

Intrigante prostata

Du même auteur

Ce que le sida a changé, Hélotrope, 2011)

Ça ne tourne pas rond (collectif), Hélotrope, 2024

Dr Jean-Pierre Routy

Intrigante prostate

Un médecin
face à son cancer

Flammarion >
Québec

COUVERTURE

Illustration : Kozlik / Shutterstock

Conception graphique : Ann-Sophie Caouette

INTÉRIEUR

Mise en pages : Michel Fleury

Révision : Magali Bourquin

Correction : Julie Robert

Déclinaisons numériques : Karine Chevrier

© Madrigall Canada inc. – Flammarion Québec, 2024

Tous droits réservés

ISBN : 978-2-89811-255-3

ISBN (PDF) : 978-2-89811-256-0

ISBN (EPUB) : 978-2-89811-257-77

Dépôt légal : 3^e trimestre 2024

Imprimé au Québec

flammarionquebec.com

À Gilda, Bertrand, Mathilde et Grégoire
pour leur indéfectible soutien,
ainsi qu'à Karine, Hugo et Catherine
pour avoir permis ce travail d'écriture

À Karl Tremblay,
la voix des Cowboys Fringants (1976-2023)

*La vie m'a appris qu'il y a deux choses dont on peut très bien se passer :
la présidence de la République et la prostate.*

GEORGES CLEMENCEAU

Mon corps me lâche

Je viens de me diagnostiquer un cancer de la prostate. J'ai soixante-cinq ans et ma vie bascule. Moi qui suis médecin, spécialiste en hématologie-oncologie et dont le métier consiste à traiter les personnes atteintes de cancer, me voilà atteint par ce mal. L'arroseur arrosé. Je pense tout de suite qu'il s'agit peut-être d'une erreur, de l'interprétation trop rapide d'une prise de sang que je m'étais imposée afin d'être un modèle pour mes patients, de me rassurer et de confirmer que tout allait bien. Mais rapidement, je comprends que pour la première fois de ma vie, je ne joue plus. Je vois arriver une énorme vague qui risque de me submerger. À cet instant, je deviens *patient* au sens étymologique du terme, c'est-à-dire *celui qui souffre*. Je n'ai qu'un seul symptôme : l'idée saugrenue de m'être soumis à un test de dépistage.

Après avoir accepté que le diagnostic n'est pas une erreur, que c'est bien de moi qu'il s'agit, une question m'assaille : quelle est l'étendue du mal ? La tumeur se limite-t-elle à la prostate ou des métastases sont-elles déjà présentes, ce qui serait bien plus grave ?

Si j'ai souvent annoncé à des personnes un diagnostic de cancer, prescrit des chimiothérapies et accompagné les vieux combattants vers les soins palliatifs, suis-je pour autant mieux préparé à faire face à la maladie ?

Cette longue pratique devrait avoir été formatrice. Mais maintenant que le malade, c'est moi, comment vais-je me comporter ? En tant que médecin spécialiste, j'ai acquis, en principe, une certaine distance avec les patients et leur cancer, et je suis protégé par le rempart de la blouse blanche. Mais à partir de maintenant, les beaux discours changent et je me demande si mes connaissances vont tenir la route face aux émotions qui me submergent. Je passe donc de médecin à patient. Au lieu d'offrir des soins comme je le fais depuis des années, je vais devoir d'une certaine façon lâcher prise pour, à mon tour, devenir celui qui reçoit, et perdre le contrôle. Comment traverser ce moment de rupture, faire face au cancer dans cette vie qui me semblait toute tracée ?

Au-delà de cette question, deux évidences m'envahissent. Je n'ai aucun symptôme, mais je sais que je veux vivre cette mésaventure comme une *personne ayant un cancer*, et non comme un « cancéreux » dont la vie se résumerait à son mal. Je sais aussi que les mots que j'utiliserai pour annoncer, expliquer et vivre mon mal seront des cailloux blancs qui baliseront le nouveau chemin de ma vie.

