Document generated on 07/12/2025 5:12 a.m.

Horizons philosophiques

Entrevue avec le docteur Réjean Thomas

François Leroux

Volume 4, Number 2, Spring 1994

Médecines impossibles?

URI: https://id.erudit.org/iderudit/800954ar
DOI: https://doi.org/10.7202/800954ar

See table of contents

Publisher(s)

Collège Édouard-Montpetit

ISSN

1181-9227 (print)
1920-2954 (digital)

Explore this journal

Cite this document

Leroux, F. (1994). Entrevue avec le docteur Réjean Thomas. *Horizons philosophiques*, *4*(2), 129–147. https://doi.org/10.7202/800954ar

Tous droits réservés © Collège Édouard-Montpetit, 1994

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

ENTREVUE AVEC LE DOCTEUR RÉJEAN THOMAS

Présentation

Né en 1955 au Nouveau-Brunswick, le docteur Réjean Thomas a poursuivi ses études médicales à l'Université de Moncton (Nouveau-Brunswick) et à l'Université Laval (Québec). À ces études de médecine se sont ajoutées des études en philosophie à l'Université de Montréal. Il a d'abord pratiqué la médecine dans la région de Rimouski avant de l'exercer à Montréal. Co-fondateur en 1984 de la clinique médicale *L'Annexe*, il fonda en 1987 avec les docteurs Michel Marchand, Clément Olivier et Suzanne Côté la clinique médicale *L'Actuel*, clinique orientée vers le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies transmises sexuellement et du SIDA. Dans son documentaire *Médecins du cœur*, diffusé à l'automne 1993, la cinéaste Tahani Rached de l'*Office national du Film du Canada* nous a présenté un tableau saisissant des activités de cette clinique et des intervenants qui y œuvrent. Membre de nombreuses associations et de plusieurs comités consultatifs d'experts, auteur et conférencier, le docteur Thomas poursuit aussi une activité d'enseignement dans diverses universités québécoises. Il préside depuis 1990 la fondation Joël Gregory, organisme à but non lucratif qui a comme mission de soutenir les personnes atteintes par le VIH et leurs proches en leur permettant et leur favorisant l'accès à des ressources spécialisées, particulièrement dans le domaine du support psychologique et social. Réjean Thomas a accepté de répondre aux questions de François Leroux.

François Leroux. Pourquoi avoir choisi de devenir médecin? Si l'élément de choix n'a pas été tellement décisif à l'origine, qu'est-ce qui vous maintient dans ce choix?

Réjean Thomas. Je viens de la campagne et d'un milieu ouvrier, mon père était menuisier, ma mère s'occupait de nous à la maison. Au Nouveau Brunswick, les gens n'étudiaient pas nécessairement longtemps. J'aimais lire, j'aimais étudier, beaucoup plus que ma sœur, mon frère ou les gens qui m'entouraient à l'école. Je ne sais pas exactement pourquoi, mais très jeune j'ai décidé de devenir médecin. Je me souviens, j'avais cinq ou six ans, ma grand-mère paternelle m'a dit : «Si tu deviens prêtre, je te laisse mon héritage». J'étais le préféré de ma grand-mère parce qu'elle voyait que j'aimais étudier. Et j'ai répondu : « Non, je veux devenir médecin». Mais il y a aussi une histoire familiale qui peut-être fut déterminante. Ma grand-mère, la mère de ma mère, est morte lors d'un accouchement parce que le médecin n'avait pas voulu venir à domicile. J'ai été marqué par cet événement. Ma mère m'avait raconté cela très jeune. Par ailleurs, lorsque j'étudiais au secondaire, je sentais qu'il y avait là une certaine forme d'injustice sociale. Les jeunes qui devenaient médecins étaient surtout fils de médecin ou d'avocat dans ma région. Sauf que je me sentais intellectuellement aussi fort que les autres et j'avais le désir, le goût de devenir médecin. C'est donc une question de justice sociale et de défi que je voulais relever. Pourquoi moi, venant d'un milieu plus pauvre, je ne pourrais pas faire ma médecine? J'ajouterais également que je suis d'une famille où la maladie est extrêmement présente. Angoisse, anxiété, problèmes psychosomatiques, etc. J'étais spectateur, initié plus que d'autres peut-être à la maladie. Mes parents étaient malades. La maladie faisait quasiment partie de la famille. Plus qu'ailleurs probablement. Il n'est donc pas étonnant que la médecine m'ait attiré.

F.L. Est-ce que c'est un métier qu'il faut non seulement choisir, mais aussi rechoisir?

