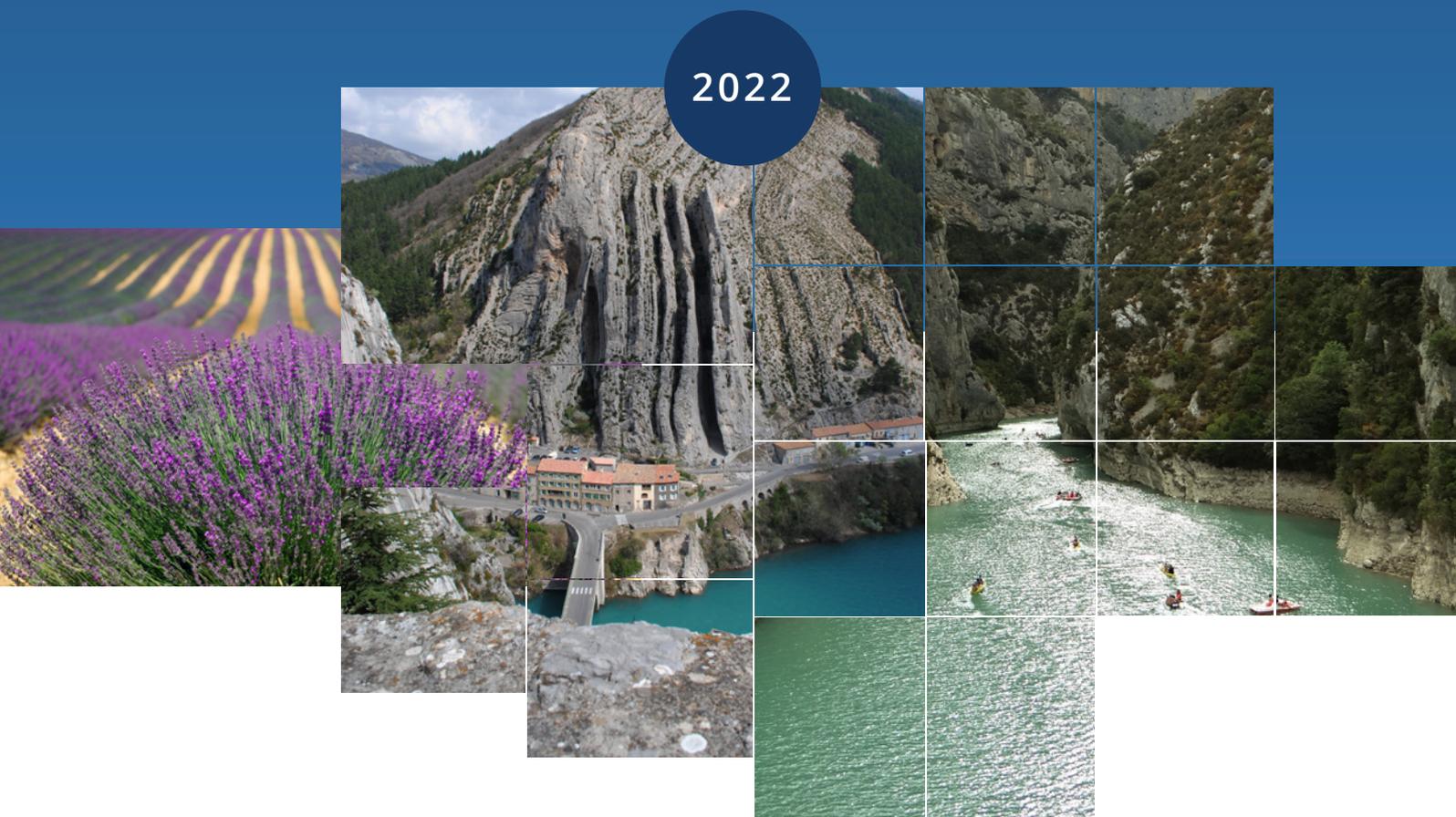




PORTRAIT SOCIO-SANITAIRE ET ENVIRONNEMENTAL DÉPARTEMENT DES ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

2022



Des portraits socio-sanitaires et environnementaux pour mieux appréhender la situation et les spécificités des 6 départements de la région

Les portraits socio-sanitaires et environnementaux des six départements de la région ont été réalisés par l'Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur) en 2022. Ces documents ont été réalisés à la demande et avec le soutien financier de la Région Sud Provence-Alpes-Côte d'Azur et de l'Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Ces portraits départementaux fournissent aux acteurs et décideurs de la région des données et informations leur permettant de mieux appréhender la situation actuelle, les particularités et les enjeux pour les années à venir de ces territoires.

Une description de la situation de chaque département, une analyse des inégalités sociales et territoriales et une mise en perspective des résultats

Chaque portrait s'articule autour de 5 axes thématiques (le territoire, la population, l'offre de soins, la réalisation des actes de prévention, l'état de santé de la population) et présente :

- ▶ La description des caractéristiques et spécificités de chaque département, comparativement à la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.
- ▶ La mise en évidence des inégalités territoriales et sociales.



Des encadrés présentant de façon pédagogique les impacts et enjeux sanitaires.



Des encadrés de mise en perspective, s'appuyant sur les résultats d'études et recherches régionales et nationales.

Des documents complémentaires pour une meilleure réponse aux besoins des acteurs et des décideurs

Différents documents réalisés par l'ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur viennent compléter ces portraits départementaux :

- ▶ Des PowerPoint synthétiques présentant les principaux résultats des portraits départementaux et incluant des messages clés, des données chiffrées et les priorités d'intervention pour chaque département ;
- ▶ Un PowerPoint sur les états de santé et ses évolutions en région Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
- ▶ Des notes thématiques sur des sujets prioritaires pour la région (les cancers, les ressources humaines en santé ...).

L'ensemble des documents produits est disponible sur :

le site de l'ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur
www.orspaca.org

et sur le Système d'Information Régional en Santé

www.sirsepac.org.

SOMMAIRE

LE TERRITOIRE 1

L'ESSENTIEL 1

Le plus vaste département de la région, mais aussi le moins urbanisé2

6 sous-territoires singuliers au sein du département.....2

Les déplacements : un enjeu majeur dans les Alpes-de-Haute-Provence3

Des inégalités d'accès aux équipements au sein du département.....4

Une activité économique présente et une forte saisonnalité de l'emploi5

L'un des départements de la région le moins touché par la pollution atmosphérique6

Un département exposé à de multiples risques naturels7

Des changements climatiques rapides et marqués dans les milieux montagneux9

Une qualité de l'eau potable qui s'améliore, mais qui reste moins bonne que dans la région10

Près d'1 logement sur 3 est une résidence secondaire dans les Alpes-de-Haute-Provence11

LA POPULATION..... 12

L'ESSENTIEL 12

Le département le moins densément peuplé de la région13

Un ralentissement de la croissance démographique dans le département14

Un tiers de la population âgée de 60 ans ou plus.....15

Près de 4 ménages sur 10 composés d'une seule personne16

Des revenus moins élevés que dans la région17

Moins de bénéficiaires de prestations sociales que dans la région18

Moins de diplômés de l'enseignement supérieur que dans la région18

Un taux de chômage proche de la moyenne régionale19

L'OFFRE DE SOINS20

L'ESSENTIEL 20

L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ 21

Un temps de trajet médian de 10 minutes pour se rendre chez le médecin généraliste le plus proche21

Près de 2 médecins généralistes libéraux sur 3 âgés de 55 ans ou plus.....22

Toutes les communes du département identifiées comme ayant des difficultés d'accès aux soins par l'Agence Régionale de Santé.....23

12 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles labellisées dans le département, dont 5 en Zone d'Intervention Prioritaire et 7 en Zone d'Action Complémentaire.....24

Un recours au médecin généraliste libéral moins fréquent que dans la région25

Les densités d'orthophonistes et de chirurgiens-dentistes les plus basses de la région26

45 pôles d'attractivité pour les soins de premier recours dans le département27

Une densité de spécialistes libéraux deux fois moins élevée que dans la région27

Des difficultés d'accès aux spécialistes à l'est du département28

Une offre de spécialistes libéraux qui a diminué de 20 % en 10 ans28

Un des recours aux spécialistes libéraux les plus faibles de la région29

Une hausse des téléconsultations avec l'épidémie de Covid-1929

L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIÈRE 31

30 % de la population à plus de 30 minutes
d'un service d'urgences.....31

Un taux de passage aux urgences plus élevé
que dans la région32

17 établissements sanitaires dans le département,
dont 9 privés.....32

Une capacité hospitalière moins élevée que dans
la région, excepté pour les soins de longue durée
et les soins de suite34

L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE 34

Le département de la région le mieux équipé en
structures d'hébergement et services pour
les personnes âgées34

L'un des départements de la région le mieux équipé en
structures d'hébergement, d'insertion professionnelle
et d'accompagnement pour les adultes avec
un handicap.....35

Une offre médico-sociale incomplète pour les enfants
en situation de handicap36

LA RÉALISATION DES ACTES DE PRÉVENTION37

L'ESSENTIEL 37

Moins de la moitié des enfants de 6 ans sur 2 ont
bénéficié d'un bilan de prévention buccodentaire
ou d'une consultation chez le dentiste38

1 femme sur 2 n'a pas consulté de gynécologue
au cours des 2 dernières années.....38

Une participation au dépistage des cancers
à promouvoir dans le département38

Les couvertures vaccinales les plus faibles
de la région40

L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION41

L'ESSENTIEL 41

Davantage de naissances de petit poids dans les Alpes-
de-Haute-Provence que dans la région.....42

Une augmentation de la prévalence des maladies
chroniques qui devrait se poursuivre dans les années
à venir.....42

Des personnes en situation de handicap qui cumulent
les difficultés43

Une espérance de vie plus élevée que dans la région
et qu'en France chez les femmes, mais pas chez les
hommes43

Une mortalité prématurée en hausse dans
le département, contrairement à la tendance
régionale44

La moitié des décès liés à un cancer ou à une maladie
de l'appareil circulatoire45

Des données de mortalité moins favorables que
dans la région, malgré des disparités territoriales45

Une surmortalité par rapport à la région pour
les pathologies liées à une consommation
excessive d'alcool53

Une surmortalité au 2^{ème} trimestre 2020 chez les
personnes âgées de 65 ans et plus, probablement
en lien avec l'épidémie de Covid-19.....54

Davantage de décès par accidents de la vie courante
que dans la région chez les hommes57

De nombreux enjeux associés au vieillissement
de la population58

BIBLIOGRAPHIE61

1

LE TERRITOIRE

L'ESSENTIEL

- ▶ Le plus grand département de la région, représentant près d'un quart de la superficie régionale ;
- ▶ Un territoire à dominante rurale, peu urbanisé et peuplé ;
- ▶ Des difficultés de mobilité importantes, sauf dans la vallée de la Durance et les grandes villes ;
- ▶ Un nombre d'accidents routiers en hausse, contrairement à la tendance régionale ;
- ▶ La population la plus éloignée des équipements de la région ;
- ▶ Un territoire globalement préservé de la pollution atmosphérique.

Le plus vaste département de la région, mais aussi le moins urbanisé

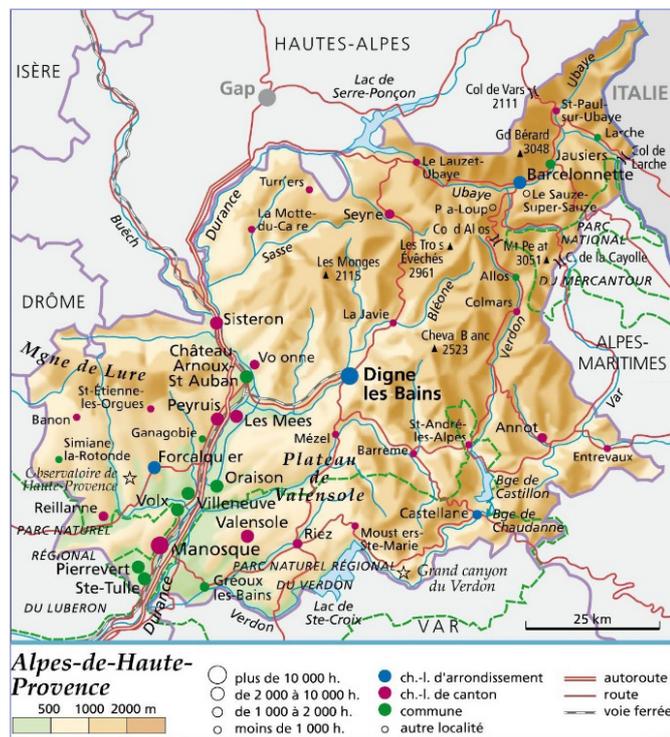


Figure 1 : Le département des Alpes-de-Haute-Provence (Source : Encyclopédie Larousse)

Localisé au centre géographique de la région, entre Provence et haute-montagne, le département des Alpes-de-Haute-Provence est le plus vaste de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur : sa superficie de près de 6 924 km² représente 22 % du territoire régional. C'est un territoire d'arrière-pays, où plus de la moitié de la population (59 %) vit en milieu rural (1). Ce département, localisé au centre de la région, est entouré par les départements des Alpes-Maritimes, du Var, de Vaucluse, de la Drôme et des Hautes-Alpes et est frontalier de l'Italie.

Avec 1,4 % de surfaces artificialisées en 2018, contre 7,2 % dans la région, les Alpes-de-Haute-Provence constituent le département le moins urbanisé de la région et le 2^{ème} le moins urbanisé de France métropolitaine. Ce territoire est très largement occupé par les espaces naturels (79,2 %, contre 67,5 % dans la région) et agricoles (18,9 %) (Source : CORINE Land Cover - CGDD-SDES 2018).

Ce département présente une grande diversité topographique et paysagère, réparti en 47 unités paysagères. On peut notamment distinguer : au sud-ouest du département les collines et plateaux de Haute-Provence, séparés en deux par la Durance ; les Préalpes, territoire de moyenne montagne s'étendant entre le nord-ouest et le sud-est du département, et enfin, les montagnes alpines, couvrant un quart du département (2) (Figure 1). Différents sites naturels

renommés sont localisés dans les Alpes-de-Haute-Provence (gorges du Verdon, lacs de Serre-Ponçon et d'Allos, plateau de Valensole, Luberon...) et génèrent une grande attractivité touristique. Enfin, ce territoire accueille de nombreux sites protégés, parmi lesquels un Parc National (le Mercantour), deux Parcs Naturels Régionaux (Le Luberon et le Verdon), ainsi que la plus grande Réserve géologique d'Europe (2).

6 sous-territoires singuliers au sein du département

Ce département peut être découpé en 6 sous-territoires singuliers : la vallée de l'Ubaye, le Sisteronais Buëch, la Haute-Provence, le Verdon, le pays Dignois et les grandes Alpes (Figure 2).

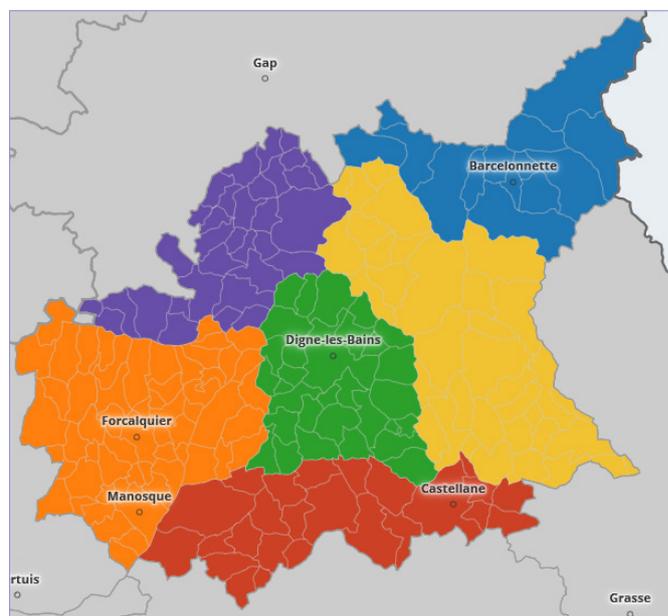


Figure 2 : Zonage du département des Alpes-de-Haute-Provence en 6 sous-territoires – Proposition de l'ORS Paca

➔ **Le Sisteronais Buëch** est situé au nord-ouest des Alpes-de-Haute-Provence, entre la Provence et les Alpes, à la frontière avec les Hautes-Alpes et la Drôme. Ce territoire d'arrière-pays, largement occupé par les espaces naturels et agricoles et bénéficiant d'une bonne desserte routière et ferroviaire, bénéficie d'une attractivité résidentielle et touristique importante.

➔ **La vallée de l'Ubaye** se situe à l'extrémité nord-est du département, à la frontière avec l'Italie. Ce territoire est organisé autour de l'Ubaye, dernier cours d'eau à débit naturel des Alpes, et est encaissé entre des montagnes dont certains sommets dépassent 3 000 m d'altitude. La ville centre de ce territoire est Barcelonnette.

➔ **La Haute-Provence** est un territoire constitué de plateaux, collines et vallées, situé au sud-ouest du département, entre Manosque et Digne-les-Bains. La vallée de la Durance, artère du département, coupe

le territoire en deux et sépare le Luberon du plateau de Valensole. Bénéficiant de la présence de l'autoroute A51 et d'un réseau ferroviaire, ce secteur présente une bonne accessibilité à la métropole d'Aix-Marseille.

→ **Le pays Dignois** est un territoire localisé au centre géographique des Alpes-de-Haute-Provence, entre montagnes et val de Durance. Ce territoire à dominante rurale est organisé autour de la commune de Digne-les-Bains, préfecture des Alpes-de-Haute-Provence et 2^{ème} commune la plus peuplée du département.

→ **Le Verdon** est le territoire situé le plus au sud du département, à la frontière avec le Var, au cœur du parc régional du Verdon. Ce territoire, composé de vallées montagneuses et de gorges, est difficilement accessible mais a une vocation touristique très développée.

→ **Les grandes Alpes** est un territoire de montagne frontalier des Alpes-Maritimes, qui regroupe les vallées de la Blanche et du haut Verdon. L'économie de ce territoire s'est construite autour du tourisme de montagne.

Les déplacements : un enjeu majeur dans les Alpes-de-Haute-Provence

De par sa localisation au centre de la région et sa topographie, le département des Alpes-de-Haute-Provence est confronté à des problématiques importantes de mobilité. Le relief compartimente le territoire et rend difficile la desserte des vallées encaissées, divisant le pays en autant de terroirs ne communiquant que très peu avec l'extérieur.

La topographie de ce territoire a également limité le développement de l'offre de transports en commun, constituée de 125 équipements de transport en 2020, soit 0,8 équipements de transport pour 1 000 habitants, le deuxième taux le plus faible de la région (1,4 équipements pour 1 000 habitants) après le Vaucluse (Source : Insee, Base Permanente des Equipements 2020). Par exemple, en ce qui concerne le réseau ferroviaire, le département ne compte que 4 gares en 2022 (Manosque-Gréoux-les-Bains, La Brillanne-Oraison, Château-Arnoux-Saint-Auban et Sisteron). Ainsi, plus d'1 Bas-Alpin sur 3 met plus d'une demi-heure pour accéder à une gare, contre 5 % dans la région (1). Un autre problème tient aux horaires et à une fréquence insuffisante de passage des transports en commun (3).

À l'ouest du département, le secteur de la vallée de la Durance fait exception et bénéficie d'une meilleure desserte routière et ferroviaire. Cette vallée est longée selon un axe nord-sud par un axe autoroutier (A51) reliant les départements alpins à l'agglomération

d'Aix-Marseille et par la ligne TER Briançon-Marseille. Par ailleurs, l'agglomération de Manosque et la commune de Digne-les-Bains disposent d'un réseau de transports urbains. Les déplacements sont par contre plus difficiles dans le reste du département, et notamment dans les zones de haute-montagne et les vallées enclavées situées en périphérie du département, desservies le plus souvent par des routes sinueuses et engendrant souvent des temps de trajet longs. Les difficultés de mobilité y sont renforcées l'hiver par les conditions météorologiques, mais aussi pendant les saisons touristiques estivale et hivernale occasionnant un afflux important de touristes.

Chaque jour, de nombreux actifs se rendent sur leur lieu de travail en voiture. Les mobilités domicile travail sont concentrées sur 6 centres d'emploi (Digne, Manosque, Sisteron, et dans une moindre mesure Forcalquier, Barcelonnette et Castellane-Saint André les Alpes) (3) et impliquent des trajets relativement longs, de 23 kilomètres en moyenne. En 2019, environ 1 actif occupé sur 5 (20,5 %) travaillait à plus de 30 minutes de son domicile (région : 22,9 %). La voiture reste le principal mode de déplacement des actifs (80,8 % en 2019 ; région : 72,6 %), alors que l'utilisation des transports en commun reste très minoritaire (2,9 %) et la moins fréquente de la région (10,6 %) (Source : Insee RP 2019).



En 2020, 179 accidents corporels de la circulation ont été dénombrés dans les Alpes-de-Haute-Provence : ils ont donné lieu à 15 décès et 96 hospitalisations (Source : Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR), fichier BAAC (bulletins d'analyse des accidents corporels de la circulation). La majorité des accidents de la route (74 %) ont lieu hors agglomération et pendant la saison estivale, entre juin et septembre (4). Une augmentation significative du nombre d'accidents est constatée au sein du département (+ 58 % entre 2010 et 2020), contrairement à la tendance régionale (- 47 %) (5).

Entre 2013 et 2017, 13 décès liés à un accident de la circulation ont été enregistrés en moyenne chaque année dans le département, représentant une surmortalité significative par rapport à la région de + 47,3 %. Une surmortalité par rapport à la région a également été relevée dans le territoire de Haute-Provence (+ 52,9 %) (Source : Inserm CépIDC 2013-2017, www.sirsepa.org). À noter cependant que le taux de mortalité par accidents de la route est en baisse dans le département (- 46 % entre 2001-2005 et 2013-2017), comme dans la région (- 51 %).

Des inégalités d'accès aux équipements au sein du département

En 2020, les Alpes-de-Haute-Provence étaient dotés d'environ 9 500 équipements, soit un taux de 58,1 équipements pour 1 000 habitants, un peu plus élevé que dans la région (54,7 équipements pour 1 000 habitants). Du fait de sa spécificité touristique, les commerces, les services aux particuliers ou les équipements sportifs sont nombreux. En revanche, pour les services de santé et les équipements de transport, le niveau d'équipement est inférieur à celui de la région (*Source : Insee, Base permanente des équipements 2020*).

Le taux d'équipement global du département masque des temps d'accès aux équipements élevés et d'importantes inégalités territoriales. Les équipements sont principalement implantés dans les villes (Manosque, Digne-les-Bains et Sisteron notamment), le long des principaux axes de circulation, ainsi que dans les communes touristiques. Les Alpes-de-Haute-Provence constituent le département de la région où la population est la plus éloignée en moyenne des équipements : en 2016, plus d'1 habitant sur 5 résidait à plus de 15 minutes des équipements de la gamme intermédiaire (22 %) et à plus de 30 minutes de la gamme supérieure (23 %)^[1] (*Figure 3*). Les temps d'accès aux équipements étaient particulièrement élevés dans la moitié est du département, dans le Verdon, les Grandes Alpes et la vallée de l'Ubaye.

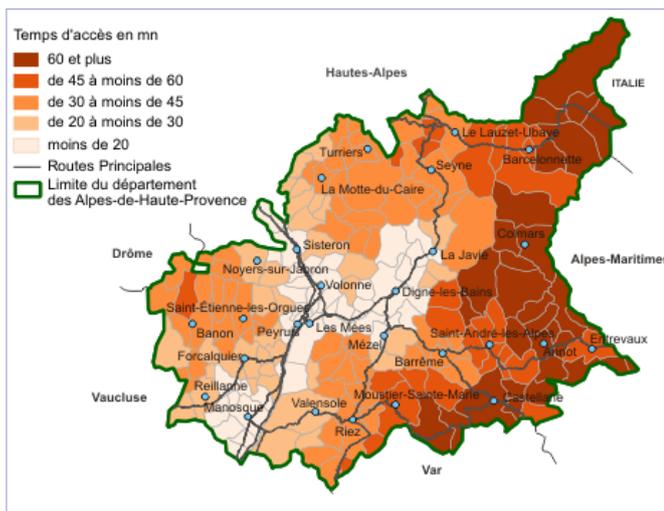


Figure 3 : Temps d'accès moyen aux équipements de la gamme supérieure dans les communes des Alpes-de-Haute-Provence (*Source : Insee BPE 2018, RP, distancier Métric*)

[1] La gamme d'équipements de proximité comprend les équipements les plus courants, tels que la boulangerie, l'école élémentaire ou le médecin généraliste. La gamme intermédiaire comporte des équipements moins fréquents, comme le collège, le supermarché, le laboratoire d'analyses médicales, ou encore l'école de conduite. Enfin, la gamme supérieure renvoie aux équipements les plus rares, comme l'hôpital, le lycée ou l'hypermarché.



