

CHAPITRE II : LE VIEILLISSEMENT NORMAL ; DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES ET SOCIOLOGIQUES

I- Vieillesse démographique

- A- La démographie en général : définition, indicateurs utilisés
- B- La population âgée en France
- C- La pyramide des âges
- D- Les causes du vieillissement démographique
- E- Les comparaisons internationales
- F- Perspective d'avenir, notion d'espérance de vie sans incapacité
- G- Notion d'inégalité face au vieillissement

II- Epidémiologie du vieillissement

- A- La polypathologie
- B- La consommation médicale
- C- La iatrogénie
- D- Les grandes études épidémiologiques sur le vieillissement

Item 54 : Objectifs terminaux

Connaître les conséquences sociales et économiques de l'évolution de la pyramide des âges.

Dernière remise à jour : avril 2007

CHAPITRE II : LE VIEILLISSEMENT NORMAL ; DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES ET SOCIOLOGIQUES

La connaissance de la démographie et de l'épidémiologie est indispensable à la bonne organisation des filières de soins et des moyens humains et financiers. L'exercice gériatrique ne peut se passer d'une réflexion à partir de ces données.

I- Vieillesse démographique

La démographie a pour objet l'étude des populations dans une approche principalement quantitative. Classiquement, on distingue le vieillissement individuel et le vieillissement collectif.

Au niveau individuel, l'âge seuil de la vieillesse n'est pas défini. La vieillesse est un processus physiologique appelé sénescence qui répond à 4 critères :

- universel (concerne tous les êtres vivants)
- progressif
- endogène (mécanisme cellulaire)
- et dégénératif

Chez un même individu, l'âge chronologique et l'âge fonctionnel ne coïncident pas et il existe un vieillissement différentiel des organes et des fonctions. De même, entre les individus, à un même âge chronologique, correspondent des âges fonctionnels différents (modifications morphologiques et fonctionnelles).

Au niveau collectif, la notion de vieillissement démographique suppose la définition d'un âge seuil d'entrée dans la vieillesse. C'est classiquement, l'âge officiel de la retraite en France (60 ans) qui est pris en considération.

Si les nations unies définissent l'âge de la vieillesse à 60 ans, l'OMS dans un rapport sur le vieillissement a proposé de définir la vieillesse en deux classes : les plus de 65 ans (parfois les plus de 60 ans) représentent les personnes âgées et les plus de 80 ans représentent les personnes très âgées.

Selon le problème étudié (retraite, santé, dépendance), l'état de santé hétérogène des plus de 60 ans conduit à la recherche d'autres seuils plus adaptés : ainsi, les personnes de plus de 75 ans constituent une population plus exposée aux problèmes de santé.

Si l'on admet que les dernières années de vie représentent la période où la consommation médicale est la plus importante, on peut considérer comme indicateur la proportion des personnes ayant 5 ou 10 ans à vivre en moyenne.

Enfin, les notions de 3ème âge (correspondant à la cessation d'activité) et 4ème âge (correspondant à la perte d'autonomie) correspondent à un découpage de la vieillesse combinant l'aspect économique et médical.

A- La démographie en général : définition, indicateurs utilisés

L'espérance de vie à la naissance est le nombre d'années à vivre en moyenne pour une population soumise aux conditions actuelles de mortalité. L'espérance de vie à un âge donné est le nombre d'années qui resterait à vivre en moyenne pour les survivants à cet âge.

En 2004, les données de l'INED rapportent une espérance de vie à la naissance qui dépasse 80 ans pour la première fois (80,2 ans pour les deux sexes), avec en particulier, une espérance de vie égale à :

- 76,7 ans pour les hommes
- et 83,8 ans pour les femmes

Pour calculer l'espérance de vie à la naissance des personnes nées en 2004, il faudrait théoriquement attendre le décès de toutes ces personnes et faire une moyenne de l'âge au décès. En pratique, cet indicateur est calculé à partir d'une table de mortalité. On applique les taux de mortalité par tranche d'âges en 2004. Ainsi, l'espérance de vie calculée serait correcte dans l'hypothèse où les conditions de mortalité resteraient identiques dans le futur. Ceci est peu probable du fait de la diminution des taux de mortalité classiquement observée (par tranche d'âge). Ainsi, l'espérance de vie calculée est généralement sous-estimée. Depuis 2004, l'espérance de vie a encore augmenté : elle atteint en 2006, 77,2 ans pour les hommes et 84,1 ans pour les femmes en France métropolitaine.