R.T. Oui. Moi je l'ai rechoisi. J'ai fait de la pratique à Rimouski en urgence, en médecine familiale, où j'ai beaucoup aimé ça, de 1979 à 80, pendant 18 mois. Et après je suis arrivé à Montréal. Pendant trois ans, j'ai pratiqué dans un centre de médecine générale, mais je n'étais pas heureux. J'ai compris que je n'aimais pas ce type de médecine et je me suis beaucoup questionné. Puis, par hasard, j'ai commencé à m'intéresser aux maladies infectieuses. C'est assez fréquent, étant donné qu'un jeune médecin a une clientèle plutôt jeune. En ville particulièrement, les problèmes de santé qui affectent les jeunes sont très souvent reliés à la sexualité : maladies transmises sexuellement, problèmes reliés à la consommation de drogue ou d'alcool, problèmes reliés aux habitudes de vie, contraception, gynécologie. L'intérêt pour la médecine est revenu. J'ai commencé à m'intéresser aux maladies transmises sexuellement, et le hasard a voulu qu'en 81 j'ai mon premier cas de SIDA. Les autres médecins, mal à l'aise avec toutes les questions reliées à la sexualité, ont commencé à me référer leurs malades. Dans une clinique de 30 médecins, dès qu'il y avait un cas de MTS, on me le référait.

C'est vraiment à cette époque que j'ai rechoisi la médecine. En milieu rural, j'étais assez heureux comme médecin de famille. En milieu urbain, ce n'était pas le cas parce que j'avais l'impression de ne référer qu'à des spécialistes; les gens venaient me voir et disaient : «J'ai un problème à l'œil. Pouvez-vous me référer en ophtalmo?» En ville, le médecin de famille n'avait pas un rôle très important. À la campagne, il était respecté et une véritable relation pouvait s'établir entre le médecin et le patient. Lorsque qu'on a commencé à me référer les cas de MTS, la relation patient-médecin devint plus importante parce qu'on est un peu comme un confident en même temps que médecin. Il est possible d'établir, dans un tel contexte, une véritable relation.

F.L. Le médecin a toujours été une figure d'autorité. À l'ère de la «médecine expérimentale», cette autorité, on la situe souvent au plan de la «compétence» technique et scientifique. Mais évidemment, exercer la médecine c'est prodiguer des soins. Qu'est-ce pour vous qu'un bon «soignant»?

R.T. D'abord le médecin comme figure d'autorité, nous étions contre au tout début. Moi, je dirais que je l'ai retrouvée. Quand on a terminé nos études de médecine nous n'étions pas attirés par le type de pratique de nos précurseurs. Ils étaient autoritaires : on faisait une prescription et si les patients ne la prenaient pas, on refusait alors de les soigner. Nous étions en réaction contre ce type de pratique. Nous avons essayé de nous rapprocher des patients, même d'être un ami. Nous étions des médecins en jeans. C'est un peu mon époque, la fin des années 70.

Avec le temps, j'ai changé. Le médecin, malgré tout, demeure un médecin pour le patient. Mais la médecine de l'époque était largement critiquée, dévalorisée. On avait tort, on avait raison, là n'est peut-être pas la question. Le patient a probablement besoin d'une figure d'autorité. Pour un patient, discuter avec un médecin ce n'est pas comme avoir une discussion avec un sociologue ou un philosophe. Finalement, avec mes grands malades, je ne mesurais pas l'importance de mes paroles. C'est une psychologue, Johanne Demontigny, qui me l'a fait découvrir dans un essai qu'elle avait écrit sur le SIDA . Elle racontait comment les premières paroles qu'on avait à dire aux malades lors de l'annonce de la séropositivité restaient ancrées dans leur tête. Grâce à ce texte de Johanne, j'ai alors saisi l'importance de mes paroles. L'importance de mon travail aussi. Dans ces moments-là, je n'étais pas un ami, mais un médecin et j'avais devant moi quelqu'un qui venait chercher des soins, de l'espérance, de la vérité, plein de choses. Il fallait que je reprenne ce rôle-là. Ce qui fait que maintenant, je sais que je ne peux pas m'empêcher d'être aux yeux du patient, un médecin. Il y avait donc quelque chose de la médecine traditionnelle qu'il

fallait conserver. Par contre ce n'est plus simplement une relation hiérarchique: il ne s'agit pas d'être uniquement une figure d'autorité car il y a une foule d'autres dimensions dans le fait d'être médecin. C'est toujours — il ne faut pas l'oublier — une relation humaine que nous engageons avec le patient. Il y a un lien de confiance à établir. C'est pourquoi la fonction d'autorité ne suffit pas. Ce lien de confiance ne peut pas s'établir du premier coup d'ailleurs. C'est rare qu'une relation de confiance s'installe immédiatement.