L'accès aux équipements est un facteur déterminant du bien-être des habitants, des liens sociaux, de la participation sociale au sein d'un territoire mais aussi un déterminant majeur de l'attractivité des territoires. En général, les personnes résidant en milieu urbain accèdent plus rapidement et à davantage d'équipements et services de proximité que celles résidant en milieu rural et péri-urbain. Cependant, la question de l'accès aux équipements ne se résume pas à la simple question de la présence ou l'absence d'une offre à proximité du lieu de résidence. Pour être fréquentés, les équipements doivent être accessibles, y compris aux personnes à mobilité réduite, répondre aux attentes et besoins des habitants, et assurer un sentiment de sécurité dans et aux abords des équipements.



Une activité économique présente et une forte saisonnalité de l'emploi

En 2020, les Alpes-de-Haute-Provence comptabilisaient environ 15 800 entreprises et en 2019, près de 59 000 emplois. Plus d'un tiers des emplois référencés dans le département (37,3 %) étaient localisés dans les communes de Manosque (22,0 %) et de Digne-les-Bains (15,3 %). Entre 2013 et 2019, le nombre d'emplois a stagné dans le département (+ 0,0 %), contrairement à la tendance régionale (+ 2,1 %) (Source : Insee RP 2019 et REE-Sirene 2013-2018).

Le poids de l'économie présente est très important dans ce département : au 31 décembre 2019, 4 emplois salariés sur 10 (40,8 %) étaient dans le secteur des commerces et des services (transports, hébergement restauration, information et communication...) (région : 49,7 %) et la même proportion (40,6 %) dans les administrations publiques (région : 34,6 %). D'ailleurs, parmi les 10 premiers employeurs du département, 7 sont des employeurs publics.

L'industrie représente 1 emploi sur 10 dans les Alpes-de-Haute-Provence (10,6 %), la proportion la plus élevée de la région (10,6 %). Historiquement, l'industrie locale s'est développée autour de la production chimique et d'énergie. Aujourd'hui, l'industrie du département connaît un nouvel essor grâce aux filières cosmétiques (fabrication de produits de beauté, parfums) et agro-alimentaires (transformation des produits d'origine animale, fruits et légumes). Les plus gros employeurs du département sont l'Occitane à Manosque (cosmétiques), Sanofi à Sisteron (pharmacie) et Arkema à Château-Arnoux-Saint-Auban (chimie). Par ailleurs, 3 pôles de compétitivité comptent des entreprises implantées dans le département : le pôle de compétitivité Parfums Arômes Senteurs Saveurs (PASS), Cap Energies dans le domaine des énergies renouvelables, Terralia-Pass (filiale aromatique et cosmétique, notamment la lavande) et Pégase (industrie aéronautique et spatiale) (6).

L'agriculture

- ▶ 199 350 hectares de surfaces agricoles utiles (29 % du département) en 2022, dont 28 % en agriculture biologique ou en conversion (7) ;
- ▶ Une activité agricole orientée vers les grandes cultures (plantes à parfum, aromatiques et médicinales) à l'ouest et l'élevage ovin et caprin à l'est (7) ;
- ▶ Les Alpes-de-Haute-Provence : 1^{er} producteur national d'essence de lavandin, 3^{ème} producteur de lavande (7) ;
- ▶ Nombreuses AOP (huile d'olive, fromage de Banon...) et IGP (agneau de Sisteron, petit épeautre...).



Accès à une alimentation de qualité : disposer d'une production agricole diversifiée, locale et respectant la saisonnalité est une opportunité pour la population de manger sainement et durablement. Les consommateurs privilégient de plus en plus une alimentation de qualité valorisant les productions des territoires (8) ;

Risques professionnels : l'agriculture est un secteur à risque, de par le nombre et la gravité des accidents du travail qu'il engendre (9). Les salariés sont exposés à des risques professionnels variés (gestes répétitifs, utilisation de machines dangereuses, exposition aux pesticides et engrais, etc.). Par ailleurs, un excès de risque de décès par suicide a été observé chez les agriculteurs (10) ;

Exposition de la population aux pesticides : les niveaux d'imprégnation de la population restent mal connus, mais deux études réalisées par Santé Publique France suggèrent une exposition généralisée de la population aux pesticides à usage domestique ou agricole à long terme, mais à faible dose (11). Pour 93 % des habitants de la région, les pesticides représentent un risque pour la santé (8).

Le tourisme

- ▶ Double saisonnalité touristique (été et hiver) ;
- ▶ 3 grandes destinations touristiques : Verdon, Alpes-Mercantour et Haute-Provence Lubéron ;
- ▶ Deux filières majeures : le thermalisme (thermes de Gréoux-les-Bains et de Digne-les-Bains) et les sports d'hiver ;
- ▶ Environ 2,4 millions de touristes par an, une population multipliée par 2 l'été ;
- ▶ Environ 40 400 résidences secondaires, soit près d'un tiers du parc de logements (31,1 %) en 2019 : 2^{ème} proportion la plus élevée de la région (17,8 %) derrière les Hautes-Alpes.



Le tourisme peut entraîner une saturation majeure des espaces naturels et des équipements. Il produit une pression supplémentaire sur les milieux et écosystèmes terrestres et marins déjà fragiles. Il soulève la problématique de la gestion des ressources en eau et en énergie ainsi que la gestion des déchets issus de l'activité humaine.

Pendant la saison touristique, la population augmente de façon importante, ce qui peut occasionner la saturation des équipements de santé et impacter l'activité des professionnels de santé du territoire. Ainsi, dans la région, les services d'urgences enregistrent une hausse de + 12 % de leur activité pendant l'été (12).

Les travailleurs saisonniers

L'agriculture et le tourisme constituent les principaux secteurs employeurs de travailleurs saisonniers. Ce public constitue une population vulnérable sur les plans sanitaire et social (précarité de l'emploi et du logement, faibles revenus). Les saisonniers sont exposés à des risques professionnels spécifiques à leur activité et sont particulièrement concernés par les accidents du travail. Ils rencontrent également des difficultés d'accès aux soins. Enfin, la mobilité de ce public complique le suivi médical et la traçabilité de leurs expositions professionnelles (13,14).

L'un des départements de la région le moins touché par la pollution atmosphérique

Dans les Alpes-de-Haute-Provence, les principaux émetteurs de polluants sont le transport routier, responsable de plus de la moitié des émissions de dioxydes d'azote (55 %), et le secteur résidentiel et tertiaire, à l'origine de la moitié des émissions de particules fines (51 %). L'industrie intervient également dans les émissions des particules fines, à hauteur de 10 %. Enfin, l'agriculture est un émetteur prépondérant d'autres polluants tels que les Composés Organiques Volatils Non Méthaniques (93 %) et l'ammoniac (97 %). Les émissions d'ammoniac des Alpes-de-Haute-Provence représentent plus de 16 % des émissions régionales (15).

Les Alpes-de-Haute-Provence constituent l'un des départements de la région les moins touchés par la pollution atmosphérique. Cependant, la pollution photochimique reste fréquente en période estivale au sein de ce territoire. Les vallées de la Durance et de la Bléone, rassemblant zones urbaines, axes routiers, activités agricoles et industrielles, sont les secteurs les plus concernés par la pollution atmosphérique dans le département (Figure 4).

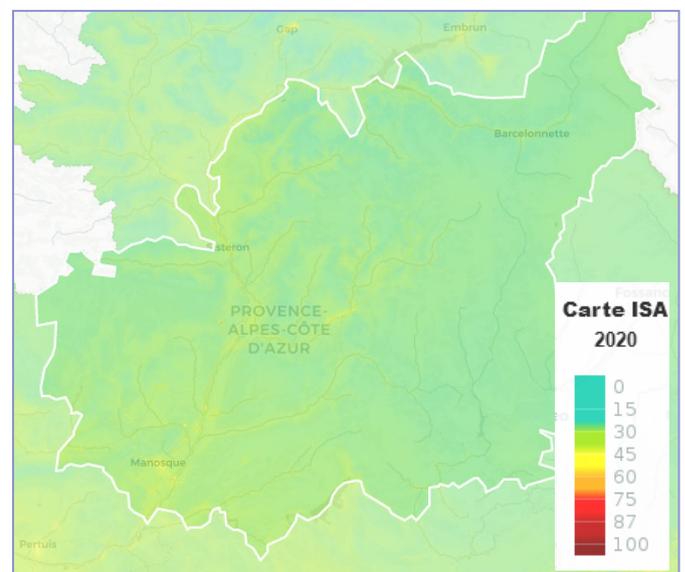


Figure 4 : Indice Synthétique Air (ISA) dans les Alpes-de-Haute-Provence en 2020 (Source : Atmosud 2020)

Dans le département, les principaux enjeux liés à la qualité de l'air concernent le brûlage des déchets verts dans les zones périurbaines et rurales, le chauffage au bois et l'impact des aménagements sur la qualité de l'air (15).

Ces dernières années, la qualité de l'air s'est améliorée pour la plupart des polluants dans les Alpes-de-Haute-Provence, comme dans le reste de la région. Par exemple, les émissions de dioxyde d'azote et de

particules fines (PM_{2,5}) y ont baissé de respectivement 40 % et 50 % depuis 2000. L'ozone est le seul polluant pour lequel on observe une stagnation des niveaux de pollution, ne permettant pas de diminuer la pollution chronique. Une diminution des épisodes de pollution est toutefois constatée (15).

En 2020, dans les Alpes-de-Haute-Provence, plus de 8 habitants sur 10 (85,9 %) étaient exposés à une concentration moyenne d'ozone dépassant la valeur cible de l'Union Européenne (120 µg/m³ en maximum journalier de la moyenne sur 8h, à ne pas dépasser plus de 25 jours par an), davantage que dans la région (73,1 %). (Source : AtmoSud 2020). Par contre, aucun habitant n'était exposé à une concentration moyenne de dioxyde d'azote (NO₂) ou de particules fines (PM₁₀) supérieure à la valeur OMS (région : respectivement 0,1 % et 4,4 %)



Points de repères sur les impacts sanitaires de la pollution atmosphérique

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la pollution atmosphérique constitue le principal risque environnemental pour la santé. Chaque jour, un adulte inhale 10 000 à 20 000 litres d'air en fonction de sa morphologie et de ses activités. Cet air contient des polluants d'origine naturelle ou résultant d'activités humaines, dont la pénétration dans l'organisme peut avoir des conséquences sur la santé à court et long terme. Même à de faibles niveaux de concentration, une exposition chronique à la pollution de fond peut induire des effets sanitaires très importants aux niveaux populationnel et individuel : perte d'espérance de vie (jusqu'à 27 mois dans les zones les plus exposées (16), augmentation de la mortalité, développement de maladies cardiovasculaires, de maladies respiratoires chroniques ou aigues et du cancer du poumon. Des études récentes montrent également le rôle de la pollution de l'air sur les troubles de la reproduction, les troubles du développement de l'enfant, les affections neurologiques et le diabète de type 2 (17,18).

- ▶ D'après les estimations de Santé Publique France, l'exposition chronique à la pollution liée aux particules fines engendrerait environ 40 000 décès prématurés en France chaque année (19) ;
- ▶ En 2017, 4 habitants de la région sur 10 jugeaient que les pics de pollution et les niveaux de pollution quotidienne de l'air les exposaient à des risques pour la santé « plutôt ou très élevés ». La même proportion de répondants a déclaré avoir déjà ressenti les effets de la pollution de l'air extérieur sur leur santé ou celle de leur entourage proche (8).

Un département exposé à de multiples risques naturels

Le climat des Alpes-de-Haute-Provence est à la fois méditerranéen et continental. Au sein de ce territoire, les risques sont à la fois très localisés et présents sur de nombreux sites. Cinq risques naturels sont présents dans le département : les inondations, les mouvements de terrain, les incendies de forêt, les avalanches et les séismes. En 2021, 16 communes étaient concernées par 3 risques naturels potentiels (8 %), 155 communes par 4 risques potentiels (78 %) et 26 communes par 5 risques potentiels (13 %).

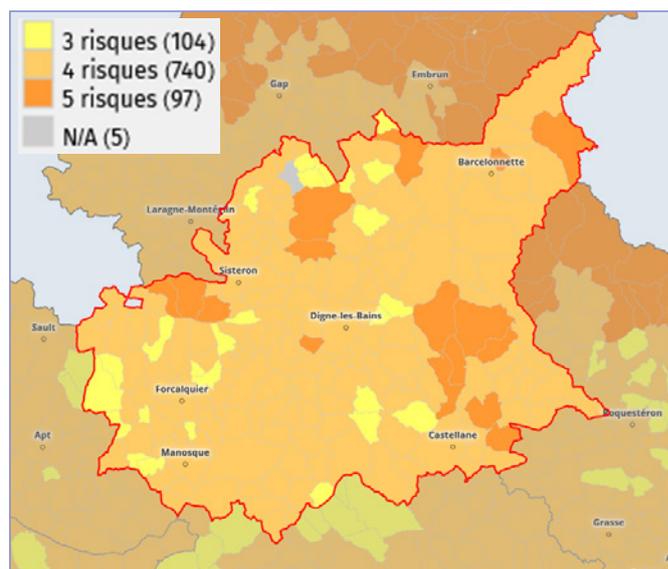


Figure 5 : Nombre de risques naturels potentiels par commune (Source: base Gaspar 2022, www.sirsepaca.org)

A cette date, plus d'1 commune sur 3 (37,9 %) était couverte par au moins un Plan de Prévention des Risques Naturels (région : 56,4 %) (Source : Ministère de la transition écologique et solidaire, Direction générale de la prévention des risques, base Gaspar 2021).

Les changements climatiques particulièrement importants dans l'arc méditerranéen, intensifient les enjeux liés aux risques naturels.

Les feux de forêt

- ▶ Le 4^e département le plus boisé de France (61 %) (20) ;
- ▶ De 1982 à 2022, 1 853 feux ont détruit environ 14 900 Ha de forêt dans le département (21) ;
- ▶ La Haute-Provence : un territoire avec un risque élevé d'incendie (aléa fort/très fort), des zones densément peuplées et/ou touristiques (22).

Les mouvements de terrain

- ▶ Différents types de mouvements de terrain présents dans le département : chutes de pierres et blocs, glissements de terrain, coulées boueuses, affaissement et effondrement de cavités souterraines, retrait-gonflement des argiles (23) ;
- ▶ Des risques d'effondrement liés à l'existence d'anciens sites miniers ou carrières dans 16 communes de Haute-Provence (23)^[2].

Les inondations

- ▶ Des risques de crues torrentielles qui concernent de nombreuses rivières : Durance, Ubaye, Var, Verdon, Asse, Bléone... (23) ;
- ▶ Un risque d'inondations lié au ruissellement pluvial urbain dans les grandes agglomérations (Manosque, Digne, Château-Arnoux...) (23) ;
- ▶ En 2016, 17 % des habitants des Alpes-de-Haute-Provence résident en zone inondable (24) ;
- ▶ Un tiers des chambres d'hôtel et un quart des campings du département sont localisés en zone inondable (24) ;
- ▶ 52 communes concernées par le risque de rupture de barrages (Serre-Ponçon, Sainte-Croix, Castillon, Chaudanne, Gréoux et Quinson) (23).

Les avalanches

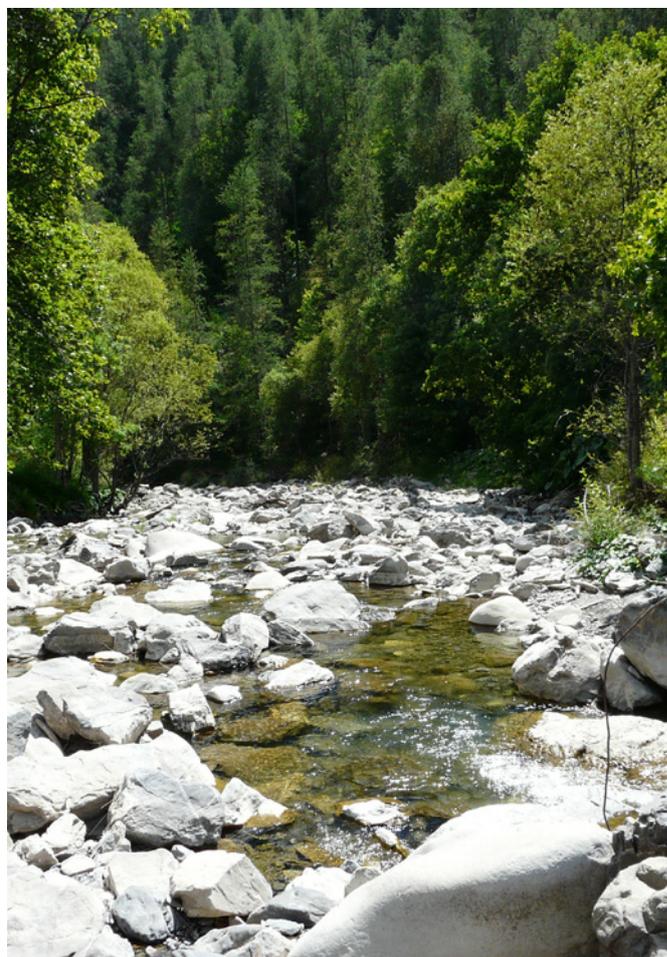
- ▶ 36 communes concernées par le risque d'avalanches dans le département, notamment dans l'Ubaye et le Haut-Verdon (23) ;
- ▶ 10 communes couvertes par un Plan de Prévention des Avalanches (Source : base Gaspar, 2020).



Les catastrophes naturelles constituent un problème majeur de santé publique, en ce sens qu'elles touchent un grand nombre de personnes et ont des conséquences physiques, psychologiques et sociales importantes. Ces conséquences peuvent survenir rapidement après la catastrophe, ou de façon différée, et perdurer plusieurs années.

Les conséquences somatiques sont variables et dépendent notamment du type de catastrophe naturelle ainsi que des niveaux d'exposition : décès, traumatismes, brûlures, hypothermies, infections bactériennes, affections cardio-vasculaires, etc. Les conséquences psychologiques sont également nombreuses (troubles anxieux et dépressifs, état de stress post-traumatique, suicides, etc.), de même que les conséquences sociales (relogement, pertes matérielles, difficultés financières, interruption d'activité professionnelle, etc.) (25,26). En France, plusieurs études ont mis en évidence la survenue et la persistance de troubles psychologiques après des catastrophes naturelles (25,26).

- ▶ Entre 1987 et 2016, les catastrophes naturelles ont provoqué le décès de 13 personnes dans les Alpes-de-Haute-Provence (Source : Inserm CépiDC 2013-2017, exploitation ORS Paca).



[2] Risque minier qui concerne les communes de Dauphin, Fontienne, Forcalquier, Manosque, Pierrevert, Saint-Maime, Saint-Martin-les-Eaux, Saint-Michel-L'observatoire, Sigonce, Sourribes, Villemus, Villeneuve, Volx et risque carrières à Entrepierres, Saint-Geniez, Saint-Jurs.



Des changements climatiques rapides et marqués dans les milieux montagneux

Malgré une contribution modeste aux émissions de gaz à effet, les territoires de montagne subissent des changements climatiques plus rapides et plus marqués qu'en plaine. Ils se manifestent notamment par le recul des glaciers, un enneigement en basse et moyenne altitude moins abondant, ou encore une période estivale plus marquée (27).

Dans le département des Alpes-de-Haute-Provence, les conséquences liées aux changements climatiques sont déjà visibles, mais devraient encore s'accroître dans les années à venir.

La hausse des températures

- ▶ Une température de l'air qui a augmenté de près de 2°C par rapport à l'ère préindustrielle dans les Alpes du Sud, contre une hausse d'environ 1°C à l'échelle mondiale (27) ;
- ▶ Un réchauffement plus marqué en été (+ 0,4 à 0,5 °C par décennie) qu'en hiver (0,1 °C par décennie) (27) ;
- ▶ Une augmentation importante du nombre de journées où la température dépasse 30°C en vallée (27).

La diminution de l'enneigement

- ▶ Constat d'un recul des glaciers et d'une diminution de l'enneigement, notamment à basse et moyenne altitude : diminution d'environ 20 cm de l'épaisseur moyenne de la couche neigeuse et d'un peu moins de 50 cm de la hauteur maximale de neige (27).

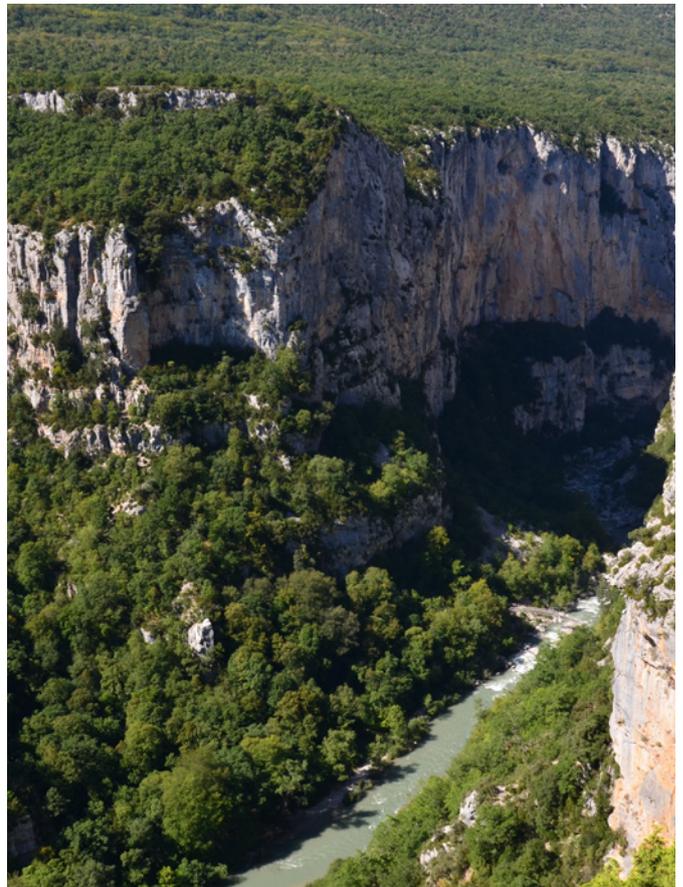
Une augmentation des risques naturels

- ▶ Augmentation du risque d'incendies, notamment à basse altitude ;
- ▶ Réduction de la biodiversité ;
- ▶ Baisse de la stabilité des sols cimentés par le gel et augmentation des risques de glissements de terrain et d'effondrements rocheux (27).

Les changements climatiques ont des effets directs sur la santé liés à l'augmentation des températures, des rayonnements UV, aux événements climatiques extrêmes et aux risques de maladies à transmission vectorielles. Ils ont également des effets sanitaires indirects liés à la dégradation de la qualité de l'air (augmentation de la pollution atmosphérique, production accrue de pollens, etc.), mais aussi à la dégradation de la qualité des sols et de l'eau. De plus, les changements climatiques aggravent les risques sanitaires existants (28,29).

Les pics de chaleur peuvent engendrer un stress thermique, un inconfort, des coups de chaleur, une déshydratation et aggraver des maladies chroniques préexistantes. Les personnes âgées, les jeunes enfants, les personnes souffrant de maladies chroniques sont plus vulnérables à ces effets que le reste de la population (30,32). Ainsi, la canicule d'août 2003 a engendré environ 14 800 décès en excès en France métropolitaine (33).

L'exposition excessive au soleil peut, à court terme, provoquer des inflammations cutanées et oculaires, des insolation ou déshydratations. Toute nouvelle exposition aux UV, quel que soit l'âge, augmente le risque de développer ces différentes pathologies (cataracte corticale, cancers cutanés, etc.). L'enfance et l'adolescence sont des périodes critiques (34,35).