Il existe des disparités selon le sexe : les femmes ont une espérance de vie supérieure à celle des hommes . En France, le différentiel apparaît très important par rapport aux autres pays, avec toutefois un léger recul, ces dernières années. En 2006, l'écart était de 6,9 ans, soit un an de moins qu'il y a dix ans.

B- La population âgée en France

En France, le recensement de 1999 estimait que les plus de 60 ans représentaient 21,3 % de la population totale. Les personnes âgées se répartissaient en 13,6 % de 60-74 ans et 7,7 % de 75 ans et plus.

L'écart hommes/femmes se creuse aux âges avancés de la vie ; ainsi, les hommes représentent 1/3 des plus de 75 ans et seulement 1/4 des plus de 85 ans.

En France, le vieillissement n'est pas homogène sur tout le territoire, comme en témoignent les variations de l'indice de vieillissement selon les régions. Cet indice, mis au point par l'INSEE, correspond au nombre de personnes de 65 ans et plus, pour 100 personnes de moins de 20 ans.

L'indice de vieillissement national est égal à 57,9 (données INSEE, 1995) avec certaines régions ayant un indice élevé (108,2 pour le Limousin et 81,2 pour le Midi-Pyrénées) et d'autres plus bas, comme l'île de France avec un indice à 42,1. On observe une tendance au vieillissement plus marquée des zones rurales.

C- La pyramide des âges

La forme de la pyramide des âges est riche de signification.

En fonction de l'inertie des phénomènes démographiques, elle nous renseigne sur les équivalences et les déséquilibres actuels mais aussi largement, s'agissant des personnes âgées en devenir, des perspectives d'avenir. Il s'agit d'une représentation usuelle à prendre en considération avec soin (figure 1).

D- Les causes du vieillissement démographique

En France, l'évolution démographique déjà en place au siècle précédent s'est caractérisée par un recul de la mortalité et de la fécondité.

La baisse de la fécondité a démarré très tôt en France : depuis le début du 18^{ème} siècle, on observe une diminution progressive de l'indice conjoncturel de fécondité qui est passé de 2,8 en 1900 à 1,8 en 1998 pour remonter à 2,0 en 2006. L'indice conjoncturel de fécondité est la somme des taux de fécondité à tous les âges de la procréation (de 15 à 49 ans). Le taux de fécondité à un âge donné étant le nombre d'enfants nés vivants des femmes de cet âge rapporté à l'effectif des femmes de cet âge.

En 2006, 796 800 naissances ont été comptabilisées en France métropolitaine, ce qui traduit une hausse de 2,9% en un an. Le nombre de naissances est supérieur à celui de l'an 2000 et atteint le niveau le plus élevé jamais observé depuis vingt-cinq ans.

Depuis l'après guerre, le recul de la mortalité est manifeste du fait de l'amélioration des conditions de vie et des progrès médicaux. Globalement, le taux de mortalité est passé de 21,9 ‰ en 1900 à 9,1‰ pour la période 1998.

Cette diminution de la mortalité s'est faite à tout âge, mais pas de façon uniforme. Jusqu'en 1960, la baisse de la mortalité concernait essentiellement *les jeunes* avec une diminution nette de la mortalité infantile et aux jeunes âges (liée en partie à la lutte contre les infections) :

- 137 pour 1000 naissances vivantes en 1900,
- 7,2 pour 1000 en 1990,
- 3,7 pour 1000 en 2006.

Depuis 1960, le gain d'espérance de vie se fait plutôt aux *âges avancés* du fait de la lutte contre les maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires et cancers) et ne cesse de s'accroître. En 1970, le gain d'espérance de vie après 60 ans explique 61 % des gains totaux, alors qu'en 1950, il n'expliquait que 15% de l'espérance de vie totale.

E- Les comparaisons internationales

En Europe, la France n'a pas la population la plus « vieillie » alors que c'était le cas juste après la deuxième guerre mondiale. Pour la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus, groupe d'âge retenu pour les comparaisons internationales, la France arrive en 8^{ème} position à égalité avec l'Autriche, la Finlande, le Royaume Uni, la Hongrie, derrière la Suède, la Grèce, l'Allemagne, la Belgique, l'Italie, le Portugal et Autriche l'Espagne. Hors Union Européenne, elle est aussi devancée par le Japon.