C'est ici qu'on peut faire intervenir la notion du bon soignant ; c'est extrêmement difficile à dire pour les malades ce qu'est exactement un bon soignant. Nous devons changer selon la personnalité des malades. Il y a des malades qui arrivent et qui disent : «Je ne veux pas savoir le nombre de cellules t-4 que j'ai, je ne veux pas savoir quel est l'état de ma situation». Ma mère disait : «si j'ai le cancer, je ne veux pas le savoir». Mais moi, j'étais et je suis contre cette façon de voir. Je dis la vérité, j'ai toujours été pour la franchise. Mais si la personne refuse cette vérité, je sors son dossier et j'inscris : «ne veut rien savoir». Ça n'a aucun rapport avec l'intelligence de la personne ou sa position sociale; c'est une question de choix personnel. Si je respecte ce choix, bien souvent le patient accepte de prendre les médicaments que je lui donne et il me dira : «Je vous fais totalement confiance». D'autres veulent qu'on dise tout de a à z. Ils veulent même lire l'ensemble de la littérature qui existe à propos de la maladie. J'ai vu des gens faire confiance à des médecins qui n'avaient aucune compétence à mon avis, ces médecins n'avaient aucun savoir, mais ils passaient deux heures à parler avec le patient. De leur auto, de leur vie, etc. Tel médecin avait des listes d'attente effrayante, c'était le médecin le plus populaire de la clinique, mais je ne me serais jamais fait soigner par lui. Pour moi, le bon soignant c'est la personne qui se pose des questions et qui se remet en question. Il y a des médecins qui sont prétentieux et qui se contentent de glorifier leur titre, moi je ne vois pas ça comme ça. Une remise en question constante de son savoir s'impose, même celui de la médecine.

F.L. Y a-t-il des patients dont vous gardez un souvenir particulier? Des patients qui vous ont marqué plus que d'autres?

R.T. Absolument. Aujourd'hui j'ai une pratique médicale assez particulière, mais je n'ai pas toujours fait ce que je fais maintenant. Il fut une époque où je soignais plus de MTS que de SIDA. Aujourd'hui, 95% de mes malades vont mourir. Je pense à Joël Grégory dont je préside la Fondation, qui a été un patient extraordinaire. Je pense à un autre patient avec qui ce fut l'enfer. Un patient à qui j'ai beaucoup donné, il avait mon numéro à la maison, il pouvait m'appeler n'importe quand. Mais ce fut une relation désastreuse parce qu'il n'a jamais accepté sa maladie, son cheminement.

Il y a des patients qu'on va suivre plus longtemps, pendant des années même. J'ai des malades dont je suis le médecin de famille depuis dix ans. Ils se sont infectés par la suite et je les ai suivis jusqu'au SIDA, jusqu'à la mort. J'ai aussi mon caractère et il y a des malades avec lesquels je ne peux pas m'entendre. Je le dis simplement. Mais souvent ce sont les patients qui ne nous lâchent plus. Il y a des patients qui sont morts et il m'arrive de m'ennuyer d'eux. Des patients avec lesquels j'avais établi une complicité très tôt. Le contraire est aussi possible et pensable. Il y a des patients dont l'animosité était très forte et qui sont devenus des patients extraordinaires avec le temps.

F.L. On entend souvent dire que la médecine est une profession en crise. Si cette crise est d'abord une crise de confiance (envers les médecins), elle a toutefois plusieurs visages : elle est économique en raison du problème grandissant du coût des soins de santé; elle est sociale si l'on pense aux nouveaux défis lancés à la médecine par des maux comme le SIDA ou aux ouvertures rendues possibles par les innovations techniques, etc. Partagez-vous cette évaluation?

R.T. Je ne sens pas ça. N'oublions pas que le médecin et le prêtre ont toujours eu des fonctions très importantes dans les sociétés. Ces professions étaient très glorifiées. On revient peut-être à une position plus simple, le médecin est un être humain avec ses qualités et ses défauts. Le savoir médical n'est pas un savoir absolu, ce n'est pas une science parfaite, ce n'est pas une science exacte. Je crois plutôt à une remise en question par les autres professionnels et non par le grand public. L'importance du médecin vient aussi du fait que lorsqu'on est malade, lorsqu'on est faible, peu importe qu'on ait trois doctorats en n'importe quoi, le médecin devient un allié pour nous. Si comme médecin on est capable de ne pas ambitionner sur ce pouvoir et surtout de ne pas l'exploiter comme corps médical, alors il y a une possibilité d'établir une relation intéressante. Je crois que les nouveaux médecins sont comme cela. Je donne des cours aux étudiants en médecine : c'est pourquoi je peux me permettre d'y aller d'un certain jugement. La confiance du public est très grande envers les médecins, tous les sondages le démontrent. La véritable remise en question de la médecine ne vient pas du grand public, mais des autres professionnels qui travaillent avec nous. Ils ont peut-être raison, dans la mesure où ils n'ont pas toujours eu la place qui leur revient; ils ont été exploités dans le passé, ils ont toujours été à côté du pouvoir médical, à la merci de ce pouvoir. C'est entre nous qu'il y a des conflits. Les médecins de famille, les spécialistes, les infirmières, les auxiliaires, les pharmaciens. Des conflits qui existent depuis très longtemps parfois, depuis des années et des années. Le médecin a longtemps eu le plus beau rôle. Mais ces conflits ne changent pas grand'chose au niveau de la relation de confiance entre le grand public et la profession médicale. Je pense que les gens font extrêmement confiance aux médecins du Québec.

