Dr Genest : Parmi les patients que nous voyons en clinique pour des problèmes de reproduction, seul un faible pourcentage d'entre eux ont un problème immunitaire à l'origine de leurs complications. Ainsi, si nous sommes en mesure d'effectuer un examen sanguin pour dire au couple : "Voici votre problème, et voilà votre traitement", tant mieux. Ou alors, ce n'est pas votre problème, ce n'est pas utile d'essayer ces traitements. Explorons donc d'autres options. C'est beaucoup mieux. Pour moi, le simple fait de pouvoir identifier ces différents patients constitue l'avenir de ce que nous cherchons à accomplir."

Annie DeMelt : Bonjour, je suis Annie DeMelt et bienvenue aux Entrevues Code ViE, un balado sur l'innovation dans les soins de santé présenté par la Fondation de l'Hôpital général de Montréal. Aujourd'hui, nous allons parler d'avancées vraiment prometteuses et fascinantes dans le domaine de la médecine reproductive. Au Canada, un couple sur six connaît des problèmes de fertilité et, heureusement, beaucoup d'entre eux deviennent parents grâce à l'insémination artificielle et à la fécondation in vitro. Cependant, il y a des couples pour qui ces méthodes ne semblent pas fonctionner pour des raisons inconnues. Cela reste inexpliqué. C'est là que notre invitée d'aujourd'hui prend toute sa place. La Dre Geneviève Genest est immunologue et chercheuse à l'Hôpital général de Montréal, et sa mission est d'aider les patients à devenir parents. Elle dirige une clinique qui effectue des travaux novateurs et unique au pays. Parallèlement, elle tente de faire des recherches clés qui pourraient permettre d'atteindre un plus grand nombre de patients à l'avenir. Dr Genest, merci beaucoup d'être avec nous aujourd'hui.

Dr. Genest : Merci de m'accueillir.

Annie DeMelt : Je voudrais donc aborder le point de vue des patients qui vous consultent. En général, où en sont-ils dans leur parcours lorsqu'ils vous contactent, par courriel ou lors de leur première visite ? Où en sont-ils dans leur parcours ?

Dr Genest : Elles sont pratiquement au bout du rouleau. Les patients que je vois à la clinique sont ceux pour qui les techniques de reproduction n'ont pas fonctionnés. Ils ont parcouru un long chemin dans le monde de la fertilité, avec de multiples cycles de FIV, de multiples transferts d'embryons et rien n'a fonctionné. Je rencontre également des patientes souffrant de pertes de grossesse récurrentes, c'est-à-dire des patientes qui

ont fait plusieurs fausses couches sans que l'on sache pourquoi, et pour lesquelles tous les tests habituels que nous effectuons sont revenus négatifs. Je reçois donc généralement des patientes qui sont vraiment au bout du rouleau en termes de procréation, si l'on peut dire, et pour lesquelles leur médecin dit : "Écoutez, je ne sais pas ce qu'il faut faire. Allons voir ailleurs.

Annie DeMelt : D'accord. Et vous avez dit " au bout du rouleau". Ils sont au bout du rouleau sur le plan émotionnel, je suppose, n'est-ce pas ?

Dr. Genest : Oui, en effet, c'est une tout autre paire de manches. C'est une autre paire de manches. Vous voyez, l'infertilité en elle-même ou les fausses couches à répétition ont un impact émotionnel énorme sur le couple. Pas seulement la femme, mais tout le couple. Et c'est quelque chose dont on ne parle pas vraiment dans notre société. Si vous n'en faites pas l'expérience en tant que patient, vous ne pouvez pas savoir ce que c'est. Vous savez, c'est une montagne russe de hauts et de bas, de chagrin et d'isolement. Alors oui, lorsque les patients viennent me voir, ils sont eux aussi au bout du rouleau sur le plan émotionnel.

