

# Traitements des cancers de la peau en situation avancée



Dre Héloïse BOURIEN

Rennes le 5 Février 2026

# Mélanome

# Mélanome chez le sujet âgé

- ▶ **L'incidence** du mélanome augmente avec l'âge, notamment chez les hommes. :
  - ▶ **Âge médian au diagnostic :**
    - ▶ Monde : ~ **65 ans**
    - ▶ France : **68 ans chez l'homme** et **62 ans chez la femme**
  - ▶ **> 65 ans** : représente **plus de 50 % des nouveaux diagnostics** et la majorité des décès liés au mélanome.
  
- ▶ **Au diagnostic :**
  - ▶ **D'emblée métastatique :**
    - ▶ Dans la population générale => ~ **5 %**
    - ▶ Chez les **> 65-70 ans** => entre **7 % à 10 %** selon les séries.
  - ▶ **Épaisseur tumorale (Breslow) :**
    - ▶ **> 65 ans** : souvent **> 2 mm** (contre ~1 mm chez les < 50 ans).
    - ▶ Le risque de présenter une tumeur de **stade T3-T4** est multiplié par 2 à 3 chez les seniors.

# Mélanome chez le sujet âgé

- ▶ **Retard au diagnostic** : Plus fréquent chez les patients âgés :
  - ▶ **Isolement social** et moindre recours à l'auto-examen
  - ▶ **Localisations difficiles d'accès** (dos, cuir chevelu)
  - ▶ **Présentations atypiques** : Plus forte prévalence du **mélanome nodulaire** et du **mélanome achromique**
  - ▶ **Comorbidités** : Le diagnostic est parfois différé au profit de la gestion d'autres pathologies chroniques.

# Mélanome chez le sujet âgé

- ▶ **Les métastases hépatiques** + fréquentes chez les personnes > 65 ans.
  - ▶ Explication biologique ? : Microenvironnement
- ▶ **Les métastases cérébrales** + fréquentes chez les personnes < 65 ans.
- ▶ **Profil mutationnel :**
  - ▶ **Population < 65 ans** : Forte prévalence de la mutation **BRAF V600** (*environ 68 % chez les adolescents et jeunes adultes contre 46 % chez les plus âgés*).
  - ▶ **Population > 65 ans** : Augmentation de la fréquence des mutations **NRAS** (*21 % contre 13 % chez les jeunes*) et des mélanomes de type "Triple Sauvage" (*sans mutations BRAF, NRAS ou KIT*).

# TRAITEMENTS DU MÉLANOME MÉTASTATIQUE

## Approches Systémiques

### THÉRAPIE CIBLÉE BRAF

Mutation BRAF (ex: V600E)

