'intéresse aux patients avec maladies physiques.

Mais il y a toute une partie de la psychiatrie qu'on appelle médecine psychosomatique ou psychiatrie de consultation-liaison, qui s'intéresse davantage au vécu psychique des patients qui ont des maladies physiques de tout ordre. Ce peut être aussi des maladies rénales, des maladies rhumatoïdes. J'ai fait une formation dans ce domaine.

Est-ce que tu viens d'une famille de médecins ?

Non, c'est vraiment le goût de la science qui m'y a conduit. J'ai commencé à penser à la médecine au cégep. La biologie me parlait déjà de la complexité de l'être humain. Je me disais que l'être humain dans son ensemble devait l'être encore plus. C'est vraiment la curiosité scientifique qui m'a attiré vers le vécu humain dans son ensemble. Je me suis éloigné assez rapidement de la biologie.

En tant que psycho-oncologue, es-tu rattaché à une équipe ?

Il existe une équipe multidisciplinaire de psycho-oncologie régionale à Québec basée à l'Hôtel-Dieu. Elle vise à aider les patients avec toute problématique psychologique et psychosociale. Il existe de plus en plus de ces équipes au Québec. Leur existence est même intégrée dans le Programme de lutte contre le cancer, incluant les services de base et les services spécialisés.

J'ai fait deux ans d'études au Memorial Sloan-Kettering Cancer Center à New York. Lorsque je suis arrivé de mon *fellowship* en 1994, de telles équipes n'existaient pas au Québec. À l'Hôtel-Dieu, les travailleurs sociaux donnaient des services. La psycho-oncologie n'était pas très développée au Canada, alors qu'aux États-Unis, elle commençait à être plus formalisée. J'étais un des premiers Canadiens. Les services de psycho-oncologie se sont développés en montant l'équipe.

À quel moment ton engagement en soins palliatifs a-t-il commencé ?

Les soins palliatifs sont liés à la psycho-oncologie. On y rencontre des cancers aux pronostics sévères, plus avancés, incurables, avec des problèmes psychiatriques. Des malades, biologiquement parlant, ont plus de complications. Ils ont des traitements plus lourds. Leur cerveau peut être atteint : delirium, métastases cérébrales, avec toutes sortes de réactions dépressives, organiques. L'intervention du psychiatre devient alors plus importante. Au début, les réactions peuvent être psychologiques. Le travailleur social et le psychologue peuvent agir. Mais les complications psychiatriques, c'est autre chose.

Un autre facteur de ma rencontre avec les soins palliatifs, c'est que j'ai fait ma formation en médecine psychosomatique au CHUL avec le Dr Jean-Pierre Bernatchez. Il était consultant à la Maison Michel-Sarrazin. Comme je lui avais manifesté mon intérêt, il m'avait une fois ou deux introduit dans la Maison. Retenu par d'autres fonctions administratives comme chef de département dans le CHUQ, il a envisagé avec le directeur de la Maison, le Dr Louis Dionne, la question de sa relève. On m'a alors offert de prendre sa succession. J'ai alors fait équipe avec le Dr Pierre Allard qui travaillait à la Maison comme médecin, tout en étant chercheur et directeur de la recherche depuis quelques années. De plus, mon programme de recherche, entre autres sur le delirium en phase avancée de cancer, s'était rapproché des soins palliatifs.

Je faisais donc de la pratique en soins palliatifs à la Maison Sarrazin et à l'Hôtel-Dieu. Même

dans la pratique concrète de la psycho-oncologie, il y a beaucoup de soins palliatifs, parce que les besoins sont plus nombreux et qu'il y a plus de complications psychiques. C'est toujours intimement lié, au point que notre équipe de recherche se nomme Équipe de recherche Michel-Sarrazin en oncologie psychosociale et *en soins palliatifs*.

Comment en es-tu venu à t'intéresser à la recherche? Au départ, avais-tu des préoccupations de cet ordre ou se sont-elles développées en cours de route?

