



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Conclusion



Conclusion

Conclusion

En 2006, suite à publication des résultats des enquêtes annuelles de recensement de 2004–2005, l'Institut national de la statistique et des études économiques présentait la projection de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. Dans cette simulation, calculées à partir des statistiques de fécondités, d'espérance de vie et de solde migratoire, 70 millions d'individus vivront sur le territoire métropolitain et un tiers d'entre eux aura plus de 60 ans. Selon les variations possibles des trois statistiques prises en considération, la proportion de Français de plus de 65 ans s'étagera entre 24,7 % et 27,8 % en 2050 contre 16,4 % en 2005.

Considérant l'épidémiologie des cancers urologiques présentée dans ce rapport, l'incidence et la prévalence des cancers de la prostate, de la vessie et du rein augmenteront d'ici 2050, fournissant aux onco-urologues une charge croissante de travail et leur imposant une réorganisation de celui-ci. Certes, des progrès technologiques déjà perceptibles surviendront. La prise en charge curative du cancer de la prostate, avec le développement d'options alternatives à la prostatectomie totale pourrait réduire la place de l'urologue s'il ne maîtrisait pas les technologies correspondantes. La prise en charge du cancer de la vessie se perfectionnera notamment au travers du développement de traitements médicaux associés à la chirurgie endoscopique et aux instillations. Si ces combinaisons tiennent leurs promesses la réduction consécutive de la récurrence et de la progression des tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle diminuera les indications de chirurgie radicale. Mais la place de l'urologue restera conditionnée par sa maîtrise de ce nouvel arsenal thérapeutique. La prise en charge des cancers du rein reposera fort probablement de plus en plus sur l'imagerie, tant pour leur surveillance ou leurs traitements ablatifs percutanés. Le rôle joué par les urologues dans cette prise en charge va terriblement diminuer s'ils ne s'investissent pas activement de ce champ d'activité.

Tous ces progrès technologiques privilégiant une faible agressivité représentent à l'évidence autant des perspectives enthousiasmantes pour les patients que des sources d'interrogation pour les urologues sur leurs pratiques, voir

des menaces très réelles sur celles-ci. Mais les urologues ont toujours fait preuve d'un grand appétit pour l'innovation, l'accompagnant ou surtout la générant, et d'une grande attention à la protection de leurs patients. L'objectif de ce rapport est humblement de leur exposer les enjeux en cours dans leur spécialité et de leur suggérer des pistes de développement.

Le vieillissement de nos patients, spécifiquement de ceux ayant un cancer, représente une opportunité unique pour conduire un rééquilibrage de notre spécialité entre ses versants chirurgicaux et médicaux. En effet, nous avons souligné tout au long de ce rapport la nécessité de reconsidérer les approches diagnostique et thérapeutique chez les patients âgés. Ces approches dessinent un parcours de soin « centré sur le patient », comme nous l'entendons trop souvent de façon vaine. Il s'agit, cette fois très concrètement, de minimiser le temps que le patient âgé passe dans les unités de soins aigus techniques où le risque de dégradation de son indépendance est majeur. Cela impose un parcours fluide qui repose sur une collaboration optimale entre les soignants dont les gériatres sont une pièce maîtresse. Il est absolument essentiel que les urologues construisent de tels parcours, en oncologie et hors oncologie, en s'appuyant sur leur expérience de la réhabilitation améliorée ; car il ne s'agit rien moins que d'adapter ce principe à la marge et surtout de le généraliser. Ce parcours aura pour objectif essentiel la préservation de l'autonomie des patients. Pour ce faire, il ne s'agira plus d'envisager un parcours « linéaire », de la consultation à la sortie du service de soins aigus techniques, mais de conduire le patient de son lieu de vie au sein de la société vers un retour aussi rapide que possible vers celui-ci **Fig. 1**.

Enfin, collaboration et collégialité sont aussi des critères indispensables pour assurer des prises de décision pertinentes chez les patients âgés. Peut être, du fait de leur durée de vie restante par définition réduite quels que soient les soins entrepris, en apprenant à soigner les patients âgés nous pourrions nous affranchir de « l'injonction de guérison » qui préside habituellement aux prises de décision thérapeutique en cancérologie. Peut-être saurons-nous aussi enfin respecter les réels souhaits et attentes des patients et les intégrer aux soins que nous leur prodiguerons, si toutefois nous « réapprenons » à leur parler, à dialoguer, à communiquer avec eux. C'est toute la noblesse de notre métier.

Soyons persuadés que la gériatrie n'est rien d'autre que de la « bonne médecine » et que les progrès accomplis dans les soins aux patients âgés bénéficieront à tous les patients, quel que soit leur âge.

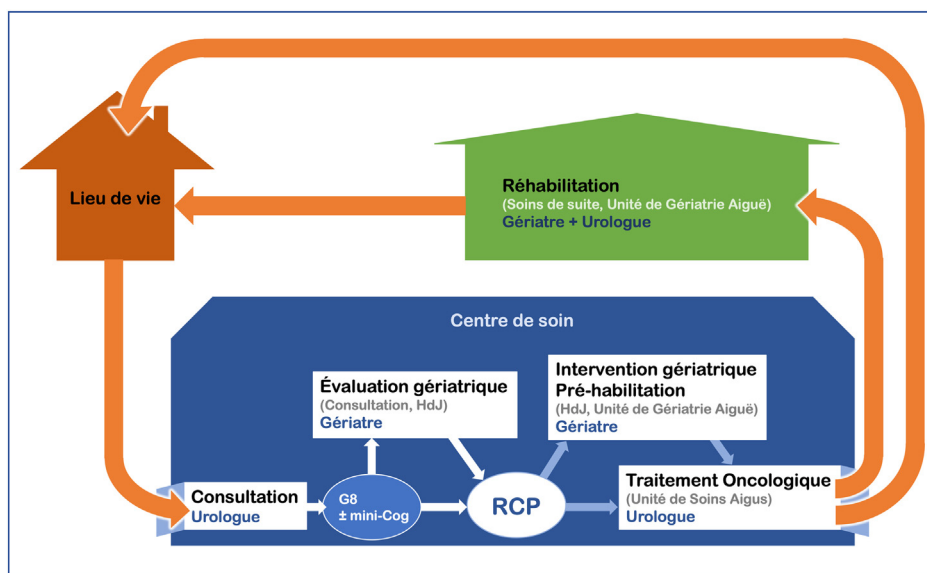


Figure 1. Modèle de parcours oncogériatrique accompagnant le patient de son lieu de vie dans la société vers un retour aussi précoce que possible au sein de celui-ci.

Déclaration de liens d'intérêts

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

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, 92150 Suresnes, France

* Auteur correspondant.

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

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.280>
1166-7087/© 2019 Publié par Elsevier Masson SAS.