Une qualité de l'eau potable qui s'améliore, mais qui reste moins bonne que dans la région

Dans les Alpes-de-Haute-Provence, 514 captages publics, soit 26,9 % des ouvrages de la région, ont permis de prélever en moyenne chaque année 17,6 millions de m³ d'eau sur 2015-2017, dont 27 % pour l'alimentation en eau potable de la population et 61 % pour l'agriculture, l'élevage et l'irrigation, la proportion la plus élevée de la région (36).

Au 31 Décembre 2017, 42,9 % des captages bénéficiaient d'une protection administrative par une déclaration d'utilité publique (DUP) dans les Alpes-de-Haute-Provence, un chiffre en nette augmentation par rapport à 2015. Une DUP était également engagée pour 23,9 % des captages du département (36).

La qualité des eaux de consommation

- ▶ 454 unités de distribution (UDI) dans les Alpes-de-Haute-Provence, la plupart (84 %) de petite taille (36) ;
- ▶ 86 % de la population desservie par une eau avec un taux de conformité bactériologique supérieur à 95 % sur la période 2015-2017 (région : 97,2 %), 14 % par une eau avec un taux de conformité bactériologique compris entre 70 et 95 % (36) ;
- ▶ 1 % de la population desservie par une eau avec un taux de conformité inférieure à 70 % (région : 0,15 %), contre 7 % sur la période 2007-2009 (36) ;
- ▶ 1,3 % de la population desservie par une eau présentant des pesticides dépassant la limite réglementaire pendant plus de 30 jours mais ne présentant pas de risques sanitaires (36).



Le risque infectieux se manifeste principalement par des troubles intestinaux et gastriques généralement bénins mais qui peuvent avoir des conséquences plus graves, notamment sur des populations sensibles (personnes âgées, immunodéprimés, jeunes enfants). La nature, la virulence des germes et la dose ingérée sont d'autres facteurs qui interviennent dans la gravité de l'infection.

De nombreuses substances chimiques peuvent être présentes dans l'eau (métaux lourds, plastifiants, hydrocarbures aromatiques polycycliques, résidus de médicaments...). Certaines de ces substances (arsenic, mercure, chrome, hydrocarbures, nitrates) sont susceptibles de favoriser, sur le long terme, l'apparition de certains cancers. L'action des résidus médicamenteux sur la santé est encore mal connue : les composés hormonaux pourraient induire des perturbations endocriniennes (altération de la croissance ou de la reproduction par exemple) et les antibiotiques pourraient favoriser le développement de bactéries résistantes qui seraient susceptibles d'infecter ensuite les animaux et l'homme (37).

Les effets sur la santé des pesticides en cas d'intoxication aiguë, liée à une absorption accidentelle par exemple, se manifestent par des troubles neurologiques, digestifs, cardiovasculaires, respiratoires, musculaires, dont la gravité va dépendre de la nature et de la quantité du produit ingéré.

Près d'1 logement sur 3 est une résidence secondaire dans les Alpes-de-Haute-Provence

En 2019, les Alpes-de-Haute-Provence comptaient environ 78 500 résidences principales^[3], dont deux tiers de maisons individuelles (67,5 %), la proportion la plus élevée de la région (42,2 %) et 29,9 % de logements avec une superficie supérieure à 100m² (région : 22,1 %).

En 2019, environ 6 ménages sur 10 (59,0 %) étaient propriétaires de leur logement, la 2^{ème} proportion la plus élevée de la région (54,4 %) derrière les Hautes-Alpes. Des différences peuvent cependant être relevées au sein du département. Par exemple, les maisons représentaient environ 3 logements sur 4 dans le Verdon (76,3 %) et les Grandes Alpes (72,3 %), contre un peu plus d'1 sur 2 dans l'Ubaye (54,7 %) et le pays dignois (55,8 %), voire encore moins dans les communes de Digne (38,3 %) et Manosque (44,3 %) (Source : Insee RP 2019).

En 2019, le département comptait environ 40 400 résidences secondaires, représentant près d'un tiers des logements (31,1 %), voire plus dans certains territoires touristiques comme l'Ubaye (69 %), les Grandes Alpes (67,3 %) ou le Verdon (45,6 %) (région : 17,8 %).

Le parc de HLM était composé de près de 6 300 logements sociaux dans le département en 2019, soit moins d'1 logement sur 10 (8,1 %), une proportion moins élevée que dans la région (11,6 %). Les communes de Manosque (22 %), Digne-les-Bains (21 %) et Sisteron (9 %) concentraient à elles-seules plus de la moitié du parc de logements sociaux du département. Les territoires des Grandes Alpes (3,6 %), du Verdon (4,5 %) et de l'Ubaye (5,1 %) se démarquaient par des proportions de logements sociaux presque deux fois moins élevés que dans l'ensemble du département. (Source : Insee RP 2019).

[3] Une résidence principale est un logement occupé de façon habituelle et à titre principal par le ménage. Il y a ainsi égalité entre le nombre de résidences principales et le nombre de ménages (Source : Insee).

Les risques liés à l'habitat

- ▶ En 2019, le département de la région avec la plus grande proportion de logements construits avant 1946 (21,1 %, région : 17,2 %) ;
- ▶ Davantage de logements anciens dans les territoires de montagne : 32,3 % dans les Grandes Alpes, 27,9 % dans l'Ubaye ;
- ▶ Un parc privé potentiellement indigne estimé à environ 4 700 logements en 2013 (6,7 % des logements) (Source : DGFIP (enquête FILOCOM) - Insee 2013) ;
- ▶ En 2015, 1 ménage sur 5 (20,6 %) en situation de vulnérabilité énergétique^[4] (région : 7 %), principalement des ménages avec des faibles revenus (38).



Vivre dans un habitat dégradé expose les occupants à des risques (sur-occupation, précarité énergétique, humidité, absence d'isolation thermique, plomb, chauffages défectueux, nuisibles ...), souvent cumulés, et pouvant porter atteinte à leur sécurité et à leur santé physique et psychologique (39,40).

Le risque radon

- ▶ L'un des 4 départements de la région concernés par le risque radon de niveau 3 (potentiel radon significatif), avec les Alpes-Maritimes, les Hautes-Alpes et le Var ;
- ▶ 2 communes de l'Ubaye avec un potentiel radon significatif (Barles et-Saint-Paul-sur-Ubaye) (Source : Base Gaspar - DDRM 2022).



L'exposition au radon dépend de la concentration en radon, du temps passé dans le logement et se cumule tout au long de la vie. Le radon est reconnu par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) comme un agent cancérigène, susceptible d'augmenter le risque de cancer du poumon. Il constituerait la seconde cause de décès par cancer du poumon après le tabac et devant l'amiante. Le risque de développer un cancer du poumon est en outre multiplié par 20 lorsqu'on associe l'exposition au tabac et au radon (41).

[4] Ménage qui consacre plus de 8 % de ses ressources à la fourniture des énergies essentielles.

2

LA POPULATION

L'ESSENTIEL

- ▶ Le département le moins densément peuplé de la région ;
- ▶ Plus de 9 communes sur 10 comptent moins de 2 000 habitants ;
- ▶ Un ralentissement de la croissance démographique dans le département, lié à une baisse du solde migratoire ;
- ▶ La population la plus âgée de la région : 1 habitant sur 8 âgé de 75 ans ou plus ;
- ▶ La proportion de diplômés de l'enseignement supérieur la plus faible de la région ;
- ▶ 1 habitant des Alpes-de-Haute-Provence sur 6 en situation de pauvreté.



Le département le moins densément peuplé de la région

En 2019, la population des Alpes-de-Haute-Provence s'élevait à 164 308 habitants, soit 3 % de la population régionale. Il s'agit du 2^{ème} département le moins peuplé de Provence-Alpes-Côte d'Azur en nombre d'habitants, mais également du territoire le moins densément peuplé de la région (23,5 habitants par km², contre 159,5 dans la région).

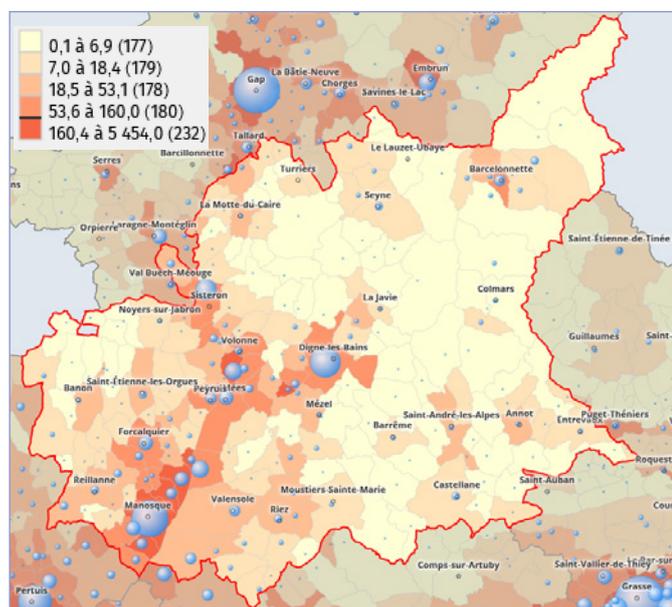
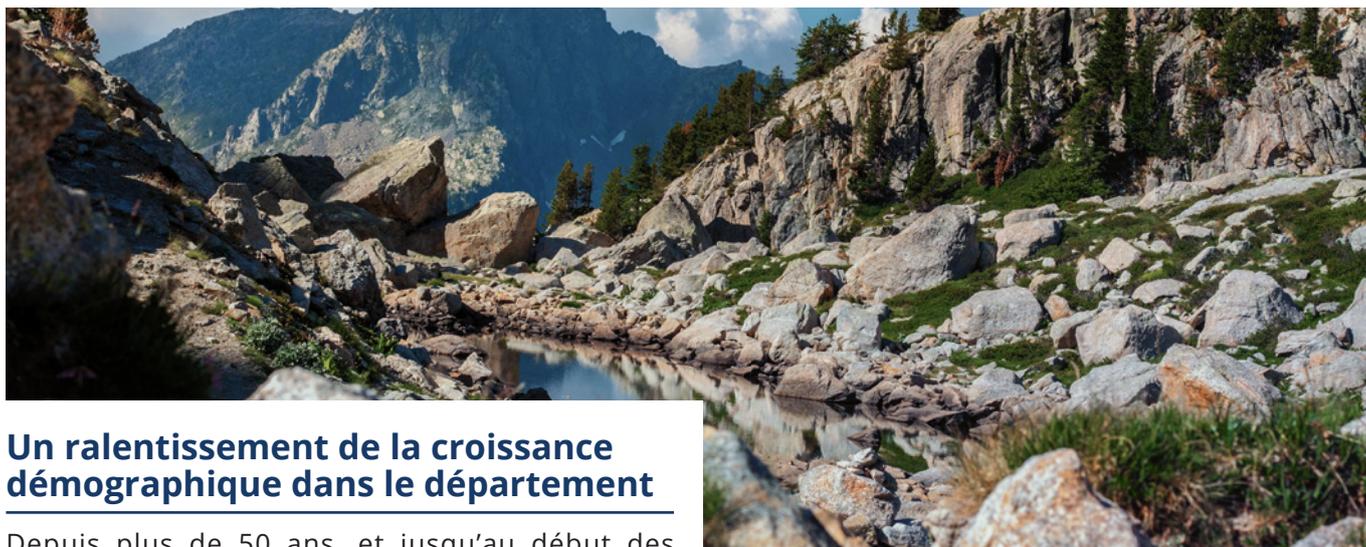


Figure 6 : Population municipale et densité de population (habitants par km²) par commune dans les Alpes-de-Haute-Provence (Source : Insee RP 2019)

La population basse-alpine est concentrée le long des principaux axes routiers et de la vallée de la Durance. Les deux principales communes des Alpes-de-Haute-Provence, Manosque (22 528 habitants en 2019) et Digne-les-Bains (16 482 habitants), rassemblent presque un quart de la population départementale (23,7 %). Le reste du territoire, rural et montagneux, est peu peuplé : sur les 198 communes des Alpes-de-Haute-Provence, plus de 9 sur 10 comptent moins de 2 000 habitants (92 %) (Figure 6).



Un ralentissement de la croissance démographique dans le département

Depuis plus de 50 ans, et jusqu'au début des années 2000, la population des Alpes-de-Haute-Provence a cru à un rythme élevé, bien supérieur à ceux de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et de la France métropolitaine. Cette tendance s'inverse depuis quelques années (42) : entre 2013 et 2019, la croissance démographique départementale était de + 0,2 % par an en moyenne (environ 400 nouveaux habitants chaque année), contre + 0,4 % dans la région (Source : Insee RP 2019).

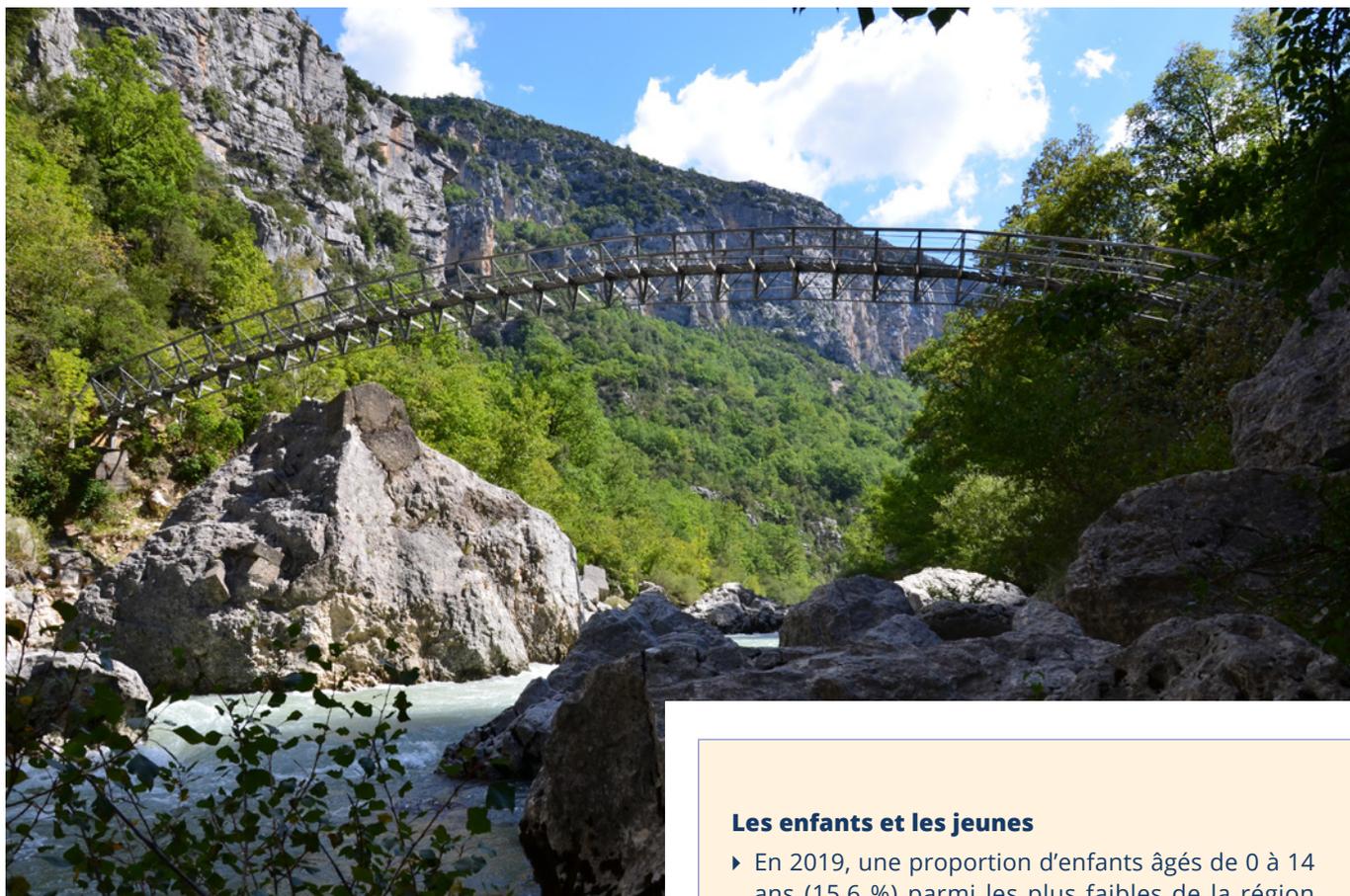
Entre 1999 et 2008, l'excédent migratoire a fait augmenter la population de + 1,4 % par an en moyenne. Par la suite, la contribution du solde migratoire à la croissance démographique a été quasiment divisée par trois (+ 0,5 % entre 2013 et 2019), bien que restant supérieure à la région (+ 0,2 %). Cette baisse importante freine la croissance démographique des Alpes-de-Haute-Provence. Contrairement à la tendance régionale (+ 0,2 %), le taux annuel moyen de variation de la population lié au solde naturel est négatif (- 0,3 % par an), reflétant le vieillissement de la population.

Entre 2013 et 2019, 3 sous-territoires ont vu leur population augmenter : le Sisteronais Buëch (+ 78 nouveaux habitants en moyenne chaque année), les Grandes Alpes (+ 42 nouveaux habitants) et la Haute Provence (+ 343 habitants). A l'inverse, la vallée de l'Ubaye, et dans une moindre mesure le Verdon ont perdu des habitants (respectivement - 46 et - 24 habitants) (Tableau 1).

L'ensemble des sous-territoires du département, à l'exception de la Haute Provence, présentaient un solde naturel négatif, reflétant le vieillissement de la population. Par contre, en ce qui concerne le solde migratoire, des différences territoriales pouvaient être relevées selon les territoires : la vallée de l'Ubaye et la Haute Provence étaient les seuls territoires à présenter un solde négatif. Les territoires des Grandes Alpes (+ 1,7 % par an), du pays dignois (+ 1,7 %) et le Sisteronais Buëch (+ 1,5 %) étaient ceux qui présentaient le solde migratoire le plus élevé et se démarquaient par leur attractivité (Tableau 1).

Tableau 1 : Taux annuel moyen de variation de la population dans les Alpes-de-Haute-Provence sur la période 2013-2019
(Source : Insee RP 2013-2019)

	Taux annuel moyen de variation de la population dans les Alpes-de-Haute-Provence, 2013-2019 (%)	Lié au solde naturel	Lié au solde migratoire
Sisteronais Buëch	+ 0,5 %	- 1,0 %	+ 1,5 %
Vallée de l'Ubaye	- 0,6 %	- 0,3 %	- 0,2 %
Haute Provence	+ 0,4 %	+ 0,6 %	- 0,2 %
Pays Dignois	0,0 %	- 1,7 %	+ 1,7 %
Verdon	- 0,2 %	- 1,2 %	+ 1,0 %
Grandes Alpes	+ 0,4 %	- 1,6 %	+ 2,0 %
Alpes-de-Haute-Provence	+ 0,2 %	- 0,3 %	+ 0,5 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	+ 0,4 %	+ 0,2 %	+ 0,2 %



Un tiers de la population âgée de 60 ans ou plus

En 2019, environ 34 500 personnes étaient âgées de 20 ans ou moins dans les Alpes-de-Haute-Provence : elles représentaient un peu plus d'1 habitant sur 5 (21,0 %), une des proportions les plus faibles de la région (22,4 %). Les jeunes étaient plus nombreux dans les villes du département, ainsi que dans la vallée de la Durance. A l'inverse, les moins de 20 ans étaient particulièrement peu nombreux à l'est du département, dans les zones de montagne (17,6 % dans les Grandes Alpes, 18,6 % dans le Verdon) et 19,8 % dans la vallée de l'Ubaye).

En parallèle, environ 55 100 personnes étaient âgées de 60 ans ou plus dans le département en 2019 : elles représentaient un tiers de la population du département (33,5 %), la proportion la plus élevée de la région (29,2 %). Deux sous-territoires se distinguaient par des chiffres particulièrement élevés : les grandes Alpes (39,1 %) et le Verdon (37,2 %) (Source : Insee RP 2019).

Les enfants et les jeunes

- ▶ En 2019, une proportion d'enfants âgés de 0 à 14 ans (15,6 %) parmi les plus faibles de la région (16,7 %) ;
- ▶ 13,4 % de jeunes âgés de 15 à 29 ans, le chiffre le plus bas de la région (16,1 %) ;
- ▶ Des constats valables dans tous les sous-territoires. (Source : Insee RP 2019)

Les personnes âgées

- ▶ 12,5 % de la population basse-alpine âgée de 75 ans ou plus (région : 11,2 %) en 2019 ;
- ▶ Des personnes âgées particulièrement nombreuses dans certaines villes du département (14,1 % à Manosque, 13,6 % à Sisteron) et dans le Verdon (13,5 %) ;
- ▶ Environ 2 000 personnes âgées de 75 ans ou plus résidant en établissement (9,8 % ; région : 8,1 %) ;
- ▶ D'après les estimations, environ 39 900 habitants seront âgés de 75 ans ou plus en 2050, soit 22,3 % de la population (région : 18,8 %) (Source : Insee, projections Omphale). (Source : Insee RP 2019)



Près de 4 ménages sur 10 composés d'une seule personne

En 2019, environ 78 500 ménages résidaient dans les Alpes-de-Haute-Provence : ils comprenaient en moyenne 2,04 personnes, contre 2,13 dans la région. Parmi ces ménages, près de 4 sur 10 (38,9 %) étaient composés d'une seule personne, une proportion plus élevée que dans la région (région 38,0 %). Ce type de ménages était particulièrement nombreux dans la commune de Digne-les-Bains (49,5 %), mais aussi dans les grandes Alpes (41,5 %) (Source : Insee RP 2019).

En 2019, environ 21 100 familles avec au moins un enfant de 25 ans résidaient dans les Alpes-de-Haute-Provence : elles représentaient 26,9 % des ménages, contre 30,1 % dans la région. L'ensemble des sous-territoires comptaient moins de familles que le reste de la région (Source : Insee RP 2019).

Les familles monoparentales

- ▶ Environ 6 100 familles monoparentales en 2019, soit près de 3 famille sur 10 (29,1 %) (région : 28,9 %);
- ▶ Mais environ 1 famille sur 3 dans le pays dignois (33,9 %) et dans le Verdon (32,9 %), 4 familles sur 10 dans les communes de Barcelonnette (44,1 %) et de Digne-les-Bains (40,8 %).

(Source : Insee RP 2019)

Les personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules

- ▶ Environ 7 700 personnes âgées de 75 ans ou plus (41,7 %) vivant seules (région : 42,3 % ; France : 42,5 %), davantage à Digne (50,2 %) et à Sisteron (44,9 %);
- ▶ Mais davantage dans certaines grandes villes : 50,3 % à Digne-les-Bains, 44,9 % à Sisteron.

(Source : Insee RP 2019)



Le monoparent, qui est souvent une femme, est plus souvent à temps partiel ou au, notamment en raison des problèmes de garde d'enfants. Malgré, les aides existantes, le niveau de vie médian des familles monoparentales est plus faible que celui des autres familles (43).



Les personnes âgées vivant seules présentent un risque d'isolement social, pouvant favoriser la perte d'autonomie et un retard dans le repérage des problèmes de santé. En outre, le recours tardif aux soins peut se traduire par un accroissement des hospitalisations.



Des revenus moins élevés que dans la région

En 2019, le département présentait un revenu annuel médian (20 140 €) inférieur à la moyenne régionale (21 340 €). Néanmoins, ce revenu pouvait varier du simple au double, de 14 990 € à 26 680 € selon les communes (Source : Insee RP 2019). Globalement, les revenus les plus élevés étaient observés dans la vallée de la Durance et en périphérie des grandes villes du département. A l'inverse, les revenus les plus faibles étaient relevés dans les zones de montagne (Grandes Alpes, Haut Verdon) mais aussi dans le Sisteronais (Figures 7 et 8).