Cellule tumorale



Inhibiteurs BRAF + MEK

Blocage de la voie de croissance



Arrêt de la prolifération tumorale

### IMMUNOTHÉRAPIE

Stimulation du Système Immunitaire



Activation des défenses immunitaires



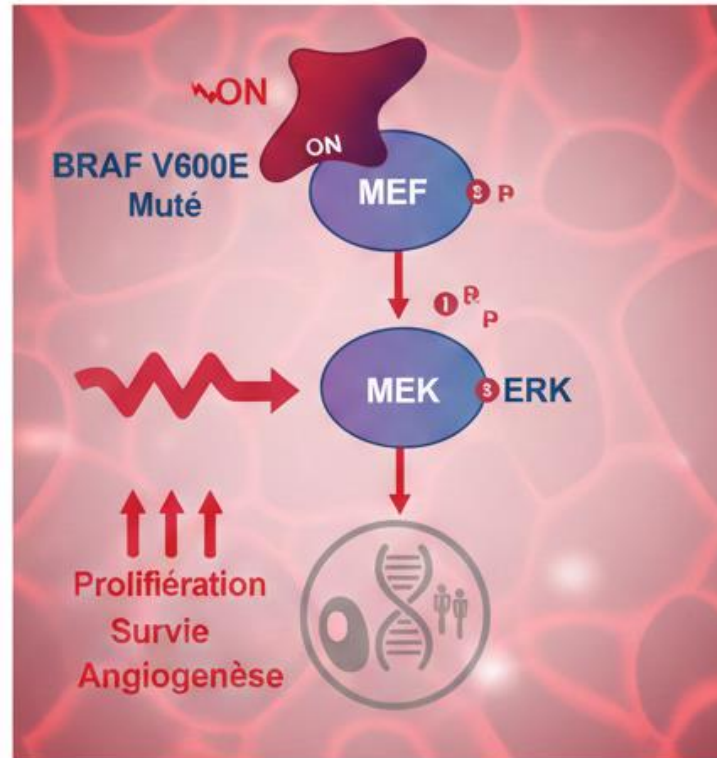
Destruction des cellules cancéreuses

Ciblée sur la mutation BRAF

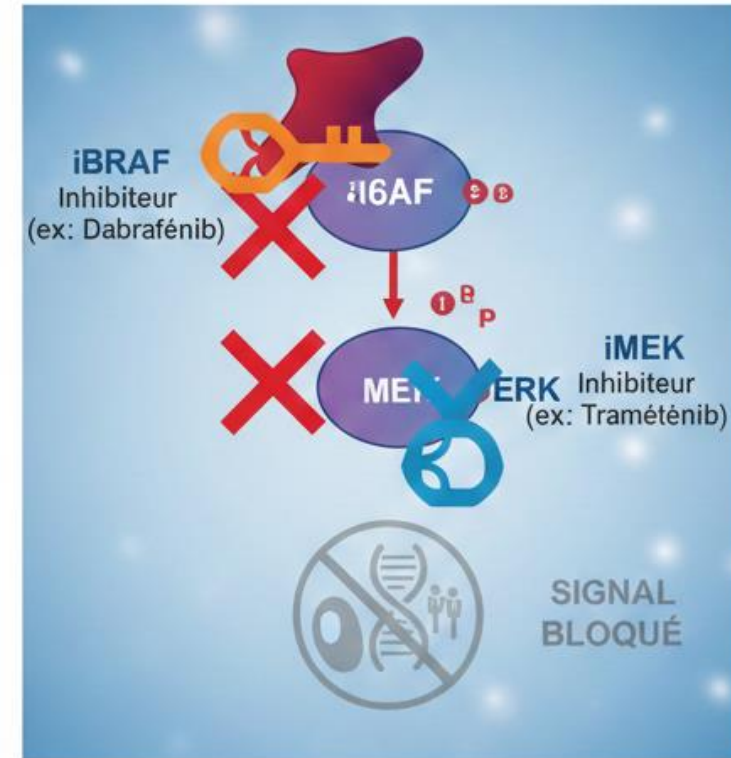
**MÉLANOME  
MÉTASTATIQUE**

# Mélanome BRAF muté

## 1. Cassade Activée (Pathologie)



## 2. Double Verrouillage (Thérapie Ciblée)

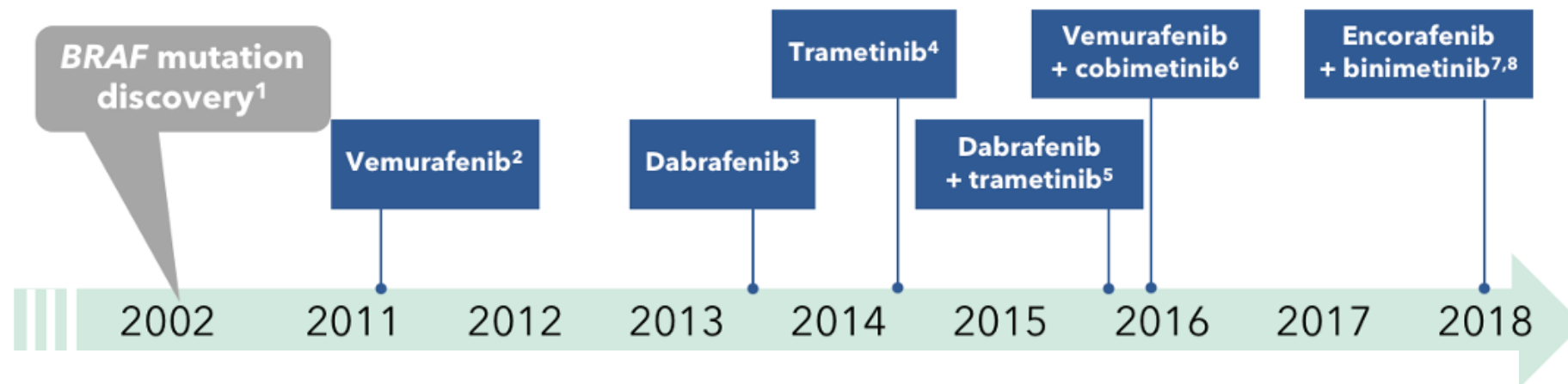


Combo-thérapie > Monothérapie: Potentiel de Résistance ↓ & Toxicité Cutanée ↓

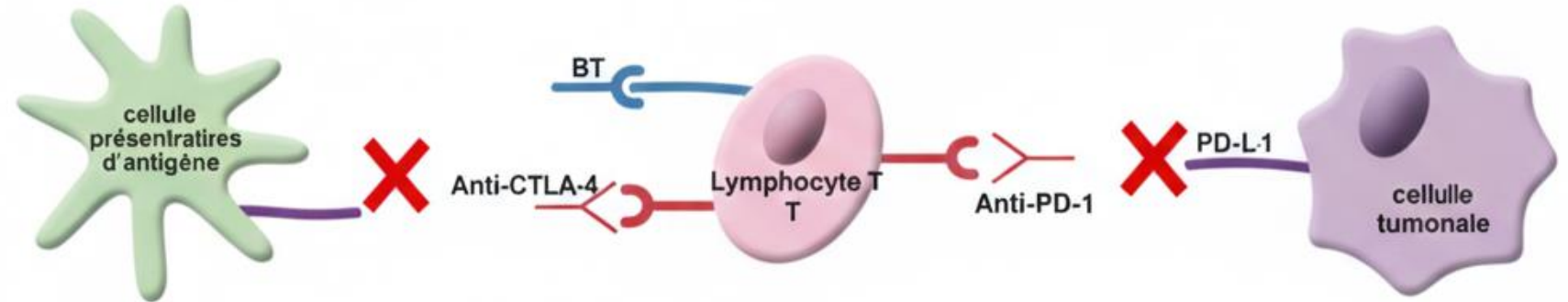
(Source: ASCO/ESMO)

# Thérapie ciblée dans le mélanome métastatique

## Targeted Therapies



# Immunothérapie dans le mélanome métastatique

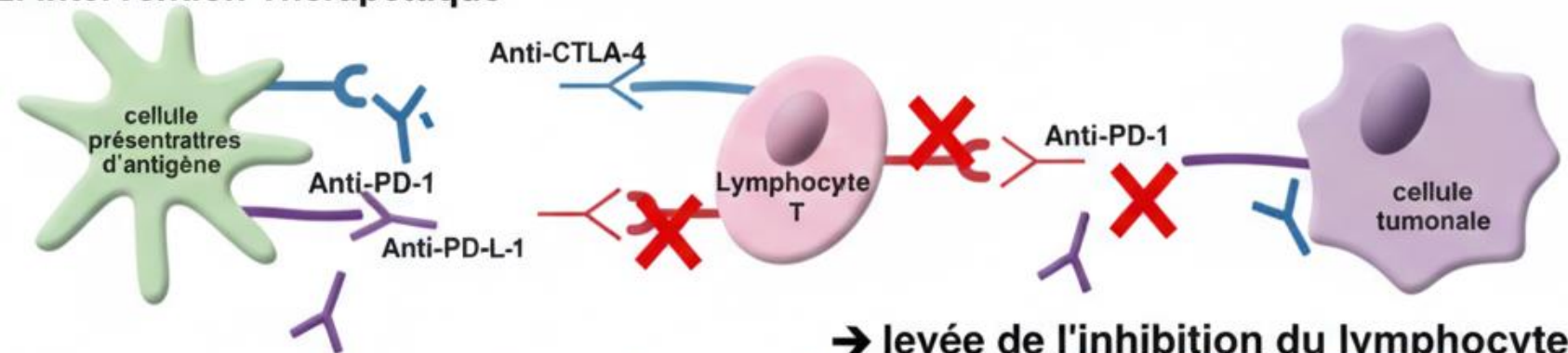


→ inhibition du lymphocyte

→ tumeur exprimant les inhibiteurs au système immunitaire

## 1. État Pathologique

## 2. Intervention Thérapéutique

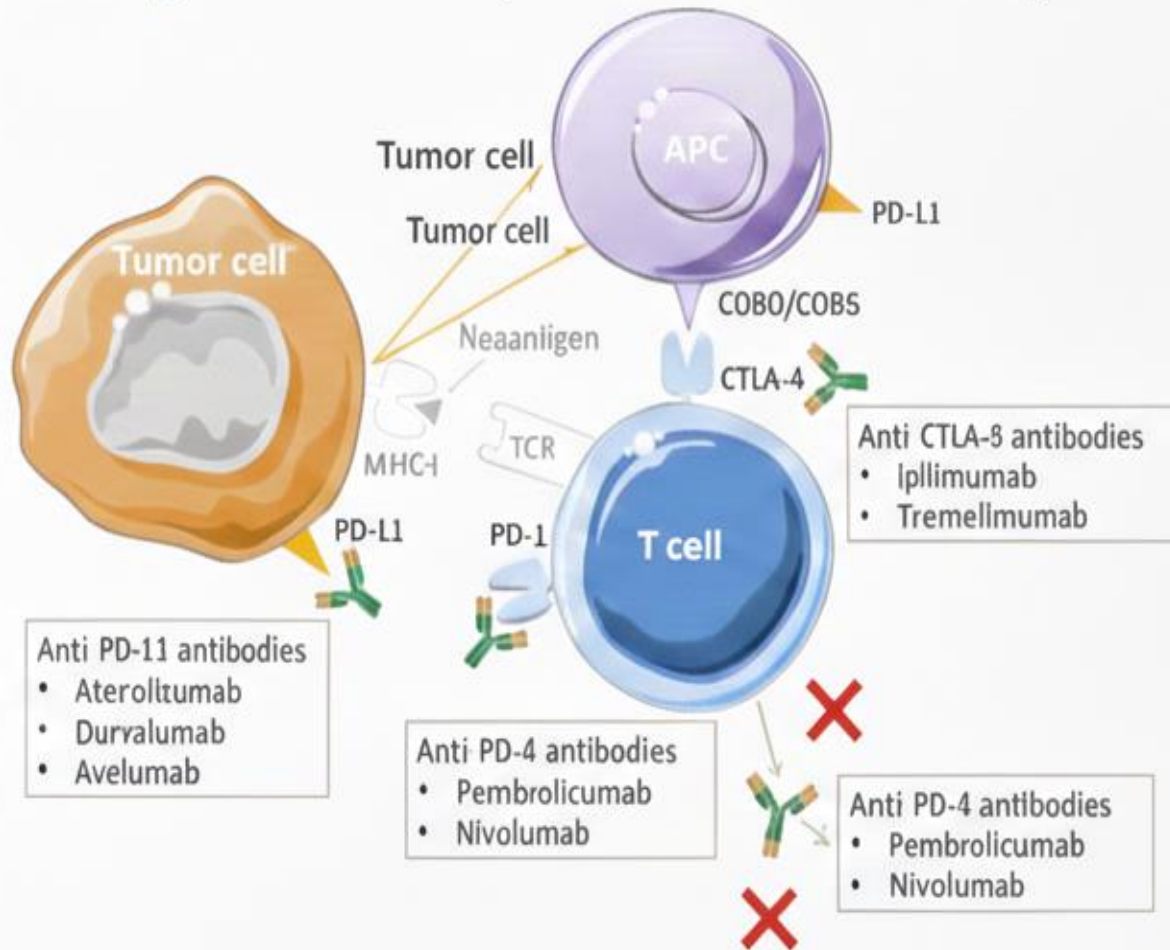


→ levée de l'inhibition du lymphocyte

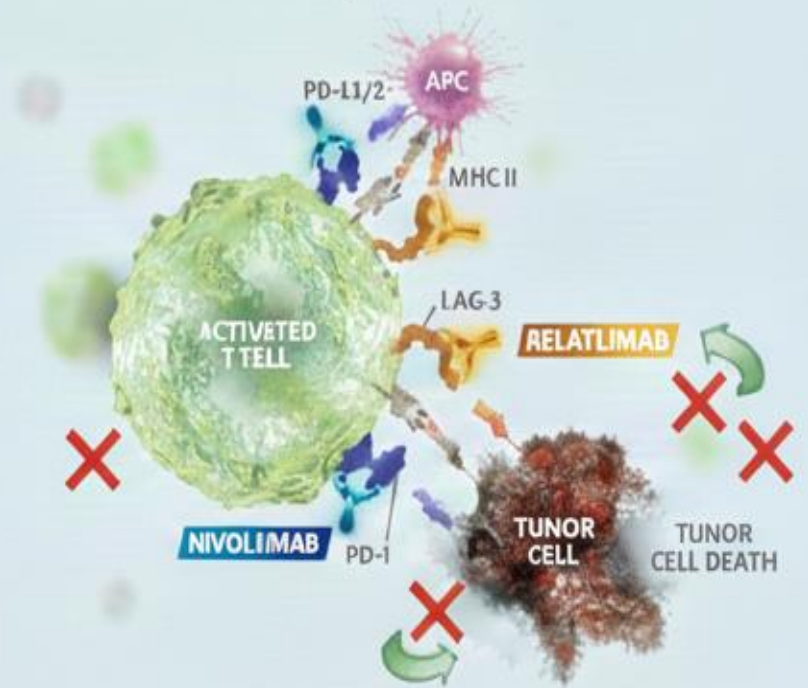
lever des – points de contrôle – PD-1, CTLA-4, ..., la tumeur devient visible du système immunitaire