C'est l'atteinte de la prostate, cet organe masculin solitaire et sans grand rôle, qui vient me faire écrire une page inattendue de ma vie. Je ne connaissais pas très bien ce mal. Les hommes de ma famille souffraient plutôt de maladies cardiovasculaires. Mon grand-père, à soixante et un ans, puis mon père, à soixante-douze ans, ont eu un infarctus ; je me suis préparé mentalement à cette condition. Pour m'en prémunir, ou plutôt pour en retarder l'échéance, je prends religieusement un médicament contre le cholestérol et un autre contre l'hypertension artérielle qu'un médecin interniste m'avait prescrits. Certes, on ne choisit pas sa famille, ni d'avoir un cancer, ni même l'organe qui va en être la cible. Toutefois, ce dernier teintera d'une coloration toute particulière la réponse qu'on donnera à la maladie.

Un être humain sur deux étant une femme, je me dis qu'une bonne partie de la population ne connaît pas ou n'imagine pas ce que représente ce voyage à travers le cancer de la prostate. Les conséquences liées à l'ablation de cet organe ne sont pas dues à la perte de sa fonction, mais plutôt à sa localisation anatomique. En effet, il se situe à un carrefour stratégique, à cheval sur le monde urinaire et celui de la reproduction. Ce cancer et les séquelles de son traitement sont entourés d'une grande chape de plomb, qui touche aussi bien les hommes que leur partenaire.

Ce qui en fait la particularité, c'est que les séquelles du traitement chirurgical sont plus importantes que le risque de laisser se développer la tumeur, qui ne pousse d'ailleurs que très lentement. En somme, le cancer de la prostate est un peu le cancre des cancers, un peu comme Pluton qui vient de perdre son rang de planète au sein de notre système solaire. On pourrait presque considérer que le cancer de la prostate est si lent à évoluer qu'il pourrait en perdre son titre, n'être qu'oxymore. Cette figure de style, qui consiste à rapprocher deux termes de sens opposé, lui irait comme un gant : méchant par son nom, gentil par son évolution ! Le côté dramatique du cancer et le côté tranquille de la prostate, comme un grand-père au bord de la route qui regarderait passer les voitures pour se distraire. La preuve qu'il est considéré comme un mauvais élève, son hôte peut souvent, en l'absence de traitement, mourir d'autre chose avant que le cancer fasse parler de lui.

Face à ce profil singulier, il faut donc faire plus ample connaissance avec ce mal et avec celui qui le porte. Mais d'abord, afin de bien comprendre tous les enjeux qui seront les miens, je dois me présenter.

Ce qui a fait ce que je suis

Enfant curieux, lors d'un séjour en Bretagne, j'avais trouvé un trésor : un silex et une améthyste. Je ne savais pas encore que ces deux petites pierres marqueraient le début d'une collection qui deviendrait une passion. Mes parents m'avaient acheté des livres illustrés sur les pierres que je dévorais. Lors des grandes vacances, j'avais trouvé de nouvelles pierres que je tentais d'identifier. J'avais appris par mes lectures qu'il fallait utiliser le mot *roche* et non *pierre* pour être considéré comme un vrai collectionneur. Je classais mes échantillons en trois catégories – éruptives, métamorphiques et sédimentaires –, en fonction de leur dureté, de leur réaction à l'acide chlorhydrique pour les calcaires et selon la forme et la couleur des cristaux. Quelques années plus tard, des fossiles ont commencé à envahir la section de mes roches sédimentaires. Par eux, je revivais l'évolution des espèces et je pouvais témoigner que nos montagnes actuelles étaient peut-être d'anciennes mers, puisque j'y trouvais des fossiles de poissons. Or, pour tout collectionneur, le roi de tous les fossiles appartient évidemment à la famille des dinosaures. J'habitais

à Aix-en-Provence, et j'ai trouvé des œufs de dinosaure sur les flancs argileux de la montagne Sainte-Victoire. Cet événement allait sceller mon destin. À seize ans, mon avenir était tout tracé : je serais géologue.

Mais voilà, en dernière année de lycée, les cours de philosophie m'ont ouvert au monde des idées et de l'inspection. J'ai vécu mon adolescence dans les années 1970, une époque de grande mutation de la société. Des événements importants allaient me marquer de façon indélébile, comme la première crise du pétrole, le mouvement de libération des femmes, la législation sur l'avortement, la dictature au Chili, les *boat people* et la naissance de Médecins Sans Frontières. Traverser mon adolescence dans cette effervescence d'idées nourrissait mon cœur et mon esprit dans ma quête d'une vie différente de celle de mes parents. De grandes discussions avaient lieu au lycée, à l'aumônerie ou durant les camps scouts. Ces échanges si riches m'ont rapidement mis en porte-à-faux par rapport aux valeurs que mes parents défendaient. Ils appartenaient à cette bourgeoisie commerçante qui avait rebâti la France après la Deuxième Guerre mondiale. Pour eux qui n'avaient pas fait d'études et qui avaient bien réussi, les plus hautes vertus incluaient de travailler et de faire « comme les gens bien » que sont les gens instruits : les professeurs, les écrivains et les ministres. Puisque j'étais bon élève à l'école, mes parents rêvaient de

me voir fréquenter une grande école de commerce, pour amener leur magasin de lingerie et de prêt-à-porter à un autre niveau.