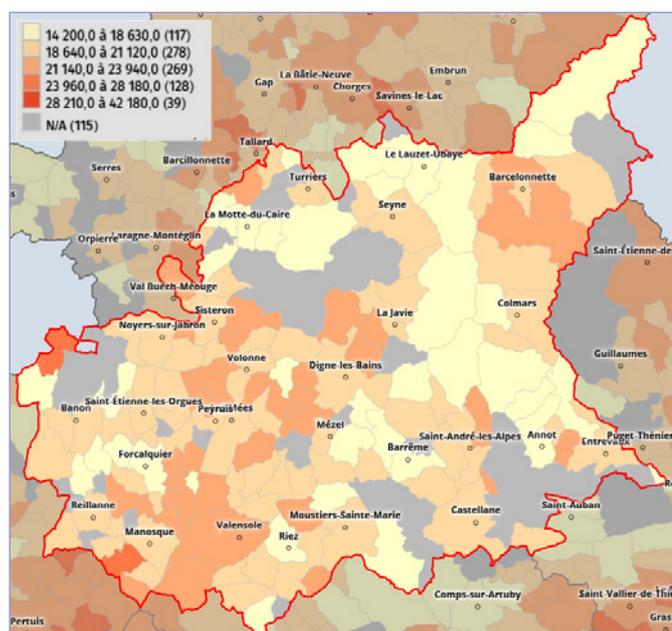


Figure 7 : Revenu fiscal médian (euros par unité de consommation) par commune dans les Alpes-de-Haute-Provence en 2019 (Source : Insee, Direction générale des finances publiques (DGFiP), Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi 2019))

En 2019, le rapport interdécile des revenus^[5], c'est-à-dire le rapport entre les revenus des 10 % des ménages les plus aisés et ceux des 10 % les plus pauvres était de 5,3 dans les Alpes-de-Haute-Provence, parmi les plus faibles de la région (rapport de 7,1).

La pauvreté

- ▶ 16,6 % de ménages pauvres^[6] en 2019, contre 17,1 % dans la région ;
- ▶ Les jeunes de moins de 30 ans (26,1 %) particulièrement touchés par la pauvreté, comme dans la région (25,0 %) ;
- ▶ 1 personne âgée de 75 ans ou plus sur 10 (11,4 %) en situation de pauvreté, comme dans la région (région : 11,4 %).

(Source : Insee, Fichier localisé social et fiscal (Filosophi) et Enquête Budget de Famille, 2019)

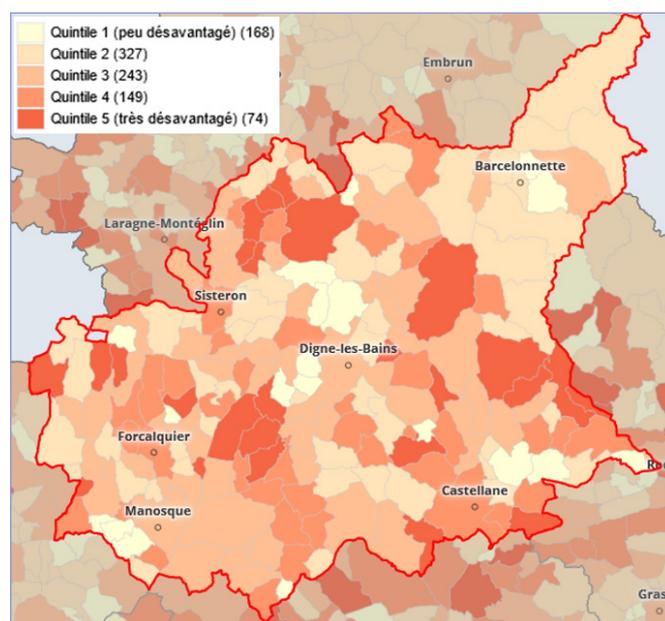


Figure 8 : Classification de l'Indicateur de désavantage social (FDep) en quintiles (Source : Insee 2015, www.sirsepa.org)

[5] Le rapport interdécile des revenus met en évidence les écarts entre le revenu par unité de consommation plafond des 10 % des ménages les plus aisés (D9) et le revenu par unité de consommation plafond des 10 % des ménages les plus pauvres (D1). Cet indicateur permet d'identifier les disparités (ou écarts) entre les plus riches et les plus pauvres.

[6] Un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. En France et en Europe, le seuil est le plus souvent fixé à 60 % du niveau de vie médian.

Moins de bénéficiaires de prestations sociales que dans la région

Le département des Alpes-de-Haute-Provence compte globalement moins de bénéficiaires de prestations sociales que le reste de la région.

Les allocataires Caf

- ▶ Environ 31 400 allocataires de la CAF en 2020, soit une couverture de 42,5 % de la population (région : 49,8 %) ;
- ▶ Près d'1 allocataire sur 4 (23,1 %) avec des revenus dépendant au moins à 50 % des allocations (région : 24,0 %).

(Source : CNAF, MSA 2020)

Les allocataires RSA

- ▶ En 2020, moins de personnes couvertes par le Revenu de Solidarité Active (RSA) dans le département des Alpes-de-Haute-Provence (2,7 %) que dans la région (3,4 %) ;

(Source : Cnaf, MSA, Insee RP 2020)

Les bénéficiaires de la C2S

- ▶ Près de 9 300 bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) gratuite en 2021 (ex CMUC), soit 8,4 % des assurés (région : 10,1 %) ;
- ▶ Davantage de bénéficiaires à Manosque (13,4 %) et Digne-les-Bains (13,9 %)

(Source : DRSM Paca-Corse 2021)



Les bénéficiaires de la C2S sont globalement en moins bonne santé. Davantage touchés par les maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, obésité, diabète, etc.), ils sont plus nombreux à déclarer être limités dans les activités de la vie quotidienne et à recourir à la médecine générale (44).

Moins de diplômés de l'enseignement supérieur que dans la région

La population des Alpes-de-Haute-Provence compte une proportion similaire à la région de personnes sans aucun diplôme, mais moins de diplômés de l'enseignement supérieur. Ce constat tient probablement à l'offre de formations de l'enseignement supérieur qui est limitée dans le département.

Les diplômés de l'enseignement supérieur

- ▶ 26,9 % des personnes âgées de 15 ans ou plus sans aucun diplôme, comme dans la région (région : 27,6 %) ;
- ▶ Un peu plus de 3 personnes sur 4 (27,3 %) diplômées de l'enseignement supérieur, une des proportions les plus basses de la région (31,1 %) ;
- ▶ Moins de diplômés du supérieur que dans la région dans l'ensemble des sous-territoires (23,4 - 29,5 %).

(Source : Insee RP 2019)

Les étudiants

- ▶ Environ 900 étudiants inscrits dans un établissement de l'enseignement supérieur dans les Alpes-de-Haute-Provence en 2019 (0,5 % des étudiants de la région).

(Source : Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation 2019)



Les études supérieures constituent une étape importante de l'entrée dans la vie adulte. Les étudiants y découvrent les spécificités de l'expérience académique et ses difficultés, mais aussi l'accès progressif à l'autonomie. La population étudiante présente différentes vulnérabilités, liées notamment à la faiblesse des ressources financières et la dépendance économique à l'égard de la famille, aux emplois du temps éprouvants et chronophages pour les étudiants conciliant études et travail, au coût élevé des loyers, à la vétusté des logements, l'éloignement du lieu d'études, à l'isolement suite au départ du logement familial et la mise à l'épreuve de la santé (45).



Un taux de chômage proche de la moyenne régionale

En 2019, 14,3 % des habitants des Alpes-de-Haute-Provence âgés de 15 à 64 ans étaient au chômage, une proportion proche de la moyenne régionale (14,1 %), aussi bien chez les hommes (13,3 %) que chez les femmes (15,2 %). Les jeunes âgés de 15 à 24 ans étaient davantage touchés (28,7 %), comme dans la région (28,9 %) (Source : Insee RP 2019).

En 2020, un peu plus de la moitié des demandeurs d'emploi (51,1 %) étaient au chômage depuis plus d'1 an, une proportion plus élevée que dans la région (46,9 %) (Source : Statistique mensuelle sur le marché du travail (STMT), Pôle emploi – Dares 2020).

En 2019, 1 660 personnes en situation de handicap étaient demandeurs d'emploi dans les Alpes-de-Haute-Provence, depuis plus de 12 mois pour 59 % d'entre eux, contre 46 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi (Source : AGEFIPH 2019) (46).



Au-delà de la précarité financière qu'il engendre, le chômage a de nombreuses conséquences sur la santé : il favorise notamment l'apparition ou l'aggravation de certains problèmes de santé (maladies cardiovasculaires, cancers, dépression, etc.) (47).

3

L'OFFRE DE SOINS

L'ESSENTIEL

- ▶ Une densité de médecins généralistes libéraux proche de la moyenne régionale ;
- ▶ Mais 6 % de la population réside à plus de 15 mn du médecin généraliste le plus proche ;
- ▶ Une densité de médecins spécialistes libéraux plus de deux fois inférieure à la moyenne régionale ;
- ▶ La plus forte baisse de l'offre spécialisée enregistrée dans la région (- 21 % en 10 ans) ;
- ▶ Le vieillissement des médecins généralistes et spécialistes le plus marqué de la région ;
- ▶ Près de 2 communes sur 3 éloignées de plus de 30 minutes d'un service d'urgences ;
- ▶ Une capacité hospitalière moins importante que dans la région, sauf pour les soins de suite et de longue durée ;
- ▶ Une offre médico-sociale développée pour les séniors et les adultes avec un handicap.

L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ



Un temps de trajet médian de 10 minutes pour se rendre chez le médecin généraliste le plus proche

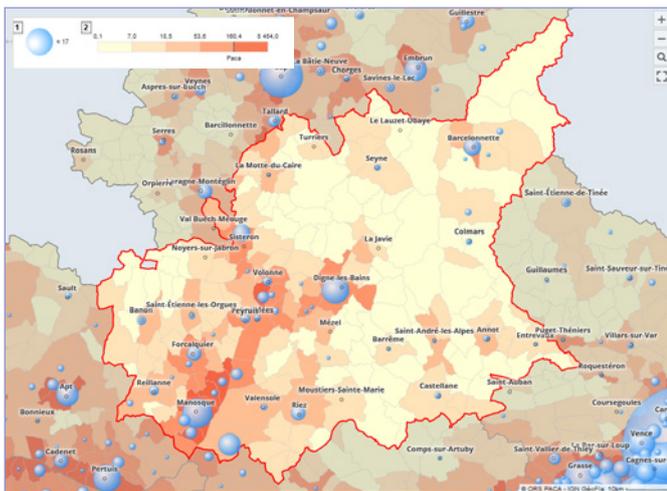


Figure 9 : Nombre de médecins généralistes libéraux par commune dans les Alpes-de-Haute-Provence en 2021 (Source : DRSM Paca-Corse 2021) et densité de population (habitants par km²) (Source : Insee RP 2019)

En 2021, 167 médecins généralistes (MG) libéraux étaient en exercice dans les Alpes-de-Haute-Provence (3 % des MG de la région), soit une densité de 101,8 MG pour 100 000 habitants, proche de la moyenne régionale (102,3 pour 100 000 habitants), mais plus élevée qu'en France métropolitaine (86 pour 100 000) (Source : DRSM Paca-Corse 2021).

Cependant, l'offre de médecine générale est inégalement répartie au sein du département : elle est concentrée le long de la vallée de la Durance et dans les grandes villes du département, alors que les zones périphériques et de haute montagne sont peu dotées (Figure 9). Ainsi, un peu plus d'un tiers de l'offre de médecine générale des Alpes-de-Haute-Provence (34,1 %) est concentrée dans les 3 plus grandes villes du département (Manosque, Digne-les-Bains et Sisteron, soit 28 % de la population du département), alors que 155 communes ne comptent aucun médecin généraliste en exercice (78 % des communes).

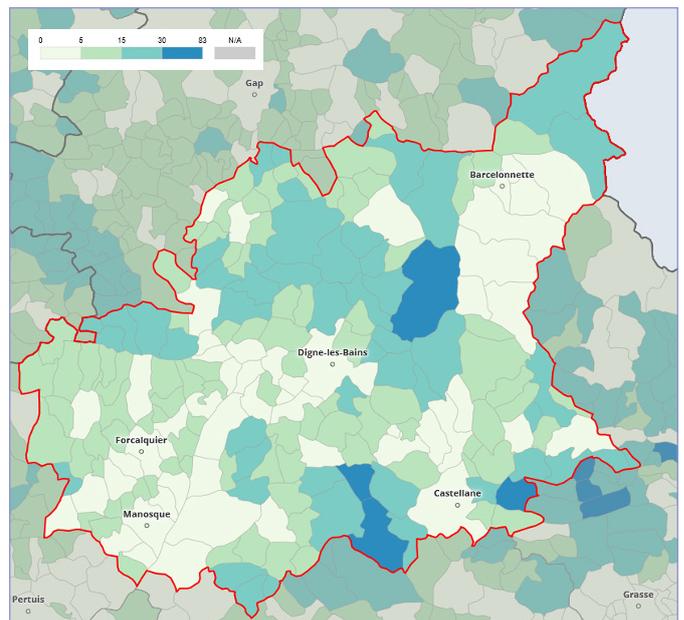


Figure 10 : Temps d'accès au médecin généraliste libéral le plus proche en minutes (min) dans les communes des Alpes-de-Haute-Provence en 2021 (Source : FNPS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, 2021)

En 2021, le temps de trajet médian pour se rendre chez le médecin généraliste le plus proche était de 10 mn dans les Alpes-de-Haute-Provence : il variait cependant entre 0 et 34 mn selon la commune de résidence (Source : FNPS-Insee-Distancier METRIC 2021). Cependant, pour 6 % de la population, le temps de trajet était supérieur ou égal à 15 minutes. Il s'agissait pour la plupart de personnes résidant dans le Verdon, à la frontière avec le Var et les Alpes-Maritimes, ou en haute montagne (Grandes Alpes et Ubaye) (Figure 10).



Près de 2 médecins généralistes libéraux sur 3 âgés de 55 ans ou plus

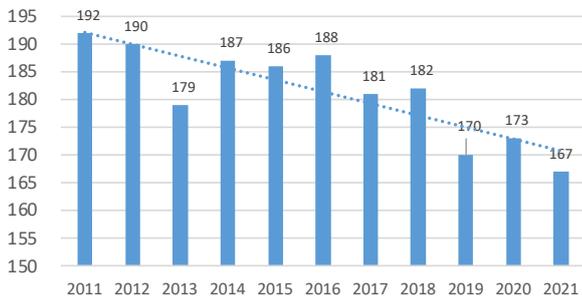


Figure 11 : évolution du nombre de médecins généralistes libéraux dans les Alpes-de-Haute-Provence entre 2011 et 2021 (Source : DRSM Paca-Corse 2011-2021)

Les caractéristiques des médecins généralistes libéraux dans les Alpes-de-Haute-Provence en 2021

- ▶ Un peu plus d'1 médecin généraliste sur 3 (34,7 %) est une femme, la proportion la moins élevée de la région (région : 39,4 %) (Source : DRSM Paca-Corse 2021) ;
- ▶ Plus de 9 médecins sur 10 (92,2 %) exercent en secteur 1 (région : 91,1 %) (Source : DRSM Paca-Corse 2021) ;
- ▶ 1 sur 10 (10,9 %) a un mode d'exercice particulier, le chiffre le plus élevé de la région (région : 7,8 %)
- ▶ 4 145 actes et consultations en moyenne par médecin généraliste libéral en 2020, un des niveaux d'activité les plus faibles de la région (région : 4 441) (Source : SNDS 2020).

Le nombre de médecins généralistes libéraux en exercice a baissé dans le département au cours des 10 dernières années (- 13 %), au même rythme que dans la région (- 13,8 %) (Figure 11). Cela peut notamment s'expliquer par un vieillissement des médecins généralistes et des départs à la retraite.

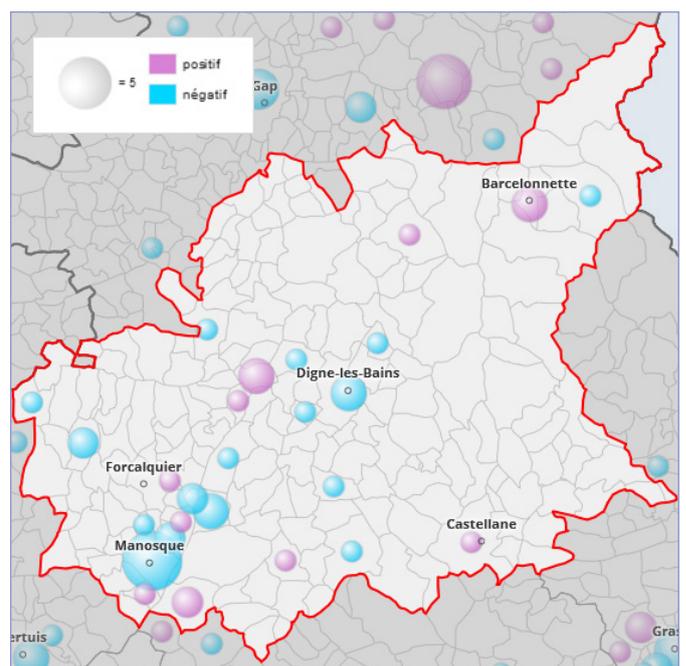


Figure 12 : Evolution du nombre de médecins généralistes libéraux en exercice dans les Alpes-de-Haute-Provence entre 2016 et 2021 (Source : FNPS 2021)

Ainsi, en 2021, parmi les médecins généralistes libéraux en exercice dans le département, près de 2 sur 3 (65,3 %) étaient âgés de 55 ans ou plus, la proportion la plus élevée de la région (55 %) (Source : DRSM Paca-Corse 2021).

Zoom : des médecins généralistes confrontés à une baisse de la démographie médicale et qui développent des mécanismes d'adaptation

Le quatrième panel national d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale a été mis en place à l'automne 2018 par la DREES, les observatoires régionaux de la santé (ORS) et les unions régionales des professionnels de santé médecins libéraux (URPS-ML) de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire.

Les différentes vagues de cette enquête mettent en avant les résultats suivants (48) :

- ▶ En 2019, 7 médecins généralistes sur 10 estimaient que l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice était insuffisante, et près de 4 sur 5 s'attendaient à une baisse de cette offre dans les années à venir ;
- ▶ 3 sur 4 ont déclaré trouver difficilement des confrères spécialistes pour assurer la prise en charge de leurs patients principalement dû au délai d'obtention d'un rendez-vous ;
- ▶ Devant la perspective de la baisse de l'offre locale de soins, 3 médecins généralistes sur 10 ont déclaré se spécialiser (notamment en gynécologie, en pédiatrie ou en gériatrie), adapter leurs pratiques (en rendant le patient plus autonome ou en rejoignant une structure d'exercice coordonné par exemple) ;
- ▶ Enfin, près de 8 médecins sur 10 ont indiqué rencontrer des difficultés pour répondre aux sollicitations des patients, sans que cela soit toujours lié au fait d'exercer en zone sous-denses :
 - 3 sur 4 ont indiqué faire des journées plus longues que souhaité
 - 1 sur 2 a déclaré devoir augmenter les délais de prise de rendez-vous
 - 1 sur 2 a déclaré refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant.

Toutes les communes du département identifiées comme ayant des difficultés d'accès aux soins par l'Agence Régionale de Santé

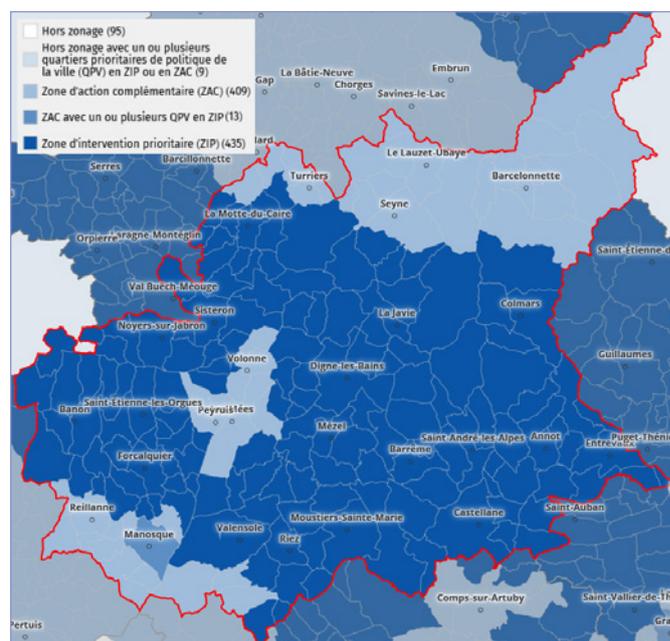


Figure 13 : Zones en offre de soins insuffisante ou avec des difficultés d'accès aux soins pour la profession de médecin^[7] (Source : ARS Paca 2022)

En 2022, toutes les communes des Alpes-de-Haute-Provence ont été classées par l'Agence Régionale de Santé comme des zones où l'offre de soins est insuffisante et où l'accès aux soins est difficile (49) : 3 communes sur 4 ont été classées Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP) (75 %) et 1 sur 4 Zone d'Action Complémentaire (ZAC) (25 %, dont 1 commune avec un quartier prioritaire classé ZIP) (Figure 13).



[7] Le nouveau zonage de la région Paca a été arrêté le 02 février 2022 après concertation et validation par la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA), l'Assurance maladie et l'Union régionale des professionnels de santé médecin libéraux (URPS-ML). Ce zonage identifie les zones où l'offre de soins est considérée comme insuffisante et où l'accès aux soins est plus difficile et donne accès aux médecins qui souhaitent exercer au sein de ces zones géographiques à des aides à l'installation.

12 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles labellisées dans le département, dont 5 en Zone d'Intervention Prioritaire et 7 en Zone d'Action Complémentaire

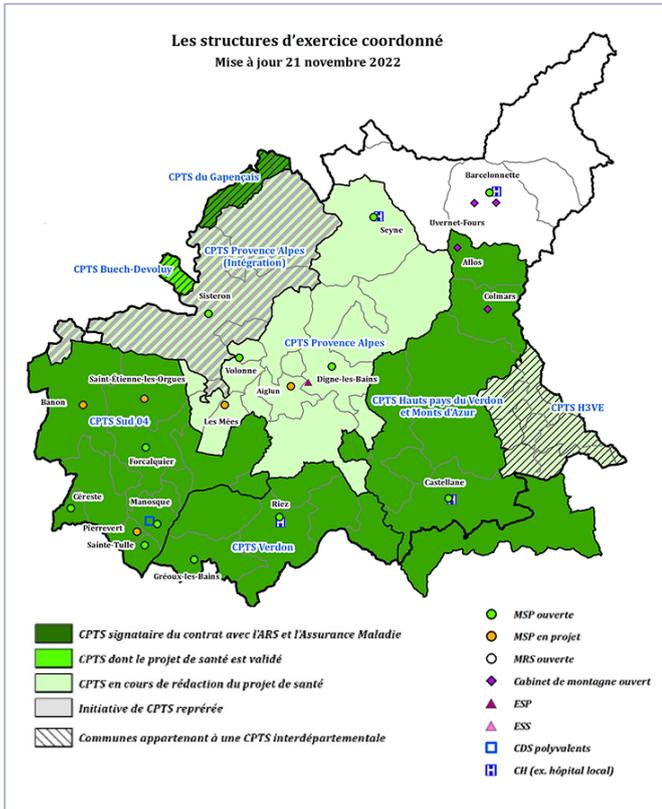
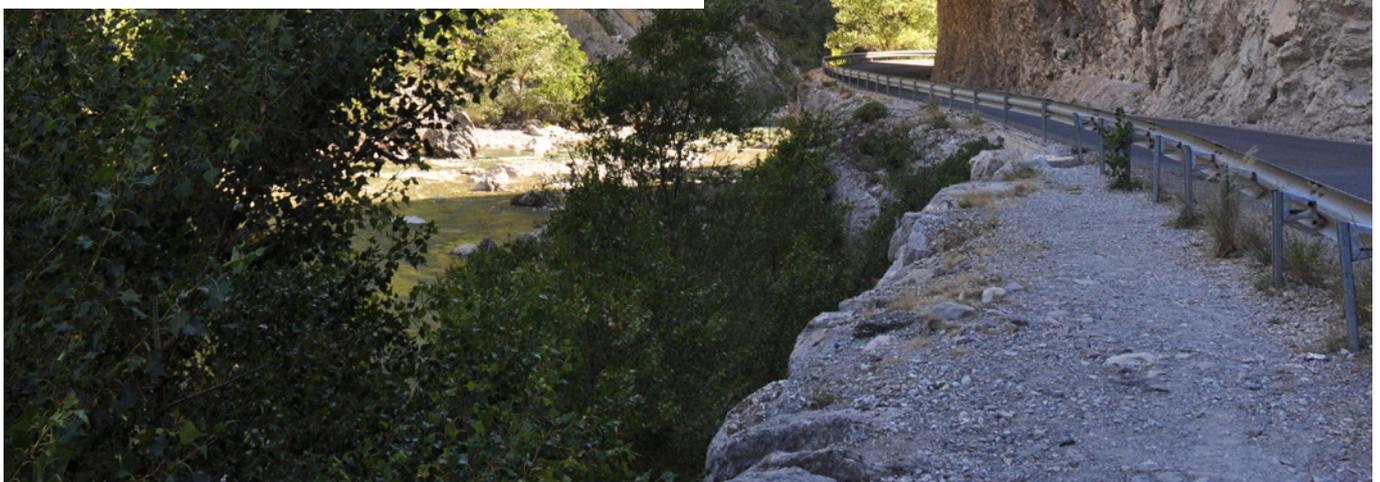


Figure 14 : Maisons de santé Pluriprofessionnelles et Communautés Professionnelles Territoriales de Santé dans les Alpes-de-Haute-Provence, 2022 (Source : Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, novembre 2022)

En novembre 2022, 12 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles sont labellisées dans les Alpes-de-Haute-Provence. Parmi elles, 5 sont localisées en ZIP[8] et 7 en ZAC[9]. Ce territoire compte également 4 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) labellisées : les CPTS du Gapençais, Hauts pays du Verdon et Monts d'Azur, Sud 04 et Verdon (Figure 14).