Annie DeMelt : Et comme vous l'avez dit, dans le cas des patients que vous voyez, que vous traitez, il y a aussi cette incertitude. Il n'y a pas d'explication. Alors, en tant que immunologue, quelle est la théorie sur ce qui se passe chez ces patientes pour lesquelles l'insémination in-vitro ou artificielle ne fonctionne pas ?

Dr Genest : Voilà une excellente question. Un petit rappel : pour qu'une grossesse se produise, il faut que le système immunitaire soit permissif. L'utérus possède donc son propre système immunitaire qu'il mobilise à chaque cycle mensuel. Ce système immunitaire est très utile car il aide à reconnaître l'embryon, à l'implanter dans l'endomètre et à former le placenta, tout en indiquant au reste du corps de ne pas attaquer ce qui se développe dans l'utérus. C'est donc un miracle immunologique que nous puissions reproduire. Par conséquent, il est logique de supposer que, pour certains patients présentant un échec inexpliqué de la reproduction, il pourrait y avoir un problème dans l'environnement immunitaire dans lequel l'embryon se développe. Le seul problème est qu'à l'heure actuelle, nous ne disposons d'aucun test de diagnostic pour ces patients. Il s'agit donc d'un diagnostic d'exclusion, ce qui signifie que si nous avons encore un patient qui a été confronté à de multiples échecs en termes de

reproduction ou de médications et dont le bilan médical est totalement négatif, c'est à ce moment-là que nous commençons à soupçonner l'existence d'un problème immunitaire sous-jacent.

Annie DeMelt : Vous l'avez décrit comme une boîte noire. Je trouve que c'est une façon intéressante de voir les choses, parce qu'on ne peut pas vraiment creuser facilement. Encore une fois, vous vous retrouvez avec toutes ces questions. J'aimerais maintenant passer à la partie où vous avez commencé à faire certains liens et où vous avez un attachement personnel à ce sujet, ce qui vous a permis de sortir des sentiers battus, peut-être, et vous a conduit à ce que vous faites aujourd'hui. Pouvez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet ?

Dr. Genest : Oui, bien sûr.

Annie DeMelt : Ce parcours pendant votre résidence ?

Dr Genest : En fait, j'ai débuté en tant que résidente en médecine interne et j'étais très intéressée par le système immunitaire. J'étais titulaire d'un baccalauréat en immunologie. Je pensais que je voudrais travailler sur le VIH ou quelque chose comme ça. J'ai ensuite commencé mon résidanat en allergologie-immunologie, et je pense que c'était le deuxième mois de mon résidanat, j'ai travaillé avec le Dr Phil Gold. À ce moment, j'avais fait trois fausses couches et nous avons vu une patiente qui en avait fait cinq, six ou sept. Je ne me souviens plus. Je me demandais pourquoi cette patiente avait été orientée vers une clinique d'immunologie allergique pour ses fausses couches. Le Dr Gold m'a répondu : "Ne vous inquiétez pas, donnez-lui ce produit sanguin appelé immunoglobuline intraveineuse. Elle tombera enceinte en un rien de temps. Et bien sûr, il avait tout à fait raison. À partir de ce moment-là, j'ai été complètement fascinée. Vous savez, pour quelle raison ce produit sanguin que nous utilisons pour tant d'indications différentes fonctionnerait-il pour une personne souffrant d'une perte de grossesse récurrente ? Existe-t-il d'autres molécules que nous pourrions également utiliser pour ces patientes ? J'ai commencé à m'intéresser et à m'investir auprès de ces patientes qui ont tant de mal à tomber enceintes et à connaître la joie d'être parents. Il s'agissait donc pour moi d'une vocation personnelle, mais aussi d'un projet scientifique extrêmement intéressant, car il y a tellement de choses à faire.

Annie DeMelt : Il vous a dit d'utiliser l'immunoglobuline-globuline, n'est-ce pas ? Est-ce que c'est quelque chose que nous faisons, par essais et erreurs, ou quasiment par instinct ? Où en était-on à ce moment-là ?