Or, comme beaucoup d'adolescents, je voulais vivre une vie tout autre, comprendre le monde pour le changer et y prendre part. J'avais été admis dans la section des sciences naturelles en avant-dernière année de lycée. Je devrais, à la fin de l'année, choisir mon domaine d'études à l'université. Cet été-là, je suis parti en camp scout. Nous devions traverser la Corse et la Sardaigne à vélo, avec armes et bagages, munis d'un sac à dos et d'un solide porte-bagages. Après la traversée de Marseille à Propriano, nous avons dressé notre camp sur la plage, pas loin du port dans lequel le bateau nous avait laissés. M'éloignant du campement, je me suis promené seul sur le sable encore chaud faiblement éclairé par la lune. À cet instant, j'ai vécu une épiphanie. Comme si la foudre m'était tombée dessus : *faire des études de médecine*, « *faire médecine* », comme on dit. De ma vie entière je n'ai jamais vécu un événement aussi brutal. Il avait semblé venir du ciel ou tout au moins du dehors de moi-même. Oui, devenir médecin me permettrait de concilier ma passion pour la science et mon goût pour l'humain. Je ne connaissais aucun médecin en dehors de celui qui me donnait des vitamines ou m'administrait des vaccins, mais je décidai qu'aucune information supplémentaire ne m'était

nécessaire. Une force en moi me poussait à répondre à cet appel.

Je me suis donc inscrit à la faculté de médecine d'Aix-Marseille en 1979 et, six ans après, j'ai entrepris ma résidence (ou *internat*) à l'hôpital d'Aix-en-Provence. Après mon premier stage, qui était en cancérologie, j'ai décidé d'embrasser cette spécialité, fasciné que j'étais par les patients et par le chef de service, le D^r André-Pierre Blanc. Un seul problème se dressait devant moi : la qualification en oncologie n'existait pas et c'était les médecins spécialistes qui traitaient les cancers ; les gynécologues traitaient les cancers gynécologiques et les pneumologues, ceux des poumons. J'ai été dans les années 1980 un des derniers à obtenir la spécialité de médecine interne avec compétence en oncologie sur la foi de mon dossier, de mes stages et de mes publications, sans passer d'examen spécifique. C'était en effet la dernière année que cette spécialité ne possédait pas encore une formation sanctionnée par un examen. J'avais obtenu par « clause grand-père » mon diplôme en oncologie médicale, diplôme qui m'autorisait à prescrire les redoutables chimiothérapies pour soigner différents cancers. Cette nouvelle spécialité était peu prisée par les autres résidents. L'oncologie était peu gratifiante puisque le sort des patients était le plus souvent funeste et plaçait le médecin en situation d'échec perpétuel.

Mon maître de stage, le D^r André-Pierre Blanc, m'avait transmis son goût pour la *médecine globale* – avant que cette expression n'existe –, une médecine qui veut suivre le patient dans sa globalité, soit son corps, son esprit et son environnement social, et où l'accompagnement se conçoit dans la durée. À cette époque, les services de soins palliatifs n'avaient pas encore vu le jour ; les patients en fin de vie restaient hospitalisés dans le même service jusqu'à leur décès et très peu retournaient à leur domicile. Marqué par la pratique de son père qui était médecin homéopathe, le D^r Blanc m'avait formé à une approche axée sur le ressenti du patient, avec une ouverture sur les traitements dits *naturels*. En plus des patients venant pour leurs traitements de cancer, nous recevions dans son service les cas complexes. Les médecins de cliniques médicales qui n'avaient pas réussi à poser de diagnostic nous confiaient leurs patients. Le D^r Blanc était ainsi considéré, à l'image de la série américaine éponyme, comme notre D^r House. Certains de ces patients me fascinaient quand ils présentaient des manifestations dites *paranéoplasiques* de cancers occultes se révélant sous un autre visage. Certaines de ces manifestations étaient de nature neurologique ou métabolique et causées par la sécrétion de faux signaux hormonaux ou immunitaires émis par des cancers du poumon, de l'ovaire ou des lymphomes. Ces syndromes paranéoplasiques représentaient des défis diagnostiques majeurs où le

cancer se manifestait avant le diagnostic de la tumeur et à travers un autre organe que celui affecté.