Zoom : un essor des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en France, et notamment dans les territoires médicalement défavorisés

Le mode d'exercice en structure d'exercice coordonnée, de plus en plus prisé des professionnels, et notamment des jeunes médecins, constitue l'un des dispositifs promus par les pouvoirs publics pour lutter contre la désertification médicale.

Entre 2008 et 2020, environ 1 300 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) ont été créés en France, majoritairement dans des territoires médicalement défavorisés (50). Les MSP semblent avoir un effet favorable sur le nombre de médecins généralistes qui s'installe (51). La qualité des soins et des services rendus y serait également plus élevée que celle observée en exercice isolé (52).



Un recours au médecin généraliste libéral moins fréquent que dans la région

En 2020, près de 3 assurés du régime général sur 4 (73,4 %) ont consulté au moins une fois dans l'année un médecin généraliste libéral, une proportion un peu plus élevée que dans la région (72,2 %). Chaque assuré a consulté en moyenne 4,0 fois dans l'année en 2020, une valeur plus faible que dans la région (4,4 consultations par an), malgré de fortes disparités communales (entre 0,8 et 5,5 consultations par assuré et par an). Ainsi, les fréquences de recours aux soins observées étaient particulièrement basses (moins de 3,5 consultations par an et par assuré) dans le Verdon (cantons de Moustiers et de Castellane) et au nord-est du département (cantons d'Allos-Colmars, la Javie, le Lauzet-Ubaye et de Seyne). A l'inverse, elles étaient particulièrement élevées (plus de 4,7 consultations par an et par assuré) à l'extrême sud-est du département, dans les cantons d'Annot et Entrevaux, et dans le Luberon (canton de Saint-Etienne-les-Orgues) (Source : DRSM Paca-Corse 2020).

En 2021, 7,9 % des assurés du régime général âgés de 16 ans ou plus n'avaient pas de médecin traitant déclaré, une des valeurs les plus faibles de la région (10,2 %). A cette date, 8,8 % des assurés n'avaient eu aucun recours aux soins au cours des 24 derniers mois, le 2^{ème} chiffre le plus élevé de la région (8,7 %) (Source : CNAM SIAM ERASME 2021).

Plus spécifiquement chez les seniors âgés de 60 ans ou plus, 3,3 % n'avaient pas de médecin traitant déclaré, la proportion la plus élevée de la région (2,5 %). De même, 5,6 % d'entre eux n'avaient eu aucun recours aux soins au cours des 24 derniers mois, là encore, davantage que dans la région (5,2 %) (Source : Inter-régime MSA, CNAM 2021).



Zoom : la faible densité médicale est un facteur de renoncement aux soins

En 2017, 3,1 % des Français interrogés dans le cadre de l'enquête « Statistiques sur les ressources et conditions de vie » de l'Insee ont déclaré avoir déjà renoncé à des soins médicaux. Toutes choses égales par ailleurs, vivre dans une zone sous dotée en médecins généralistes ou présentant des difficultés d'accessibilité aux soins importante multipliait par 2 le risque de renoncement aux soins. Ce risque était même multiplié par 8 chez les personnes en situation de précarité sociale. D'autres facteurs intervenaient dans le renoncement aux soins, comme l'isolement social, un mauvais état de santé et en particulier la situation de handicap (53).

Les densités d'orthophonistes et de chirurgiens-dentistes les plus basses de la région

En 2021, les densités relevées dans le département pour les différentes professions paramédicales étaient inférieures à la moyenne régionale, excepté pour les sages-femmes. Les densités relevées pour les chirurgiens-dentistes et les orthophonistes étaient même les plus basses de la région. A noter cependant que l'offre paramédicale a augmenté dans les Alpes-de-Haute-Provence au cours des 5 dernières années pour toutes les professions, à l'exception des dentistes (Source : DRSM Paca-Corse 2021).

La quasi-totalité du département des Alpes-de-Haute-Provence est bien couvert en infirmières libérales.

En ce qui concerne l'offre de sages-femmes libérales, le quart sud-est du département (cantons de Castellane, Saint-André-les-Alpes et Seyne) est classé « très sous-doté », et la zone frontalière du Vaucluse (canton de Reillanne) « sous-dotée » par l'Agence Régionale de Santé.

De plus, deux secteurs des Alpes-de-Haute-Provence semblent manquer d'orthophonistes : le canton de Château-Arnoux-Saint-Auban, en haute-Provence est classé très sous-doté, et celui de Gréoux-les-Bains, dans le Verdon, sous-doté.

Enfin, plusieurs communes du canton de Turriers, situé au nord du Sisteronais, à la frontière des Hautes-Alpes, est considéré comme très sous-doté en orthophonistes et en sages-femmes et sous-doté en chirurgiens-dentistes (49).



Tableau 2 : Nombre et densité des principales professions paramédicales dans les Alpes-de-Haute-Provence, 2021 (Source : DRSM Paca-Corse 2021)

	Nombre en 2021	Evolution en 5 ans	Densité pour 100 000 habitants en 2021	
			Alpes-de-Haute-Provence	Région
Infirmiers	384	↑ + 42	234	258,9
Masseurs-kinésithérapeutes	219	↑ + 23	133,5	155,6
Chirurgiens-dentistes	84	↓ -3	51,2	72,4
Orthophonistes	48	↑ + 7	29,3	39,3
Sages-Femmes	17	↑ + 4	57,1	51,5
Pédicures-podologues	34	↑ + 10	20,7	21,3
Pharmacies	75	↑ + 10	45,7	47,6

45 pôles d'attractivité pour les soins de premier recours dans le département

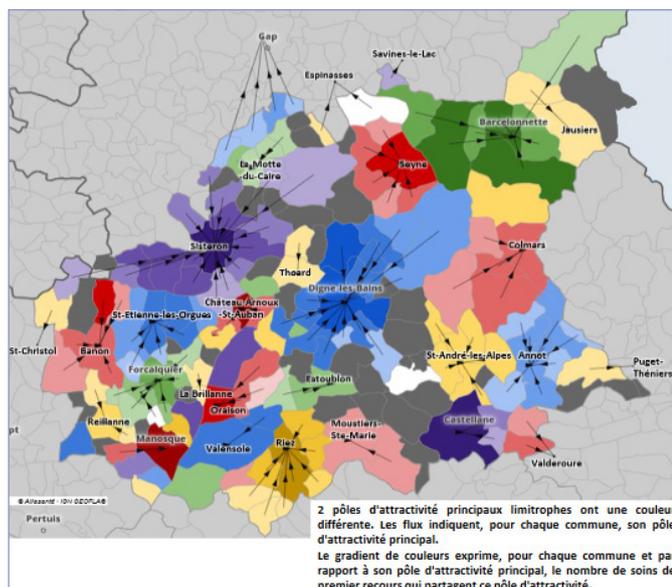


Figure 15 : Principaux pôles d'attractivité des soins de premier recours* dans les Alpes-de-Haute-Provence en 2019 (Source : Atlasanté, exploitation ORS Paca 2019)

*Médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, dentistes

En 2019, le département des Alpes-de-Haute-Provence comptait 45 pôles d'attractivité principaux pour les soins de premiers recours, dont Sisteron qui regroupait 19 communes, Digne-les-Bains (16 communes), ou encore Barcelonnette (9 communes) et Riez (9 communes) (Figure 15) (54).



Une densité de spécialistes libéraux deux fois moins élevée que dans la région

En 2021, 92 médecins spécialistes exerçaient en libéral dans les Alpes-de-Haute-Provence, représentant 1,5 % de l'offre régionale. Les spécialités libérales les plus représentées en nombre de praticiens étaient la cardiologie (12 spécialistes), la psychiatrie (10 spécialistes), l'ophtalmologie et la radiologie (8 spécialistes chacun).

Globalement, la densité de médecins spécialistes libéraux s'élevait à 52,1 spécialistes pour 100 000 habitants dans les Alpes-de-Haute-Provence : elle était plus de 2 fois inférieure à la moyenne régionale (120,5 pour 100 000). Les densités relevées dans le département étaient bien inférieures à celles relevées dans la région pour l'ensemble des spécialités médicales, y compris des spécialités de premier recours en accès direct (ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie, gynécologie) (Figure 16).

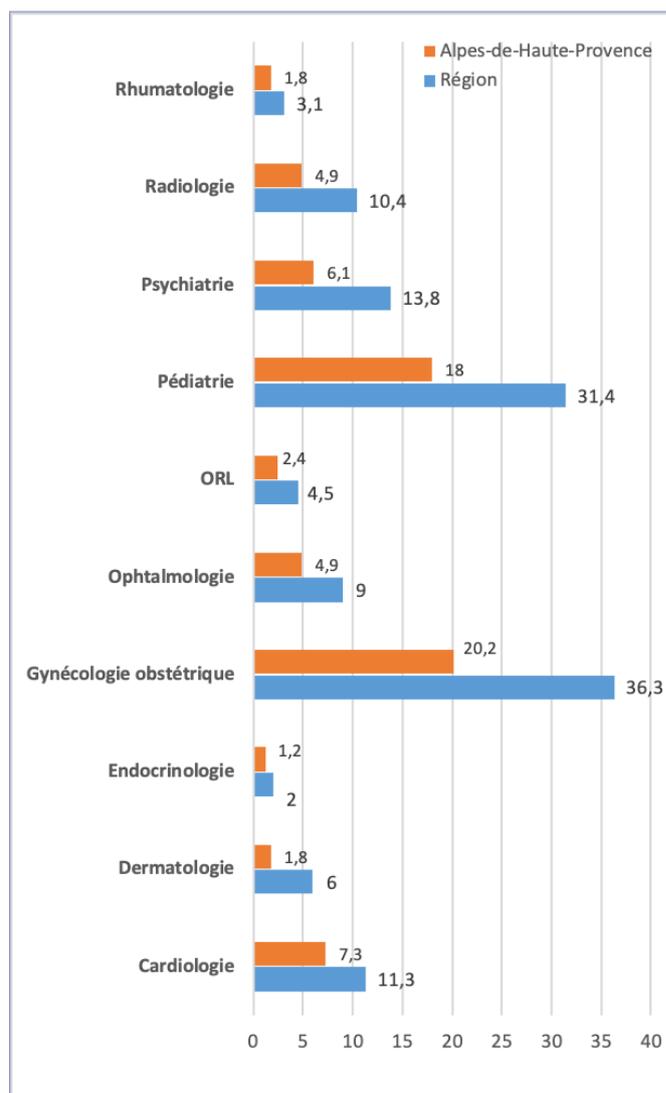


Figure 16 : Densité pour 100 000 habitants pour les principales spécialités libérales en 2021 dans les Alpes-de-Haute-Provence et dans la région (Source : DRSM Paca-Corse 2021)

Des difficultés d'accès aux spécialistes à l'est du département

En 2021, parmi les spécialistes libéraux en exercice dans les Alpes-de-Haute-Provence, plus de 3 sur 4 exerçaient dans les communes de Manosque (50 spécialistes) et de Digne-les-Bains (21 spécialistes). A l'inverse, l'offre était quasi-inexistante dans la moitié est du département : en 2021, le territoire des Grandes Alpes ne comptait aucun médecin spécialiste libéral, celui de l'Ubaye 1 seul (Figure 17).

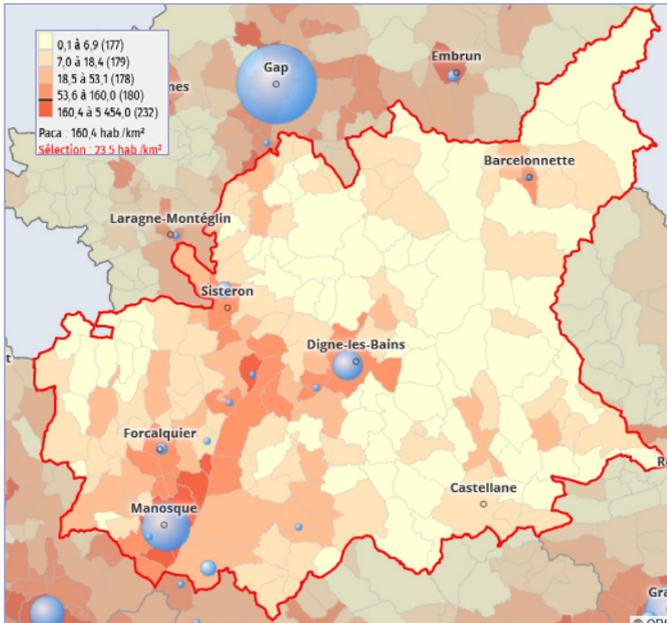


Figure 17 : Nombre de médecins spécialistes libéraux par commune (Source : DRSM Paca-Corse 2021) et densité de population (habitants par km²) (Source : Insee RP 2019) dans les Alpes-de-Haute-Provence

Ainsi, en 2021, 140 communes étaient situées à plus de 30 minutes du gynécologue libéral le plus proche (soit 71 % des communes des Alpes-de-Haute-Provence) et 30 communes à plus d'1h de route (15 %). Elles étaient pour la plupart situées au sud-est du département, à la frontière avec les Alpes-Maritimes (Source : FNPS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS 2021).

Une offre de spécialistes libéraux qui a diminué de 20 % en 10 ans

Au cours des 10 dernières années, le nombre de spécialistes libéraux en exercice a fortement baissé dans le département (-20,7 %), bien davantage que dans la région (-5,8 %). A noter cependant que l'offre de spécialistes augmente de nouveau dans le département depuis 2019 (+ 9 médecins spécialistes en 2 ans). (Source : DRSM Paca-Corse 2011-2021) (Figure 18).

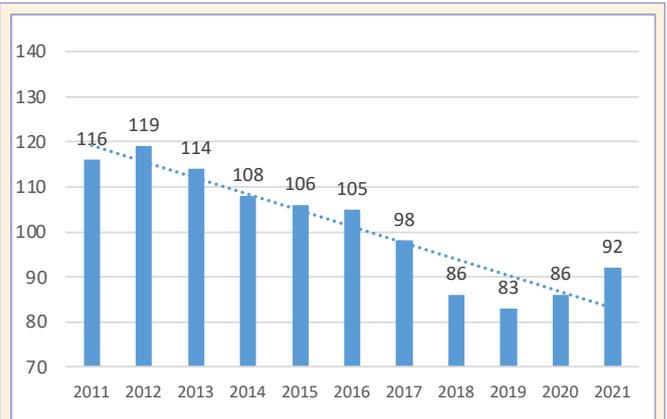


Figure 18 : Evolution du nombre de médecins spécialistes libéraux en exercice entre 2011 et 2021 dans les Alpes-de-Haute-Provence

(Source : DRSM Paca-Corse 2011-2021)

Caractéristiques des médecins spécialistes libéraux des Alpes-de-Haute-Provence en 2021

- ▶ 3 spécialistes sur 10 (31,5 %) sont des femmes (région : 35,4 %) ;
- ▶ Près de 3 spécialistes sur 4 (72,8 %) exercent en secteur 1 (région : 51,0 %), la proportion la plus élevée de la région ;
- ▶ Près de 2 spécialistes sur 3 (63 %) âgés de 55 ans ou plus, une proportion plus élevée que dans la région (52,8 %).

(Source : DRSM Paca-Corse 2021)





Un des recours aux spécialistes libéraux les plus faibles de la région

En 2020, environ un tiers des habitants des Alpes-de-Haute-Provence (33,6 %) a eu recours au moins une fois dans l'année à un spécialiste libéral, une des proportions les plus basses de la région (43 %) (Source : SNDS 2020).

Par exemple, en 2020, 17,4 % des assurés de moins de 16 ans ont consulté un pédiatre, une proportion plus faible que dans la région (25,8 %). De même, 2,3 % des assurés ont eu recours au moins une fois dans l'année à un psychiatre libéral, presque 2 fois moins que dans la région (3,7 %) (Source : DRSM Paca-Corse 2020).

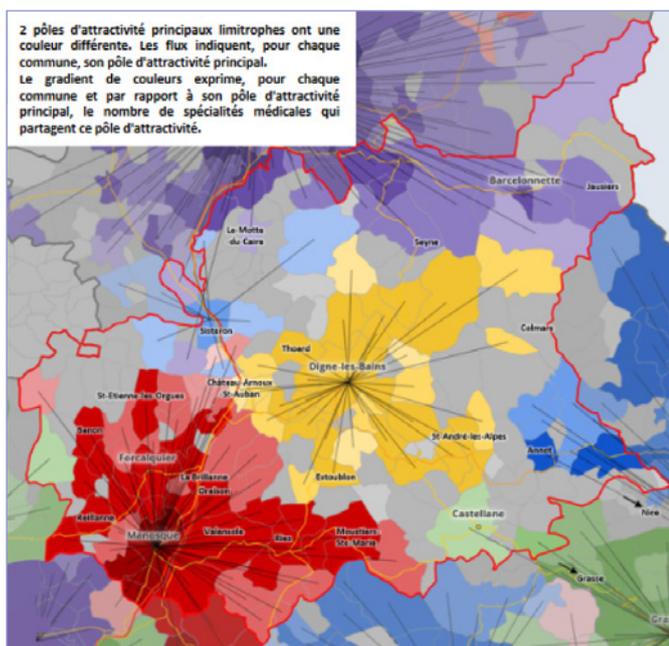


Figure 19 : Principaux pôles d'attractivité des soins spécialisés* dans Alpes-de-Haute-Provence en 2019 (Source: AilaSanté, exploitation ORS Paca 2019)

*Spécialités médicales : dermatologie, gastro-entérologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, radiodiagnostic, cardiologie, rhumatologie, gynécologie, pédiatrie, psychiatrie, neuropsychiatrie

Le département des Alpes-de-Haute-Provence compte 3 pôles d'attractivité principaux pour les soins spécialisés : les communes de Digne-les-Bains, Manosque et Sisteron (Figure 19) (54).

Une hausse des téléconsultations avec l'épidémie de Covid-19

La crise liée à la pandémie de Covid-19 et les mesures qui ont été prises pour la contrôler, tout particulièrement le premier confinement, ont eu des répercussions importantes sur le fonctionnement et l'organisation des soins de premier recours.

Zoom : Enquête Parcovid - Etude auprès des médecins généralistes du bassin Marseillais

Parcovid est une enquête menée auprès de 142 médecins généralistes de Marseille. Le questionnaire comportait 35 questions sur leurs activités, expériences, opinions et difficultés dans la prise en charge des patients durant l'épidémie de Coronavirus. Il portait en particulier sur la façon dont les médecins ont orienté leurs patients durant la première vague à la fois pour les tests de dépistage mais aussi la prise en charge de ceux chez lesquels une infection Covid-19 a été diagnostiquée. Cette enquête a été complétée par des entretiens qualitatifs auprès de médecins généralistes exerçant à Marseille entre avril et octobre 2020, en collaboration avec le DUMG, qui a supervisé les entretiens (une soixantaine d'entretiens ont été réalisés) (55).

Les résultats indiquent que 9 médecins sur 10 ont dû modifier l'organisation habituelle de leur cabinet. La majorité des médecins (8 sur 10) avaient recours à la téléconsultation pour la prise en charge des patients suspectés de Covid-19. Plus de la moitié des médecins interrogés (57 %) consultaient au cabinet, mais uniquement sur rendez-vous et 3 sur 10 (30 %) assuraient des visites à domicile. Seuls 13 % des médecins ont déclaré maintenir l'organisation habituelle du cabinet.

Concernant l'orientation des patients, 61 % des médecins orientaient vers l'Institut Hospitalo Universitaire (IHU) Méditerranée Infection. Les motifs de cette orientation étaient les suivants : pour faire pratiquer des tests chez des patients symptomatiques non éligibles selon les recommandations (64 % des médecins), pour accéder au traitement par hydroxychloroquine et azithromycine (70 %), ou encore sur demande expresse du patient pour 1 médecin sur 2. Par ailleurs, 15 % des médecins orientaient vers un centre Covid.

Les résultats du volet qualitatif ont fait ressortir le sentiment des médecins généralistes de ne pas avoir été suffisamment impliqués dans la première phase de l'épidémie. Ils ont aussi souligné qu'ils ont dû faire face à de nombreuses incertitudes, notamment sur le plan thérapeutique. Dans ce contexte, la pratique en groupe semble avoir été un soutien important, par rapport à la pratique isolée.

Suite aux mesures sanitaires mises en place en mars 2020 face à l'épidémie de Covid-19, une généralisation de la téléconsultation s'est opérée dans les Alpes-de-Haute-Provence, comme dans la région et dans le reste de la France.

En 2020, environ 14 000 téléconsultations ont été réalisées par des médecins généralistes libéraux dans les Alpes-de-Haute-Provence, avec des pics observés pendant les deux confinements, au printemps et à l'automne 2020. Cependant, cette pratique ne s'est pas maintenue dans le temps : on observe en 2021 une baisse du nombre de téléconsultations par rapport à l'année précédente (- 25,8 %), plus marquée que dans la région (- 21,1 %) (Figure 20).

De même, environ 4 100 téléconsultations ont été réalisées par des médecins spécialistes libéraux dans le département en 2020, avec un pic observé pendant le premier confinement, entre mars et mai 2020. Le nombre de téléconsultations a augmenté entre 2020 et 2021 dans le département (+ 17,5 %), contrairement à la tendance régionale (- 10,7 %) (Figure 21).