J'en ai fait pendant mon *fellowship*. Il était clair que je revenais avec un mandat pour devenir clinicien chercheur. J'avais déjà rencontré les gens du centre de recherche de l'Hôtel-Dieu, le Dr Luc Bélanger, entre autres. Il me soutenait beaucoup pour développer le champ de la recherche en psycho-oncologie-soins palliatifs à l'Hôtel-Dieu. J'ai eu un excellent soutien. Je dois dire que pour une carrière de recherche, c'est important d'avoir un soutien, des mentors.

Puis tu es devenu, après le départ du Dr Pierre Allard, depuis 2000, directeur de l'équipe des chercheurs en soins palliatifs de l'Université Laval, qui est affiliée à la Maison Michel-Sarrazin. L'équipe, depuis ce temps, s'est beaucoup développée.

Oui, parce que nous allons chercher constamment des professeurs qui avaient des préférences et des possibilités pour faire de la recherche: temps de recherche, salaires de recherche pour les aider à diriger leurs programmes de recherche et la direction d'étudiants gradués vers les soins palliatifs. Évidemment, lorsqu'on dispose d'une équipe plus grosse qui peut donner du soutien, c'est intéressant pour les chercheurs. C'est comme ça qu'on a réussi à grossir l'équipe et à la garder interdisciplinaire. Les retombées retournent à la clinique et les soins palliatifs sont très interdisciplinaires, sur le plan clinique. Nous maintenons le même modèle. Nous visons des recherches avec beaucoup de retombées cliniques. Les problèmes viennent de la clinique et les retombées retournent à la clinique.

Quelles sont les recherches qui t'ont le plus tenu à cœur?

Tous les projets. Mais je pense que les projets portant sur le délirium ont été très intéressants à cause des retombées concrètes qu'on utilise encore aujourd'hui. Cette recherche a eu des retombées concrètes partout. Nos articles sont cités, nos instruments sont utilisés. Puis il y a la recherche existentielle, la recherche de groupe. Elle a permis de travailler un aspect moins médical, moins pharmacologique. Cela nous permet de garder un certain équilibre comme psychiatre entre la biologie puis les sciences humaines. Je trouve cela fantastique.

Cette recherche me permet d'étudier à fond l'aspect existentiel qui est un domaine qu'on n'a pas la chance de travailler tant que ça en psychiatrie, parce qu'on est pris au quotidien avec des problèmes plus terre à terre: traiter des dépressions, des gens suicidaires, des délirium. Comme nos subventions parviennent d'organismes subventionnaires, en plus évidemment des études biomédicales et pharmacologiques, nous pouvons travailler aussi sur des sujets qui se rapprochent plus des sciences humaines, dans la mesure où il y a des retombées pour la qualité de vie des patients et de leurs proches.

Le concept « souffrance existentielle » est relativement nouveau. On pourrait penser que ce sujet ne relève pas de la psychiatrie, mais plus de la spiritualité.

Ce que je trouve intéressant, c'est que cela me permet de travailler avec les gens du domaine de la spiritualité. Il y a nécessairement un chevauchement entre les disciplines. Ce n'est l'apanage d'aucune discipline, d'aucune personne. Chaque discipline aborde l'humain avec sa tradition conceptuelle et de recherche et apporte un éclairage valable et synergique pour tenter de résoudre ces questions complexes. La délimitation des champs de compétence est plus difficile sur le plan conceptuel que sur le terrain, alors qu'il s'agit de respecter et de s'enrichir de l'expertise des collègues.

Pour moi cela coulait de source, parce que les modèles que j'avais sont des Anglo-Saxons avec lesquels j'ai travaillé. Eux, en psychiatrie, ils travaillent dans ce domaine.

Il est vrai que des gens peuvent dire: « Ils viennent sur notre terrain. Ils ne sont pas vraiment formés dans le domaine. » Je suis tout à fait conscient que nous venons d'une autre tradition. C'est une autre approche. Nous avons besoin des autres qui travaillent dans le domaine depuis toujours.