À l'inverse de la gynécologie, de la cardiologie ou de la pneumologie, cette approche globale du patient n'était pas limitée à la pathologie de certains organes. Cette spécialité centrée sur le traitement par chimiothérapie avec un suivi à long terme du patient plutôt que sur l'organe malade a déterminé mon choix de spécialité médicale. Tout comme l'arrivée du sida.

Regarder la mort en face

Deux semaines après le début de mon premier stage en oncologie, en avril 1983, nous avons diagnostiqué le premier cas de sida de notre hôpital. Il s'appelait Yvan. Âgé de vingt-six ans, cet homme homosexuel originaire du Venezuela avait vécu trois ans à New York dans le milieu artistique des folles années Basquiat et Warhol. Il avait été hospitalisé parce qu'il faisait de la fièvre, était amaigri et avait de gros ganglions symétriques au niveau du cou. Avec ses cheveux noirs en bataille, il était très maigre et jouait de la guitare dans le service ; il pouvait être très théâtral lors de la visite médicale du matin. J'étais sidéré lorsqu'il refusait certains prélèvements sanguins ou médicaments en scandant *!Viva la libertad!* Il aimait nous confronter comme médecins et ne se plaignait jamais de son sort. Il incarnait un type de patient qui n'existe pas dans les livres : le rebelle. Il nous disait vouloir vivre libre de façon dionysiaque, préférant l'enthousiasme exubérant plutôt que l'ordre ou la raison. Pour lui, depuis son adolescence, risquer sa vie, c'était lui donner sens et valeur. Il s'opposait en tous points à un autre jeune patient,

lui aussi atteint d'un lymphome, que je ne connus qu'à travers la littérature. Sous le pseudonyme de Fritz Zorn, dans *Mars*, un jeune professeur de littérature allemande décrit son mal comme la conséquence de sa conformité à un *monde d'hier*, à cet ordre bourgeois de la rive dorée du lac de Zurich. Appréhendant son cancer comme une maladie névrotique, Zorn écrit: « Si je devais y succomber, on pourrait dire de moi que mon éducation m'aura tué. »

Zorn n'a pu vivre son mal-être qu'à travers l'écriture et la publication posthume de son récit en 1976. Cette rébellion intériorisée, il l'a exprimée en choisissant un nom de plume qui signifie « colère » en allemand, et un titre qui évoque le dieu romain de la guerre. Son éducation et l'attitude apollinienne de son milieu l'opposaient en tous points à Yvan. La raison, la mesure et la préservation de l'harmonie d'un monde bourgeois imposaient à sa famille de ne jamais être dans la confrontation. Il fallait toujours faire bonne figure et sa mère ne disait jamais non à un invité ou à un ami. Elle apprenait à son fils à remplacer un *non* par un *quoi que*, un *demain*, ou un *pas comparable*, ou encore un *c'est compliqué*. Selon le narrateur, ce carcan social qu'on lui imposait avait été à l'origine de son cancer. Malgré tout, ces deux jeunes patients d'apparence si différente, l'un dionysiaque et l'autre apollinien, se sont rejoints à travers leur mort dans des formes sublimées de lucidité et de révolte.

J'étais fasciné par la liberté d'Yvan, ce personnage à la fois tragique, rebelle et haut en couleur. Il était devenu compagnon de chambre avec un autre jeune infortuné qui avait aussi vingt-six ans, Serge, et qui était hospitalisé pour des métastases hépatiques d'un cancer de la peau de type mélanome malin. Serge et moi avions des amis communs du lycée et, après son décès, je lui ai dédié ma thèse de médecine sur les traitements des métastases hépatiques. Avec Yvan, nous formions une sorte de trio uni par l'âge et la même unité de soins, mais séparés par le destin. De grandes discussions amicales nous unissaient. Pendant un moment de répit dans la maladie de Serge, nous sommes même allés au cinéma voir le film *Indiana Jones et le temple maudit*, avec Harrison Ford. Serge est sorti épuisé et la seule phrase qu'il prononça en sortant fut : « Il y a beaucoup de morts dans ce film. »