Dr Genest : Il y a eu quelques publications sur l'immunoglobuline intraveineuse où l'on s'en servait en guise d'alternative pour essayer de mener certaines femmes à la grossesse en pensant que l'immunoglobuline intraveineuse rétablissait en quelque sorte l'homéostasie immunitaire nécessaire pour pouvoir tolérer l'implantation d'un embryon. Il y a ainsi eu quelques publications, mais la littérature est très floue. Je veux dire que cela fonctionnera pour certains patients mais pas pour d'autres. Mais ce qui m'intéresse, c'est d'essayer de déterminer exactement quels sont les patients pour lesquels cela fonctionnera et quels sont ceux pour lesquels cela ne fonctionnera pas.

Annie DeMelt : Vous avez commencé, dans le cadre de vos propres recherches, à traiter des patients avec cette immunoglobuline. Que pensiez-vous du mentorat du Dr Phil Gold, immunologue renommé dans le domaine de la recherche sur le cancer et de la médecine ? Comment vous a-t-il guidé pour contourner la littérature floue et être un peu mieux informé sur l'immunoglobuline

Dr Genest : Le Dr Gold n'est pas le genre de personne qui va vous dire quoi faire. Il va simplement vous encourager, quelle que soit la voie que vous décidez d'emprunter. Je me souviens qu'au début, nous parlions de cette nouvelle clinique que nous essayions de mettre sur pied. Il m'accompagnait à chaque présentation dans toutes les cliniques de fertilité, d'obstétrique et de gynécologie au Québec. Il me permettait de parler de cette clinique, de l'immunologie de la reproduction. Il m'aidait à publier. Il m'aidait à trouver des patients. Il m'aidait à obtenir le soutien de la Fondation de l'Hôpital général de Montréal. Il a donc tout mis en place pour que je me sente bien et que je puisse m'épanouir dans ce type d'environnement. Il m'a donc permis de démarrer la clinique. Il m'a également apporté un soutien important pour que je puisse faire mon doctorat. Je suis aujourd'hui en train de passer mon doctorat afin de pouvoir devenir une clinicienne-scientifique indépendante. Et c'est exactement ce que je veux étudier, pourquoi certaines patientes rejettent leur grossesse. Le Dr Gold a donc été en mesure de m'encadrer tout au long de cette période, sans pour autant me laisser dans l'ombre. Il m'encourageait quelle que soit la tangente que je prenais et me ramenait à la réalité si j'allais trop loin dans une direction qui n'était pas nécessairement bonne.

Annie DeMelt : Dans la clinique que vous dirigez actuellement, comment avez-vous commencé à traiter les patients et quel a été le taux de réussite ? Parce que je crois que le taux de réussite initial était vraiment excellent et qu'il continue d'être très prometteur... Les résultats sont là, n'est-ce pas ? Des patients et des couples deviennent parents. Comment cela a-t-il évolué ?

Dr Genest : Ce que nous avons fait au début, c'est prendre les cas les plus difficiles. Les patientes ayant fait plusieurs fausses couches, celles ayant subi plusieurs tentatives d'implantation ratées et récurrentes. Il s'agit donc de l'échec de l'implantation d'un embryon après un processus de FIV. Nous avons décidé de traiter ces patientes avec de l'immunoglobuline intraveineuse. Nous avons ensuite procédé à un examen rétrospectif de notre cohorte chaque année pour déterminer si nous faisons mieux que ce que l'on attendrait naturellement de ces patients, compte tenu du nombre d'échecs reproductifs qu'ils ont connus dans le passé. Et ce que nous avons constaté avec l'immunoglobuline intraveineuse, lors de sa première utilisation, c'est que nous avons 60 % de naissances vivantes. Cette tendance s'est maintenue pendant cinq ou six ans, jusqu'à l'arrivée de la pandémie.

Annie DeMelt : Oui, c'est vrai.