# Immunothérapie dans le mélanome métastatique

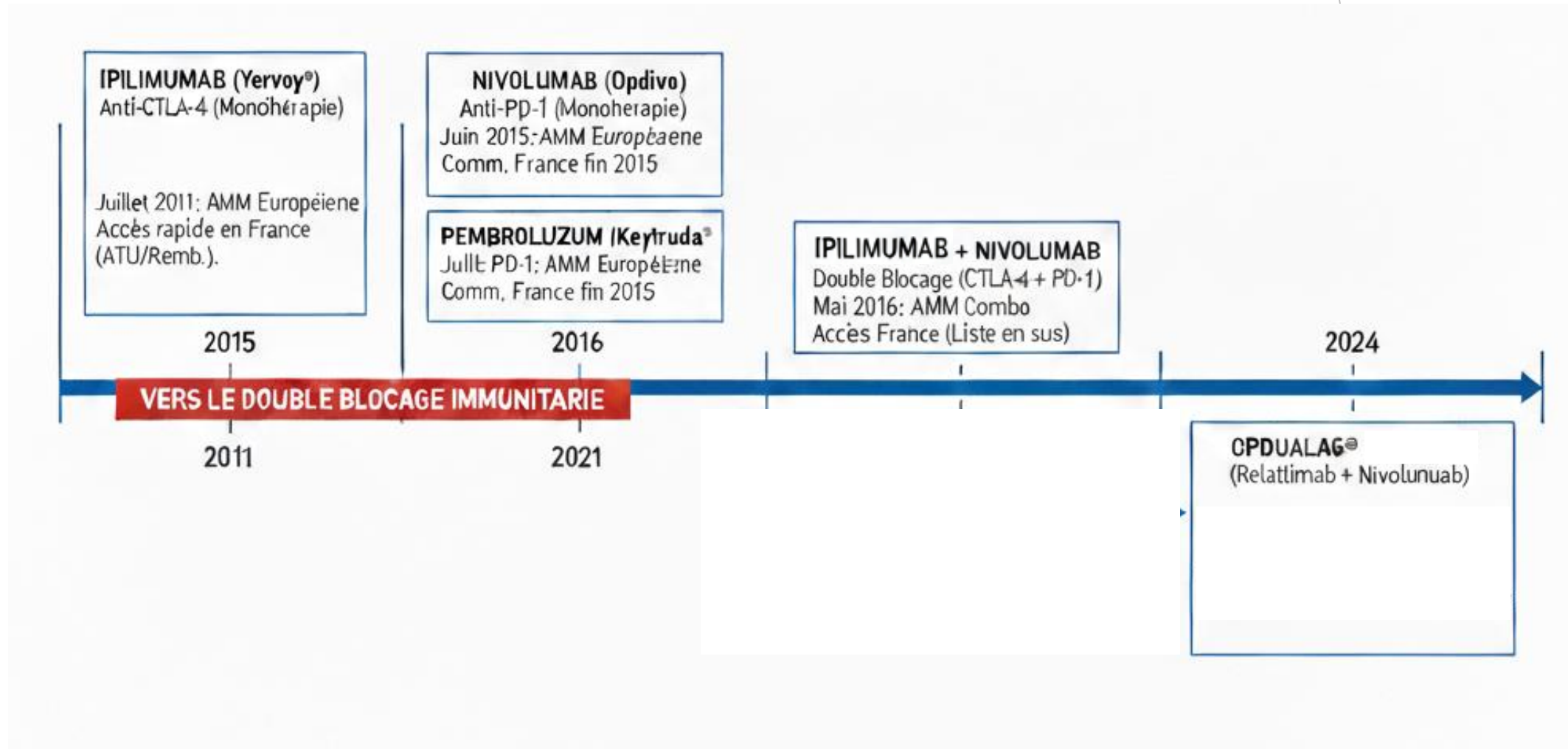
## 1. Blocage CTLA-4 et PD-1 (IPIILIMUMAB + NIVOLUMAB)



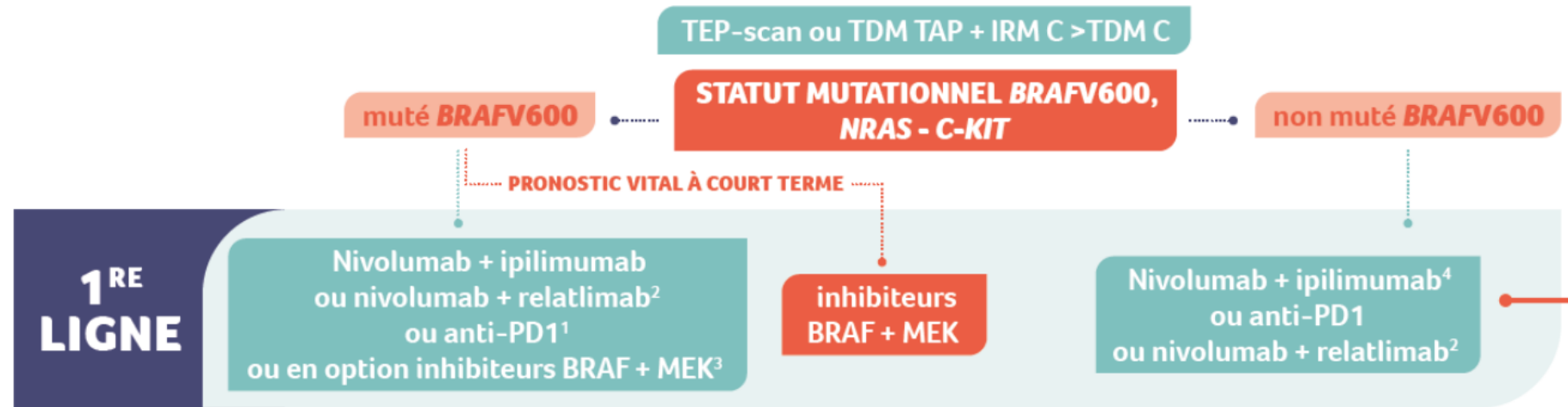
## 2. Blocage Anti-LAG-3 + Anti-PD-1 (RELATIMAB + NIVOLUMAB)



