

# Conférences ET FORMATIONS

## CANCER CHEZ NOS PATIENTS VIEILLISSANTS : DÉFIS D'UNE NOUVELLE MALADIE CHRONIQUE – CONGRÈS ANNUEL DE CANCÉROLOGIE LAVAL-LAURENTIDES-LANAUDIÈRE

VENDREDI 29 SEPTEMBRE 2017, AUBERGE DE LA MONTAGNE COUPÉE, SAINT-JEAN-DE-MATHA

Pour information : [Melissa.Legare@ssss.gouv.qc.ca](mailto:Melissa.Legare@ssss.gouv.qc.ca)

## 2017 SYMPOSIUM – CANADIAN BREAST CANCER

JUNE 22-23, 2017 – HILTON TORONTO, 145 RICHMOND STREET W, TORONTO, CANADA

<http://www.breastsymposium.ca/>

## BREAST CANCER: NEW HORIZONS, CURRENT CONTROVERSIES

13-15 JUILLET 2017, BOSTON MARRIOTT LONG WHARF, BOSTON

<http://cmeregistration.hms.harvard.edu/events>

## SOIRÉE INFOPARTAGE : MUTATIONS GÉNÉTIQUES ET CANCER – L'AVENTURE D'UNE VIE. THÈME : LA MASTECTOMIE PRÉVENTIVE ET LA RECONSTRUCTION MAMMAIRE

MERCREDI 19 AVRIL DE 19 H À 21 H À L'AUDITORIUM DU CRCHUM 900, RUE SAINT-DENIS, MONTRÉAL, 5E ÉTAGE OU EN VISIOCONFÉRENCE AU CHRDL AU LOCAL 6C-24

Pour plus de renseignements, consultez le site Web du Réseau Rose : <https://reseaurose.ca/category/soutien-et-information/conferences/>

## CONGRÈS MSSS DIRECTION GÉNÉRALE DE CANCÉROLOGIE : ENSEMBLE, EN RÉSEAU, POUR VAINCRE LE CANCER

VENDREDI 24 NOVEMBRE 2017, HÔTEL OMNI MONT-ROYAL, MONTRÉAL  
<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/evenements-activites>

## FORMATION EN LIGNE :

QUIZ AUTOÉVALUATION EN MAMMOGRAPHIE POUR LES TECHNOLOGUES  
<http://www.otimroepmq.ca/>

## SOUTIEN À LA PRISE DE DÉCISION ÉCLAIRÉE CONCERNANT LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN, INSPQ

<http://campusvirtuel.inspq.qc.ca/pages/decision-sein>

## DÉLAI ACTUEL POUR LA MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE DANS LES CENTRES DE DÉPISTAGE DÉSIGNÉS DE LANAUDIÈRE (CDD)

Les femmes ont accès à ces coordonnées et à d'autres au verso de la lettre du PQDCS ou en communiquant avec nous.

### HÔPITAL PIERRE-LE GARDEUR

911, Montée des Pionniers, Terrebonne QC J6V 2H2  
450 470-2652

### IMAGERIE TERREBONNE

901, boul. des Seigneurs, suite 201, Terrebonne  
QC J6W 1T8 450 471-1477

### SERVICES RADIOLOGIQUES JOLIETTE COMPLEXE PROFESSIONNEL LA CITÉ

175, rue Visitation, bureau 110, St-Charles-Borromée  
QC J6E 4N4 450 759-6668

DÉLAI D'ATTENTE / LISTE D'ATTENTE : 2 SEMAINES

DÉLAI D'ATTENTE : 1 SEMAINE

DÉLAI D'ATTENTE : 1 SEMAINE

## SOUTIEN PSYCHOSOCIAL GRATUIT POUR LES FEMMES EN ATTENTE DE DIAGNOSTIC OU AYANT UN DIAGNOSTIC DE CANCER DU SEIN

Un service individuel est offert en plus de deux sessions de groupe par année pour les femmes ayant le diagnostic de cancer.

### Pour la région du RLS du Nord de Lanaudière

Line Plante au 450 759-8222, poste 2031

### Pour la région du RLS du Sud de Lanaudière

Line Renaud au 450 654-7525, poste 23162

**Publication :** Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière  
Direction de santé publique  
245, rue du Curé-Mojreau,  
Joliette (Québec) J6E 8S8

**Rédaction :** Laurence Eloy, md.; Louise Proulx et Julie Gagnon, conseillères en soins infirmiers; Line Plante et Line Renaud, travailleuses sociales.