Bien qu'il ne soit pas vraiment en crise, le monde médical est aujourd'hui confronté à des problèmes importants. Le principal problème, on le voit, c'est la question économique, celle des coûts grandissants. On tente actuellement de faire croire que les médecins en sont les premiers responsables, mais c'est un

débat de société qu'il faut faire. On nous place dans l'obligation de dire à un patient : «Nous ne pouvons pas vous soigner parce que le traitement est trop dispendieux. — Vous ne pouvez pas être opéré parce que l'opération coûte trop cher. — Vous serez aveugle mais c'est que nous n'avons plus les moyens de vous soigner». Ce sont les médecins qui supportent l'odieux de cette décision. Pour la question de l'euthanasie, c'est la même chose; aussi pour la question des problèmes reliés aux personnes âgées, etc. On nous fait porter le fardeau des décisions. Un grand débat doit avoir lieu sur toutes les questions entourant les soins dans notre société; il est évident que les médecins ont un rôle important à jouer.

F.L. Votre nom est associé à la «cause» du SIDA : où en sommes-nous aujourd'hui en terme d'intervention médicale sur cette maladie?

En terme d'intervention sociale?

R.T. Au niveau médical, il faut se rappeler qu'en 1980 cette maladie là n'existait pas, on ne la connaissait pas et on a tendance à oublier ce fait. Les gens disent que la recherche n'évolue pas très rapidement. Mais je le répète, cette maladie est récente. On a découvert en 1983 qu'elle était causée par un virus et en 1985, on a eu un test pour dépister les anticorps; en 1987 on a commencé à utiliser l'AZT. D'ici un an ou deux, il y aura des expériences à l'échelle mondiale sur des vaccins. Je pense qu'il y a quand même eu, en douze ans, une grande évolution. C'est évident que ce n'est pas suffisant pour les malades, pour tous les gens qu'on connaît et qui vont mourir. On aimerait avoir un traitement demain matin. Malgré tout, la durée de vie des malades s'est nettement allongée, leur qualité de vie s'est améliorée. On plafonne quelque peu depuis un an ou deux au niveau de la recherche mais peut-être que bientôt justement on va trouver d'autres choses. Peut-être va-t-on réussir à contrôler la maladie. Maintenant on voit l'infection au VIH davantage comme une maladie chronique. Si on peut contrôler le statut immunitaire, l'infection au VIH pourra peut-être se soigner comme l'hypertension ou le diabète. Il y a quelques

années la recherche n'allait pas dans ce sens, maintenant nous voyons la maladie comme le «management» d'une infection chronique. On la sait mortelle, mais on tente de retarder la mort le plus longtemps possible.

Il y a de l'espoir. Il y a quelques années on avait peu d'espoir d'utiliser un vaccin. Aujourd'hui, les chercheurs pensent qu'il y aura possiblement un vaccin, et ce, malgré la mutation virale. Quand? On ne le sait pas. C'est la même chose pour un traitement. Quand? On ne le sait pas. On mise davantage sur un vaccin que sur un traitement curatif, mais encore là... Ce qui est intéressant aussi, c'est que l'on envisage un vaccin agissant à deux niveaux : un vaccin pour prévenir chez les gens qui ne sont pas infectés, et un vaccin possiblement thérapeutique, pour les gens infectés. Un vaccin qui retarderait la progression de la maladie ou les complications. Alors, c'est très intéressant. En terme de suivi médical c'est un peu ça; je pense qu'il y a donc une amélioration importante, probablement pas suffisante, mais d'ici quelques années j'espère qu'on aura des résultats encore plus intéressants.

Au niveau social, c'est plus complexe. Les débats éthiques se sont élargis. C'est-à-dire qu'il y a eu la question de l'euthanasie; maintenant il y a la question des soins coûteux. Les médicaments étant nouveaux, la recherche, les prix sont astronomiques; alors toute la question éthique est reliée aux coûts de la santé. Il y a aussi de nouveaux débats : le problème de dépistage du VIH chez les professionnels de la santé, la question des enfants séropositifs en garderie, le cas des adolescents séropositifs qui ne le savent même pas et qui ont des relations sexuelles non protégées. Je suis là depuis le début. Il y avait au commencement beaucoup d'inquiétude dans la population. On ne savait pas comment se transmettait la maladie. La population avait peur. Maintenant, nous savons très bien dans quelles conditions on peut transmettre la maladie. Plusieurs facteurs sont en jeu, comme les conditions de vie difficiles, la pauvreté etc. Mais je trouve qu'il y a encore beaucoup de discrimination; toutefois elle est plus subtile parce

que c'est pas *politically correct d'avoir des opinions défavorables à l'égard des malades, qu'ils soient sidéens ou non.* C'est le cas dans les milieux de travail, même supposément très intellectuels. Les gens viennent nous voir, ils nous posent des questions. On ne dit plus qu'on a peur de boire dans le verre d'eau de quelqu'un. Mais la peur est là, toujours présente. C'est tout à fait normal d'avoir peur : mais lorsque celle-ci est incontrôlée et inconsciente, la discrimination peut s'installer subtilement dans le discours et dans les gestes. Je ne trouve pas qu'on a beaucoup évolué à ce niveau-là. Je trouve qu'il y a encore énormément de gens qui perdent leur emploi parce qu'ils sont malades. Il y a encore bien des gens qui ne peuvent pas dire aux autres qu'ils sont séropositifs par crainte des conséquences. Je n'établis pas un constat d'échec, mais je suis un peu pessimiste sur le plan de l'intervention sociale.