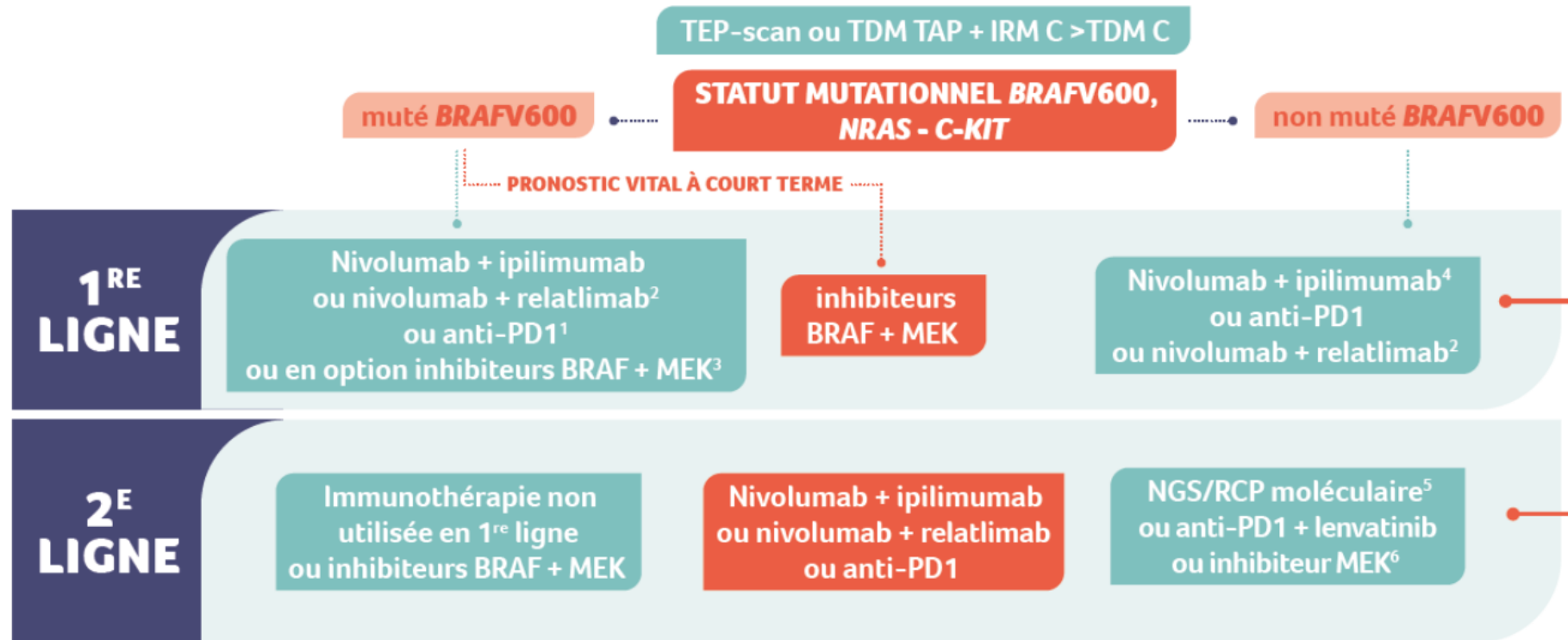
# Immunothérapie dans le mélanome métastatique



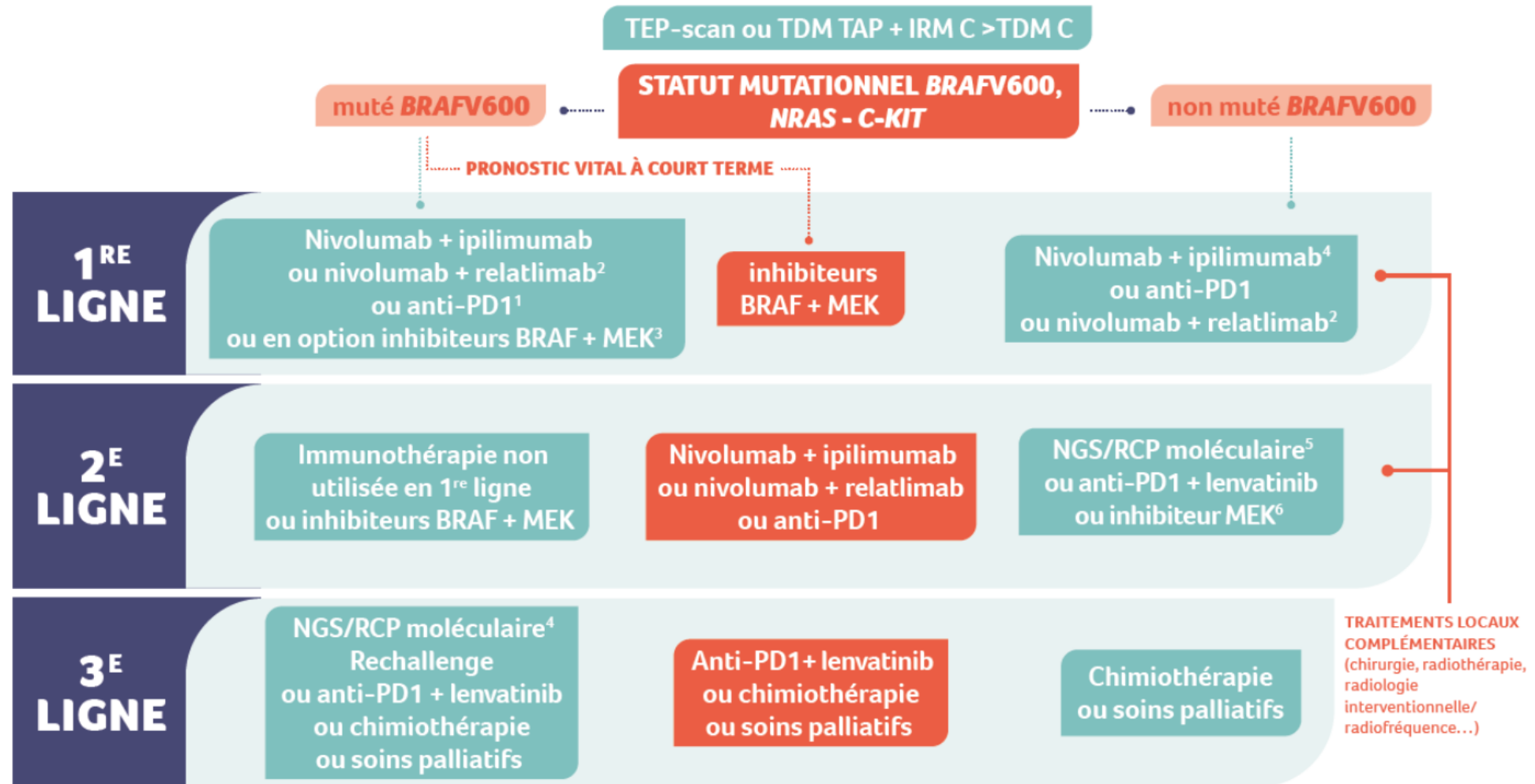
# Traitement du mélanome métastatique en 2026



# Traitements du mélanome métastatique en 2026



# Traitements du mélanome métastatique en 2026



# Efficacité pour les > 65 ans

- Efficacité de l'immunothérapie : semble préservée, voire légèrement supérieure

Type de Traitement	Population	Médiane de Survie sans progression	Médiane de Survie Globale	Survie globale à 3 ans	
Anti-PD-1 seul (Nivolumab)	Population générale	<b>6,9 mois</b> (vs 2,9 mois bras IPI)	<b>36,9 mois</b> (vs 19,9 mois bras IPI)	<b>51%</b> (vs 34% bras IPI)	CheckMate 067
	≥ 65 ans (n=165)	~6-7 mois		48-51%	
Combo Immuno (Ipi + Nivo)	Population générale	<b>11.5 mois</b>	<b>71,9 mois</b>	<b>58%</b>	CheckMate 067
	≥ 65 ans (n=155)	11.2 mois		46%	
Combo Immuno (Nivo + Rela)	Population générale	<b>10,2 mois</b> (vs 4,6 mois bras NIVO)	<b>51 mois</b> (vs 34 mois bras NIVO)	<b>52%</b> (vs 45% bras NIVO)	RELATIVITY-047
	≥ 65 ans (n=155)	9,1 mois		<b>50-53%</b> (vs 43-46% bras NIVO)	

# Efficacité pour les > 65 ans

- Efficacité des thérapies ciblées : semble préservée

Type de Traitement	Population	Médiane de PFS	OS (à 3 ou 5 ans)	
Thérapie Ciblée (Dabra + Trame)	≥ 65 ans (n=171)	<b>11.0 mois</b>	<b>46%</b> (3 ans)	COMBI-d
	< 65 ans (n=392)	11.1 mois	44% (3 ans)	
Thérapie Ciblée (Enco + Bini)	≥ 65 ans	<b>12,9 mois</b>	<b>47%</b> (3 ans)	COLUMBUS
	< 65 ans	14,9 mois	48% (3 ans)	

# Efficacité pour les > 65 ans

## ▶ Étude Immunothérapie (CheckMate 067)

- ▶ L'étude porte sur un total de **945 patients** (392 patients  $\geq$  65 ans, soit 41,5 %)  
Mais seulement 104 patients (11%) ont > 75 ans soit 30 patients dans chaque bras  
(Rappel : critère inclusion : ECOG 0 ou 1)

## ▶ Étude Thérapie Ciblée (COMBI-d)

- ▶ L'étude porte sur un total de **211 patients** (60 patients  $\geq$  65 ans, soit 28 %)  
Mais seulement 11 patients (5%) ont > 75 ans

- ▶ En "vie réelle" : **mélanome métastatique** ~**25 à 30%** de patients de plus de 75 ans.