**Comité de lecture :** Dr Alexandre Cadrin-Chênevert et Dre Elise Martel

**Dépôt légal**  
**Bibliothèque et Archives nationales du Québec**  
2<sup>e</sup> trimestre 2017  
ISSN 1913-9802 (Imprimé)  
ISSN 2291-675X (En ligne)

**Mise en page et révision :** Claire Cormier et Josée Charron, agentes administratives

**Information :** Téléphone : 450 759-6660, poste 4701 ou 1 877 418-7346  
Télécopieur : 450 759-9387

Pour s'abonner au bulletin, veuillez communiquer avec M<sup>me</sup> Claire Cormier au 450 759-6660, poste 4701 ou 1 877 418-7346 ou veuillez écrire par courriel à : [claire.cormier.reg14@ssss.gouv.qc.ca](mailto:claire.cormier.reg14@ssss.gouv.qc.ca)

Ce bulletin est aussi disponible à l'adresse suivante : <http://www.santelanaudivere.qc.ca/ASSS/SantePublique/Pages/LanaudiereSeinforme.aspx>

### Bibliographie :

<sup>1</sup>Checko CM, Chun JE, Schnabel FR, Lee J, Toth H. The relationship of mammographic density and age: Implications for breast cancer screening. *AJR*. 2012;198:W292-W295.

<sup>2</sup>Stomper PCI, D'Souza DJ, DiNitto PA, Arredondo MA. Analysis of parenchymal density on mammograms in 1353 women 25-79 years old. *AJR Am J Roentgenol*. 1996 Nov;167(5):1261-5.

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Québec

<sup>3</sup>Boyd NF, Guo H, Martin LJ, et al. Mammographic density and the risk and detection of breast cancer. *N Engl J Med*. 2007;356:227-236.

<sup>4</sup>Andrew McGuire et al. Effects of Age on the Detection and Management of Breast Cancer. *Cancers (Basel)*. 2015 Jun; 7(2): 908-929

<sup>5</sup>Kolb TMI, Lichy J, Newhouse JH. Comparison of the performance of screening mammography, physical examination, and breast US and evaluation of factors that influence them: an analysis of 27,825 patient evaluations. *Radiology*. 2002 Oct;225(1):165-75.

<sup>6</sup>McCormack VA, Dos Santos Silva I. Breast density and parenchymal patterns as markers of breast cancer risk: a meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006; 15:1159-1169

<sup>7</sup>Ziv EI, Tice J, Smith-Bindman R, Shepherd J, Cummings S, Kerlikowski K. Mammographic density and estrogen receptor status of breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2004 Dec;13(12):2090-5.

<sup>8</sup>Nelson HD, Zakher B, Cantor A, et al. Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2012;156:635-648

<sup>9</sup>Relationship Between Mammographic Density and Breast Cancer Death in the Breast Cancer Surveillance Consortium. *Gretchen L. Gierach, Laura Ichikawa, Karla Kerlikowski, Louise A. Brinton, Ghada N. Farhat, Pamela M. Vacek, Donald L. Weaver, Catherine Schairer, Stephen H. Taplin, Mark E. Sherman* *J Natl Cancer Inst* 2012;104:1218-1227

<sup>10</sup>Ziembicki SI, Zhu JJ, Tse EI, Martin LJ, Minkin SI, Boyd NF. The association between alcohol consumption and breast density: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2016 Sep 26.

<sup>11</sup>Rutter CM, Mandelson MT, Laya MB, Seger DJ, Taplin S. Changes in breast density associated with initiation, discontinuation, and continuing use of hormone replacement therapy. *JAMA*. 2001 Jan 10; 285(2):171-6.

<sup>12</sup>Li JJ, Humphreys K, Eriksson L, Edgren G, Czene K, Hall P. Mammographic density reduction is a prognostic marker of response to adjuvant tamoxifen therapy in postmenopausal patients with breast cancer. *J Clin Oncol*. 2013 Jun 20;31(18):2249-56.