Même si nous avions le même âge, une différence fondamentale nous séparait. Tous deux savaient leur mort prochaine et le fait qu'elle surviendrait à un très jeune âge leur donnait l'audace d'en parler, leur conférait une impertinente liberté, loin de toutes contingences, et un mépris de la médecine dite *traditionnelle*. Ils prenaient le contrepied de tout ce que j'étais en train d'apprendre et cela devenait insoutenable pour moi. Nous étions unis à travers la rupture. Rapidement, la gravité de leur maladie allait empêcher toute conversation, limitant les soins qu'ils

recevaient à la prise de médicaments antidouleur administrés par voie intraveineuse et à ma présence amicale.

Après le décès d'Yvan en juin 1983, son autopsie confirma une forme atypique de tuberculose au niveau des ganglions cervicaux ainsi qu'un lymphome cérébral, deux manifestations infectieuses et cancéreuses très caractéristiques du sida.

C'est le 8 juin 1983 que le virus responsable du sida fut identifié à l'Institut Pasteur de Paris, quelques jours après le décès d'Yvan. Lors de la réunion scientifique de l'hôpital, j'avais présenté sa tragique histoire médicale comme le premier cas de sida de notre centre, ce qui représentait aussi ma première communication scientifique.

Le décès d'Yvan et de Serge a marqué au fer rouge le chemin que devait prendre ma carrière. J'étais révolté par la mort de ces jeunes hommes et par l'incapacité de la médecine à répondre à leur détresse. Je leur ai promis de vouer ma vie à combattre ces maladies qui les avaient fait disparaître. C'est ainsi que j'ai choisi de m'engager dans les soins et la recherche pour améliorer le sort des personnes atteintes, dans leur chair et dans leur âme, du cancer et du sida. Je me sentais directement interpellé puisque les soins impliquaient le traitement d'infections graves, de cancers ainsi que des troubles immunitaires sous-jacents.

L'épidémie de sida était aussi venue sonner la fin de la toute-puissance médicale et de l'amour libre des années 1970. Yvan et Serge ont à tout jamais justifié la raison de mon engagement dans une carrière singulière qui réunit cancer, immunité et sida. La dimension psychosociale de ma pratique médicale ne m'a pas été apprise par mes professeurs, mais par ces deux jeunes patients qui m'ont montré que mettre des mots sur les maux permettait une distance libératrice et la fin d'un certain patriarcat médical. Le grand professeur qui sait tout et qui n'explique rien ne tenait plus la route devant ces jeunes patients.

Ils m'ont aussi permis de comprendre la limite de ce que pouvait faire un médecin par lui-même, que travailler en équipe multidisciplinaire était la voie à suivre pour affronter les multiples demandes des patients. Ce sont eux qui m'ont fait pressentir ce que l'on appellerait trente ans plus tard *une approche de santé globale*.

Après deux ans de formation hospitalière à Aix-en-Provence, j'ai répondu en 1986 à une annonce dans *La Presse médicale* pour effectuer un stage en cancérologie comme moniteur clinique à l'Hôtel-Dieu de Montréal. J'ai eu la chance d'être accepté, mon épouse Gilda était d'accord pour déménager au Québec, et nous sommes partis avec notre fils Bertrand âgé de deux ans.

Le service d'oncologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal se situait au deuxième étage du pavillon Le Royer et possédait une belle rotonde donnant sur le jardin des sœurs hospitalières qui dirigeaient cet hôpital. Un esprit tout particulier régnait dans ce service où l'on appelait encore les infirmières des *gardes-malades* et je pouvais les interpeller en utilisant leur nom de famille, par exemple : « garde Lacaire ». L'esprit des sœurs hospitalières était présent et contribuait à une dévotion de tout le personnel pour les patients que je n'ai jamais retrouvée ailleurs. À cette époque, l'Hôtel-Dieu était le bateau amiral de tous les hôpitaux francophones de Montréal. D'ailleurs, lors du passage du général De Gaulle en juillet 1967 pour son fameux : « Vive le Québec libre ! », c'est l'Hôtel-Dieu qui avait été désigné pour le recevoir en cas d'accident ou de maladie. On m'avait montré le lit qui avait été conçu spécialement pour lui compte tenu de sa taille de géant.