F.L. On a pu parler volontiers des droits du malade : mais est-ce que cette notion n'est pas à l'heure actuelle en train d'être revue et transformée avec le problème du SIDA? À maintes reprises vous avez mis en évidence les difficultés liées à l'emploi rencontrées par les sidéens, le problème des visas que certains pays les forçaient à obtenir, etc. La tendance, ce serait donc de restreindre ces droits ou de les menacer?

R.T. Oui, c'est malheureusement la tendance, mais les malades se sont pris en main. Parfois, on critique les sidéens du fait qu'ils descendent dans la rue pour attirer l'attention. Mais pourtant tout le monde profite du travail des lobbyistes ou des malades atteints du SIDA qui revendiquent et qui osent descendre dans la rue. Des changements sont venus de ces manifestations publiques. Auparavant, lorsqu'il y avait un congrès sur une maladie spécifique, il n'y avait aucun malade qui y assistait. Depuis le SIDA, les malades prennent la parole. C'est un exemple pour d'autres malades. Ils peuvent le faire. Impliquez-vous dans la recherche, soyez présents dans les comités, négociez avec les compagnies pharmaceutiques, etc. Il faut voir ces actions de façon positive. C'est énervant ce discours

médical qui laisse la parole seulement aux spécialistes. Un malade est un malade. Il doit vivre et s'organiser avec la maladie. On dit : le gouvernement investit beaucoup plus dans le SIDA que dans le cancer. C'est parce qu'il n'y a pas, à propos du SIDA, de fondation canadienne comme la Fondation canadienne du cancer. Les gens donnent énormément d'argent à ces organismes. C'est la même chose pour les maladies du cœur. Or, le gouvernement est obligé d'investir un peu plus dans le SIDA, justement parce que de tels organismes n'existent pas.

Il y a des liens importants à faire entre les droits de la personne et le SIDA. Le traitement des sidéens est en relation directe avec l'application de ces droits. Dans les pays où les droits de l'Homme sont restreints ou toujours mis en question, on place les sidéens en quarantaine, on fait des dépistages obligatoires, etc. Même si l'on sait maintenant que les dépistages obligatoires ne sont pas efficaces en santé publique. C'est probablement là aussi où je trouve un intérêt particulier à mon engagement face au SIDA. Avec le temps, j'ai découvert que cet engagement est relié à l'engagement envers les droits de la personne. D'abord les droits de tous les malades, la défense de leur dignité et celle des personnes en général. Je parlais tout à l'heure de pauvreté : à Montréal une femme sur 250 est séropositive dans les quartiers pauvres et une sur 3000 dans les quartiers riches. Pourquoi quelqu'un vit-il neuf ans de plus à Westmount qu'à St-Henri? Il y a des faits auxquels j'ai été sensibilisé par mon engagement auprès des sidéens qui vont au-delà des murs de la clinique.

F.L. Est-ce que l'apparition du SIDA constitue un point tournant ou entraîne un bouleversement important de ce qu'on pourrait appeler l'humanisme médical traditionnel? Est-ce qu'il faut revoir certaines caractéristiques ou certaines lignes de fond de cet humanisme-là? On peut faire retour ici à un article écrit en 1953 du philosophe Karl Jaspers, qui était aussi médecin, dans lequel il rappelait qu'à la base de l'humanisme médical traditionel, il y avait

cette affirmation du médecin anglais Sydenham : «Je n'ai jamais traité personne autrement que je ne voudrais être soigné si je contractais la même maladie». Est-ce que ce principe est menacé?