# Efficacité pour les > 65 ans

- ▶ **Difficultés de tirer des conclusions des essais cliniques :**
  - ▶ **Mortalité «compétitive » :**
    - ▶ Comorbidités
  - ▶ **Biais de sélection dans les essais**
    - ▶ Patient ECOG 0 ou 1
- ▶ **Valeur clinique d'un traitement ne se résume pas à OS ou PFS :**

# Efficacité pour les > 65 ans

## ▶ Difficultés de tirer des conclusions des essais cliniques :

### ▶ **Mortalité «compétitive » :**

- ▶ Comorbidités

### ▶ **Biais de sélection dans les essais**

- ▶ Patient ECOG 0 ou 1

## ▶ Valeur clinique d'un traitement ne se résume pas à OS ou PFS :

- ▶ Un traitement peut être excellent pour contrôler le cancer, mais si le patient décède d'une autre cause, l'OS ne montrera aucun bénéfice.
- ▶ La Survie sans Progression mesure le temps avant que la tumeur ne progresse.
  - ▶ **Le piège** : Gagner 4 mois de PFS au prix de crampes atroces, d'une perte de goût (HHI) et d'un isolement social est-il un succès ?
  - ▶ **Cliniquement** : Pour un sujet âgé, une "stabilité" (SD) avec une excellente tolérance est souvent préférable à une "réponse complète" (CR) obtenue au prix d'une perte d'autonomie.

# Efficacité pour les > 65 ans

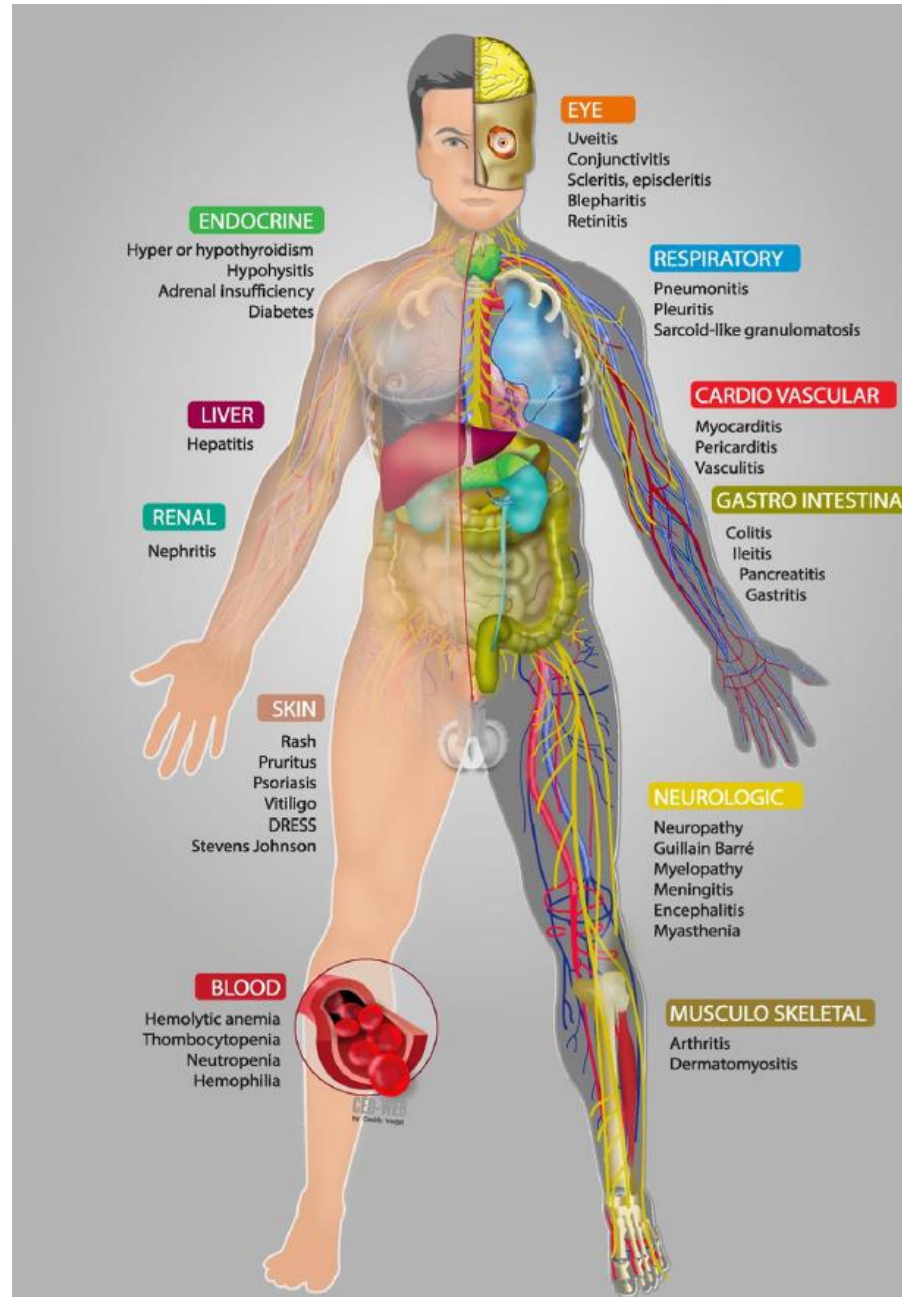
- ▶ **D'autres indicateurs semblent plus pertinents en oncogériatrie :**
  - ▶ **Q-PFS (Quality-adjusted PFS) :**  
La survie sans progression pondérée par la qualité de vie.
  - ▶ **Le maintien de l'autonomie (ADL/IADL) :**  
Le patient peut-il toujours s'habiller et manger seul sous traitement ?
  - ▶ **Le bénéfice clinique local :**  
Diminution de la douleur, arrêt du saignement, ou cicatrisation d'une plaie délabrante

# Efficacité pour les > 65 ans

Chez les patients âgés atteints de cancers cutanés, l'interprétation d'OS et de PFS doit être intégrée dans une approche centrée patient combinant :

- **efficacité tumorale**
  - **tolérance**
- **maintien fonctionnel**

# Toxicité de l'immunothérapie



Neurologiques

Pulmonaires

Gastro intestinales

Hépatiques

Cutanées

Endocriniens

Cardio-vasculaires

Hématologiques

Rénales

Rhumatologiques

# Tolérance immunothérapie pour les > 65 ans

Organe / Système	Tranche d'âge	Anti-PD-1 seul (Nivo)	Combo immunothérapie (Nivo+Rela)	Combo immunothérapie (Nivo+Ipi)
		TG / G3-4	TG / G3-4	TG / G3-4
Toutes toxicités	≥65 ans	82%/18%	85%/21%	94%/59%
	< 65 ans	77%/15%	80%/19%	96%/56%

# Tolérance immunothérapie pour les > 65 ans

## ▶ Combi NIVOLUMAB + IPILIMUMAB :

- ▶ Taux d'arrêt : 43% chez les > 65 ans
- ▶ Toxicités sévères (Grade 3-4) : multipliées par **3,5** NIVO + IPI versus NIVO

## ▶ Combo NIVOLUMAB + RELATLIMAB :

- ▶ Profil de tolérance intermédiaire : avec 21% de toxicités sévères chez les > 65 ans (contre 18% pour NIVO seul)
  - ▶ Profil de tolérance proche de la monothérapie, tout en offrant une meilleure efficacité.

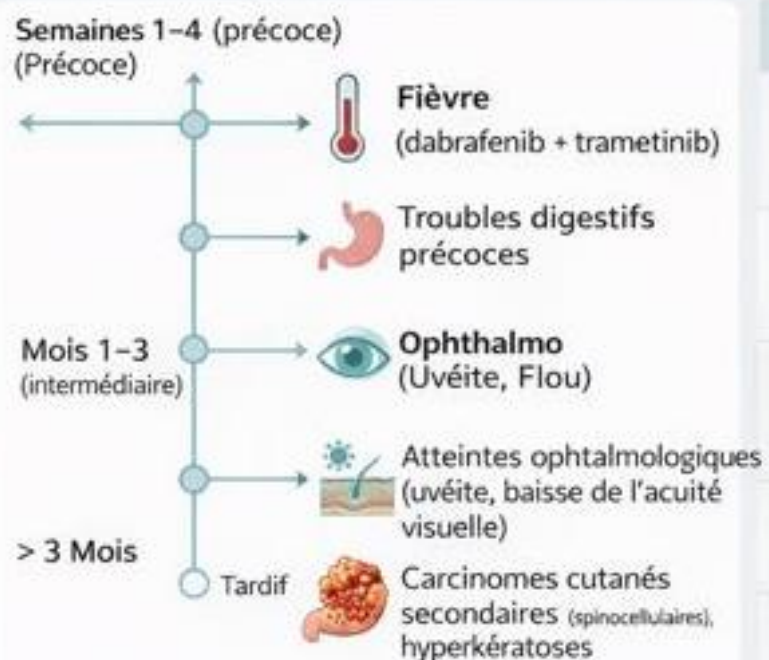
## ▶ La problématique des Corticoïdes :

- ▶ Risque chez le sénior :
  - ▶ Décompensation diabétique.
  - ▶ Confusion
  - ▶ Fonte musculaire rapide (sarcopénie) aggravant le risque de chute.