<sup>13</sup>Melnikow J, Fenton JJ, Whitlock EP, Miglioretti DL, Weyrich MS, Thompson JH, Shah K. Supplemental Screening for Breast

Cancer in Women With Dense Breasts: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2016 Feb 16;164(4):268-78.

<sup>14</sup>MSSS. Recommandations sur l'utilisation de l'imagerie par résonance magnétique dans le diagnostic et le traitement du cancer du sein et pour la surveillance active chez les femmes à risque, avril 2016.

<sup>15</sup>Sanders LM, King AB, Goodman KS. Impact of the New Jersey Breast Density Law on Imaging and Intervention Volumes and Breast Cancer Diagnosis. *J Am Coll Radiol*. 2016 Oct;13(10):1189-1194.

<sup>16</sup>Boren WL, Hunter TB, Bjelland JC, Hunt KR. Comparison of breast consistency at palpation with breast density at mammography. *Invest Radiol*. 1990 Sep;25(9):1010-1.

<sup>17</sup>Société canadienne du cancer. Planifier la transition après un diagnostic du cancer, rencontre HMR, Mai 2014.

<sup>18</sup>Statistiques Canada (numéro) 82-624-X au catalogue par Tanya Navaneelan et Teresa Janz. *Le cancer au Canada*.

<sup>19</sup>Société canadienne du cancer, statistiques canadiennes sur le cancer 2015.

<sup>20</sup>Mise à jour du cancer du sein-CHU de Québec, Aspects psychosociaux associés au cancer du sein, septembre 2016.

<sup>21</sup>Réseau canadien des survivants du cancer. *Le cancer est en voie de devenir une maladie chronique au Canada*, juin 2014.

<sup>22</sup>Journée annuelle du Réseau de CANCÉROLOGIE DE LA MONTRÉGIE. *Le cancer : un parcours aux multiples décisions*, juin 2013.

<sup>23</sup>Laitala, VSI, Saarto, T1, Einiö, EK2, Martikainen, P1, Silven-tainen, K2. « Early-stage breast cancer is not associated with the risk of marital dissolution in a large prospective study of women. » *Br J. Cancer*. 2015, Jul 28;113(3):543-7.

<sup>24</sup>Taylor-Brown, J1, Kilpatrick, M., Maunsell, E., Dorval, M. « Partner abandonment of women with breast cancer. Myth or reality? » *Cancer Pract*. 2000, Jul-Aug;8(4):160-4.

<sup>25</sup>Dorval, M1, Maunsell, E., Taylor-Brown, J., Kilpatrick, M. « Marital stability after breast cancer. » *J Natl Cancer Inst.*, 1999, Jan 6;91(1):54-9.

# LANAUDIÈRE Seinforme

## Une fenêtre sur la sénologie lanaudivere

UN FEUILLET RÉGIONAL SEMESTRIEL SUR LE CANCER DU SEIN ET LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN DESTINÉ AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DE LANAUDIÈRE

Avril 2017 | numéro 21

## SOMMAIRE

ÉDITORIAL	1 et 3
Un mot de l'infirmière du Programme	2
Nouvelles des CDD/CRID	2
Chronique des travailleuses sociales	2
Conférences et formations	4



## Densité mammaire 101

DRE LAURENCE ELOY

M<sup>me</sup> R. X. passe sa première mammographie de dépistage dans le cadre du PQDCS et celle-ci s'avère normale. Le radiologiste rapporte cependant des seins très denses (plus de 75 % de tissu glandulaire) et une note au bas du rapport vous rappelle que cela est associé à un risque accru de cancer du sein. Vous êtes son médecin. Quelle est la meilleure conduite à tenir dans ce cas?

- A- Classer le rapport. La patiente sera réinvitée à participer dans 2 ans.
- B- Rencontrer et examiner la patiente.
- C- Demander une échographie.
- D- Demander une tomosynthèse mammaire.
- E- Demander une IRM.

## Qu'est-ce que la densité mammaire?

La densité mammaire est un concept radiologique qui se définit comme la présence plus ou moins importante d'éléments glandulaires et de vaisseaux par rapport au tissu adipeux. La composante fibroglandulaire est plutôt radio-opaque et la composante adipeuse, radiotransparente.