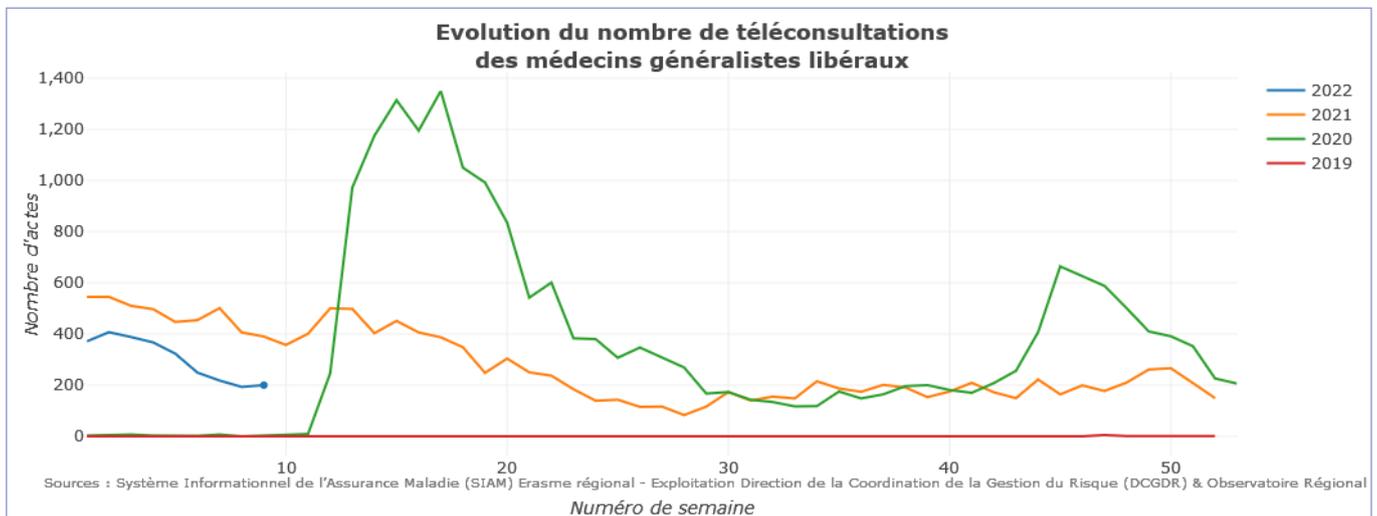


Figure 20 : Evolution du nombre de téléconsultations des médecins généralistes libéraux des Alpes-de-Haute-Provence, 2019-2022 (Source : Système informatique de l'Assurance Maladie (SIAM), Erasme régional – Exploitation Direction de la Coordination de la Gestion du Risque et Observatoire Régional de la Santé Paca 2022)

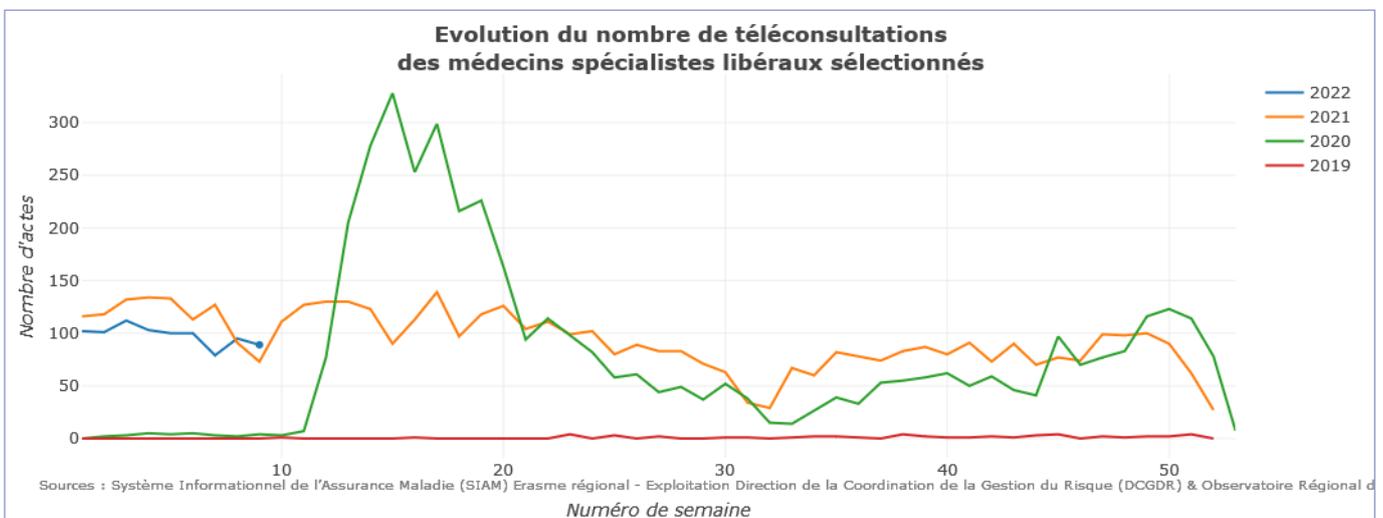


Figure 21 : Evolution du nombre de téléconsultations des médecins spécialistes libéraux dans les Alpes-de-Haute-Provence, 2019-2022 (Source : Système informatique de l'Assurance Maladie (SIAM), Erasme régional – Exploitation Direction de la Coordination de la Gestion du Risque et Observatoire Régional de la Santé Paca 2022)

Zoom : Des pratiques liées au numérique en santé qui restent assez minoritaires, notamment pour la relation aux professionnels de santé (Sondage Viavoice pour France Assos Santé, janvier 2021)

- ▶ En 2021, près de 7 habitants de la région sur 10 ont déclaré avoir déjà pris un rendez-vous en ligne, et parmi eux, 1 sur 2 l'avoir fait plusieurs fois ;
- ▶ Parmi les non-utilisateurs (34 %), un quart des répondants ont déclaré ne pas avoir le réflexe d'utiliser les outils numériques, sans pour autant y être opposés ;
- ▶ La téléconsultation reste une pratique relativement peu fréquente : seul 1 habitant sur 10 a déjà eu un rendez-vous médical en téléconsultation (13 %), une seule fois pour les deux tiers d'entre eux ;
- ▶ Le souhait d'une relation en présentiel, le manque de confiance et d'équipements par rapport aux outils numériques ou l'absence de proposition de ce type sont les principales causes citées pour expliquer l'absence de recours à la téléconsultation ;
- ▶ Plus de la moitié des habitants pensent que le numérique dégrade les relations entre patients et professionnels de santé, jusqu'à accentuer l'isolement de certaines. Un tiers des personnes interrogées pensent au contraire que le numérique contribue à créer du lien (56).



L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIÈRE



30 % de la population à plus de 30 minutes d'un service d'urgences

En 2022, 3 services d'urgences publics sont en activité dans les Alpes-de-Haute-Provence, dans les communes de Digne-les-Bains, Manosque et Sisteron (Figure 22), représentant 1,8 service d'urgences pour 100 000 habitants (région : 1,1 pour 100 000) (12).

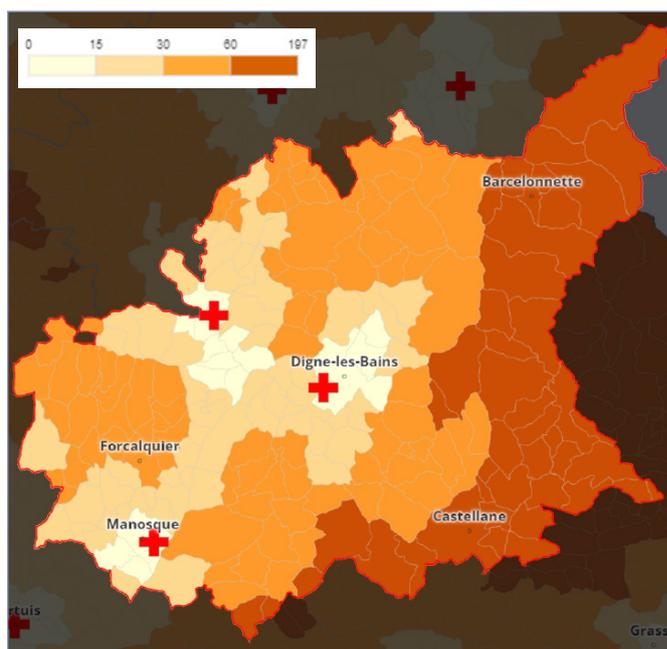


Figure 22 : Temps d'accès au service d'urgences le plus proche (Source : FINESS - SAE - ARS - INSEE Distançier METRIC, calculs ARS 2021) et localisation des services d'urgences (Source : FINESS 2020)

En 2021, le temps médian d'accès au service d'urgences était de 36 minutes dans les Alpes-de-Haute-Provence, contre 25 minutes dans la région. A noter cependant que le temps de trajet variait fortement selon les communes : 18 communes étaient situées à moins de 15 minutes du service d'urgences le plus proche (9 % des communes), mais 62 % des communes en étaient éloignées de plus de 30 minutes (30 % de la population) et 22 % de plus de 60 minutes (10 % de la population) . Ces communes étaient pour la plupart localisées à l'est du département, à la frontière avec les Alpes-Maritimes et le Var (Figure 22).

Un taux de passage aux urgences plus élevé que dans la région

En 2019, environ 71 100 passages aux urgences ont été enregistrés dans les Alpes-de-Haute-Provence, soit 3,9 % des passages de la région. Cela représente un taux de passage aux urgences de 44 % dans ce département, le 3^{ème} le plus élevé de la région derrière les Hautes-Alpes et le Vaucluse (taux de recours régional : 36,6 %). Le département des Alpes-de-Haute-Provence est le seul de la région à présenter une baisse de l'activité des services d'urgences (-1,93 %) entre 2018 et 2019 (région : + 0,93 %) (12).

Avec près de 35 700 passages comptabilisés, le service d'urgences de Manosque est le plus fréquenté du département et le 21^{ème} de la région. L'activité de ce service a augmenté de + 1,9 % par rapport à 2018. A l'inverse, avec environ 14 500 passages en 2019, le service d'urgences de Sisteron est l'un des moins fréquentés de la région. Ce service a vu son activité diminuer fortement entre 2018 et 2019 (- 16,4 %). Ces 3 services d'urgences enregistrent des pics d'activité pendant les vacances d'été (12).



17 établissements sanitaires dans le département, dont 9 privés

En 2020, le département comptait 17 établissements sanitaires (4,9 % de l'offre régionale), dont un peu plus de la moitié (53 %) était dans le secteur privé (Tableau 3) (57).

Tableau 3 : Nombre d'établissements sanitaires publics et privés ayant eu une activité au cours de l'année dans les Alpes-de-Haute-Provence en 2020 (Source : SAE 2020, exploitation FNORS)

	Alpes-de-Haute-Provence	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Secteur public		
Centre Hospitalier Régional (CHR/CHU)	0	19
Centre Hospitalier (CH), dont anciens hôpitaux locaux	8	64
Etablissement de lutte contre les maladies mentales (y compris CHS)	0	6
Autre unité du service public	0	2
Ensemble du secteur public	8	91
Secteur privé		
Etablissement de soins de courte durée	2	64
Centre de lutte contre le cancer	0	4
Etablissement de lutte contre les maladies mentales (y compris CHS)	0	27
Etablissement de soins de suite et réadaptation	4	92
Centre de dialyse	3	50
Autre établissement privé	0	20
Ensemble du secteur privé	9	257
Secteur public et privé		
Ensemble	17	348
Dont établissements ayant une maternité	2	37

Les principaux établissements sont localisés dans les grandes villes du département (Manosque, Digne-Bains, Sisteron) mais d'autres, principalement des ex-hôpitaux locaux, sont également présents dans différents secteurs du département (Banon, Barcelonnette, Castellane, Seyne-les-Alpes...) (Figures 23, 24 et 25).

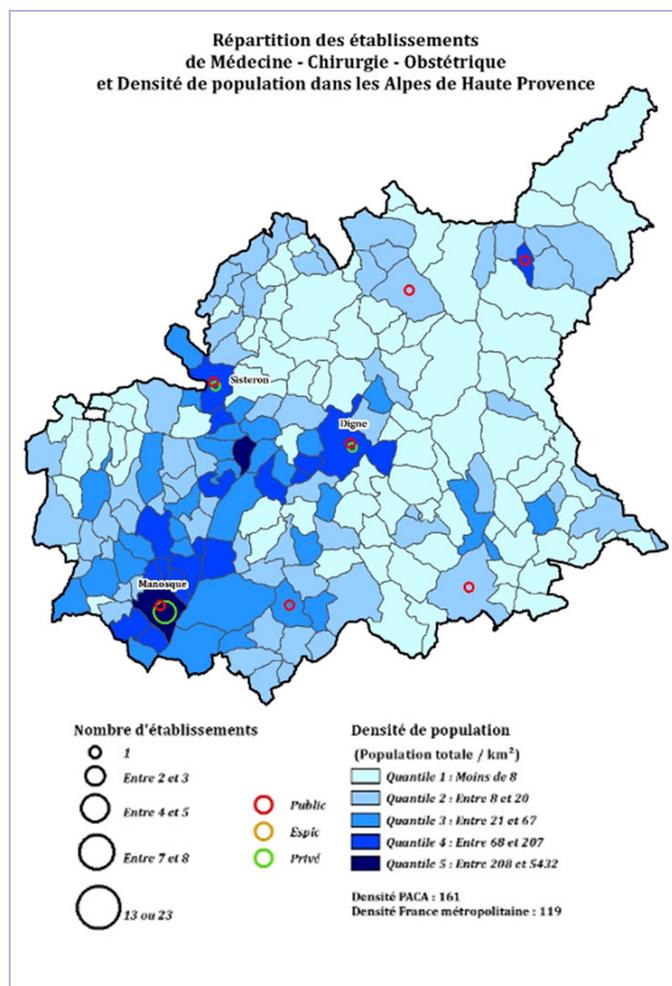


Figure 23 : Localisation communale des établissements de Médecine Chirurgie Obstétrique (Source : Agence Régionale de Santé Paca, exploitation base Finess 2020) et densité de population (habitants par km2) (Source : Insee RP 2019)

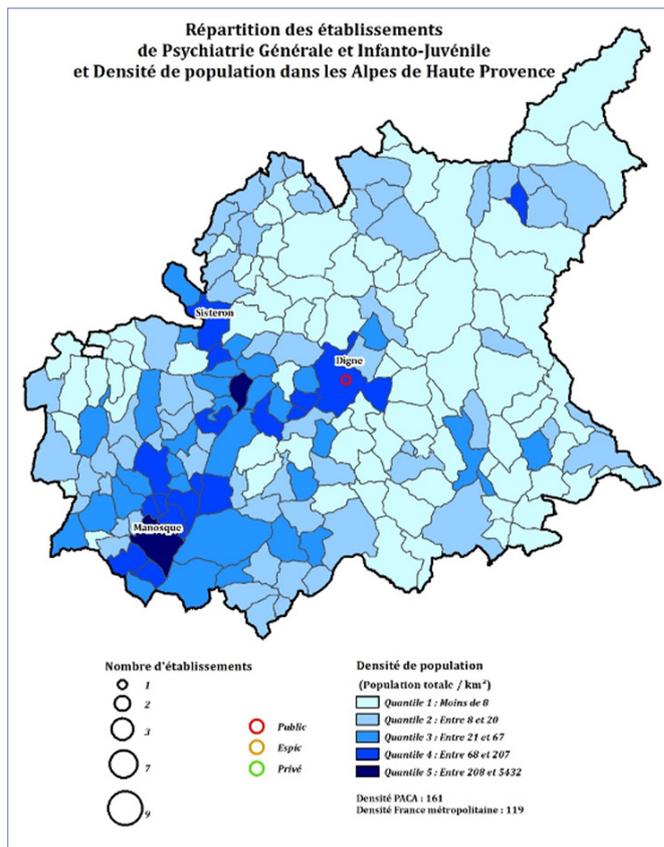


Figure 24 : Localisation communale des établissements de psychiatrie générale et infanto-juvenile (Source : Agence Régionale de Santé Paca, exploitation base Finess 2020) et densité de population (habitants par km2) (Source : Insee RP 2019)

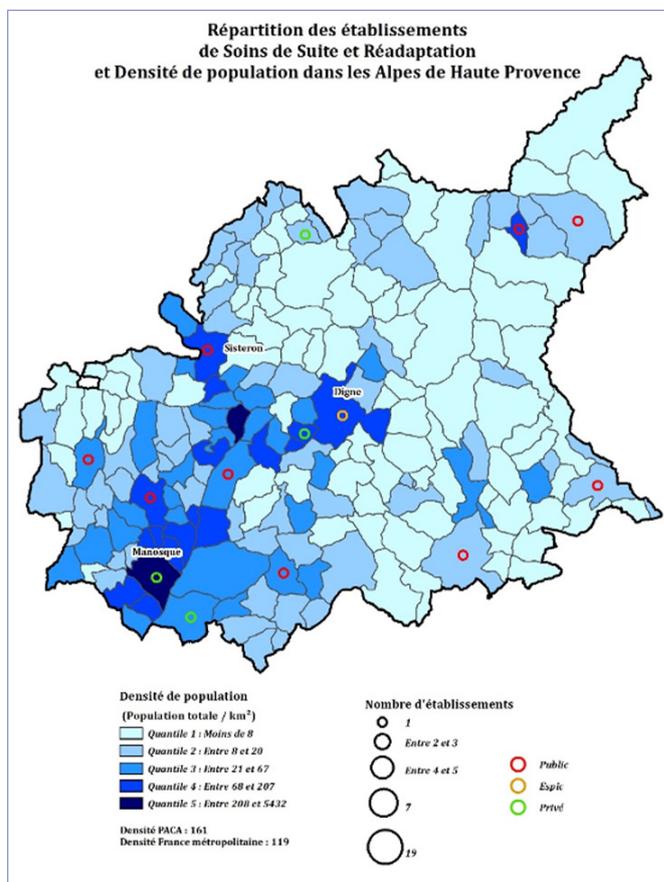


Figure 25 : Localisation communale des établissements de soins de suite et réadaptation (Source : Agence Régionale de Santé Paca, exploitation base Finess 2020) et densité de population (habitants par km2) (Source : Insee RP 2019)

Une capacité hospitalière moins élevée que dans la région, excepté pour les soins de longue durée et les soins de suite

Tableau 4 : Taux d'équipement pour 10 000 habitants par spécialité dans les Alpes-de-Haute-Provence en 2020 (Source : Drees, SAE, Insee RP 2020)

	Nombre de places et lits	Taux d'équipement (places pour 10 000 habitants) en 2020	
		Alpes-de-Haute-Provence	Région
Médecine chirurgie obstétrique	504	30,7	39,3
Psychiatrie générale	110	8,3	16,3
Soins de longue durée	71	34,8*	32,3*
Psychiatrie infanto-juvénile	37	0,0	8
Soins de suite et de réadaptation	467	28,5	24
Hospitalisation à domicile	0	0	2,3

* Nombre de places pour 10 000 habitants âgés de 75 ans ou plus

En 2020, le département des Alpes-de-Haute-Provence présentait des taux d'équipement inférieurs à la moyenne régionale, excepté pour les soins de longue durée et les soins de suite et de réadaptation (Tableau 5). Les écarts avec la région étaient particulièrement importants en psychiatrie générale et infanto-juvénile. A noter l'absence de places d'hospitalisation à domicile dans le département (Source : Drees, SAE, Insee RP 2020).

Zoom : le virage ambulatoire des structures hospitalières (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques)

Au 31 décembre 2019, le secteur hospitalier français comptait 3 008 établissements de santé : 1 354 hôpitaux publics, 983 cliniques privées et 671 établissements privés à but non lucratif. Depuis plus d'une décennie, dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques, les structures hospitalières, dont le nombre continue de diminuer, mais confrontées à une augmentation des demandes de prise en charge, s'adaptent et modifient en profondeur leur offre de soins. Cette réorganisation passe par une réduction des capacités d'hospitalisation complète et un développement de l'hospitalisation partielle ou à domicile (58).

L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE



Le département de la région le mieux équipé en structures d'hébergement et services pour les personnes âgées

Le département des Alpes-de-Haute-Provence est mieux équipé que le reste de la région pour les différents types de structures et services médico-sociaux pour les personnes âgées (EHPAD, résidences autonomie, SSIAD, accueils de jour), à l'exception des hébergements temporaires (0,8 pour 1 000, contre 1,1 pour 1 000 dans la région). Ce département dispose notamment du taux d'équipement le plus élevé pour les EHPA/EHPAD (97,5 pour 1 000 personnes âgées, contre 80,8 pour 1 000 dans la région) et pour les accueils de jour (3,3 pour 1 000, contre 2,1 dans la région) (Tableau 5).

Tableau 5 : Nombre de places et taux d'équipement (pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus) en établissements et services médico-sociaux par type de structures, 2021 (Source : Drees, Finess - (traitement ARS Paca) - Insee, RP 2021)

	Nombre de places dans les Alpes-de-Haute-Provence	Taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus	
		Alpes-de-Haute-Provence	Région
EHPA/EHPAD	1 991	97,5	80,8
Résidences autonomie	304	14,9	12,6
Services de Soins Infirmiers à Domicile	486	23,8	16,8
Accueils de jour	67	3,3	2,1
Hébergements temporaires	17	0,8	1,1

A noter cependant que l'offre pour les personnes âgées est moins développée dans le nord-ouest du département, dans les grandes Alpes, dans le Sisteronais et le Luberon notamment (Figure 26).

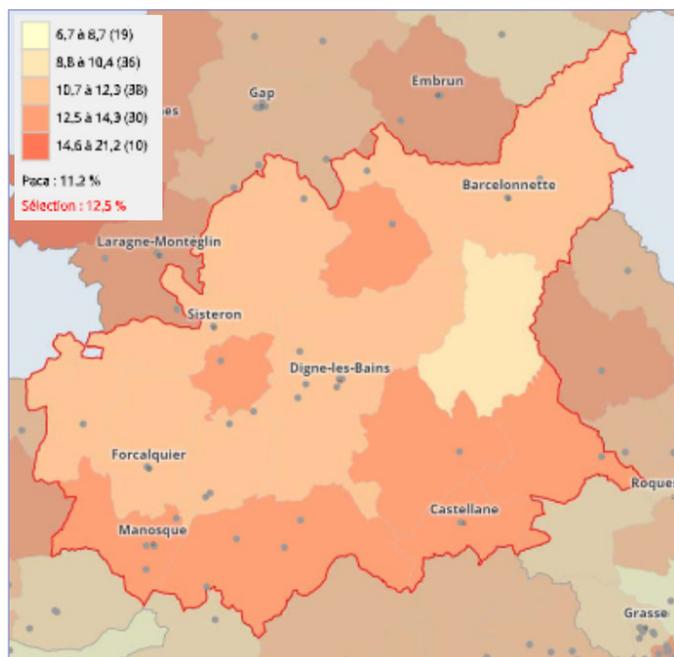


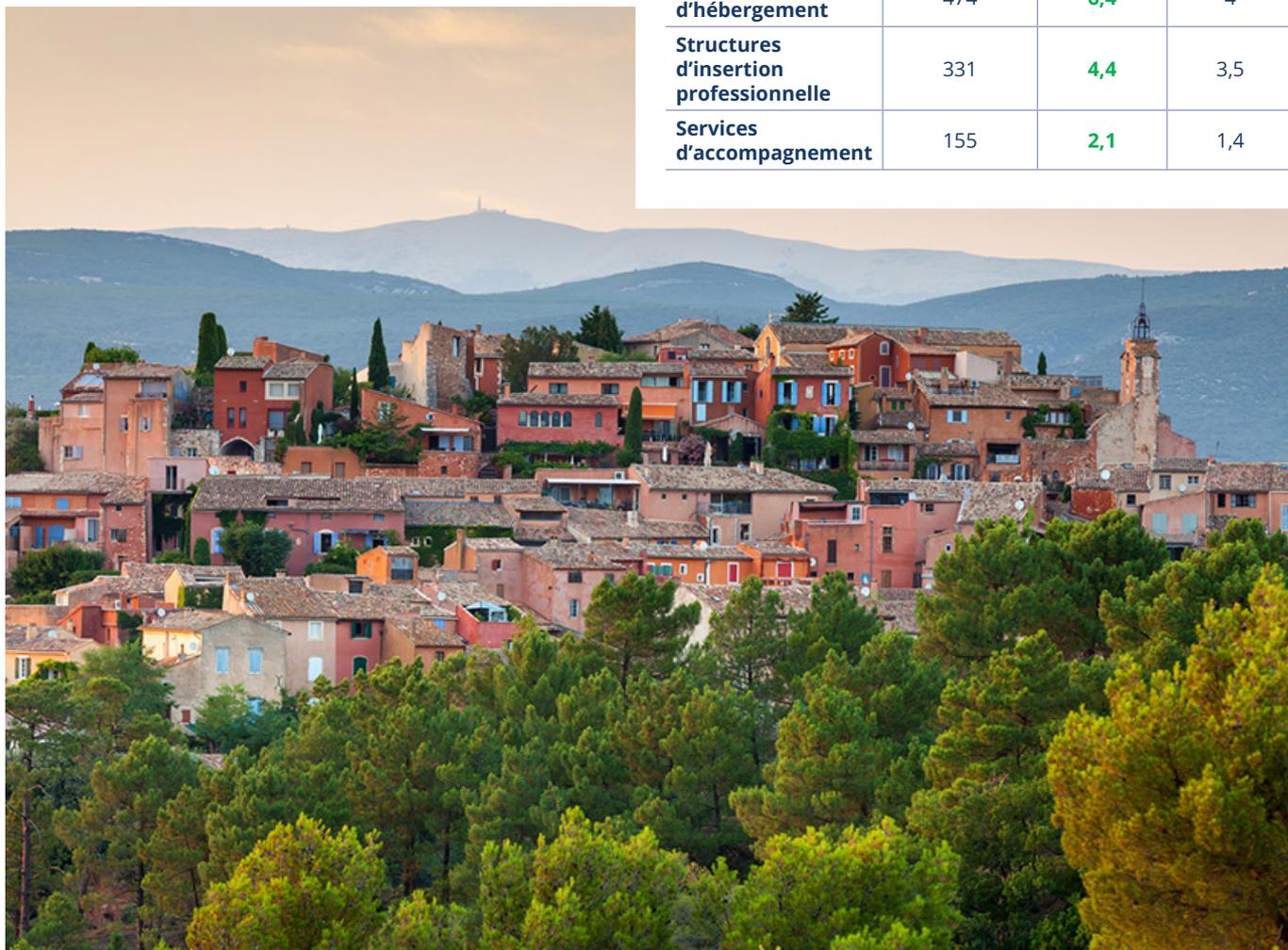
Figure 26 : Localisation des EHPAD (Source : Finess 2021) et part des personnes âgées de 75 ans ou plus (Source : Insee RP 2019)

L'un des départements de la région le mieux équipé en structures d'hébergement, d'insertion professionnelle et d'accompagnement pour les adultes avec un handicap

Le département des Alpes-de-Haute-Provence est, après les Hautes-Alpes, le mieux équipé de la région en structures d'hébergement, d'insertion et d'accompagnement des adultes avec un handicap. A noter cependant l'absence de certains types de structures d'hébergement (foyers de vie, foyers d'hébergement et foyers d'accueil polyvalents) et d'insertion (centres de rééducation fonctionnelle et de préorientation).