Pour les 85 ans ou plus, la France est au premier rang. Dans tous les pays, l'urbanisation, les modifications des structures familiales et dans la plupart d'entre eux le développement de l'activité professionnelle féminine entraîne des changements de la place et du rôle des personnes âgées.

F- Perspective d'avenir, notion d'espérance de vie sans incapacité

L'espérance de vie sans incapacité est un indicateur synthétique de l'état de santé de la population. Il distingue les années vécues en incapacité du fait d'affections génératrices de handicap. Cette notion, mise au point dans les années 70 par Sullivan, est une *version positive* des indicateurs disponibles.

Pour connaître l'espérance de vie sans incapacité d'une personne, il suffit de soustraire à l'espérance de vie totale de cette personne les années passées en incapacité (qui dépendent de la prévalence des incapacités).

Il existe là aussi des différences entre les hommes et les femmes : les femmes ont une *espérance de vie sans incapacité majeure* plus importante que les hommes.

Il ne fait pas de doute que les années de vie gagnées lors des dernières années, à 60 ans, l'ont été très largement si ce n'est totalement, sans incapacité sévère. Cependant, même si le nombre moyen d'année à vivre sans incapacité tend à augmenter, l'accroissement des effectifs de la population âgée s'accompagnera très vraisemblablement d'un accroissement de la population âgée dépendante d'ici 2010 et plus encore en 2020, même dans le scénario dit optimiste.

De manière indicative en France, l'espérance de vie sans incapacité a augmenté plus vite que l'espérance de vie totale sur la même période : **3 ans versus 2,5 ans** entre 1981 et 1991. Compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie totale, la part relative du temps passé en incapacité sévère a peu augmenté.

L'évolution est variable selon le sexe : elle a diminué de **8,5 ans à 8 ans** chez les femmes alors qu'elle a augmenté pendant la même période chez les hommes de **5,3 ans à 5,6 ans**.

En ce qui concerne *l'espérance de vie totale*, l'INSEE prévoit une poursuite du vieillissement déjà amorcée depuis quelques années.

On s'attend à une proportion accrue des personnes âgées. Leur part devrait passer de 20 à 34% entre 1990 et 2050. Par ailleurs, l'augmentation sera plus importante pour les plus âgés : la proportion des plus de 75 ans devrait tripler pendant cette période.

Cependant, les prévisions démographiques doivent être considérées avec prudence. En effet, même si les outils utilisés pour établir les projections sont de plus en plus sophistiqués, les démographes peuvent être amenés à réviser largement leurs hypothèses.

En ce qui concerne l'espérance de vie sans incapacité, si son augmentation récente se poursuit dans les années à venir, on assistera à une compression du temps passé en incapacité. Cependant, différentes possibilités sont à envisager selon la date d'apparition de la maladie chronique (et de l'incapacité) et celle du décès.

****extension de la morbidité** : scénario pessimiste ; les progrès permettent d'allonger la durée de vie sans retarder l'apparition des maladies selon la théorie de la pandémie des troubles mentaux, des maladies chroniques et des incapacités

****maintien de la morbidité** : scénario intermédiaire ; l'âge d'apparition de la maladie et l'âge du décès se décalent parallèlement selon la théorie de l'équilibre dynamique

****compression de la morbidité** : scénario optimiste ; l'âge d'apparition des maladies est très retardé et l'espérance de vie est légèrement augmentée d'où augmentation de l'espérance de vie sans incapacité selon la théorie de la compression de la morbidité

G- Notion d'inégalité face au vieillissement

Nous avons déjà vu que tous les individus n'étaient pas égaux face au vieillissement. Par ailleurs, le vieillissement apparaît lié aux facteurs économiques et socio-culturels.

Le CREDES a montré que sur une population de 18 ans et plus, des facteurs comme le revenu, le niveau d'étude, la situation familiale et le statut professionnel pouvaient influencer le vieillissement de la personne. Selon une étude transversale dont les résultats sont à prendre avec précaution, les chômeurs auraient un vieillissement prématuré de 3 ans par rapport aux actifs, et entre un ouvrier non qualifié et un cadre supérieur, l'écart serait de 3 ans 1/2.

Des différences importantes existent également en terme d'espérance de vie. L'INSEE rapporte que l'espérance de vie des hommes à 60 ans varie de façon importante avec la catégorie socioprofessionnelle :

Entre 1980 et 1989, elle était de 17,1 ans pour les manœuvres, 18,3 pour les salariés agricoles, 20,2 pour les exploitants agricoles et atteignait 22,3 pour les ingénieurs.