Actuellement, la classification utilisée par les radiologistes, selon la 5<sup>e</sup> édition du Bi-RADS, prend en compte le pourcentage de tissu dense dans les seins classé en quatre catégories de A à D. Une densité mammaire élevée se traduit donc comme une présence plus importante d'éléments fibroglandulaires. Comme il y a une certaine involution du tissu mammaire avec l'âge, la densité a généralement tendance à diminuer avec le temps. La majorité des femmes de moins de 40 ans auront donc un tissu à prédominance fibroglandulaire (catégorie C ou D), et la majorité des femmes de plus de 70 ans, un sein contenant surtout du tissu gras (catégorie A ou B).

## Impact sur la sensibilité de la mammographie

Une densité mammaire élevée est associée à une sensibilité réduite de la mammographie et à un taux de cancer d'intervalle plus élevé. Le risque de trouver un cancer après une mammographie de dépistage normale est plus élevé pendant l'année suivant le dépistage chez une patiente avec des seins denses. Plus de 75 % des cancers d'intervalle sont trouvés dans cette période chez les femmes avec densité élevée. Les éléments fibroglandulaires denses agissent en quelque sorte comme un écran, masquant le cancer lors de la mammographie. Pour cette raison, il n'est pas utile ni recommandé de faire des mammographies annuelles chez les femmes qui ont un risque moyen sur la seule base de la densité mammaire.

La sensibilité de la mammographie serait entre 78 et 94 % chez les femmes de 50 à 69 ans. Cependant, toujours pour les femmes de plus de 50 ans, celle-ci peut être abaissée à 52 % si le sein est très dense (Bi-RADS D). La sensibilité peut être encore plus réduite chez une jeune femme aux seins très denses.

SUITE PAGE 3

Note au rapport PQDCS	% de tissu dense	Catégorie Bi-RADS 5 <sup>e</sup> édition
Seins involués	0-25 %	A
Seins peu denses	26-50 %	B
Seins modérément denses	51-75 %	C
Seins très denses	76-100 %	D

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Québec



## Ma vie au-delà du cancer

UN MOT DE L'INFIRMIÈRE DU PROGRAMME

LOUISE PROULX

Les faits le démontrent, le nombre de diagnostics de cancer est en croissance et le nombre de survivants augmente.

Le taux de mortalité attribuable au cancer du sein est à la baisse depuis le sommet atteint au milieu des années 80, probablement en raison du recours accru au programme de dépistage et des traitements qui sont de plus en plus efficaces, mais qui peuvent laisser des séquelles à court, moyen, long terme ou permanentes.

Les femmes chez lesquelles le cancer du sein a été diagnostiqué affichent un taux de survie relativement élevé avec 88 % de probabilité de vivre encore 5 années et 82 % à 10 ans.

De plus en plus une réalité, le cancer égale donc, à chronicité et survivance, en engageant les patientes dans un parcours

aux multiples décisions si complexes, mais tellement importantes, et en obligeant des choix qui auront des répercussions dans plusieurs sphères de leur vie :

- Des conséquences en lien avec la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie ou l'hormonothérapie : physiques (douleur, fatigue, nausées, infections) ou psychologiques (tristesse, anxiété, colère, image de soi, culpabilité, insomnie, fonctionnement cognitif);
- Des limitations fonctionnelles, persistantes et permanentes (activités quotidiennes, déplacements, etc.);
- Des difficultés financières;
- Un retour sur le marché du travail ou aux études, etc.;
- Une invalidité permanente ou à durée indéterminée;

- Des impacts dans différentes autres sphères de la vie : amoureuse, familiale, sociale (isolement, réduction des activités, changement de rôles, perte d'autonomie) et spirituelle (perte/quête de sens, remise en question des valeurs, ébranlement des croyances).

« La lutte contre le cancer est radicalement différente de ce qu'elle était il y a 15 ans, d'où une réflexion pour une approche collaborative entre les professionnels de la santé, personnes atteintes /aidantes, employeurs et partenaires communautaires qui, ensemble, permettront à la personne touchée d'accéder à des décisions éclairées et à une meilleure qualité de vie. »<sup>1</sup>

Après le cancer, la vie continue : soutenir le passage par le partage!

<sup>1</sup> Réseau canadien des survivants du cancer. Le cancer est en voie de devenir une maladie chronique au Canada, Juin 2014.