Tableau 6 : Nombre de places et taux d'équipement en structures et services médico-sociaux pour les adultes avec un handicap par type de structures, 2021 (Source : Drees, Finess - traitement ARS Paca) - Insee, RP 2021)

	Nombre de places dans les Alpes-de-Haute-Provence	Taux d'équipement pour 1 000 personnes avec un handicap âgées de 20 à 64 ans	
		Alpes-de-Haute-Provence	Région
Structures d'hébergement	474	6,4	4
Structures d'insertion professionnelle	331	4,4	3,5
Services d'accompagnement	155	2,1	1,4



L'offre médico-sociale destinée aux adultes en situation de handicap est concentrée à l'ouest du département, le long de la vallée de la Durance et dans les grandes villes du département (Figure 27).

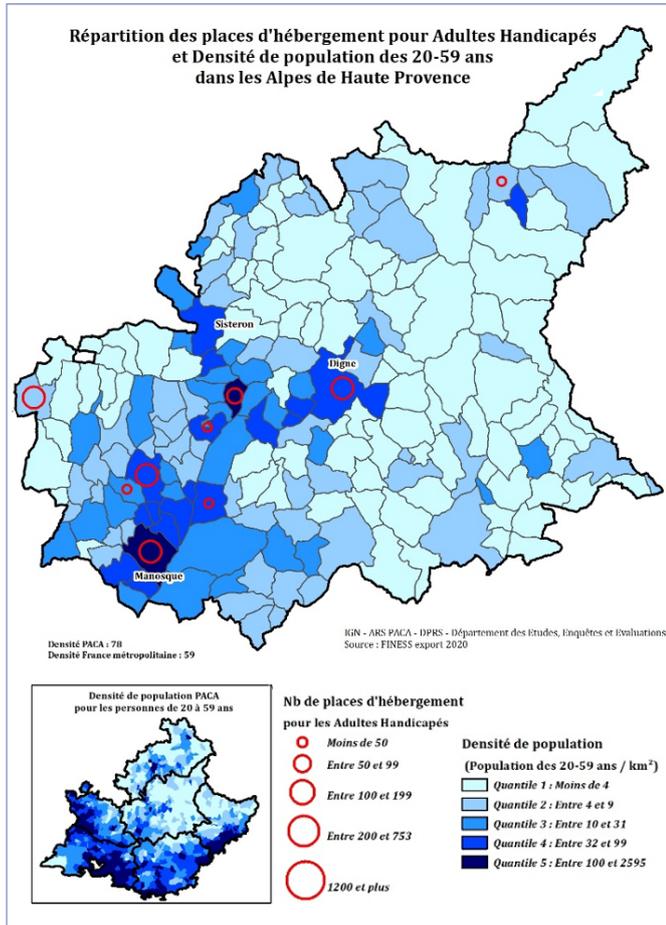


Figure 27 : Répartition des places d'hébergement pour les adultes avec un handicap (Source : ARS Paca, exploitation base Finess 2020) et densité de population des 20-59 ans (Source : Insee RP 2019)

Une offre médico-sociale incomplète pour les enfants en situation de handicap

En 2021, on recensait 353 places dans des structures de prise en charge des enfants avec un handicap dans les Alpes-de-Haute-Provence, soit un taux d'équipement de 10,2 places pour 1 000 enfants, un peu plus élevé que dans la région. A noter cependant qu'il n'existait aucune structure pour les enfants avec une déficience motrice ou sensorielle dans le département. Ce territoire ne disposait par ailleurs d'aucune structure de consultations (CAMSP, centres ressources...) (Tableau 7).

Tableau 7 : Nombre de places et taux d'équipement en structures et services médico-sociaux pour les enfants et adolescents avec un handicap par type de structures, 2021
(Source : Drees, Finess - (traitement ARS Paca) - Insee, RP 2021)

	Nombre de places	Taux d'équipement pour 1 000 personnes avec un handicap âgées de 0 à 18 ans	
		Alpes-de-Haute-Provence	Région
Structures de prise en charge	353	10,2	9,8
Structures de consultation	0	nd*	nd*

*nd : non déterminé

De plus, l'offre destinée aux enfants en situation de handicap est concentrée au centre du département, dans le pays digneois et dans la vallée de la Durance (Figure 28).

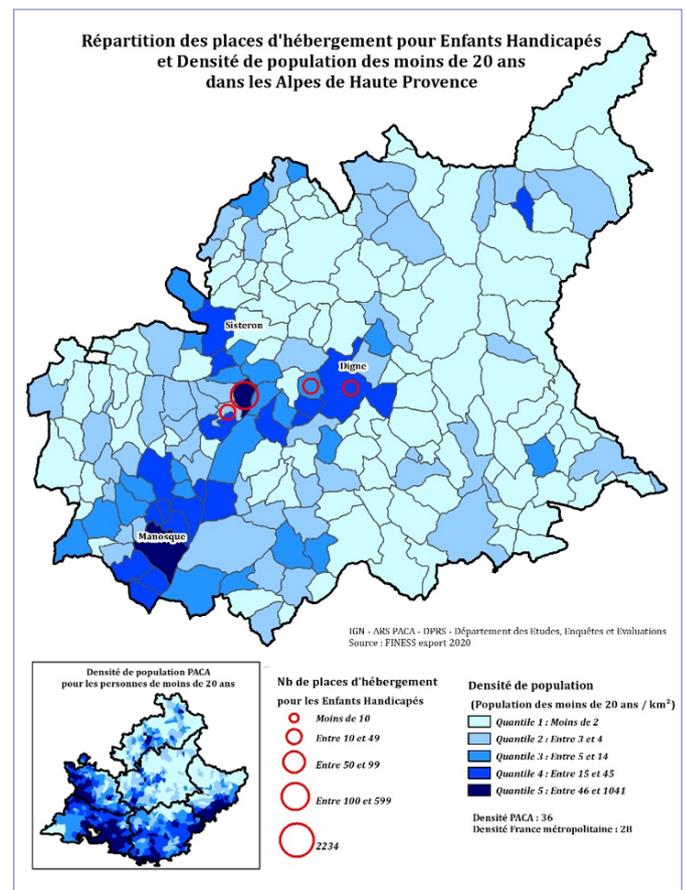


Figure 28 : Répartition des places d'hébergement pour les enfants avec un handicap (Source : ARS Paca, exploitation base Finess 2020) et densité de population des moins de 20 ans (Source : Insee RP 2019)

4

LA RÉALISATION DES ACTES DE PRÉVENTION

L'ESSENTIEL

- ▶ Une réalisation d'actes de prévention globalement moins fréquente que dans la région ;
- ▶ Les couvertures vaccinales les plus faibles de la région ;
- ▶ Moins de femmes bénéficiant d'un suivi gynécologique que dans la région ;
- ▶ Des actes de prévention à promouvoir en priorité auprès des publics précaires.

Moins de la moitié des enfants de 6 ans sur 2 ont bénéficié d'un bilan de prévention buccodentaire ou d'une consultation chez le dentiste

En 2019, 41,8 % des enfants âgés de 6 ans ont bénéficié d'un bilan de santé buccodentaire ou d'une consultation chez un dentiste libéral, la proportion la moins élevée de la région (44,1 %). A noter que les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) étaient moins nombreux à en avoir bénéficié (27,5 %) que les non-bénéficiaires (44,0 %). L'écart constaté entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires était presque 2 fois plus important (16,5 points de pourcentage) que celui observé dans la région (8,9 points) (Source : DRSM Paca-Corse 2019).



Si les enfants sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. Chez les enfants, les habitudes de vie sont en construction et les compétences en cours d'acquisition. Cette population est donc particulièrement réceptive aux apprentissages et à la prévention. Une stratégie globale de prévention devrait être menée auprès de ce public et s'appuyer sur le développement d'environnements favorables à la santé, le renforcement des facteurs de protection et l'acquisition des compétences favorisant l'adoption de comportements favorables à la santé (59).

Les services de protection maternelle et infantile (PMI) organisent des consultations et des actions médico-sociales de prévention, de dépistage et de suivi en faveur des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de 6 ans, ainsi que des activités de planification familiale et d'éducation familiale. Ils constituent un acteur de premier plan dans la prévention auprès enfants et de leurs familles (60).

1 femme sur 2 n'a pas consulté de gynécologue au cours des 2 dernières années

En 2021, la moitié des femmes âgées de 20 à 64 ans et résidant dans les Alpes-de-Haute-Provence (49,6 %) n'a pas consulté de gynécologue libéral au cours des 24 derniers mois, une proportion plus élevée que dans la région (45,7 %). Des chiffres particulièrement élevés étaient relevés dans le Sisteronais et dans l'Ubaye (Source : CNAM SIAM ERASME 2021).



Le suivi gynécologique régulier par un gynécologue ou une sage-femme est essentiel. En effet, les différents examens gynécologiques permettent le dépistage de cancers (cancer du sein, le plus fréquent chez les femmes en France, cancer du col de l'utérus, cancer des ovaires ou encore cancer de l'endomètre, d'infections sexuellement transmissibles ou encore de dysfonctionnements hormonaux (61).

Une participation au dépistage des cancers à promouvoir dans le département

Cancer du sein

En 2020-2021, 42,7 % des femmes âgées de 50 à 74 ans ont participé au dépistage organisé du cancer du sein, une participation plus élevée que dans la région (36,1 %), mais inférieure à la moyenne nationale (46,6 %) (Source : Données issues des Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers et Estimations Localisées de Population (ELP) de l'Insee - Traitement Santé publique France 2021).



Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent en France et représente la première cause de décès par cancer chez la femme (62). Plus les cancers du sein sont détectés tôt et plus les chances de guérison sont importantes : la survie à 5 ans est de 99 % pour un cancer du sein détecté à un stade précoce, elle est de 26 % pour un cancer métastasé (63). On estime que près de 20 000 cancers du sein pourraient être évités chaque année (soit un tiers des nouveaux cas de cancer pour l'année 2018) par une réduction des comportements à risque (64).

Cancer du col de l'utérus

Sur la période 2018-2020, 57,6 % des femmes âgées de 25 à 65 ans sur 10 ont participé au dépistage triennal du cancer du col de l'utérus^[8] dans les Alpes-de-Haute-Provence, la participation la plus faible de la région (60,4 %) (Source : SNDS (DCIR), Insee - Exploitation Santé publique France 2020).



Chaque année, près de 3 000 femmes développent un cancer du col de l'utérus et 1 000 en meurent. Avec une survie nette de 63 %, le cancer du col de l'utérus est considéré comme un cancer de pronostic intermédiaire. Le principal facteur de risque associé à ce cancer est la présence prolongée du papillomavirus (HPV) au niveau du col utérin. Néanmoins, le tabagisme actif, l'existence d'autres infections génitales, l'utilisation au long cours de contraceptifs oraux, un déficit immunitaire sont également des facteurs pouvant favoriser la survenue de ce cancer (65). Plus de 9 cancers du 10 pourraient être évités grâce au dépistage et à la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (64).

Cancer colorectal

Sur la période 2020-2021, moins d'un tiers des habitants âgés de 50-74 ans du département (31,4 %) ont participé au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum, une valeur proche de la moyenne régionale (31,1 %), chez les hommes (30,4 %) comme chez les femmes (33,3 %). Ce taux de participation est cependant inférieur à la moyenne nationale (35,7 %) (Source : Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers et Estimations Localisées de Population de l'Insee 2021).



Le cancer colorectal, ou cancer du côlon et du rectum, est l'un des plus fréquents en France : il s'agit de la 2^{ème} cause de décès par cancer chez les hommes et la 3^{ème} chez les femmes. Ce cancer est de pronostic intermédiaire, avec un taux de survie net standardisé à 5 ans de 63 %. Dans plus de 80 % des cas, il provient d'une tumeur bénigne qui évolue lentement et finit par devenir cancéreuse. Différents facteurs de risque de ce cancer ont été identifiés. Le rôle du mode de vie (surpoids/obésité, sédentarité, tabagisme, consommation d'alcool et de viande transformée) et de l'environnement dans le développement de ce cancer a notamment été mis en évidence (64).



[8] Remboursement pour au moins un examen cytologique ou un test HPV sur une période de 3 ans et 6 mois



Les couvertures vaccinales les plus faibles de la région

Vaccination contre les infections à papillomavirus (HPV)

En 2021, dans les Alpes-de-Haute-Provence, près d'un tiers des jeunes âgés de 15 ans (31,8 %) avaient reçu 1 dose de vaccin contre le papillomavirus et un peu plus d'un quart (27,8 %) avaient reçu le schéma complet à 16 ans, des chiffres inférieurs à la moyenne régionale (respectivement 38,4 % et 30,4 %) et nationale (respectivement 45,8 % et 37,4 %) (Source : Santé publique France-SNDS 2021).



Les HPV oncogènes peuvent être à l'origine de différents cancers comme celui de l'anus, du vagin, de la vulve, du pénis et certains cancers de la sphère ORL. Néanmoins, le principal cancer attribuable aux HPV est le cancer du col de l'utérus (66).

Vaccination contre la grippe

En 2021-2022, la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus (50,3 %) ont été vaccinées contre la grippe dans le Vaucluse, la couverture vaccinale la plus faible de la région (52,4 %), et une proportion bien inférieure à la moyenne nationale (56,8 %) (Source : Santé publique France - SNDS (DCIR) 2021).



L'épidémie de grippe saisonnière est responsable chaque année d'environ 8 000 à 14 500 décès dont la très grande majorité rapportés chez les personnes de 65 ans et plus (67). En raison de la fragilité de leur système immunitaire et de la présence plus fréquente de maladies chroniques les plus de 65 ans sont plus susceptibles d'être hospitalisés.

Vaccination contre la Covid-19

Au 28 juin 2022, 72,3 % des habitants des Alpes-de-Haute-Provence avaient reçu une dose de vaccin contre la Covid-19 et 71,3 % la vaccination complète (2 doses), la couverture vaccinale la plus faible de la région (respectivement 76,3 % et 75,2 %) (Source : Vaccin Covid, Cnam, analyse Santé publique France 2022).



En France, la COVID-19 a provoqué environ 150 000 décès depuis le début de l'épidémie (Source : John Hopkins University). Pour faire face à la propagation de ce virus en France, une vaste campagne de vaccination a débuté depuis le 27 décembre 2020 auprès de la population, conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé. La stratégie vaccinale mise en place contre la COVID-19 a pour objectifs principaux de protéger les populations les plus vulnérables, de faire baisser la mortalité et les formes graves, mais aussi de protéger les soignants et le système de soins.

Pour 8 médecins généralistes français sur 10, la vaccination est le meilleur moyen pour éviter la survenue de nouvelles vagues épidémiques de Covid-19 et constitue le seul moyen de développer une immunité de groupe dans la population (68).

5

L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

L'ESSENTIEL

- ▶ Une espérance de vie un peu plus élevée que dans la région chez les femmes, mais pas chez les hommes ;
- ▶ 1 décès sur 6 avant l'âge de 65 ans : une mortalité prématurée plus élevée que dans la région ;
- ▶ Les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire responsables de la moitié des décès, comme dans la région ;
- ▶ Des indicateurs sur la santé de la population qui restent moins favorables que dans la région, notamment dans le pays dignois, la vallée de l'Ubaye et la Haute Provence.

Davantage de naissances de petit poids dans les Alpes-de-Haute-Provence que dans la région

Entre 2015 et 2019, 85 naissances prématurées (accouchement entre la 22^e et la 37^e semaine d'aménorrhée (SA)) ont été relevées en moyenne dans les Alpes-de-Haute-Provence, soit 5,9 % des naissances, la proportion la plus faible de la région (6,8 %). Les cas de très grande prématurité (entre la 22^e et la 27^e SA) représentaient 0,2 % des naissances (région : 0,3 %), les cas de grande prématurité (entre la 28^e et la 31^e SA) 0,6 % des naissances (région : 0,7 %) et les cas de prématurité moyenne (entre la 32^e et la 37^e SA) 5,0 % des naissances (région 5,8 %) (Source : PMSI, SNDS, 2015-2019).

La part des naissances vivantes à terme (> 37 SA) hypotrophes (poids de naissance inférieur à 2 500g) représentaient 3,2 % des naissances, une proportion plus élevée que dans la région (2,8 %). A l'inverse, la part des naissances vivantes à terme (> 37 SA) macrosomes (poids de naissance supérieur à 4 000g) représentaient 5,3 % des naissances, une proportion moins élevée que dans la région (6,4 %) (Source : PMSI, SNDS, 2015-2019).

Parmi les enfants âgés de 0 à 6 ans, 11,6 % ont été hospitalisés en court séjour sur la période 2015-2019, une proportion moins élevée que dans la région (12,3 %). Le taux d'hospitalisations en court séjour pour lésion traumatique était de 0,6 % chez les 0 à 6 ans, comme dans la région (0,6 %) (Source : PMSI, SNDS, 2015-2019).

Une augmentation de la prévalence des maladies chroniques qui devrait se poursuivre dans les années à venir

En 2020, 52,7 % des assurés résidant dans les Alpes-de-Haute-Provence n'avaient aucune pathologie repérée, ne suivaient aucun traitement, et n'avaient fait l'objet ni d'une maternité ou d'une hospitalisation, une proportion inférieure à la moyenne régionale (54,6 %) (Source : CNAM, 2022).

En 2021, 18,6 % des assurés du régime général étaient bénéficiaires d'une Affection Longue Durée (ALD), une proportion significativement plus élevée que dans la région (17,4 %) (Source : DRSM Paca-Corse 2021).

Entre 2016 et 2020, on observe dans les Alpes-de-Haute-Provence une augmentation de la prévalence des maladies chroniques, plus marquée que dans la région. (Tableau 9). Cette hausse peut être expliquée par l'allongement de l'espérance de vie et les progrès de la médecine, mais aussi par les changements de mode de vie (alimentation, activité physique notamment) (69). D'après les projections, cette augmentation devrait se poursuivre dans les années à venir (Tableau 9) (70).

Tableau 9 : Prévalence brute des maladies chroniques dans les Alpes-de-Haute-Provence et dans la région en 2016 et en 2020
(Source : Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam), données mises à jour en juin 2022) et projections à l'horizon 2028 (Source : ORS Paca 2019)

	Prévalence brute Alpes-de-Haute-Provence			Prévalence brute Provence-Alpes-Côte d'Azur		
	2016*	2020*	Projections 2028**	2016*	2020*	Projections 2028**
Cancers	5,7 %	↑ 6,5 %	6,9 %	5,1 %	↑ 5,7 %	5,5 %
Diabète	5,9 %	↑ 6,3 %	6,8 %	5,9 %	↑ 6,2 %	6,6 %
Maladies cardiovasculaires	8,9 %	↑ 10,0 %	10,6 %	8,0 %	↑ 8,7 %	9,3 %
Maladies respiratoires chroniques	5,8 %	↑ 5,9 %	6,3 %	5,8 %	↓ 5,6 %	6,1 %
Maladies neurologiques	2,8 %	↑ 2,9 %	3,3 %	2,7 %	↑ 2,7 %	3,0 %

Des personnes en situation de handicap qui cumulent les difficultés

En 2020, environ 3 100 personnes âgées de 20 à 64 ans étaient bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), soit un taux de 41,9 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 20 à 64 ans, un des plus élevés de la région (38,4 pour 1 000) (Source : Cnaf, MSA, 2020).

Par ailleurs, environ 310 personnes âgées de 0 à 19 ans étaient bénéficiaires de l'Allocation d'Education des Enfants Handicapés (AEEH), soit un taux de 8,9 bénéficiaires pour 1 000 enfants âgés de 0 à 19 ans, le plus faible de la région (24,3 pour 1 000) (Source : Cnaf, MSA, 2020).

Les personnes en situation de handicap

- ▶ En 2020, une population adulte en situation de handicap estimée à environ 1 600 personnes dans le département, soit un taux de 18,5 pour 1 000 adultes, un des plus élevés de la région (46) ;
- ▶ En 2020, une population d'enfants en situation de handicap estimée à environ 370 personnes, soit un taux de 15,1 pour 1 000 enfants de 0 à 19 ans (46).

(Source : CREAI Paca-Corse 2020)



Le nombre de personnes en situation de handicap est en nette augmentation. Cela s'explique, entre autres, par les tendances démographiques et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Ces personnes présentent une vulnérabilité particulière : leurs problèmes de santé, qu'ils soient ou non liés au handicap, se traduisent par un cumul de pathologies et de fragilités. De plus, un manque d'accès à la prévention, aux soins et plus largement à la vie sociale, se surajoutent à ces difficultés au point de conduire parfois à des surhandicaps.

Ainsi, dans la région, 31 % des personnes avec un handicap interrogées dans le cadre du Baromètre Santé Handifaction ont déclaré ne pas avoir effectué leur(s) soin(s).

Une espérance de vie plus élevée que dans la région et qu'en France chez les femmes, mais pas chez les hommes

En 2021, l'espérance de vie à la naissance des habitants des Alpes-de-Haute-Provence s'élevait à 78,5 ans pour les hommes et 85,7 ans pour les femmes. Ainsi, l'espérance de vie des femmes était un peu plus élevée dans le département que dans la région (85,2 ans) et qu'en France (85,4 ans), contrairement à celle des hommes, qui était plus basse (région : 79,5 ans ; France : 79,3 ans) (Source : Insee, État civil, estimations de population 2021).

Zoom : d'importantes inégalités sociales de mortalité en France

L'espérance de vie des hommes disposant des revenus les plus faibles est 13 années plus courte que celle des hommes ayant des revenus les plus élevés. L'écart était de 8 ans chez les femmes. Cette disparité selon les revenus peut s'expliquer, en partie tout du moins, par les différences de niveau d'éducation et de conditions de vie, d'exposition aux facteurs de risque et d'accès aux soins de santé (71).





Une mortalité prématurée en hausse dans le département, contrairement à la tendance régionale

Entre 2013 et 2017, 1 829 décès ont été enregistrés en moyenne chaque année dans les Alpes-de-Haute-Provence, soit une surmortalité significative de + 3,3 % par rapport à la région. Parmi ces décès, 15,5 % étaient prématurés (avant 65 ans) et 7,7 % auraient pu être évités par une réduction des comportements à risque (tabagisme, consommation d'alcool, conduites dangereuses).

Le département des Alpes-de-Haute-Provence présente le taux de mortalité prématurée le plus élevé de la région sur la période 2013-2017 (148,6 décès prématurés pour 100 000 habitants ; région : 132,6 pour 100 000).