Tu as été et tu es encore en contact avec d'autres traditions, particulièrement la tradition anglophone en Californie. Tu ne sembles pas tiraillé, mais bien à l'aise.

Ça va un peu avec l'esprit scientifique de recherche, parce que la recherche utilise l'approche de la science. C'est presque a-théorique. On arrive, on regarde les données. On regarde ce qu'il y a de vrai dans chaque approche. On essaie d'unifier ça, sans en faire une chimère. On en fait un tout cohérent. C'est un domaine complexe. Chaque parcelle de vérité est importante. Des fois, c'est juste une parcelle. On travaille longtemps sur un domaine puis, tout à coup, il y a un petit concept qui sort qui est propre à cette approche-là. On fouille, on fouille. Des fois on investit beaucoup de ressources dans des projets de recherche. Il ne sort pas grand-chose, mais il sort un petit quelque chose. On a besoin de cela. L'être humain est tellement complexe, surtout en ce qui concerne la souffrance existentielle. Il n'y a personne qui puisse mettre cela dans une armoire.

Qu'en est-il du courant européen en psychiatrie dans ce domaine?

Victor Frankl est Autrichien, donc il y a potentiellement des racines de discussion existentielle sur le sujet en Europe. J'ai des contacts avec des collègues psychiatres français et belges. J'en discute avec eux. Je ne peux que livrer quelques perceptions spontanées ici. L'aspect existentiel est évidemment discuté là-bas, moins systématiquement et explicitement, il me semble. Eux, leur « existentiel », c'est peut-être la psychanalyse. Il y a probablement une différence entre

l'approche européenne et nord-américaine dans ce domaine.

Dans les périodes d'austérité ou de rigueur, il ne doit pas être facile d'obtenir des subventions. J'imagine que les chercheurs doivent vendre l'idée même de la nécessité de la recherche.

Oui, c'est difficile, mais en même temps, il faut dire que cela a toujours été ainsi. C'est un milieu très difficile, très compétitif, très rigoureux depuis toujours. Nous continuons ce que nous avons toujours connu. La période actuelle est un autre obstacle tout simplement. Déjà de pouvoir se tailler une carrière en recherche comme clinicien, c'est très difficile.

Actuellement, les fonds sont raréfiés un peu. En même temps, nous avons plus d'expérience. Nous réussissons assez bien en diversifiant les sources, plutôt qu'en se tenant strictement aux deux ou trois organismes subventionnaires majeurs canadiens. Pour l'instant, nous nous en sortons assez bien.

Il y a effectivement une raréfaction des ressources. Mais les soins palliatifs, avec tout ce qui se passe actuellement, sont vraiment d'actualité. Je crois que ça aide à avoir des subventions. Ça risque de demeurer, puisque jusqu'à preuve du contraire, les gens vont continuer d'être confrontés à la mort, confrontés à des maladies incurables. Par contre, il existe encore des personnes, même chez les chercheurs d'autres disciplines qui évaluent parfois nos demandes d'octroi, qui se demandent pourquoi faire de la recherche sur ces sujets, puisque les gens vont mourir de toute façon. Nous rencontrons encore ce genre de réactions, mais de moins en moins. En fait, il y a plus d'ouverture.

Je ne me sens donc pas personnellement pessimiste face à tout ça. Faire de la recherche a toujours été dur pour tout le monde. C'est inhérent à la recherche: la compétition, se faire critiquer, se faire rejeter. C'est un milieu dur pour l'ego, mais il y a aussi parfois les honneurs: en fait, comme beaucoup de disciplines, les splendeurs et les grandeurs de la recherche.

Quelles seraient les principales qualités d'un bon chercheur ?

Je dirais : la persévérance. Des chercheurs, après s'être fait rejeter quatre fois avec des commentaires désobligeants, ont persévéré. Ils ont fini par se faire subventionner. La persévérance, c'est le principal.