## Une nouvelle recrue au CCSR!

Notre équipe souhaite la bienvenue à madame Julie Gagnon, conseillère en soins infirmiers, en poste depuis le début de janvier 2017. De par son expertise, elle collaborera au développement régional et à la continuité des réalisations du Programme. Nous sommes très heureux de la compter parmi nous au CCSR du PQDCS!

SUITE PAGE 1

### Risque plus élevé de cancer du sein

La reconnaissance de la densité mammaire comme facteur de risque de cancer du sein a longtemps été controversée. Ce lien est maintenant établi par la communauté scientifique, bien que ses fondements ne soient pas encore tout à fait compris. La densité mammaire serait un trait héréditaire, et on pense que certains facteurs génétiques qui la déterminent pourraient aussi influencer le risque de cancer du sein.

Si on prend comme groupe de comparaison les femmes ayant entre 26 et 50 % de tissu dense (Bi-RADS B), celles qui ont entre 51 et 75 % ont un risque légèrement plus élevé (1,26-1,62) et celles avec plus de 75 %, un risque deux fois plus élevé (2,04-2,09). **Le risque de décès par cancer du sein n'est cependant pas plus important chez les femmes avec densité très élevée.**

### Facteurs associés

La nulliparité, l'état préménopausique et l'histoire familiale de cancer du sein sont associés à une densité plus élevée à la mammographie, indépendamment de l'âge. La consommation d'alcool augmente la densité mammaire, particulièrement chez les femmes de poids normal ou inférieur à la normale. La prise d'hormonothérapie de substitution augmente la densité de façon réversible.

L'avancée en âge, l'indice de masse corporelle (IMC) plus élevé et la prise de tamoxifène la font diminuer. Plusieurs études ont même suggéré, dans les dernières années, qu'une réduction significative de densité chez une patiente atteinte de cancer du sein traitée avec tamoxifène était un facteur de bon pronostic.

### Examens complémentaires de dépistage

Pour pallier à la sensibilité réduite de la mammographie et le taux élevé de cancer d'intervalle, il peut paraître avantageux de procéder à un autre examen. Je vous rappelle d'entrée de jeu qu'AUCUN autre examen n'a été associé à une réduction de mortalité par cancer du sein, même chez les femmes très à risque. On trouve malheureusement très peu de littérature ou d'essais de bonne qualité sur le sujet, et aucun essai randomisé prospectif. Les études sont limitées par : 1) la classification de la densité, pour laquelle on a démontré une grande variabilité dans la littérature américaine; 2) les groupes de patientes

étudiées qui ne représentent habituellement pas notre population féminine à risque moyen de 50 à 69 ans; 3) le peu de suivi à long terme des patientes dépistées.

Sous réserve de ces limitations, la littérature suggère qu'effectivement l'échographie et l'IRM pourraient augmenter la détection des cancers chez les femmes qui ont une densité mammaire élevée, mais on ne peut dire si cela a un impact clinique ou pronostic positif. De plus, on rapporte que 90 % des échographies positives et entre 66 et 97 % des IRM positives seraient des faux positifs, entraînant des biopsies inutiles. L'IRM de dépistage demeure réservée pour les femmes à très haut risque de cancer du sein. L'échographie, quant à elle, a largement avantage à être ciblée sur une anomalie, plutôt que d'être utilisée en dépistage.

**Une densité mammaire élevée ne justifie pas à elle seule de modifier le dépistage, mais demande une vigilance clinique accrue.**

Récemment, la tomosynthèse mammaire numérique aurait démontré des résultats comparables à l'échographie pour le taux de détection avec un taux de référence moins élevé que celui de la mammographie numérique simple, mais il est encore difficile de conclure de son utilité dans ce contexte. Une évaluation de l'INESSS devrait porter un éclairage sur cette question dans la prochaine année.

### Quelle est la meilleure conduite?

Il serait judicieux de rencontrer la patiente. Cela peut être l'occasion d'évaluer son risque personnel de cancer du sein et de discuter de prévention et de dépistage. L'information sur la densité mammaire devrait être partagée avec la patiente et les explications devraient être données. Plusieurs États américains ont d'ailleurs légiféré ces dernières années sur l'obligation pour le radiologiste de divulguer l'information sur la densité mammaire dans le rapport, ainsi que le risque associé de cancer. Cela a eu un impact majeur sur la prise en charge dans certains cas, par exemple augmentation de 650 % des échographies de dépistage et de 59 % des IRM mammaires au New Jersey, malgré l'absence démontrée de bénéfice clinique.