# Tolérance thérapie ciblée pour les > 65 ans

## Toxicité de la Thérapie Ciblée (Anti-BRAF + Anti-MEK) chez le Patient Âgé

### Cinétique d'apparition des toxicités



### Organes cibles et risques spécifiques chez le sujet âgé

Organe – Surveillance recommandée	Impact chez les > 65 ans
 Hypertension artérielle, dysfonction ventriculaire gauche, dyspnée (échocardiographie)	Risque cardiovasculaire (-18 % de toxicités grade 3-4)
 <b>Systemique</b> Syndrome fébrile (> 38,5 °C), souvent associé au dabrafenib +	Risque de confusion aiguë, chutes et déshydratation
<b>Yeux</b>  Atteintes oculaires : baisse de l'acuité visuelle (avis ophtalmologique recommandé)	Risque de confusion diagnostique avec cataracte ou DMLA
<b>Foie</b>  <b>Cytolyse hépatique</b> (surveillance biologique régulière)	Fréquente (- 15-20 % d'incidence)
<b>Peau</b>  <b>Photosensibilité, lésions kératosiques</b>	Augmentation du risque de carcinomes cutanés secondaires

# Tolérance thérapie ciblée pour les > 65 ans

Organe / Système	Tranche d'âge	Dab + Tra	Enco + Bini
		TG / <b>G3-4</b>	TG / <b>G3-4</b>
Toutes toxicités	≥ 65 ans	96%/59%	98%/63%
	< 65 ans	94%/52%	96%/58%

# Mélanome métastatique

## Traitements systémiques en population gériatrique

### ▶ Conclusion :

#### ▶ Efficacité :

- ▶ **Immunothérapie** = **standard de première ligne** pour les patients quel que soit le statut BRAF, offrant les réponses les plus durables.
- ▶ **Thérapies Ciblées (BRAF/MEK)** : En 1<sup>ère</sup> ligne : uniquement pour les patients symptomatiques (crise viscérale)
  - réponse rapide et reproductible chez les sujets âgés.
- ▶ **Efficacité globale comparable à celle observée chez les patients plus jeunes**, comme le suggèrent les analyses en sous-groupes des essais pivots et les données de vie réelle.

# Mélanome métastatique

## Traitements systémiques en population gériatrique

### ► Conclusion :

#### ► Tolérance : La balance bénéfique/risque

- Pour les  $\geq 65$  ans : **3 stratégies franchissent ou frôlent la barre des 60% des toxicités sévères** :
  - Le combo d'immunothérapie : IPI – NIVO et les thérapies ciblées
- **Monothérapie Anti-PD-1 : Recommandée** pour les profils fragiles ou âgés en raison de son profil de sécurité supérieur (environ 15-18% de grades 3-4)
- Thérapies ciblées : Risque de **toxicités** pouvant avoir un **impact fonctionnel plus marqué en gériatrie**

# Mélanome métastatique

## Traitements systémiques en population gériatrique

### ▶ Conclusion

- ▶ Chez le patient  $\geq 65$  ans, le **choix thérapeutique doit être individualisé**, fondé sur une évaluation gériatrique globale intégrant le statut fonctionnel, les comorbidités, le risque de décompensation et les objectifs de soins.
  - ▶ Nécessité de :
    - ▶ **Vigilance clinique renforcée**
    - ▶ **Éducation thérapeutique du patient et de l'entourage**
  - ▶ Afin de prévenir les toxicités sévères et optimiser le bénéfice des traitements systémiques

# Carcinome épidermoïde

# Carcinome épidermoïde en population gériatrique

**Pourquoi >65 ans = beaucoup plus de carcinomes épidermoïdes cutanés ?**

- Effet “dose cumulée UV”
  - +
    - Immunosénescence
      - +
        - Plus de lésions précancéreuses (kératoses actiniques)

# Carcinome épidermoïde en population gériatrique

## ▶ Épidémiologie :

- ▶ **L'âge** est le facteur de risque indépendant le plus puissant pour le CEC après l'exposition UV.
  - ▶ Âge moyen au diagnostic  $\approx$  **70 ans** et **>80% des cas** chez des patients âgés
  - ▶ Le taux d'incidence est environ **5 à 10 fois supérieur** chez les patients de plus de 75 ans par rapport aux moins de 65 ans.
- ▶ **Agressivité** :
  - ▶ Chez le sujet âgé, les tumeurs sont plus souvent de haut grade histologique avec une épaisseur plus importante au moment du diagnostic.
- ▶ **Mortalité** :
  - ▶ Pronostic généralement bon
  - ▶ La majorité des décès liés au CEC surviennent chez les patients de **plus de 70 ans**, souvent en raison de comorbidités limitant les options chirurgicales ou radiothérapeutiques agressives.

# Carcinome épidermoïde avancé chez les > 65 ans

## TRAITEMENTS SYSTEMIQUES DU CARCINOME ÉPIDERMÔÏDE CUTANÉ AVANCÉ

### Immunothérapie



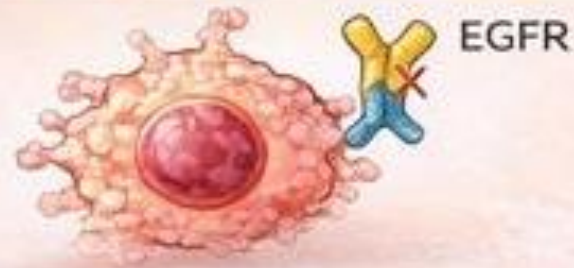
# Carcinome épidermoïde avancé chez les > 65 ans

## TRAITEMENTS SYSTÉMIQUES DU CARCINOME ÉPIDERMÔÏDE CUTANÉ AVANCÉ

### Immunothérapie



### Thérapies ciblées anti-EGFR



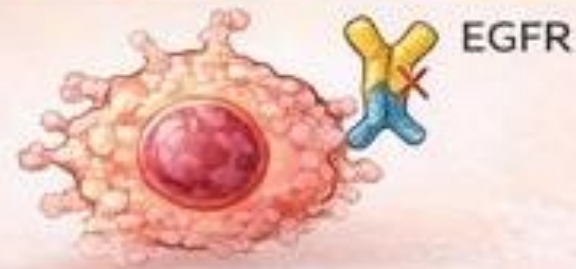
# Carcinome épidermoïde avancé chez les > 65 ans