Il ne faut pas oublier qu'il y a beaucoup de personnes dont le poste de professeur dépend des subventions de recherche. Ce sont des professeurs sous octroi. S'ils n'ont pas leurs octrois, ils n'ont pas leur emploi. Ici, au Québec, il y a déjà plus de souplesse dans ce domaine. Mais il existe des endroits aux États-Unis où le chercheur doit toujours, toujours avoir des subventions. Cela tient un niveau de compétitivité et de qualité très élevé.

Dirais-tu que l'humilité pour un chercheur, c'est fondamental ? Il est dépendant de ce qu'il va trouver ou ne trouvera pas.

Oui, et en plus de cela, on se fait critiquer. Il ne faut pas oublier que dans les concours, actuellement, moins d'une demande sur cinq est acceptée. Si la demande de subvention ou de bourse a été rejetée, c'est qu'il y a eu des commentaires négatifs. Pendant notre carrière, nous recevons beaucoup de commentaires négatifs. Il y a une certaine résilience chez les chercheurs qui rend forcément humble.

Il faut avoir la passion de mettre plus de lumière, plus de vérité dans ce que nous faisons. Vouloir donner des outils, aider nos collègues et les personnes qui travaillent en soins palliatifs à avoir plus de bases solides pour leur pratique. Je suis très conscient que la recherche est seulement une partie des soins palliatifs. Ceux-ci doivent reposer sur un socle scientifique. Il y a l'humanisme, mais aussi le scientifique.

J'aimerais aborder un sujet sur lequel nous avons déjà échangé. Les soins palliatifs sont-ils menacés par un manque de rigueur ? Je pense, par exemple, à certaines croyances qui sont parfois véhiculées par des intervenants. « Il attend quelqu'un pour mourir. » « S'il ne meurt pas, c'est qu'il n'a pas encore décidé de mourir. » Ces croyances ne

reposent justement pas sur un socle scientifique solide. N'y a-t-il pas alors danger de nuire à des personnes malades ou à des proches par manque de rigueur ?

Tout à fait. Je suis parfaitement d'accord. Les soins palliatifs demeurent une discipline médicale qui doit être assise sur un socle scientifique. Notre passion, comme chercheurs, est en fait d'amener la science, la vérité scientifique, dans la mesure où on peut l'amener, pour aider les gens à avoir une pratique qui ne soit justement pas basée sur toutes ces croyances qui peuvent facilement nuire et qui nuisent effectivement. La recherche est une façon de nettoyer le terrain pour que les gens puissent travailler sur du solide, même dans le domaine spirituel et existentiel.

Le rôle du psychiatre en soins palliatifs est un peu de désenchevêtrer ce qui est psychologique, existentiel, physique, pour bien placer les différents problèmes, traiter ce qui est traitable au niveau psychique pour aider le patient justement à cheminer sur le plan existentiel.

Il me semble que parfois, le psychiatre est placé dans une position inconfortable. On vous reconnaît une autorité, en même temps vous êtes celui qui met le doute par souci de rigueur. Ça ne doit pas toujours être bien accueilli au sein d'une équipe.

Il faut rester humble devant les attentes des autres, ça aide beaucoup. En psychiatrie, on apprend à travailler avec les attentes des gens dans la relation : transferts, contre-transferts. On essaie, mais on ne réussit pas toujours. Pour nous, c'est notre travail. Je comprends qu'il peut y avoir des attentes immenses. Mais ce sont leurs attentes. Je ne suis pas « Superman » ! Je peux me tromper. Il y a des questions auxquelles je ne suis pas capable de répondre, des situations auxquelles il n'y a pas de solution. Je comprends qu'il y ait des attentes, mais je ne suis pas obligé de répondre à toutes, même si cela peut engendrer de la frustration. Il est vrai que parfois nous arrivons avec une perspective complètement différente,

pour débloquent une situation cul-de-sac, il faut tenter de sortir des sentiers battus, le « thinking outside the box » des Anglo-Saxons. Il s'agit de l'amener de façon diplomatique. Encore là, c'est un peu notre rôle. Comme psychiatres, on est habilités à cela.