R.T. Nous sommes tous un petit tas d'êtres misérables, mais des êtres qui méritent le respect, disait Malraux. Je ne sais pas si vraiment ce grand principe est désormais transformé. Avec le SIDA, il y a deux aspects à considérer : c'est une maladie infectieuse, mais ce n'est pas une maladie contagieuse comme la tuberculose pouvait l'être. Normalement on ne devrait pas trop s'inquiéter en tant que médecin, si on sait comment se protéger avec des mesures assez simples. Malgré tout, cette peur est extrêmement présente chez les médecins et cette peur face au SIDA est avant tout une peur de la différence; parce que le SIDA a touché d'abord des groupes marginaux : homosexuels, toxicomanes, étrangers; c'est vraiment là où le médecin se sent confronté, toutes les études le démontrent. Les médecins sont confrontés à une culture et une sous-culture différentes où des gens s'échangent des seringues, ne vivent pas comme les autres. Quand on vient d'un milieu de «bonne famille» ou peu importe, de n'importe quel milieu, c'est toute cette confrontation-là, cette ouverture à l'autre qui est extrêmement dérangeante pour les médecins. C'est beaucoup plus dans ce sens-là, plutôt que dans le fait que ce soit une maladie contagieuse, que je vois la difficulté des médecins à travailler avec des malades atteints du SIDA. C'est assez facile de travailler avec des êtres qui sont très semblables à nous. Dans mes conférences sur le SIDA auprès des étudiants en médecine, j'essaie beaucoup de travailler au niveau de ces attitudes. Il faut démystifier toutes ces sous-cultures. J'ai d'abord été obligé de le faire. J'ai dû apprendre moi aussi. Mes premiers contacts avec des toxicomanes, des prostitué-es ont été difficiles. C'était des milieux que je ne connaissais pas du tout. En fin de compte, il faut s'habituer à ne pas juger trop rapidement. Il faut écouter et découvrir. Il y a un point commun à tous les malades atteints du sida : il y avait une souffrance qui existait avant la maladie, et je le répète souvent, même si cela choque

parfois mes malades. Il y a une telle souffrance partout, une telle solitude. Ajoutons à cela la peur de la solitude qui est parfois plus grande que la peur du sida. Dans les relations hommes-femmes qui sont actuellement remises en cause, on cherche encore la place que doit occuper la sexualité par rapport à l'amour, il y a tout un questionnement à propos de la libération sexuelle, etc. Mais au-delà de ces questions, c'est la solitude qui est extrêmement grande. Cette solitude représente une part importante de cette souffrance. Mes malades étaient déjà souffrants avant de devenir malades.

F.L. Vous avez déjà confié à un journaliste : «Le SIDA c'est une maladie d'amour, une maladie de la solitude, il s'attaque aux plus faibles, aux plus seuls, aux plus éprouvés» Cette affirmation a donc une valeur prédictive?

R.T. Oui, c'est incroyable. Ça je l'ai vu souvent. Récemment j'ai rencontré un psychologue qui s'occupe des sidéens et qui a décidé de retourner faire un doctorat. Il vient me voir et me dit : «Est-ce que tu as constaté la même solitude préexistante à propos du SIDA?» J'ai dit que je le savais depuis un bout de temps. Le psychologue était très impressionné en me racontant qu'il ressentait la même chose et il poursuit présentement sa recherche sur ce sujet.

F.L. Il y a des modèles en médecine qui représentent la maladie comme un phénomène dont le patient est pour l'essentiel non responsable : partant de là, on confie au médecin la responsabilité d'intervenir. Il y a d'autres modèles qui auraient tendance à défendre l'idée d'une quasi totale responsabilité du patient. Le médecin intervient alors dans les limites où le patient le lui permet, dans les limites où le patient se prend en charge. Est-ce que cette idée de responsabilité est féconde pour aborder des problèmes comme celui du SIDA? Est-ce que c'est un obstacle à la réflexion ou même à la relation patient-médecin?

R.T. Moi, je ne le vis pas comme ça. Je le vis à deux niveaux. Je donne beaucoup de conférences et de séances d'informa-

tions pour essayer de sensibiliser les gens — on m'a vu à la télévision plus souvent qu'à mon tour — et par ces actions j'ai probablement réussi à ce que des gens ne s'infectent pas. Mais pourtant malgré tous les programmes de prévention du SIDA, la maladie continue de se propager et ce, malgré toute l'information dont ils disposent. Même si je sais que d'autres gens vont continuer de s'infecter, je ne le vois pas comme un comportement irresponsable. C'est d'ailleurs la même chose pour le tabagisme et l'alcool. Pour le SIDA tu n'es jamais seul face à face avec ta responsabilité. Les gens, par exemple, savent que fumer c'est dangereux : mais malgré tout 30% des gens fument. Il faut redire que le SIDA est une maladie encore plus complexe, reliée à l'irrationnel de la sexualité, à des conditions de vie difficiles, etc. Alors, comment parler de responsabilité pure et entière?

Voici un exemple. Je suis allé donner une conférence dans une institution d'enseignement collégial. Dans la salle, il y avait un jeune de 16 ans qui écoutait. Deux ans plus tard, il entre dans mon bureau, puis il dit : «Ah, vous êtes déjà venu me donner une conférence sur le SIDA à l'école». Et il ajoute : «Je viens pour passer des tests justement pour les MTS». Finalement, il était séropositif; il ne le savait pas. Voyez-vous, je mets beaucoup d'énergie dans ces conférences, je me donne beaucoup et je suis évidemment ébranlé chaque fois que je me retrouve devant un tel cas. Je ne dis pas que quelquefois je ne suis pas en colère. Je suis par contre plus sévère quand je vois des gens que je connais prendre la mauvaise direction et jouer avec le danger. Là, vraiment, je vais les brasser. C'est avant l'inévitable que je vais faire une crise. Devant le fait, je sais qu'il est trop tard. Ce serait vraiment inutile. Il n'y a plus rien à faire; il faut accueillir, aider, c'est tout.