II- Epidémiologie du vieillissement

Les personnes âgées représentent une population particulièrement vulnérable car exposée à certaines pathologies du fait de l'âge:

- pathologies spécifiques du sujet âgé (ex : démence de type Alzheimer)
- pathologies non spécifiques mais dont la fréquence ou la gravité sont augmentées chez la personne âgée (fracture du col du fémur, infections respiratoires, épisodes dépressifs majeurs, chutes etc...)

Une des particularités de la personne âgée reste la polypathologie, c'est à dire l'association de plusieurs maladies avec ses conséquences :

- la dépendance

- la consommation de soins (qui augmente avec l'âge)
- et les problèmes de iatrogénie.

L'épidémiologie s'intéresse aux aspects quantitatifs de la morbidité et de la mortalité. Elle s'appuie sur des enquêtes. Pour les aspects gérontologiques, il existe deux grands types d'étude : les études transversales et les études longitudinales. Elles ont leur avantage et inconvénient qu'il faut connaître avant d'interpréter les résultats.

Les études transversales : Ce type d'étude peut être réalisé pendant une période brève. En revanche, il y a 2 types de biais important : biais de sélection du fait de la grande diversité de la population et biais lié à l'effet cohorte dû au fait que les générations se succèdent et qu'elles n'ont pas été soumises aux mêmes âges, aux mêmes conditions de vie selon le lieu et l'époque où elles vivent.

Les études longitudinales : Ce type d'étude peut être réalisé pendant une période brève. En revanche, il y a 2 types de biais important : biais de sélection du fait de la grande diversité de la population et biais lié à l'effet cohorte dû au fait que les générations se succèdent et qu'elles n'ont pas été soumises aux mêmes âges, aux mêmes conditions de vie selon le lieu et l'époque où elles vivent.

Elles réalisent un suivi de population définie par des critères initiaux. Il existe deux types d'étude longitudinale : les études exposées-non exposées et les études de cohorte. Les études exposées-non exposées, consistent à sélectionner un groupe de sujet ayant été exposé à un facteur de risque et un groupe de témoin, puis à surveiller l'apparition de la maladie étudiée dans les 2 groupes. Les études de cohorte se font sur échantillon représentatif pendant un temps donné. Elles permettent de mesurer la fréquence de l'exposition et l'incidence des maladies, mais nécessitent un très grand nombre de sujets et un suivi prolongé.

Elles ont l'avantage d'apporter des renseignements sur les changements intra individuels propres à chaque individu au cours du vieillissement, et de mieux identifier la variabilité inter individuelle.

Toutefois, elle nécessite de longues durées de suivi et ont un coût élevé. Par ailleurs, il faut veiller aux éventuels biais de sélection. En effet, l'échantillon doit être représentatif de la population sur une base géographique définie.

A- La polypathologie

On appelle polypathologie: l'association d'au moins 2 pathologies. L'enquête Santé Protection Sociale du CREDES en 1998 a permis d'interroger un échantillon de 7949 ménages dont au moins un des membres est affilié au régime général de l'assurance maladie, de la Mutualité Sociale agricole ou au régime des indépendants. Au total 23000 personnes vivant à domicile ont été interrogées (les personnes âgées vivant en institution n'ont pas été interrogées). Les résultats de cette étude rapportent que les personnes âgées déclarent souvent souffrir de plusieurs pathologies, ainsi le nombre moyen d'affections déclarées est de 3 pour l'ensemble de la population et dépasse 7 chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Il s'agit de maladies déclarées qui n'ont pas toujours été diagnostiquées par un médecin (tableau 1).

B- La consommation médicale

La consommation médicale augmente avec l'âge : en 1996, la consommation de soins était estimée à 12 000 F (1830 euros) par an et par personne.

Les plus de 65 ans dépensent 2,6 fois plus que la population générale et plus on avance vers les tranches d'âge élevées, plus cette augmentation est nette.

Ainsi, des dépenses de plus en plus importantes, *concernent un effectif de plus en plus faible* : on estime que 5 % des personnes âgées consomment 60 % des dépenses.

Le type de consommation varie aussi avec l'âge :

- la part des dépenses liée aux *hospitalisations* est de 49,7 % en population générale, et atteint 63 % pour les plus de 85 ans.

- la part des dépenses liée aux *soins ambulatoires* est de 50,3 % en population générale, et seulement de 14 % pour les plus de 85 ans.