Dr Genest : Puis la pandémie a frappé. Le problème est que l'immunoglobuline intraveineuse est un produit sanguin. Compte tenu de la rareté des donneurs de sang à l'époque, nous n'étions plus en mesure d'offrir de l'immunoglobuline intraveineuse en dehors de l'étiquette. Le gouvernement concentrait ses ressources, à juste titre, sur les patients qui en avaient absolument besoin pour survivre. Il y a eu par conséquent une période de deux ans pendant laquelle nous n'avons pas pu traiter nos patients avec cette molécule. A ce moment-là, nous avons commencé à chercher ailleurs. Nous avons commencé à consulter la littérature. Nous avons commencé à consulter d'autres recherches menées ailleurs, et nous avons pu trouver d'autres molécules. Par exemple, l'hydroxychloroquine, la prednisone, différents protocoles utilisés dans différentes cliniques pour essayer d'améliorer les résultats de ces patients, ce que nous avons fait. Ainsi, nous avons au moins, et ce depuis hier, en regardant nos données sur deux ans... Nous avons un taux de grossesse continu d'au moins 50 % avec ces molécules.

Annie DeMelt : S'agit-il de personnes que vous ne traiteriez pas nécessairement avec des immunoglobulines ou s'agit-il simplement d'un outil supplémentaire dans votre arsenal ? Comment voyez-vous cela ?

Dr Genest : Aujourd'hui, c'est un outil supplémentaire dans notre arsenal. Nous avons donc fait pression sur le gouvernement l'année dernière pour que l'immunoglobuline intraveineuse soit de nouveau disponible pour des femmes méticuleusement sélectionnées. Nous y sommes parvenus. L'un des critères d'accès à l'immunoglobuline intraveineuse est justement d'avoir échoué à l'une des thérapies que nous utilisons depuis deux ans en clinique, car cela signifie réellement que l'on a absolument tout essayé. Il n'y a pas vraiment d'autres options. C'est alors que nous essayons l'immunoglobuline intraveineuse.

Annie DeMelt : Pour tous les autres, ces autres molécules seraient-elles une option ?

Dr Genest : Oui, c'est vrai. Il faut aussi garder à l'esprit que... Supposons, par exemple, que vous preniez une perte de grossesse récurrente. L'histoire naturelle des pertes de grossesse récurrentes montre que même après trois pertes de grossesse, les chances d'avoir une naissance vivante lors de la grossesse suivante sont supérieures à 70 %, ce qui est plutôt bon. Ainsi, même si l'on ne fait rien, que l'on attend avec vigilance ou que l'on donne un peu de progestérone, peut-être un peu d'aspirine pour bébé, la plupart du temps, il y aura une naissance vivante. Les patientes qui nous intéressent vraiment sont celles qui ont plus de difficulté, par exemple cinq, six, sept fausses couches. Ce sont ces patientes que nous devons sélectionner spécialement pour sortir des sentiers battus.

Annie DeMelt : Le test de diagnostic. Nous en avons parlé lors d'un entretien préalable, mais... En bref, vous avez un problème, c'est-à-dire le problème de fertilité. Vous avez un nombre de solutions potentielles différentes qui semblent bien fonctionner, et il s'agit d'établir ce lien, n'est-ce pas ? C'est bien cela le test. Il s'agit de savoir qui a besoin de quoi, de personnaliser les soins. Comment s'y prendre alors pour trouver ce lien, pour essayer de réaliser un test de diagnostic aujourd'hui ?

Dr Genest : C'est une très bonne question parce que, cliniquement, il faut faire beaucoup de suppositions. Je peux avoir un patient précis qui ayant des antécédents

