



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



AVANT-PROPOS

Introduction

Introduction



Introduction

Le vieillissement démographique est un phénomène mondial inéluctable qui est particulièrement marqué dans les pays industrialisés et en croissance rapide dans les pays en voie de développement. Ce vieillissement s'accompagne d'une diminution des réserves fonctionnelles des différents organes, d'une perte d'autonomie et d'une augmentation particulièrement marquée de l'incidence de diverses pathologies, dont le cancer (plus de la moitié des nouveaux cas de cancer surviennent après 65 ans). Or, la prise en charge du patient âgé, tout particulièrement atteint d'un cancer, est complexe en raison de la combinaison de deux facteurs : premièrement, un manque de connaissances fondées sur des preuves (*evidence-based medicine*) sur l'efficacité et la tolérance des traitements et, deuxièmement, l'hétérogénéité de la population âgée en terme de comorbidité et de perte fonctionnelle.

Ainsi le rapport entre population âgée et population jeune croît et va croître dans les décennies à venir. Devant l'impréparation des différentes sociétés, l'OMS en 2017 dans son rapport mondial « Le vieillissement et la santé » propose des pistes pour adapter les systèmes de santé aux besoins des populations âgées, d'élaborer des systèmes pour assurer les soins de longue durée, etc. [1].

Nous ne pouvons pas ignorer qu'au sein de notre propre système de santé « l'âgisme » existe encore. Ce néologisme est apparu dans un document du Secrétariat d'État chargé des personnes âgées en 1984 qui en donne la définition suivante : « attitude et comportement visant à déprécier les individus du fait de leur âge ». Le dictionnaire Larousse définit « l'âgisme » comme une « attitude de discrimination ou de ségrégation à l'encontre des personnes âgées ». Il s'agit en fait d'une attitude de ségrégation par anticipation, car, « *Tout vieux est un jeune encore en vie.* » dit le Docteur Gilles Albrand. La Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) a publié à ce sujet en février 2019 une tribune très explicite sur le site Atlantico [2]. Cette attitude, expliquée par de nombreuses théories (gestion de la terreur, identité, sociale, évolutionniste, contribution sociale), risque d'être un obstacle à une analyse objective et urgente de l'évolution démographique mondiale et d'un retard dans les prises de décision pour adapter notre système de soins et optimiser [3].

La seule certitude que connaît l'Homme lors de son parcours terrestre est celle de sa mort, généralement précédée de son vieillissement. Ce thème de la mort et du vieillissement structure toutes les mythologies à travers l'histoire et le monde. Pourtant, la science, en particulier celle de l'évolution, met à mal certains de ces mythes.

C'est, bien sûr, cette approche scientifique qui a présidé à la rédaction de ce rapport. L'urologie est caractérisée, entre autre, par les deux grandes familles de pathologies qu'elle est amenée à prendre en charge : les pathologies fonctionnelles et les pathologies cancéreuses, toutes deux étroitement liées au vieillissement. C'est sur les cancers urogénitaux des personnes âgées que nous avons fait porter notre rapport. Nous abordons initialement l'épidémiologie, la biologie et la physiologie du vieillissement, puis l'approche clinique de la personne âgée atteinte d'un cancer et, enfin, nous traitons des spécificités de la prise en charge des cancers urothéliaux, de la prostate et du rein.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] www.who.int/fr 2017.
 [2] <https://www.atlantico.fr/decryptage/3566828/-nous-sommes-tous-le-vieux-de-quelqu-un-societe-francaise-de-geriatrie-et-gerontologie> n.d.

- [3] Jönson H. We will be different! Ageism and the temporal construction of old age. *Gerontologist* 2013;53:198–204, <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gns066>.

P. Mongiat-Artus^{a,*}, E. Paillaud^b, G. Albrand^c, Y. Neuzillet^d

^a *Inserm UMR S1165, Service d'urologie et unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoires, université Paris-Diderot - université de Paris, hôpital Saint-Louis, Assistance Publique—Hôpitaux de Paris, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France*

^b *Service de gériatrie, unité d'oncogériatrie et UCOG—Paris-Ouest, EA 7376 épidémiologie clinique et vieillissement, université René Descartes-université de Paris, hôpital Européen Georges Pompidou, Assistance Publique—Hôpitaux de Paris, 75015 Paris, France*

^c *Service de gériatrie et UCOG—IR, AuRA Ouest-Guyane, centre hospitalier Lyon-Sud, hospices civils de Lyon, 69310 Pierre-Bénite, France*

^d *Service d'urologie, université de Versailles—Saint Quentin en Yvelines, hôpital Foch, Suresnes, 92150 France*

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pierre.mongiat-artus@aphp.fr
 (P. Mongiat-Artus)