Comme vous le constatez sans doute, c'est une information sensible et complexe qui occasionnera beaucoup moins d'anxiété si elle est livrée de vive voix. Un examen clinique des seins (ECS) augmente la sensibilité de la mammographie et ne sera pas nécessairement difficile. En effet, des seins denses à la palpation et vice versa. On rappelle à la patiente que la densité a tendance à diminuer avec l'âge (et certains autres facteurs énumérés plus haut) et que la détection est diminuée, mais pas nulle. Il serait particulièrement utile de faire une évaluation clinique annuelle chez cette patiente.

À partir de ce moment, la conduite dépend des trouvaillles de l'évaluation clinique : présence ou non d'autres facteurs de risque de cancer du sein, trouvaillles à l'examen physique, etc. Si l'évaluation est entièrement négative, la patiente peut être rassurée tout en recommandant de vous consulter à nouveau si une masse ou d'autres changements suspects apparaissent au niveau d'un sein. Dans mon expérience, même en expliquant les limites de ces examens (mammographie et examen physique), la patiente sera suffisamment rassurée par cette conduite. De plus, elle disposera des informations nécessaires pour être une meilleure partenaire de soins : elle sera vigilante si un symptôme suspect apparaît, même après une mammographie normale, et elle comprendra l'importance de respecter l'intervalle de deux ans pour ses mammographies de dépistage. Elle sera peut-être intéressée de s'investir pour modifier des facteurs de risque sur lesquels elle a un pouvoir : faire de l'exercice physique, diminuer sa consommation d'alcool et réduire l'obésité si c'est le cas.

En résumé, une densité mammaire élevée ne justifie pas à elle seule de modifier le dépistage, mais demande une vigilance clinique accrue. L'examen clinique des seins et le contrôle des facteurs de risque modifiables peut être particulièrement utile dans ces situations.

**Laurence Eloy, md, FRCSC**  
MÉDECIN-CONSEIL  
PROGRAMME QUÉBÉCOIS  
DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN  
RÉGION DE LANAUDIÈRE  
Bibliographie en page 4

## Nouvelles DES CDD/CRID

### L'accès aux échographies sans frais en clinique privée

Suite à une entente entre le Ministère et l'Association des radiologistes du Québec depuis le 27 janvier 2017, les gens qui souhaitent passer une échographie en clinique privée pourront y avoir accès gratuitement.

Cela fait suite à la modification du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* (chapitre A-29, r.5) par le ministère de la Santé et des Services sociaux qui a ajouté les échographies en cabinet privé dans la couverture publique le 29 décembre 2016.

Il est à noter qu'entre le 29 décembre 2016 et le 27 janvier 2017, il y a eu un arrêt des services d'échographie en cabinet privé. Les demandes d'échographies urgentes ont été redirigées vers les CRID (centres hospitaliers). Depuis, la situation est de retour à la normale.



## Chronique DES TRAVAILLEUSES SOCIALES

LINE RENAUD ET LINE PLANTE

### Le couple et le cancer du sein

La croyance populaire tend à dire que les couples se séparent suite à un diagnostic de cancer du sein.

#### Qu'en est-il vraiment?

Il faut tout d'abord savoir que trois composantes sont essentielles pour l'épanouissement du couple :

1. L'habileté de communication : c'est d'être capable d'avoir une écoute active envers l'autre, de résoudre les conflits et de faire équipe au quotidien.

2. La qualité de vie : « c'est la fleur du couple ». C'est le temps passé ensemble à des activités communes favorisant le rapprochement et l'expression des émotions/sentiments.

3. La vie sexuelle, avec tout ce que cela comporte (tendresse, affection, baisers, etc.).

Il est donc important d'évaluer l'état et la qualité du couple d'avant le cancer, qui sont des indicateurs primordiaux, car si le

couple est déjà fragilisé dans ses fondements, il se peut alors qu'il y ait séparation. Ces éléments ont beaucoup plus d'impact que le diagnostic ou l'expérience de cancer du sein qui ne semble pas lié au risque de séparation.

Ainsi, il est faux de croire que le cancer du sein augmente le risque de séparation chez les femmes en couple.