médicaux spécifiques, je dois en quelques sortes deviner quelle est la bonne molécule pour lui en fonction de ses antécédents. Mais ce n'est pas de la bonne médecine. L'idéal est de disposer d'un test de diagnostic et de pouvoir placer le patient dans une boîte en lui disant : "Voilà votre problème, voici la meilleure molécule pour vous". Comme vous le dites, il s'agit de personnaliser les soins médicaux. Ce que nous faisons actuellement en clinique, c'est plusieurs choses. Tout d'abord, chaque patient qui entre dans une clinique fait partie d'un registre, ce qui signifie que nous documentons chaque traitement, chaque résultat et tout effet secondaire du traitement. C'est donc la première étape pour essayer de déterminer quel traitement est le meilleur pour chaque patient. Nous cherchons également à développer des biomarqueurs. Des tests sanguins, par exemple. En ce moment, avant et après le traitement, nous faisons des prises de sang que nous congelons en vue d'une éventuelle recherche qui nous permettra de comprendre en quoi les patients qui répondent à des médicaments spécifiques sont immunologiquement différents des patients qui peuvent avoir des enfants. Nous essayons donc de trouver l'aiguille dans la botte de foin et de trouver la solution miracle. Quel est notre biomarqueur, qu'est-ce qui peut prédire la réponse à ces médicaments ou qu'est-ce qui peut même diagnostiquer ces patients souffrant d'un problème de reproduction d'origine immunitaire ?

Annie DeMelt : Est-ce vraiment la clé pour vous ? Est-ce que cette sorte de...de test sanguin, le test sanguin diagnostique qui vous permettrait de savoir ce qui se passe pour chaque patient ou couple ?

Dr Genest : Absolument. Je pense que c'est indispensable, car parmi tous les patients que nous voyons en clinique pour des problèmes de reproduction, seul un certain pourcentage d'entre eux ont un problème lié au système immunitaire. Par conséquent, si nous sommes en mesure d'effectuer un test sanguin pour dire au couple : "Voici votre problème, voici le traitement", c'est formidable. Ou bien, ce n'est pas votre problème, cela ne vaut pas la peine d'essayer ces traitements. Essayons d'autres options. C'est encore mieux. Pour moi, le fait de pouvoir distinguer ces différents patients est l'avenir de ce que nous essayons de faire.

Annie DeMelt : Vous ne pourrez pas aider tous les patients qui viennent vous voir.

Dr Genest : Exactement. Encore une fois, nous émettons l'hypothèse qu'il y a un problème avec le système immunitaire de ces patientes. Vous avez cette large population de patientes qui ne peuvent pas tomber enceintes. Mais encore une fois, seul un certain pourcentage d'entre elles aura un problème avec le système immunitaire. Ce ne sont donc pas toutes les patientes traitées avec ces médicaments modulateurs du système immunitaire qui auront un bébé. Et, bien sûr, certains de ces médicaments ont des effets secondaires, qui ne sont pas des effets secondaires à long terme. Mais certains patients ne se sentiront pas bien. Ces médicaments peuvent avoir des conséquences. Il est donc essentiel d'essayer de déterminer quels patients sont les mieux adaptés à quels médicaments et quel médicament serait le plus efficace pour tel ou tel couple.

Annie DeMelt : Et vous savez, nous avons également parlé de tout le côté émotionnel de la chose. Vous faites aussi ce parcours. Vous avez dit au début de l'entretien que souvent les gens viennent vous voir alors qu'ils sont en quelque sorte au bout du rouleau, déjà épuisés émotionnellement et physiquement. En quoi le fait de passer ce test leur serait-il utile ? Il s'agit d'une réponse simple, par oui ou par non.

Dr Genest : Exactement. Je pense que l'une des pires choses qui puisse arriver à un couple est de ne pas pouvoir comprendre pourquoi il ne peut pas avoir d'enfant. Parce que si vous pouvez vous projeter en tant que couple, si vous avez choisi cette personne, vous vous projetez en tant que famille, en tant que parents, en regardant vos enfants grandir. Et c'est ce que font tous les gens autour de vous. Ils s'affichent sur Facebook. Ils mettent des photos partout. Ils parlent de leurs enfants. Et vous êtes après deux, trois, quatre, cinq ans plus tard, toujours pas en mesure d'avoir des enfants. Les gens n'arrêtent pas de vous demander quand vous allez tomber enceinte. Vous savez, quand est-ce que je vais avoir des petits-enfants ? Toutes ces questions sont très difficiles pour un couple. Et lorsque vous vous retrouvez face à un groupe de médecins qui vous disent "Je suis désolé, je n'ai aucune idée sur ce qui se passe", c'est extrêmement frustrant. Et c'est aussi très isolant parce que vous n'avez personne vers qui vous tourner et personne à qui parler de ce qui vous arrive. Si au moins vous pouvez donner une explication à ces couples, même si vous ne leur donnez pas de bébé, si vous ne leur permettez pas d'avoir un bébé. Il suffit de leur dire, voici un diagnostic médical, il vous sera impossible d'avoir des enfants avec ce diagnostic X. Essayez de trouver d'autres moyens ou, d'autres solutions. Essayez de trouver d'autres