Lorsque nous avons des stagiaires, c'est une des choses qu'ils apprennent : comment gérer avec des transactions délicates, diplomatiques avec les différents secteurs.

Il arrive que nous soyons en plein désaccord. Il faut essayer de faire changer le point de vue de 180 degrés, mais de façon diplomatique. Mais comme psychiatre, c'est ce que nous apprenons.

Ce qui est bien en soins palliatifs, c'est que tu es certain que tout le monde veut le bien du patient. Ce sont des gens dévoués. C'est la médecine telle qu'on nous l'a enseignée. C'est ce qui fait que je continue de venir à la Maison Sarrazin. Il y aurait du travail ailleurs. C'est la médecine telle qu'on nous l'a enseignée, avec humanisme, mais aussi avec la science. Il y a beaucoup d'aspects non scientifiques en soins palliatifs. Nous en avons parlé. Mais les intervenants sont bien formés, solides cliniquement, au sens large scientifique, avec une dose d'humanisme, avec dévotion. Ils sont dévoués, appliqués. C'est très intéressant.

As-tu parfois, comme psychiatre, à lutter contre des perceptions chez les patients? « Je ne suis pas fou. » « Je ne suis pas folle. » « Pourquoi dois-je rencontrer un psychiatre ? »

Oui. Je pense qu'on ne pourra pas enlever cette perception. Elle est universelle. La société a encore des images d'asiles, d'électrochocs. Cela va prendre du temps. Ce ne sera peut-être jamais réglé. Je n'ai pas trouvé une façon de contrer ce préjugé. Dans la pratique, je n'insiste pas d'emblée sur le fait que je suis psychiatre, mais que je viens pour les aider, par exemple, à gérer leur stress, à travailler sur le moral. J'insiste plus sur la fonction que sur l'étiquette.

Dans tes nombreuses tâches, tu fais également de l'enseignement. Quelles sont tes responsabilités dans ce domaine? Qu'est-ce ce qui te fait vivre dans cette fonction?

L'enseignement, c'est la chance de transmettre pour la postérité, de laisser quelque chose, en plus de la recherche et de tout ce que l'on fait avec les patients. C'est une façon d'aider les jeunes ou les étudiants de tout âge à bénéficier de notre expérience, de ce que nous avons réussi à synthétiser sur des sujets complexes. Il s'agit de simplifier et de transmettre des sujets complexes, pour que les étudiants partent de plus haut que nous. Idéalement, il s'agit de leur fournir un tremplin pour aller plus haut.

C'est bon pour nous également. Il nous faut revoir nos connaissances. Par exemple, j'enseigne en pharmacologie. Je dois réviser mon contenu dans le détail, parce que les étudiants, eux, vont le voir en détail. L'enseignement nous oblige à travailler et être compétents. Ce sont des motivations concrètes.

Existe-t-il une bonne relève?

Il y a une bonne relève, entre autres pour la psycho-oncologie. Le domaine a pris de l'ampleur. Il est en émergence. Il n'y aura pas des dizaines de psychiatres qui vont aller dans ce domaine au Québec. Il n'en faut pas nécessairement beaucoup. Je trouve qu'actuellement, il y a une relève intéressante. C'est tellement intéressant que je ne suis pas surpris que des gens soient attirés par la discipline, dans ce champ en émergence.

Quels sont tes mentors?

En psychiatrie : à Québec pendant ma formation et en tant que psychiatre, les Drs Artur Pires et Harry Grantham. Pendant ma formation en psycho-oncologie à New York, les Drs Jimmie Holland, MaryJane Massie et Bill Breitbart. Pour ma carrière de chercheur autonome rendu à Québec, Dr Pierre Allard, épidémiologiste et médecin en soins pallia-

tifs décédé en 2013¹, le Dr Luc Bélanger, longtemps directeur du Centre de recherche de l'Hôtel-Dieu. Je dirais également les médecins de la Maison Michel-Sarrazin et toute l'équipe interdisciplinaire, l'ensemble de travailleurs sociaux, toi, les infirmières, les bénévoles, la direction générale, l'administration. Je ne voudrais oublier personne. C'est vraiment un bon milieu. C'est la médecine de la façon dont elle devrait être pratiquée. C'est un mélange de racines d'ici et d'ailleurs.