Les soins reçus à *domicile* augmentent avec l'âge : les consultations de généralistes se font à domicile dans 31,5 % des cas. Pour les spécialistes, les visites à domicile sont plus rares ; toutefois, certains spécialistes (cardiologues, rhumatologues, ophtalmologistes...) consacrent une part importante de leur activité aux personnes âgées.

Après l'âge de 70 ans, les dépenses de soins ambulatoires diminuent alors que les besoins ne diminuent pas, au contraire, mais les personnes âgées se déplacent plus difficilement.

Les hospitalisations augmentent avec l'âge et changent de nature :

- le taux d'hospitalisation (nombre de séjours d'au moins 24 heures pour 1000 personnes et par an) pour les séjours de courte durée augmente rapidement avec l'âge pour passer de 190 dans la tranche 45-64 ans à 566 au-delà de 85 ans.

- La durée de séjour augmente aussi avec l'âge : elle passe de 8,9 jours dans la tranche 65-74 ans à 12,7 jours au-delà de 85 ans.

Mais la densité de soins diminue, elle est de 43% inférieure à celle des 45-64 ans, ceci en raison de la proportion de personnes âgées qui diminue dans les services d'hospitalisation de courte durée au profit des

hospitalisations de moyen et long séjour (services où la densité de soins est plus faible) et de la fragilité des personnes âgées qui impose d'espacer les examens.

Les effets des facteurs socio-économiques sur la consommation médicale sont moins marqués chez les personnes âgées que chez les jeunes : de façon générale, comme dans la population générale, un bas niveau de revenu entraîne une consommation de soins moins importante, mais les inégalités paraissent moins marquées avec l'avance en âge.

Enfin, pour la consommation de soins, il faut éviter de considérer les populations âgées dans leur globalité car selon la tranche d'âge considérée, les différences apparaissent très marquées.

Au total, depuis quelques années, une meilleure diffusion des soins a permis d'améliorer l'espérance de vie et l'état de santé chez les personnes âgées.

C- La iatrogénie

Un des problèmes que l'on rencontre en gériatrie est le risque lié au médicament : comme la personne âgée présente souvent une polypathologie, de nombreuses prescriptions peuvent être faites de façon concomitante et les risques encourus par la personne sont accrus du fait d'interaction ou de mauvaise observance.

Le vieillissement normal de l'organisme s'accompagne de modifications physiologiques qui ont une influence sur le médicament et peuvent rendre un traitement dangereux :

- la modification de la composition corporelle fait que toutes les molécules sont stockées dans l'organisme (augmentation de la masse grasse qui entraîne un stockage des molécules lipophiles et diminution de l'eau corporelle totale qui entraîne un stockage des molécules hydrophiles)
- la modification de l'activité cardiaque influence la sensibilité aux médicaments comme les diurétiques et les IEC (diminution du taux de rénine-angiotensine).

Par ailleurs, les personnes âgées ont une pharmacocinétique particulière (modification du tractus digestif, la diminution des liaisons protéiques, modification de la barrière hémato-méningée), le métabolisme et l'élimination médicamenteuse pouvant être perturbés par l'altération des fonctions hépatiques et rénales.

Ainsi, avec l'avance en âge, on assiste à une augmentation de la demi-vie des médicaments et un risque accru d'accumulation qui implique d'adapter la posologie à l'âge.

Parallèlement à ces problèmes "inévitables" mais dont il faut tenir compte dans une prescription, certains problèmes directement liés aux handicaps de la personne pourraient être évités : trouble visuel (mauvaise lecture de l'ordonnance, confusion entre les comprimés), trouble fonctionnel (difficulté pour fragmenter les comprimés ou ouvrir certains conditionnements), trouble de la déglutition obligeant la personne à écraser le médicament alors que la forme galénique ne l'autorise pas), trouble de la mémoire (oubli d'une prise), peuvent entraîner une mauvaise observance.

Enfin, il reste difficile d'apprécier « les risques » chez la personne âgée, car les essais thérapeutiques ne concernent que rarement cette population à risque (pour l'industrie), ceci malgré les recommandations européennes.

D- Les grandes études épidémiologiques sur le vieillissement

En France, le vieillissement démographique a motivé la mise en place d'importantes enquêtes épidémiologiques d'observation qui ont pour objectif d'étudier les déterminants de certaines pathologies liées à l'âge et leur évolution. Citons :

La cohorte « Paquid » (Personne Agée QUID) : 4000 personnes de 65 ans et plus suivies depuis 13 ans dans les départements de Gironde et Dordogne afin de déterminer l'incidence de la démence en France et ses déterminants.