moyens, maintenant c'est à vous de choisir. Nous pouvons vous aider à résoudre ce problème. Cela peut être extrêmement utile.

Annie DeMelt : Entre-temps, vous avez votre clinique. Les gens viennent vous voir de tout le pays, n'est-ce pas ? Parce la clinique est si unique... Ce que vous offrez est tellement unique. Et je suppose que pour l'instant, tout en essayant d'établir ce lien et de personnaliser un test, vous continuez à aller de l'avant et à aider les gens à tomber enceinte. N'est-ce pas ? Le taux de réussite est-il le même qu'au début, avec 60 % ? En gros, que se passe-t-il à la clinique en ce moment ?

Dr Genest : En fait, nous nous en sortons plutôt bien. Je dirais que nous avons un taux de naissance vivante d'au moins 50 %. Ce n'est pas nécessairement la première grossesse ou le premier transfert d'embryon que nous traitons, mais nous apprenons au fur et à mesure, ce qui nous permet d'éliminer quelques diagnostics ou au moins une molécule qui ne fonctionne pas. Et nous sommes généralement en mesure d'aider les couples à tomber enceinte. Dans certains cas extrêmes, nous disons : "Nous avons tout essayé. Nous ne pouvons rien faire. Il faut se tourner vers la gestation pour autrui, le don d'ovules, l'adoption. Mais je dirais qu'il s'agit d'une minorité de patientes dans la clinique. La plupart d'entre elles pourront tomber enceintes.

Annie DeMelt : J'aimerais savoir ce dont vous avez besoin en ce moment en termes de soutien pour pouvoir aider encore plus de personnes. Il y a manifestement un élément de recherche. Il y a aussi les soins cliniques. Comment les gens peuvent-ils vous soutenir, essentiellement ?

Dr. Genest : De plusieurs manières. Pour ce qui est de pouvoir faire ce que nous faisons à plus grande échelle, c'est surtout le soutien administratif. Ainsi, vous savez, avoir une secrétaire dédiée, même à temps partiel, à la clinique, qui comprend ce que vivent ces patientes, qui sait qu'il est important de prendre rendez-vous avec une patiente lorsqu'elle est enceinte. De pouvoir assurer le suivi des rendez-vous. De pouvoir offrir une présence à ces patientes lorsqu'elles ont besoin de consulter leur médecin. Nous avons besoin d'une infirmière de recherche, au moins à temps partiel, pour nous aider à saisir toutes les données, à suivre tous les patients, à s'assurer que tout va bien. Que tous les tests sanguins sont effectués au bon moment. Nous envoyons des courriels aux patients, car il y a beaucoup d'allers-retours avec eux. Vous

savez, nous donnons des médicaments qui ne sont pas indiqués sur l'étiquette, alors nous devons nous assurer d'avoir un contact étroit avec les patients. Pour l'instant, tout le monde dispose de mon adresse électronique, ce qui est un peu problématique. Enfin, nous souhaitons employer un coordinateur de recherche à plein temps pour nous aider à effectuer toutes les analyses de sang, à suivre les patients, à veiller à ce que tous les échantillons soient envoyés au laboratoire et à ce qu'ils soient traités. Il y a donc beaucoup de choses à mettre en place. Nous avançons lentement. Mais si nous disposions d'un peu plus de ressources, nous pourrions probablement aider beaucoup plus de patients. Par ailleurs, nous disposons d'un programme de bourses qui nous permet de former d'autres résidents qui voudraient faire ce travail plus tard. Nous avons donc un Québécois qui suit actuellement une formation dans le cadre de ce programme et qui finira par devenir "moi", mais dans la ville de Québec. Il s'agit donc simplement de disposer de l'infrastructure nécessaire pour soutenir la recherche sur les deux sites et les soins aux patients sur les deux sites également.