N'es-tu pas toi-même en train de devenir mentor pour certains de tes étudiants ?

Oui. Des gens viennent me voir pour demander des conseils. Ils veulent se joindre à l'équipe dans des projets de recherche. Nous associons de plus en plus de jeunes pour les initier et leur faire prendre la place par la suite. Nous formons beaucoup d'étudiants aux cycles supérieurs, dont certains se joignent à l'Équipe de Recherche Michel-Sarrazin en Oncologie psychosociale et Soins palliatifs (ERMOS). Il faut préparer une relève. Je ne suis pas à l'âge de la retraite, mais il faut commencer tôt pour assurer une suite à ce qui a été entrepris.

Tu fais partie de pionniers de la seconde génération. Depuis plusieurs années, tu participes au développement des soins palliatifs dans nos milieux. Les défis ne manquent pas. Quelle est ta vision actuelle de leur évolution ?

Je suis positif. Les soins palliatifs deviennent de plus en plus organisés, de plus en plus scientifiques, plus basés sur des données probantes que sur des croyances. Ils sont plus reconnus. Auparavant, cela demandait beaucoup d'efforts pour réussir à implanter des équipes de soins palliatifs dans les hôpitaux. Maintenant, c'est standard. Je ne suis peut-être pas assez critique, mais je trouve que ça va bien.

C'est de la bonne médecine exercée par des gens dévoués qui font encore ce choix. Pour les méde-

cins qui vont dans ce domaine, il y a encore une sorte de sacrifice, ne serait-ce que sur le plan financier.

J'espère que ces soins deviennent un modèle pour la médecine, parce qu'on y applique ce qui a toujours été enseigné, c'est-à-dire se baser sur la science, avec une bonne dose d'humanisme, aider les patients à être réalistes, à faire face à leur situation, à prendre en compte la globalité de la personne, à tenir compte de la famille et des autres professionnels, à ne pas avoir des attentes irréalistes. C'est ce qu'on m'a toujours enseigné depuis ma première journée en médecine. On ne retrouve pas toujours ces préoccupations en médecine spécialisée.

La gériatrie est très proche des soins palliatifs, parce qu'elle est exercée par des médecins globaux, capables de se limiter dans leur enthousiasme thérapeutique avec des attentes réalistes face aux malades. Ils tiennent compte de la famille. C'est un peu la même approche en fait, tout comme la médecine familiale telle qu'elle est enseignée.

C'est ce qui fait que je continue à fréquenter les soins palliatifs. Je pourrais travailler moins dans ce domaine. J'en ferai toujours, parce qu'en psycho-oncologie, les patients très malades ont plus de problèmes.

Beaucoup de la médecine est palliative. Il faut apprendre des soins palliatifs. Pour moi, l'avenir des soins palliatifs est lié aux personnes qui y croient.

Recherche, enseignement, consultations..., comment arrives-tu à équilibrer ta vie, à demeurer centré sur l'essentiel au cœur de toutes ces sollicitations ?

Je vais te citer Montherlant : « L'acte fondamental d'une vie, c'est de distinguer ce qui est important de ce qui ne l'est pas et l'indifférence active pour ce qui ne l'est pas et le devoir strict à l'attention pour ce qui l'est. » Ça m'a toujours guidé depuis longtemps, dès le cégep. Il faut vraiment choisir. Je me trouve chanceux, parce que ce que je fais est intéressant. Mais il faut mettre ses limites. Je suis loin d'être un expert en termes de travail : un poste universitaire, l'enseignement, la recherche... C'est beaucoup. Mais

1. N.D.L.R. Le lecteur trouvera dans le Cahier, volume 14, numéro 1, aux pages 79 à 89, le texte « La dernière leçon du Dr Pierre Allard », ainsi que l'eulogie prononcée par le Dr Gagnon lors des funérailles de ce dernier.

c'est vraiment d'essayer de se limiter et de s'en tenir au noyau. C'est risqué.