On constate de plus en plus que la connaissance ne change à peu près pas les comportements. Des gens qui avaient plusieurs connaissances sur les modes de transmission se sont infectés tout de même pendant de nombreuses années. C'est que cette épidémie est reliée à autre chose que la simple

rationalité : on parlait d'irrationalité, de conditions de vie difficiles, de la question de l'homosexualité, de l'usage de drogues injectables, de la prostitution, de l'abus sexuel, de la violence. Les gens qui viennent me voir sont des gens qui sont souvent très mal en point. Et même parmi les gens extrêmement intelligents, très connaissants, c'est la même souffrance, c'est la même solitude, c'est la même irrationalité souvent que l'on constate. Alors vous voyez : dans ce contexte, imputer la responsabilité totale de sa maladie à un individu ce serait faire de la métaphysique.

F.L. Pensez-vous que l'on doive reposer la question d'une nouvelle morale sexuelle? Est-ce qu'on doit la redéfinir? Ce n'est pas le médecin qui doit faire le moraliste, vous avez souvent insisté sur cette idée. Mais au-delà de la relation patient-médecin, est-ce qu'il faut revoir notre morale sexuelle?

R.T. Je crois que non. Les gens qui travaillent dans mon domaine ont malheureusement une connaissance très limitée de l'histoire de la sexualité. C'est pourquoi le travail de Michel Foucault m'intéresse beaucoup. L'ensemble des médecins ont comme savoir à ce sujet ce qui est diffusé par les médias. Pour eux, depuis 1960, c'est la libération sexuelle qui est là. Puis le SIDA a fait son apparition. Résultat : un désordre social, etc. Mais si on regarde attentivement l'histoire de la sexualité, on voit très bien que ce n'est pas pour ça que le SIDA est là, qu'il y a eu la syphilis à une autre époque et qu'il y a eu des époques de libération sexuelle bien plus grandes que ce qu'on peut vivre actuellement. En ce sens, il me semble difficile d'associer le SIDA à un simple désordre de la sexualité. Lire l'histoire de la sexualité, c'est aussi, pour nous les médecins, une manière de nous mettre en question. Mais mon implication publique ne se fait pas en ce sens. Ce qui ne veut pas dire qu'on ne peut pas se questionner sur la relation d'amour. Qu'est-ce qu'on veut au niveau des relations hommes-femmes, par exemple? Tout le monde est à la recherche de l'amour, je pense qu'on n'a pas besoin de revenir sur le sujet; mais les relations entre les êtres

humains sont complexes. Les gens travaillent énormément, ils accomplissent énormément de choses, et peut-être qu'on ne se donne pas assez de temps pour réfléchir sur l'histoire de la sexualité. Alors pour aimer, pour vivre en couple, il faut investir avec quelqu'un. Le fait de ne pouvoir y arriver n'a rien à voir avec une perversion par rapport à la sexualité. Les gens qui ont de multiples partenaires sexuels sont des gens comme les autres qui sont à la recherche d'un grand amour d'abord et avant tout; mais ils n'ont pas appris à le vivre autrement que par la sexualité. En ce sens là, on peut probablement se questionner. La morale sexuelle, une nouvelle morale sexuelle, si on veut la penser, il faut le faire en dehors du simple constat du désordre ou de la perversion. Je dois avouer que c'est en philosophie que j'ai pris la peine et le temps de m'interroger sur ces questions. Ailleurs, on ne peut pas.

F.L. Comment se fait-il que vous vous soyez intéressé à la philosophie et qu'est-ce que vous en retirez?

R.T. C'est un peu par hasard. J'étais en vacances à Paris avec mon collègue Clément Olivier. Vacances-congrès. Nous discutions bien librement. Nous nous sommes mis à discuter de culture. Nous étions tombés d'accord pour dire que nous ne connaissions pas grand'chose à part la médecine. Nous sentions que nous avions besoin de quelque chose de plus. Et c'est durant ces vacances que nous avons pris la décision d'aller étudier en philosophie.

Pourquoi la philosophie? C'est en rapport direct avec la culture générale. On se trouvait limité avec le SIDA. Nous voulions élargir notre champ de connaissance à propos de la sexualité. Je me rends compte après coup que c'était probablement aussi le goût de prendre du recul et d'entamer une réflexion. Surtout le goût de nous questionner; nous étions tellement dans le particulier, patient après patient. N'ayant plus le temps de poser des questions : quoi de mieux que la philosophie pour réfléchir? Nous ne voulions plus voir le SIDA, ni la médecine de façon aussi éphémère et superficielle; à courte vue, disons. La

philosophie nous donnait l'occasion d'interroger autrement notre pratique, le SIDA, la santé, notre place dans le système. C'est aussi simple que cela.