## TRAITEMENTS SYSTEMIQUES DU CARCINOME ÉPIDERMÔÏDE CUTANÉ AVANCÉ

### Immunothérapie



### Thérapies ciblées anti-EGFR



### Chimiothérapie



# Carcinome épidermoïde avancé chez les > 65 ans

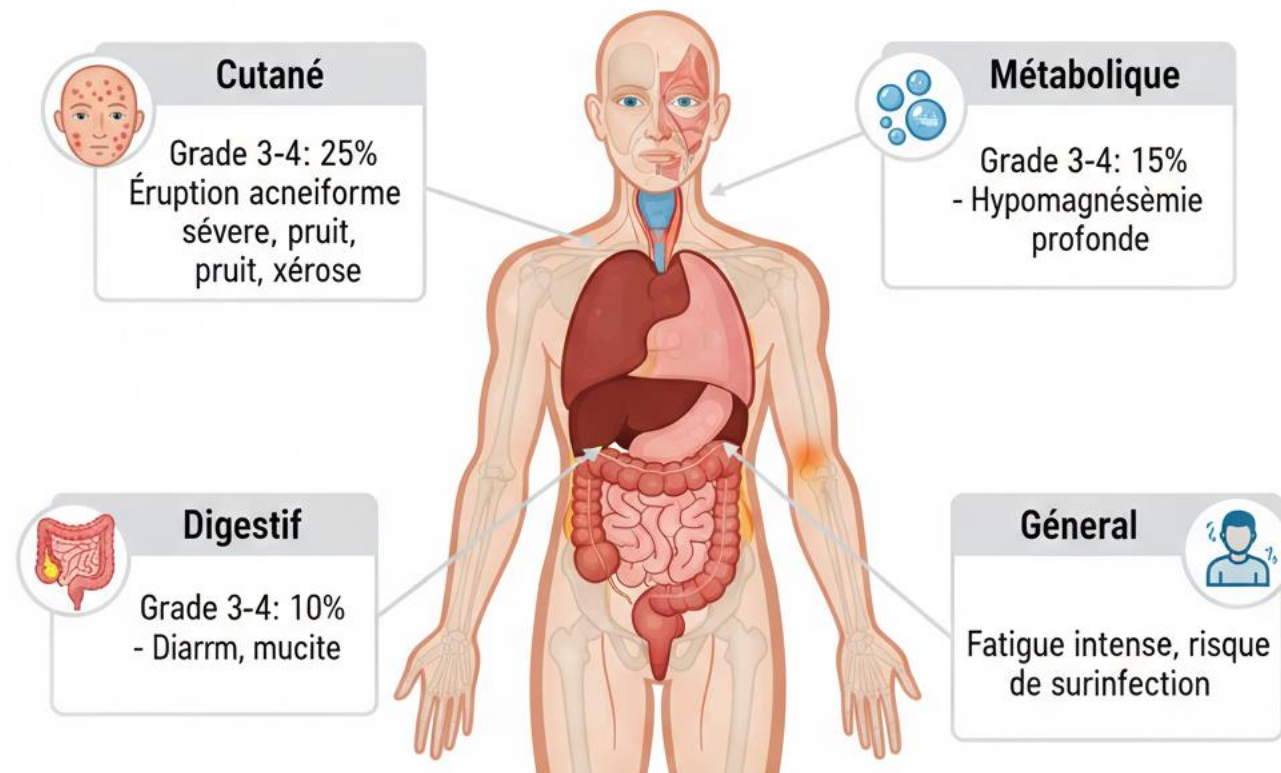
	Immunothérapie	Thérapie ciblées anti-EGFR	Chimiothérapie
Molécules	CEMIPLIMAB PEMBROLIZUMAB	CETUXIMAB	Sels de platine 5FU
Efficacité (Taux de réponse)	40-50%	20-30%	15-25%

# Carcinome épidermoïde avancé chez les > 65 ans

	Immunothérapie
Molécules	CEMIPLIMAB PEMBROLIZUMAB
Effets indésirables	Auto-immun
Toxicités de grade 3-4	20% (vs 17% pop générale)

# Carcinome épidermoïde avancé chez les > 65 ans

	Thérapie ciblées anti-EGFR
Molécules	CETUXIMAB
Effets indésirables	Rash cutané Toxicité unguéale Toxicité digestive
Toxicités de grade 3-4	~8%



# Carcinome épidermoïde avancé chez les > 65 ans

	Immunothérapie	Thérapie ciblées anti-EGFR	Chimiothérapie
Molécules	CEMIPLIMAB PEMBROLIZUMAB	CETUXIMAB	Sels de platine 5FU
Effets indésirables	Auto-immun	Rash cutané Toxicité unguéale Toxicité digestive	Hémato-toxicité Troubles digestifs Asthénie
Toxicités de grade 3-4	20%  (vs 17% pop générale)	~8% (25% en association avec chimio)  (vs 10-15% en association en pop générale)	~35%  (vs 50% pop générale)

# Carcinome basocellulaire

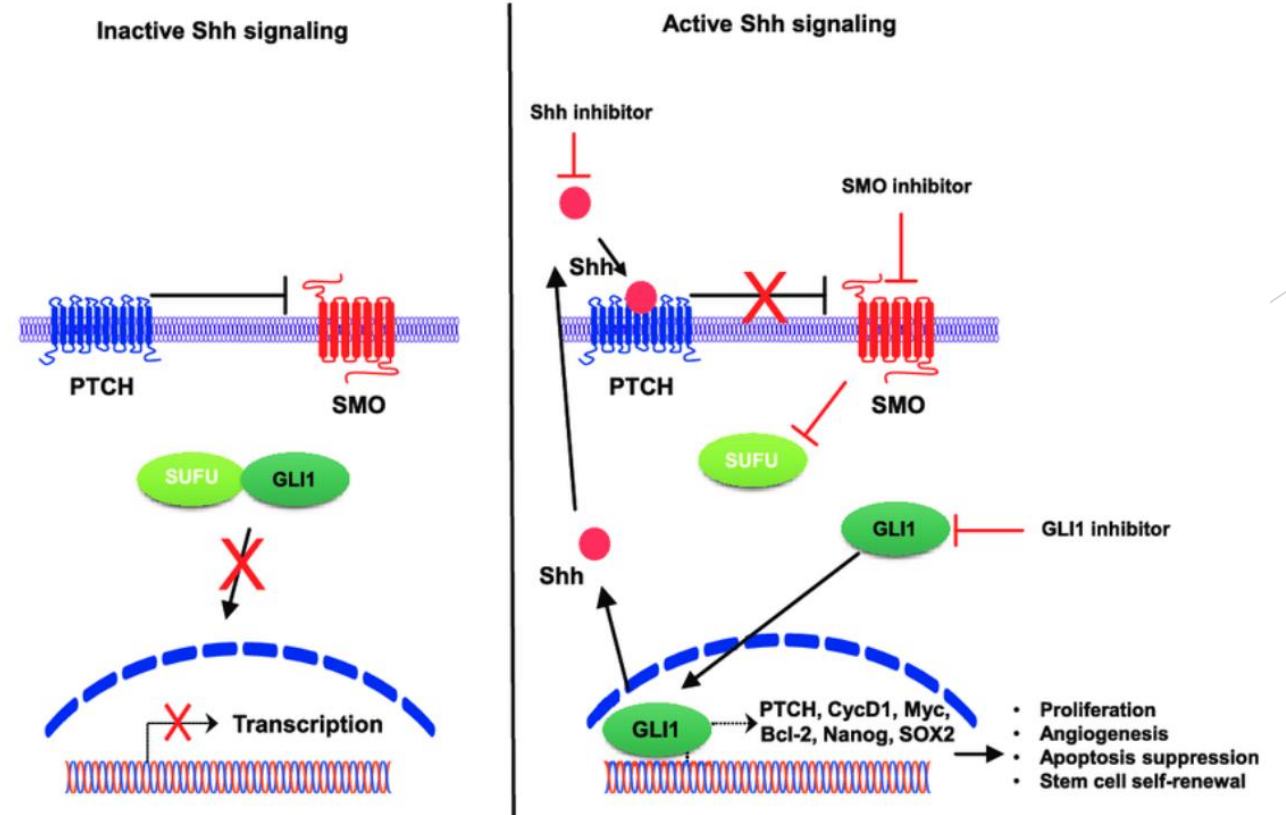
# Carcinome basocellulaire

## ► En cas de forme localement avancée non opérable :

### ► Traitement systémique :

#### ► Inhibiteurs de la voie Hedgehog :

##### ► Vismodegib, Sonidegib (PO)



# Carcinome basocellulaire

## ▶ En cas de forme localement avancée non opérable :

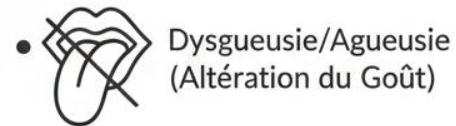
### ▶ **Traitement systémique :**

#### ▶ Inhibiteurs de la voie Hedgehog :

##### ▶ Vismodegib, Sonidegib (PO)

- ▶ ~ 45 – 60% de réponse objective  
(*formes localement avancées*)
- ▶ ~ 15 – 35% de réponse objective  
(*en situation métastatique*)

#### EFFETS TRÈS FRÉQUENTS > 50%



- Crampes Musclulres  
(Souvent Nocturnes)

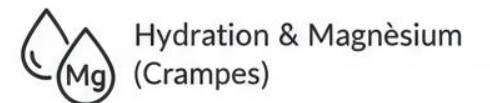
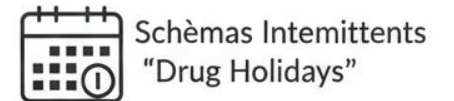
- Alopécie  
(Perte de Cheveux)



#### AUTRES EFFETS & GESTION



#### STRATÉGIE > 65 ANS



# Carcinome basocellulaire

## ▶ En cas de forme localement avancée non opérable :

### ▶ **Traitement systémique :**

#### ▶ Inhibiteurs de la voie Hedgehog :

##### ▶ Vismodegib, Sonidegib (PO)

▶ ~ 45 – 60% de réponse objective

#### ▶ Immunothérapie :

##### ▶ Anti PD-1 (IV)

▶ ~ 30% de réponse objective  
(*localement avancé*)

▶ ~ 20% de réponse objective  
(*métastatique*)

# Conclusion

- ▶ **Les traitements systémiques ont profondément transformé le pronostic** du mélanome et du carcinome épidermoïde cutané et basocellulaire avancé, y compris chez les patients âgés.