Il y a une zone d'inconfort parce que je ne peux pas m'investir complètement dans un domaine. Quand je vois un clinicien se dédier à temps complet à son travail, ou un enseignant qui ne fait qu'enseigner ou un chercheur qui ne fait que de la recherche, je trouve cela fantastique. Je trouve cela apaisant. Mais je me sens appelé à une forme d'engagement différente. En même temps, je me dis qu'il faut qu'il y en ait qui intègrent les différentes fonctions, parce que c'est quand même une richesse de connaître à la fois la recherche, l'enseignement et la clinique.

Moi, j'aime tout. C'est pour cela que je n'ai pas de problèmes à continuer. Je pourrais en laisser tomber, mais pour l'instant, ça me tient. L'équilibre tient. J'essaie de me tailler un bloc travail, un bloc famille. En fait, ce sont les loisirs personnels très personnels qui manquent. C'est un peu décevant.

Je pourrais peut-être laisser tomber certains morceaux, mais je me dis que ce que je ferais à côté n'est pas vraiment plus intéressant que ce que je fais. Ça ne me fatigue pas. Je ne suis pas épuisé. J'aime ça. Réviser le travail d'un étudiant gradué, par exemple, c'est très intéressant à faire en soi. C'est ma rationalisation peut-être qui fait que je ne laisse rien tomber pour l'instant.

Est-ce que le fait que tu sois porteur de beaucoup de confidences à cause de la confiance que les gens te font entraîne pour toi une forme particulière de solitude ?

Il y avait à Sloan-Kettering un groupe de soutien pour les *fellows* en psycho-oncologie, psychiatres et psychologues. Nous étions environ 10 à 12. Le groupe était accompagné par un psychanalyste.

Il y a maintenant un groupe régional d'échange pour les professionnels en oncologie psychosociale. Il existe aussi des groupes de psychiatres, de professeurs, de chercheurs. Évidemment, tous ces groupes visent en premier lieu des échanges professionnels et scientifiques. Chacun a potentiellement besoin d'un groupe

de soutien, un groupe de parole pour échanger. Il y a effectivement une solitude que je cherche à combler autrement. Avec de bons amis, avec mes proches, on peut parler de soi à fond.

Il faut vraiment faire attention à soi. Ce que la psycho-oncologie reconnaît, en fait, c'est la résilience des gens à faire face aux épreuves dans la mort et la maladie. Mais il y a aussi celle des professionnels. Il est étonnant de constater comment nous pouvons être résilients. C'est surprenant. Ça fait partie du potentiel humain, mais c'est quand même exceptionnel d'être toujours dans la souffrance. Lorsque je rencontre les patients en soins palliatifs, c'est parce que ça va mal. J'ai devant moi des patients qui sont doublement souffrants. À la maladie physique se sont rajoutés des troubles psychiques.

C'est une des raisons pour lesquelles je conserve tous ces engagements. Quand je travaille en recherche ou en enseignement, je ne suis pas avec des patients souffrants. Lorsque je travaille avec des assistants de recherche ou des étudiants, je suis sur le sujet, sans être avec des gens souffrants. Lorsqu'on discute en recherche sur la souffrance psycho-existentielle nous discutons, mais je ne suis pas en présence de patients. Il y a une forme de protection. Je maintiens cependant que la meilleure école, c'est de rencontrer des patients.

Encore une fois merci, Pierre, de nous avoir introduit dans ce qui est à la source de tes nombreux engagements. J'en retiens personnellement la rencontre entre science et humanisme.