La cohorte des « 3C » : 10 000 personnes âgées de 65 ans et plus, à Bordeaux, Dijon et Montpellier suivies pendant 4 ans afin de déterminer le risque de démence ou de détérioration cognitive attribuable aux facteurs de risque cardio-vasculaires.

La cohorte « Epidos » (EPIDémiologie de l'OSTéoporose) : 7500 femmes âgées de 75 ans et plus suivies depuis 1992 dans 5 villes de France (Toulouse, Paris, Amiens, Lyon et Montpellier) afin de déterminer les facteurs prédictifs de chutes et de fracture du col du fémur.

La cohorte « POLA » : 2500 personnes de 60 ans examinées en 1995-1997 et revues à 3 ans dans la ville de Sète afin de déterminer les déterminants de la cataracte et de la dégénérescence maculaire liée à l'âge.

Un des intérêts des études épidémiologiques sur le vieillissement est qu'au delà de l'étude des facteurs de risque des maladies et de la prévention primaire (destinée à diminuer l'incidence des maladies), elles permettent d'étudier la prévalence des maladies et leur sévérité (notions de récurrences ou de complications). En effet, la prévention secondaire et comme la prévention tertiaire peut, en diminuant les complications des pathologies, retarder la perte d'autonomie des personnes âgées.

L'état de santé des personnes âgées s'améliore depuis plusieurs années et l'objectif des travaux épidémiologiques et de la santé publique pour les prochaines décennies sera de maintenir le sujet vieillissant actif et en bonne santé jusque dans les dernières années de sa vie en améliorant la qualité de vie, en diminuant les besoins en Santé et les coûts.

Parallèlement aux études épidémiologiques d'observation, se mettent en place de grandes études d'intervention visant à étudier l'efficacité de stratégies préventives.

Figure 1 : Pyramide des âges

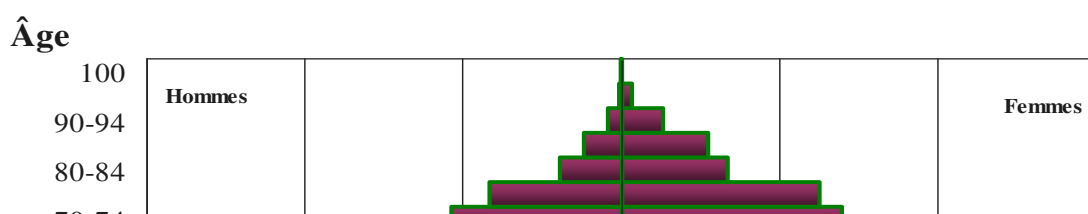


Tableau 1 : Enquête Santé Protection Sociale du CREDES en 1998

A partir de la morbidité déclarée des plus de 75 ans, il ressort que les pathologies les plus souvent citées (un jour de l'enquête) sont les suivantes :

- cardio-vasculaire : 75%

(plus d'une maladie cardio-vasculaire est rapportée par personne : l'HTA (44%) est la plus fréquente, puis la pathologie veineuse (31% des femmes et 14% des hommes) et les troubles du métabolisme lipidique (19% des femmes et 16% des hommes).

- atteintes sensorielles ophtalmologiques: 70%

les troubles de la réfraction sont fréquents mais la cataracte est spécifique de cette tranche d'âge, elle concerne 32% des femmes et 25% des hommes). Ces troubles paraissent correctement pris en charge : 80% des personnes âgées déclarent porter des lunettes.

- auditives : 31%

ces troubles de l'audition sont insuffisamment pris en charge avec 8 % seulement de personnes appareillées.

- atteintes bucco-dentaires (port d'une prothèse, caries) : 66%

- pathologies ostéo-articulaires : 50%

l'arthrose domine largement avec une prédominance féminine.

- troubles du sommeil et les troubles dépressifs

les troubles du sommeil concernent 17% des personnes (21% des femmes et 12% des hommes) et les troubles dépressifs concernent 10% des femmes.

- pathologie prostatique :

29% des hommes présentent des antécédents chirurgicaux et 13% auraient une hyperplasie prostatique.

Certaines pathologies comme les cancers (1 cancer sur 4 survient après 75 ans) sont peu citées alors qu'elles sont à l'origine d'une consommation de soins importante. Par ailleurs, les déficiences mentales, qui concernent 1 personne sur 5, également peu déclarées.