# Conclusion

## ◆ Mélanome métastatique :

- ▶ **L'immunothérapie** constitue le **socle thérapeutique**, avec des réponses durables.
  - ▶ Les **thérapies ciblées BRAF/MEK**, chez les patients mutés, offrent une **réponse rapide**, au prix de toxicités spécifiques nécessitant une surveillance rapprochée.
- ▶ Chez les patients  $\geq 65$  ans, l'**efficacité est globalement conservée**, et le choix repose davantage sur le **statut fonctionnel et les comorbidités** que sur l'âge chronologique.

# Conclusion

- ▶ **◆ Carcinome épidermoïde cutané avancé**
  - ▶ **L'immunothérapie anti-PD-1** est désormais le **standard de référence** en situation localement avancée ou métastatique.
  - ▶ Les **anti-EGFR** et la **chimiothérapie à base de platine** restent des **options de rattrapage**, avec une efficacité plus limitée et une toxicité souvent plus marquée.

# Conclusion

## ◆ Carcinome basocellulaire avancé

### ▶ **Les inhibiteurs Hedgehog restent le standard en première ligne**

- Efficaces mais toxicité cumulative fréquente chez les sujets âgés
- Surveillance nutritionnelle et fonctionnelle essentielle.

### ▶ **L'immunothérapie constitue une alternative après échec ou intolérance**

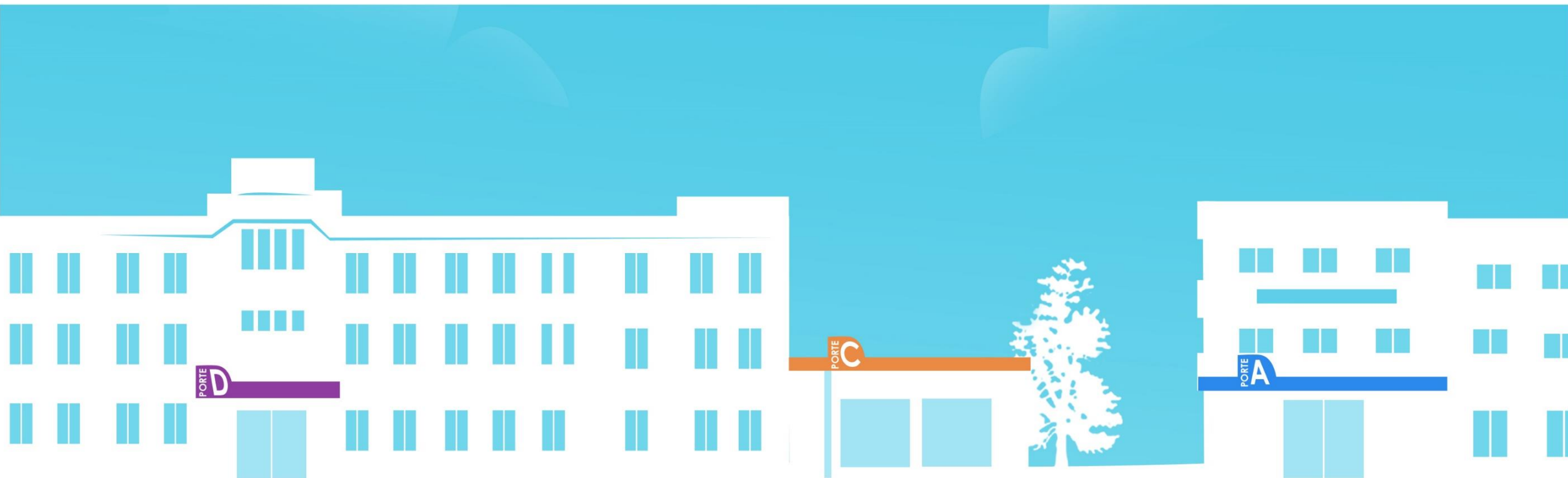
- Profil de tolérance souvent différent
- Nécessite vigilance vis-à-vis des toxicités immunologiques.

# Conclusion

- ▶ **L'âge seul ne doit pas être un facteur d'exclusion** aux traitements systémiques
- ▶ **L'objectif principal est l'équilibre entre contrôle tumoral et qualité de vie**
- ▶ La stratégie optimale repose sur :
  - ▶ Une individualisation de la prise en charge
  - ▶ Une surveillance attentive de la survenue de toxicité
  - ▶ Une coordination multidisciplinaire (oncologue médical, dermato, gériatre, médecin généraliste ...)

## **Règle d'or : "Go slow, but go."**

*(Commencer prudemment, mais ne pas sous-traiter par simple préjugé lié à l'âge)*



# Mélanome chez le sujet âgé

- ▶ **Les métastases hépatiques** + fréquentes chez les personnes > 65 ans.
  - ▶ Explication biologique ? : Le microenvironnement cutané âgé est moins riche en lipides, ce qui réduit le stress oxydatif (OXPHOS) des cellules de mélanome. Ces cellules adoptent un métabolisme qui favorise spécifiquement la colonisation du **foie** via l'axe de signalisation S1P-STAT3-IL-6.
- ▶ **Les métastases cérébrales** + fréquentes chez les personnes < 65 ans.
  - ▶ Explication biologique ? : Les cellules de mélanome dans un environnement "jeune" (riche en lipides cutanés) présentent un métabolisme OXPHOS élevé qui facilite l'essaimage vers le cerveau et les poumons.
- ▶ **Profil mutationnel :**
  - ▶ **Population < 65 ans** : Forte prévalence de la mutation **BRAF V600** (*environ 68 % chez les adolescents et jeunes adultes contre 46 % chez les plus âgés*).
  - ▶ **Population > 65 ans** : Augmentation de la fréquence des mutations **NRAS** (*21 % contre 13 % chez les jeunes*) et des mélanomes de type "Triple Sauvage" (*sans mutations BRAF, NRAS ou KIT*).

# Tolérance pour les > 65 ans

Organe / Système	Tranche d'âge	Anti-PD-1 seul (Nivo)	Opdualag (Nivo+Rela)	Combo Immu (Nivo+Ipi)	Dab + Tra	Enco + Bini
		TG / G3-4	TG / G3-4	TG / G3-4	TG / G3-4	TG / G3-4
Toutes toxicités	≥65 ans	82%/18%	85%/21%	94%/59%	96%/59%	98%/63%
	< 65 ans	77%/15%	80%/19%	96%/56%	94%/52%	96%/58%
<b>DIGESTIF</b> (Diarrhée)	≥65 ans	15% / 2%	21% / 3%	46% / 16%	22% / 2%	34% / 4%
	< 65 ans	12% / 1%	18% / 2%	44% / 14%	24% / 1%	36% / 3%
<b>HÉPATIQUE</b> (Cytolyse)	≥65 ans	5% / 1%	10% / 4%	32% / 18%	18% / 9%	10% / 6%
	< 65 ans	4% / <1%	8% / 3%	28% / 15%	15% / 6%	8% / 4%
<b>CUTANÉ</b> (Rash/Prurit)	≥65 ans	27% / 2%	41% / 3%	62% / 7%	28% / 3%	18% / 1%
	< 65 ans	23% / 1%	38% / 2%	58% / 5%	25% / 2%	15% / <1%
<b>CARDIAQUE</b> (HTA/FEVL)	≥65 ans	< 1% / 0%	2% / <1%	3% / 1%	22% / 8%	19% / 7%
	< 65 ans	< 1% / 0%	2% / <1%	2% / 1%	12% / 4%	10% / 3%
<b>SYSTÉMIQUE</b> (Fièvre)	≥65 ans	6% / 0%	10% / 1%	14% / 2%	51% / 6%	20% / 3%
	< 65 ans	5% / 0%	8% / <1%	12% / 1%	53% / 5%	18% / 2%
<b>ENDOCRINO</b> (Thy/Hypo)	≥65 ans	16% / <1%	20% / 1%	36% / 6%	< 1% / 0%	< 1% / 0%
	< 65 ans	14% / <1%	18% / 1%	32% / 4%	< 1% / 0%	< 1% / 0%