

# Décédée

■ Citation : *CMAJ* 2021 June 7;193:E856-7. doi : 10.1503/cmaj.210405-f

Voir la version anglaise de l'article ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.210405](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.210405)

**P**robablement pas une histologie squameuse.

*Je me demande s'ils ont fait une hystérectomie totale.*

*Pourquoi les femmes ne passent-elles pas de test Pap?*

Mon dialogue interne s'est amorcé au beau milieu d'un monotone examen de dossiers pour une vaste étude rétrospective sur les issues du cancer du col de l'utérus. Je constatais l'importance des facteurs pronostiques dans les issues négatives ciblées. Mais ton dossier m'a fait réfléchir.

En l'ouvrant, j'ai d'abord noté ton nom de famille : Cardinal.

Puis ton année de naissance : 1986.

Ensuite, j'ai lu la demande de consultation.

« Présence d'un saignement vaginal après une agression sexuelle. Masse observée sur le col de l'utérus à l'examen. »

L'horreur. Une agression sexuelle qui mène à la visite d'un établissement de soins de santé, puis à la découverte d'un cancer du col de l'utérus. J'ai vite fait le calcul pour évaluer quand tu aurais contracté le virus du papillome humain responsable, et je me suis demandé dans quelles circonstances cela s'était produit.

Venait ensuite le rapport de pathologie. *De quel type de tumeur s'agissait-il? Les marges étaient-elles positives? As-tu suivi un traitement adjuvant? Aïe, peut-être as-tu subi une laparoscopie...*

Histologie squameuse. Pas d'envahissement de l'espace lymphovasculaire. Taille de la tumeur : 1,3 cm. Marges négatives. Pas d'intervention à effraction minimale. Prélèvement adéquat aux ganglions lymphatiques.

Stade final : carcinome épidermoïde au stade IB1 sans facteur de risque

montrant la nécessité d'un traitement adjuvant.

J'ai cherché dans ton dossier la date de récurrence. *On a tant à apprendre sur la biologie des tumeurs : pourquoi celle-ci a-t-elle si mal tourné malgré les caractéristiques pathologiques favorables?*

... Mais il n'y a pas eu de récurrence. Il y avait juste une série de rapports d'imagerie diagnostique numérisés. Tomodensitogrammes de la poitrine, de l'abdomen, du pelvis. Tomodensitogramme cérébral, tableau clinique : « trauma ».

Quelques mois plus tard, d'autres rapports d'imagerie diagnostique — tableau clinique : « trauma contondant ».

Et fin du dossier. Aucune récurrence. Juste une succession de traumas aboutissant à la mention « Décédée ».

Assise à mon bureau, j'ai pris un instant pour digérer ton histoire. Nous avions le même âge. Nous étions du même sexe. Et je ne pouvais pas faire autrement que d'essayer de m'imaginer à ta place. Pourtant, je n'y arrivais pas. Pleinement consciente de mon privilège en tant que femme blanche, de tout ce qui nous séparait. Une jeune Autochtone atteinte d'un cancer du col de l'utérus. Tu as consulté pour un trauma. Nous avons trouvé un cancer et l'avons traité, mais ton dossier ne s'arrêtait pas là. Tu es revenue pour un autre trauma, puis un autre encore. Quoi d'autre nous avait échappé?

En oncologie, nous étudions les caractéristiques pronostiques du patient et de sa tumeur pour émettre des recommandations factuelles et traiter le cancer, ce que nous avons fait. Mais ce n'était pas assez. Nous t'avons laissée tomber parce que nous n'avons pas su te voir entière. La complexité de ta situation nous a échappé et, au bout du compte, tu as perdu la vie. Je ne peux

pas m'empêcher de me demander ce qui aurait dû arriver pour que ton dossier n'aboutisse pas ici. Le plus triste dans tout ça, c'est que ton cas n'est pas unique. Combien d'autres passent sous le radar?

Les choses se seraient-elles passées autrement si tu avais été blanche? La violence nous aurait-elle choqués davantage? Ton histoire aurait-elle fait les manchettes? Aurions-nous reconnu les signes et serions-nous intervenus?

Je dis souvent à mes patients que « le cancer ne fait aucune distinction », mais à vrai dire, c'est faux. L'incidence du cancer du col de l'utérus est plus élevée chez les femmes autochtones<sup>1</sup>, qui sont davantage touchées par les iniquités en matière de santé<sup>2</sup>. Les chiffres laissent paraître la discrimination dans nos organisations et notre société.

Pourquoi m'y suis-je arrêté cette fois? Qu'avais-tu de particulier? Peut-être que ce n'était pas toi. Peut-être que c'était les circonstances. Sans contexte, je pouvais voir, cette fois, le cheminement du diagnostic au traitement jusqu'à la guérison et au décès pour ce qu'il était : une preuve de notre... de *mon* échec. Nous avons traité ton cancer, mais ce n'est pas lui qui a pris ta vie.

## Christa Aubrey MD MSc

Centre de cancérologie Tom Baker, Département d'oncologie, Université de Calgary, Calgary, Alb.

## Références

1. McGahan CE, Linn K, Guno P, et al. Cancer in First Nations people living in British Columbia, Canada: an analysis of incidence and survival from 1993 to 2010. *Cancer Causes Control* 2017;28:1105-16.
2. Temkin SM, Rimel BJ, Bruegl AS, et al. A contemporary framework of health equity applied to gynecologic cancer: a Society of Gynecologic Oncology evidence-based review. *Gynecol Oncol* 2018;149:70-7.

Cet article a été révisé par des pairs.

Cet article est fondé sur l'examen de près de 500 dossiers couvrant une période de 10 ans. Les renseignements permettant d'identifier la patiente ont été changés pour protéger son identité.

**Propriété intellectuelle du contenu :** Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>.