Annie DeMelt : Eventuellement, ils seront en mesure de prendre ce que vous faites à l'Hôpital général de Montréal et de l'apporter aux patients de toute la province.

Dr Genest : Dans tout le pays, exactement. Nous nous attendons à une augmentation du nombre de stagiaires intéressés par le programme dans tout le Canada, à tout au moins. Pour l'instant, je n'accepte personne en dehors du Canada parce que c'est déjà trop. Nous nous attendons donc à une augmentation constante du nombre de personnes de tout le Canada qui viendront se former dans notre centre de l'Hôpital général de Montréal et dans cette nouvelle clinique. Ils apporteront leurs connaissances ailleurs afin de former un réseau de collaboration dans tout le pays, où nous élaborerons des lignes directrices et des normes de pratique pour ces populations de patients.

Annie DeMelt : Votre visage s'illumine en disant cela, je me trompe ? Il est clair que vous êtes très enthousiaste à propos de ce projet. Vous savez, et j'ai vu quand nous avons zoomé il y a quelques jours, que vous aviez des photos de patientes et de leurs bébés sur votre mur. Comment... Encore une fois, vous étiez émotionnellement investie au début. Est-ce que c'est toujours le cas aujourd'hui ? Avez-vous des relations avec ces couples, avec ces patients qui vous semblaient vraiment personnelles et qui vous poussent à continuer, qui vous motivent, essentiellement ?

Dr Genest : Absolument. Je veux dire que le couple vous invite en quelque sorte dans sa vie intime. Et c'est probablement ce qu'il y a de plus personnel avec un patient. Il s'agit de faire des bébés. Et même si vous passez une demi-heure avec le patient à lui expliquer ce que fait le système immunitaire ou à lui expliquer comment nous pouvons le traiter ou comment nous pouvons l'examiner. Le temps investi dans cette relation est très important. Vous vous attachez donc vraiment à ces patients et ces patients s'attachent vraiment à vous. Ainsi, je reçois chaque année des cartes de Noël de patients qui me montrent des photos de leurs enfants. Je crois que je vous ai donné un exemple qui m'a vraiment touché. Je crois que c'était il y a environ un mois, lorsque je suis partie en vacances. Je pense que j'ai dû en parler à un patient qui l'a dit à un autre sur les médias sociaux. C'est ainsi que tout le cercle s'est enclenché. Des patients m'ont envoyé des courriels pour me souhaiter de bonnes vacances et m'ont envoyé des photos de leurs enfants sur la plage. Vous développez ainsi des liens très humains qui durent longtemps. Je me souviens du nom de tous les enfants de mes patients. Je me souviens de leurs histoires. C'est très gratifiant lorsqu'elles tombent enceintes et que vous les aidez à mener à bien leur grossesse et à avoir leur enfant, parce que vous savez que vous venez de créer une vie et une famille pour toujours. C'est vraiment formidable.

Annie DeMelt : Très bien. Merci beaucoup pour ce que vous faites. Beaucoup de gens vous apprécient énormément. Et merci d'avoir participé à cette entrevue de Code ViE présentée par la Fondation de l'Hôpital général de Montréal. Si vous voulez en savoir plus sur la clinique du Dr Genest, sur ses recherches, ainsi que sur d'autres initiatives, des initiatives vraiment intéressantes qui sont soutenues par la générosité des donateurs, vous pouvez visiter le site Web de la fondation, codevie.ca. N'oubliez pas de nous suivre sur les médias sociaux et de vous abonner au podcast pour plus d'entrevues Code ViE. Merci beaucoup et à la prochaine.