Dans ce service, on n'hospitalisait pas de patients avec des maladies auto-immunes ou mystérieuses ; seulement ceux avec des cancers déjà diagnostiqués au stade de métastases – donc des cancers généralisés – afin qu'ils puissent recevoir leur chimiothérapie. En dehors des lymphomes ou du cancer du testicule, la présence de métastases fait entrer le patient dans une phase incurable de la maladie, même si de longues prolongations ou rémissions sont possibles.

Des cas terriblement lourds pour un jeune médecin comme moi! Je me rappelle un jour avoir informé le D^r André Robidoux, chirurgien oncologue, que la tumeur d'un de ses patients avait progressé malgré son traitement de chimiothérapie. Sa réponse fut directe: «Tu ne dois jamais l'oublier, le cancer, ça tue!» Cette phrase lapidaire me déculpabilisa un peu de ce que je percevais comme un échec personnel, mais qui n'était que la conséquence inexorable de la présence de métastases. Le D^r Robidoux racontait souvent, après l'opération d'un patient, qu'il avait pu enlever non pas une tumeur, mais un *cochonome*, ce terme qu'il avait inventé et qui n'augurait rien de bon.

C'est au milieu de ces patients le plus souvent âgés que, au fil des mois, ont commencé à se côtoyer de jeunes patients atteints de cancers associés au sida. Ils avaient développé soit un cancer de la peau avec ses nombreuses lésions violettes qui les défiguraient – le sarcome de Kaposi –, soit des cancers des ganglions – les lymphomes le plus souvent accompagnés de leur cortège d'infections. Ces jeunes patients se savaient tous condamnés d'avance et recevaient sans y croire des traitements de chimiothérapie pour contrôler les symptômes causés par leur tumeur. Notre mission était impossible puisqu'il fallait juguler cette dernière avec des traitements qui aggravaient leur immunosuppression, les condamnant souvent à des infections opportunistes

graves. La seule stratégie possible était celle du moindre mal, donc l'avis du patient devenait notre seule boussole. J'expérimentai dès le début de ma formation l'échec face à la maladie et les limites du savoir.

La médecine, discipline hautement scientifique, devenait un art pour traiter au mieux et trouver le fragile équilibre entre attaquer la tumeur et protéger son hôte des infections. Les données médicales n'existant pas encore, l'avis du patient était d'autant plus important pour décider lequel des deux maux choisir.

La naissance des soins palliatifs allait m'apporter une certaine réponse à l'échec permanent auquel je faisais face.

Quelques ressources

Le Centre du cancer des Cèdres (CUSM) :

<https://www.cedars.ca/impact/centre-du-cancer-des-cedres>

La Fondation du Centre universitaire de santé McGill :

<https://fondationcusm.com/fondation>

PROCURE : <https://www.procure.ca/en/home/>

Société canadienne du cancer : <https://cancer.ca>

Centre intégré de cancérologie (CICC) :

<https://www.chumontreal.qc.ca/repertoire/centre-integre-cancerologie-cicc>

La Fondation du CUSM soutient le Centre universitaire de santé McGill (CUSM), un hôpital et centre de recherche de renommée mondiale qui compte certains des meilleurs oncologues au Canada, et ceux-ci ont un plan pour éradiquer le cancer en tant que maladie mortelle. La Fondation du CUSM a déjà amassé des dizaines de millions de dollars pour les soutenir dans leurs innovations et leurs percées en oncologie de précision, le facteur décisif qui garantira à chaque patient le bon traitement au bon moment.

Chaque dollar versé à la Fondation du CUSM assure que ses chercheurs en oncologie disposent de toutes les ressources nécessaires pour cibler et détruire le cancer à sa source. Leur plan est de le détecter tôt, d'en comprendre l'origine génétique, de découvrir ses faiblesses et d'empêcher qu'il ne prenne des vies.

Le Dr Jean-Pierre Routy et Flammarion Québec verseront chacun 1 \$ par livre vendu pour soutenir la mission de la Fondation du CUSM visant à mettre fin au cancer en tant que maladie mortelle.

Pour soutenir la Fondation du CUSM et la recherche sur le cancer : <https://bit.ly/DrRouty>