Ce fut une expérience difficile, extrêmement intéressante, extrêmement enrichissante, mais ce fut aussi comme une psychanalyse. On travaillait déjà dans quelque chose de très angoissant pour se retrouver dans une discipline tout aussi angoissante.

De plus, nous étions vus très bizarrement par nos collègues. On allait en philosophie et plusieurs disaient : «Bon, ils n'ont pas voulu faire une psychothérapie». Mais ce fut une expérience extraordinaire. Me retrouver avec des jeunes, c'était un peu comme lorsque j'étais moi-même en médecine à l'université. Ce désir, cette naïveté, j'ai vécu ça encore une fois. On se retrouvait dans la vie alors qu'on était souvent aux prises avec la mort. On se retrouvait avec des gens qui ne sont pas confrontés avec la maladie, avec des conditions de vie extrêmement pénibles ou difficiles, mais tout simplement avec des gens intéressés par le questionnement, par la recherche de la vérité et c'était beaucoup. Avant d'aller en philosophie, on avait un questionnement moral : mais on a compris toutefois que l'éthique telle que nous la connaissions ne correspondait pas à notre démarche. Cette éthique était déjà trop près de la médecine, trop bioéthique et ne correspondait pas à notre questionnement, notre réflexion. Dans ce sens, la philosophie se rapprochait plus de l'irrationnel peut-être, ou en tout cas d'un questionnement sans fond et sans balises — même s'il y en a quand même. Je pense que c'était beaucoup ça notre recherche, notre démarche.

F.L. Les êtres humains dont parlent les philosophes sont toujours, des êtres «bien portants». L'homme des philosophes, c'est l'homme envisagé par la pensée spéculative, c'est-à-dire c'est l'homme qu'on voudrait «un». Pour toute une couche de la tradition philosophique, on peut même dire que c'est le mâle, l'adulte dit «raisonnable». Notre

intérêt en préparant le présent numéro était d'essayer de faire ressortir comment nous pouvions apprendre de l'homme souffrant.

R.T. Ma rencontre philosophique la plus importante fut Nietzsche avec le professeur Claude Lévesque et je pense que j'attendais Nietzsche depuis le début de ma philosophie. C'est un auteur que je n'avais pas connu avant. Je n'avais pas suivi de cours de philosophie à l'Université de Moncton, j'étais complètement ignorant en philosophie. Dans mes premiers cours je ne comprenais pas le discours qu'on tenait, j'étais découragé; je regardais mon collègue et je me disais : «qu'est-ce que je fais ici?» Je ne comprenais pas le langage philosophique. Et quand j'ai rencontré Nietzsche, je l'attendais, pendant mes deux ans et demi de philosophie. Une rencontre philosophique avec l'homme souffrant. J'aurais bien aimé aller plus loin dans cette rencontre-là. C'était comme le premier philosophe qui s'intéressait à l'homme souffrant. Dans sa souffrance la plus totale, comme celle que je vois dans mon bureau à tous les jours. C'était vraiment la passion pour Nietzsche. J'aurais voulu tout lire. La grande, la très grande passion.

F.L. Voici ce qu'écrivait Nietzsche à propos de la santé et de la maladie : «Observer des conceptions et des valeurs plus saines, en se plaçant à un point de vue de malade, et, inversement, conscient de la plénitude et du sentiment de soi que possède la vie plus abondante, abaisser son regard vers le laboratoire secret des instincts de décadence - ce fut là la pratique à quoi je me suis le plus longuement exercé»... Il était lui-même souffrant : c'est une chose qu'il traînait depuis longtemps et il a fait de la maladie une connaissance. En général on la reçoit comme une espèce de fatalité ou souvent comme une punition.

R.T. À un moment donné, il m'a fallu prendre du recul face à la pratique de la médecine. Je m'apercevais que mon travail sur le SIDA m'avait un peu vidé et j'avais l'impression de ne plus rien avoir à offrir. Ce n'est sûrement pas un hasard alors si je me retrouvais dans une classe de philosophie. Durant ces cours, là,

je n'avais plus le choix. Sans radiologie, sans analyses de laboratoire il fallait que j'écoute et que j'entende toute cette angoisse que l'on qualifie à juste titre d'existentielle. Et justement, avec un auteur comme Nietzsche, vous vous enfoncez dans ce qu'il y a de plus sombre dans l'homme, dans ce qu'il a de plus caché également et de non-dit. Moi qui suis un être de passions, ce questionnement original m'a sûrement aidé quelque part à me ressourcer et à me confronter plus directement avec la maladie mais cette fois vécue par le malade — et non plus seulement comme une maladie causée par un virus. Car finalement, ce qui importe avant tout, c'est de retrouver non plus le malade mais l'individu qui déjà était souffrant bien avant l'apparition du SIDA. Je crois que c'est comme ça que je suis arrivé à améliorer un peu ma connaissance de l'être humain.

Montréal
Novembre 1993