Globalement, la mortalité prématurée a diminué dans le département (- 14 %), mais moins rapidement que dans la région (- 22 %). Cependant, on observe une hausse de la mortalité pour cette cause dans le département depuis 2008-2012 (+ 3 %), contrairement à la tendance régionale (- 8 %) (Figure 29).

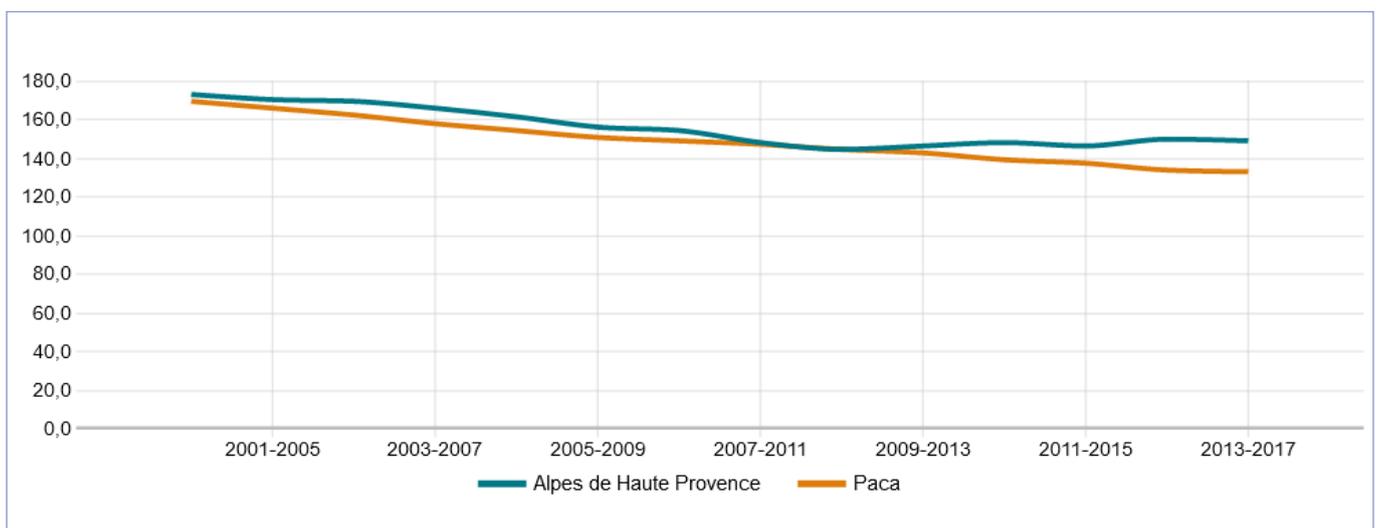


Figure 29 : Évolution du taux comparatif de mortalité prématurée dans les Alpes-de-Haute-Provence et dans la région entre 2001-2005 et 2013-2017 (Source : Inserm CépiDC, Insee 2001-2005, 2013-2017)



Des données de mortalité moins favorables que dans la région, malgré des disparités territoriales

Globalement, les données de mortalité relevées dans les Alpes-de-Haute-Provence étaient moins favorables que celles relevées dans la région. Une surmortalité par rapport à la région a ainsi été observée toutes causes de décès confondues (+3,3 %) toutes classes d'âge confondues et chez les 15-34 ans (+ 43,7 %), pour la mortalité prématurée (+ 10,1 %) et évitable (+15,4 %), et pour de multiples causes de décès (accidents de la circulation, maladies de l'appareil circulatoire, maladie d'Alzheimer...).

Cependant, il faut souligner la présence d'inégalités territoriales de mortalité : les indicateurs de mortalité étaient, par exemple, plus favorables dans le territoire du Sisteronais que dans le reste du département. A l'inverse, les territoires du pays dignois, de la vallée de l'Ubaye et de Haute Provence présentaient des données moins favorables.

La moitié des décès liés à un cancer ou à une maladie de l'appareil circulatoire

Sur la période 2013-2017, les principales causes de décès dans le département étaient, comme dans la région, les cancers (26,1 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (25,1 %) : ces pathologies représentaient un peu plus de la moitié des décès (Figure 30).

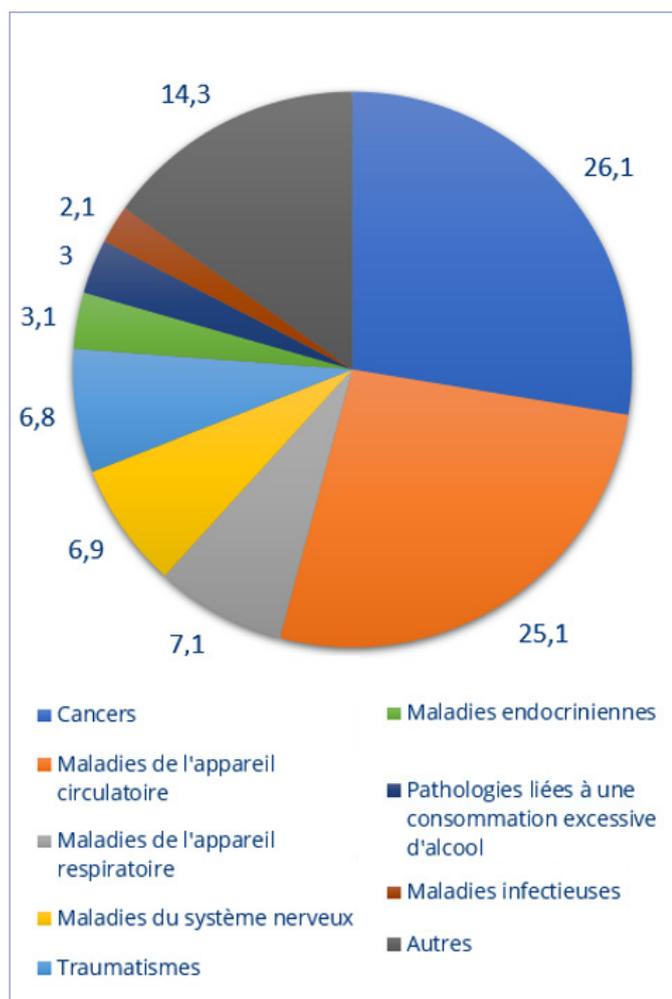


Figure 30 : Principales causes de décès dans les Alpes-de-Haute-Provence sur la période 2013-2017 (Source : Inserm CépiDC 2013-2017)

Les cancers

En 2020, 10 610 personnes ont été prises en charge^[9] pour un cancer dans les Alpes-de-Haute-Provence, soit une prévalence de 6,5 %, plus élevé que dans la région (5,7 %) (Source : CNAM 2022).

Avec 477 personnes décédées en moyenne chaque année entre 2013 et 2017 (26,1 % des décès), les cancers constituaient la première cause de décès dans Alpes-de-Haute-Provence, comme dans la région et en France (Source : Inserm CépiDC 2013-2017). Les cancers responsables du plus grand nombre de décès masculins étaient, par ordre décroissant, ceux du poumon, du côlon-rectum et de la prostate. Chez la femme, le cancer du sein constituait la première cause de décès par cancer, suivie du cancer du poumon et du cancer colorectal.

Globalement, le département des Alpes-de-Haute-Provence présentait des niveaux de mortalité par cancers comparables à ceux relevés dans la région. Une surmortalité significative par rapport à la région était observée pour certains cancers, à savoir : les cancers des voies aéro-digestives supérieures (+ 19,8 %), ainsi que pour les cancers du poumon chez les femmes (+ 20,3 %).

[9] L'effectif comptabilise le nombre de patients pris en charge pour une pathologie (ou traitement chronique ou épisode de soins) en particulier.

Parmi les sous-territoires composant le département, le Sisteronais Buëch était le seul à présenter une sous-mortalité par rapport à la région pour l'ensemble des cancers (- 14,5 %) et pour différents types de cancers (cancers du poumon et hématologiques). A l'inverse, plusieurs territoires présentaient une surmortalité par rapport à la région :

- ▶ Le pays dignois, pour les cancers de l'œsophage (+ 96,1 %) et des voies aéro-digestives supérieures (+ 82,1 %) ;
- ▶ La vallée de l'Ubaye pour les cancers de la prostate (+ 95,5 %) ;
- ▶ La Haute Provence pour les cancers du poumon chez les femmes (+ 41 %) (Source : Inserm CépiDC 2013-2017).

En terme d'évolution, une baisse de la mortalité par cancers est constatée entre les périodes 2001-2005 et 2013-2017 chez les hommes (- 20 %), comparable à celle relevée dans la région (- 22 %) (Figure 31).

Chez les femmes, une baisse de la mortalité par cancers est également relevée, mais plus modeste (- 6 %) que chez les hommes, et moins importante que celle constatée dans la région (- 11%) (Figure 32).

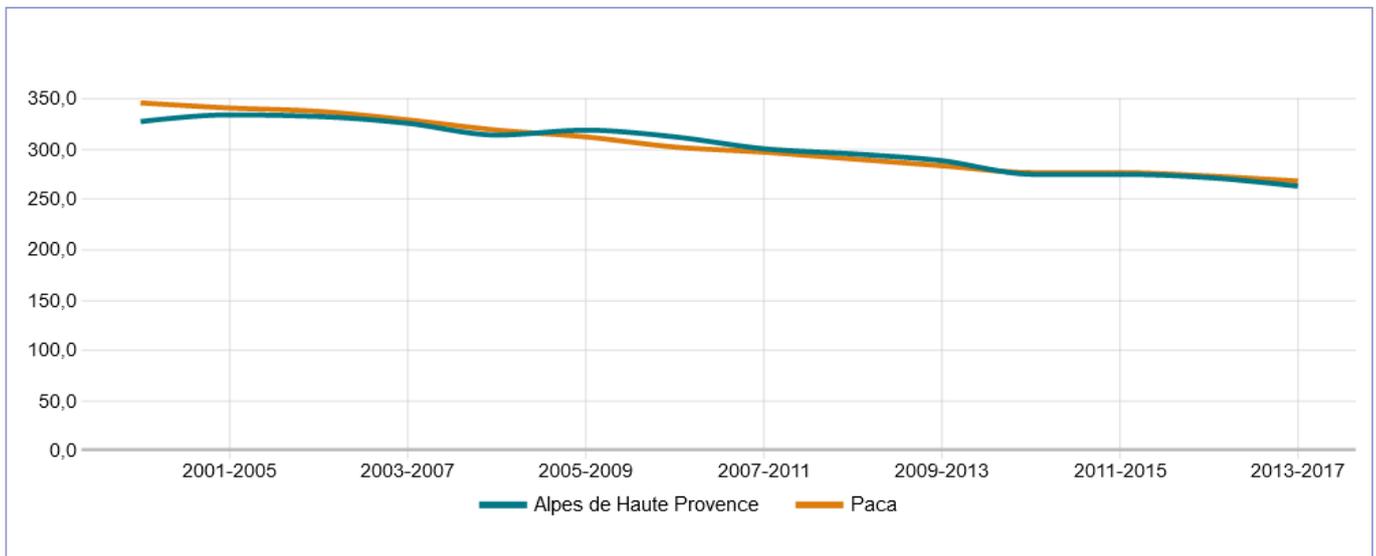


Figure 31 : Evolution du taux comparatif de mortalité par cancers chez les hommes dans les Alpes-de-Haute-Provence et dans la région entre 2001-2005 et 2013-2017 (Source : Inserm CépiDC, Insee 2013-2017)

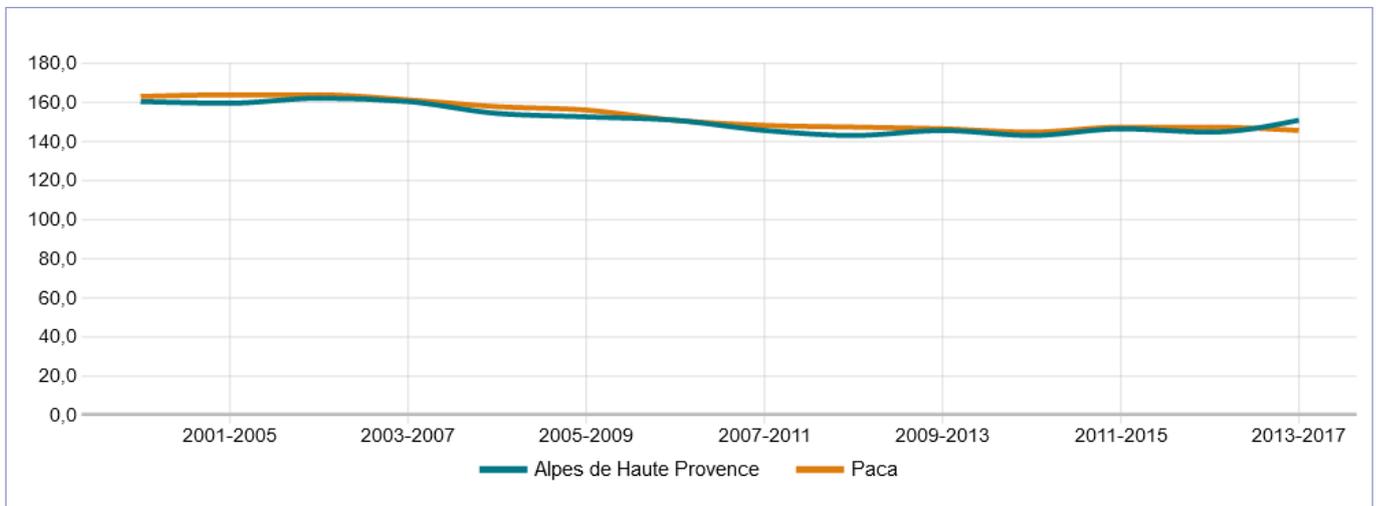
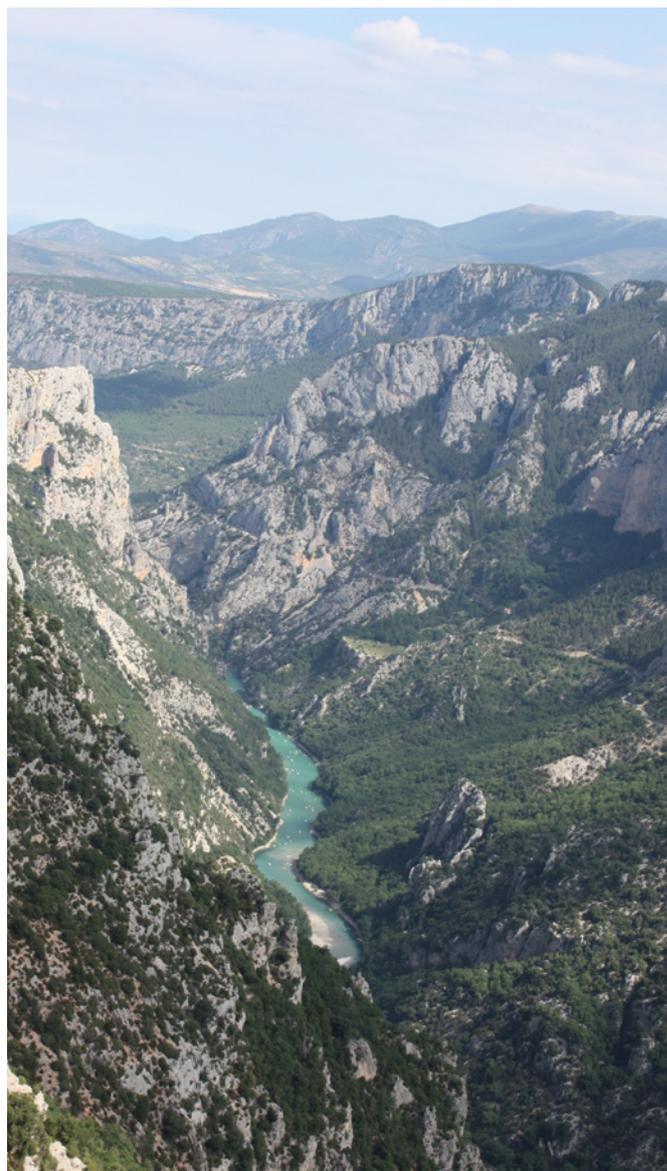


Figure 32 : Evolution du taux comparatif de mortalité par cancers chez les femmes dans les Alpes-de-Haute-Provence et dans la région entre 2001-2005 et 2013-2017 (Source : Inserm CépiDC, Insee 2013-2017)



La progression de l'espérance de vie et le vieillissement de la population contribuent à l'augmentation du nombre de nouveaux cas de cancers. Nos comportements et modes de vie (tabagisme, consommation excessive d'alcool, alimentation déséquilibrée, manque d'activité physique...) jouent également un rôle non négligeable : on estime que 40 % des nouveaux cas de cancers détectés chaque année sont attribuables à ces facteurs de risque. La prévention de ces facteurs de risque constitue donc un enjeu majeur de santé publique (64).

La survenue d'un cancer est à l'origine de séquelles pouvant être nombreuses et variées chez les personnes touchées par la maladie. À cela s'ajoutent les effets indésirables liés aux traitements. Ces conséquences peuvent être durables et affecter de façon importante la qualité de vie des personnes. Ainsi, 5 ans après le diagnostic, près de deux tiers des personnes touchées par un cancer déclarent souffrir de séquelles dues au cancer ou aux traitements, de différents ordres (physique, psychique, sociale, spirituelle). Les séquelles les plus fréquemment citées concernent les modifications de l'image du corps, les douleurs, la fatigue, les troubles moteurs ou de la vision et les difficultés sexuelles. Trois fois sur quatre, ces séquelles ne font pas l'objet d'un suivi médical spécifique. Par ailleurs, la survenue d'un cancer a un impact négatif sur la vie professionnelle des individus concernés, contrasté selon la réalité de la maladie et les caractéristiques professionnelles de l'emploi occupé initialement (72).



Les maladies cardio-vasculaires

En 2020, 16 330 personnes ont été prises en charge^[10] pour une maladie cardio-vasculaire dans les Alpes-de-Haute-Provence, soit une prévalence de 10,0 %, un chiffre plus élevé que dans la région (8,7 %). Par ailleurs, 13 % des assurés du département suivaient un traitement pour le risque vasculaire (hors pathologies), là encore, une proportion plus élevée que dans la région (11,9 %) (Source : CNAM 2022).

Entre 2013 et 2017, 459 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'une maladie de l'appareil circulatoire dans les Alpes-de-Haute-Provence, soit 25,1 % de l'ensemble des décès : il s'agissait de la deuxième cause de décès dans le département, tout comme dans la région (Source : Inserm CépiDC 2013-2017).

Comparativement à la région, le département des Alpes-de-Haute-Provence présentait une surmortalité significative par rapport à la région pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire (+ 9,5 %), ainsi que pour les maladies cérébro-vasculaires (+ 17,3 %).

Sur les 6 sous-territoires composant le département, 3 présentaient une surmortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire : la vallée de l'Ubaye (+ 24,9 %), les Grandes Alpes (+ 19,3 %) et la Haute Provence (+ 12,9 %). Une surmortalité par rapport à la région était également constatée pour les maladies cérébro-vasculaires en Haute-Provence (+ 21,8 %) (Source : Inserm CépiDC 2013-2017).

En terme d'évolution, on observe, entre les périodes 2001-2005 et 2013-2017, une baisse de la mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire dans le département (- 30 %), mais moins marquée que dans la région (- 39 %) (Figure 33).



Les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de près de 150 000 décès par en France et constituent la 2^{ème} cause de mortalité en France derrière les cancers, la 1^{ère} chez les femmes et les personnes âgées de 65 ans ou plus. Elles constituent également l'une des principales causes de morbidité, avec 4,1 millions de personnes traitées et 7,2 millions de personnes sous traitement médicamenteux du risque vasculaire en 2018. Il est possible de prévenir une grande partie des maladies cardiovasculaires en s'attaquant aux facteurs de risque comportementaux (tabagisme, alimentation riche en graisses, sucre et sel, sédentarité, consommation d'alcool ; exposition au stress), pouvant favoriser une hypertension artérielle, une hyperglycémie, une hyperlipidémie ou encore un surpoids.

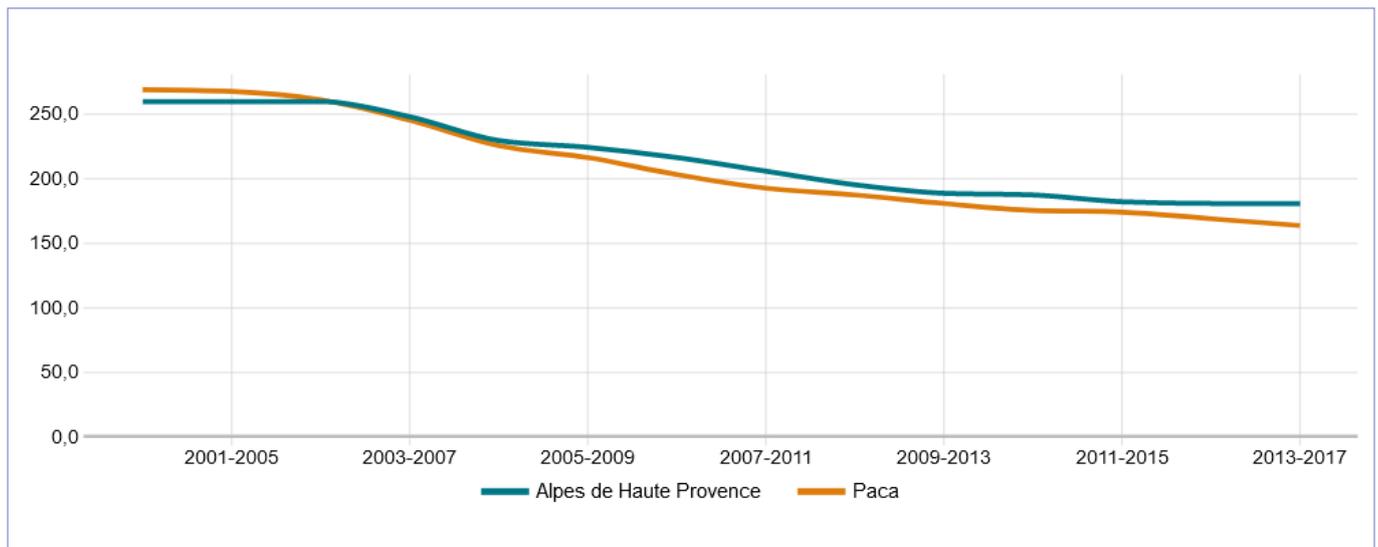


Figure 33 : Evolution du taux comparatif de mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire dans les Alpes-de-Haute-Provence et dans la région entre 2001-2005 et 2013-2017 (Source : Inserm CépiDC, Insee 2013-2017)

[10] L'effectif comptabilise le nombre de patients pris en charge pour une pathologie (ou traitement chronique ou épisode de soins) en particulier.



Le diabète

En 2020, 10 250 personnes ont été prises en charge^[11] pour un diabète dans les Alpes-de-Haute-Provence, soit une prévalence de 6,3 %, un chiffre proche de la moyenne régionale (6,2 %) (Source : CNAM 2022).

Entre 2013 et 2017, 56 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'une maladie endocrinienne dans les Alpes-de-Haute-Provence (différence non significative avec la région).

Parmi les 6 sous-territoires composant le département, seul celui de la vallée de l'Ubaye présentait une surmortalité significative par rapport à la région pour le diabète (+ 101,1 %) (Source : Inserm CépiDC 2013-2017).

En terme d'évolution, on observe, entre les périodes 2001-2005 et 2013-2017, une baisse de la mortalité pour les maladies endocriniennes de - 44 %, plus importante que celle observée dans la région (- 31 %) (Figure 34).

Un diabète déséquilibré peut engendrer des complications à court-terme (coma acido-cétosique, coma hyperosmolaire, hypoglycémie) et à long terme (infarctus du myocarde, AVC, dialyse, cécité, amputation d'un membre inférieur, etc.). Toutefois, il a été démontré qu'un bon contrôle de la maladie par une adaptation du mode de vie (alimentation, activité physique) et une bonne prise en charge médicale et éventuellement pharmacologique, peut permettre d'éviter ou de réduire considérablement les risques de complications (73).

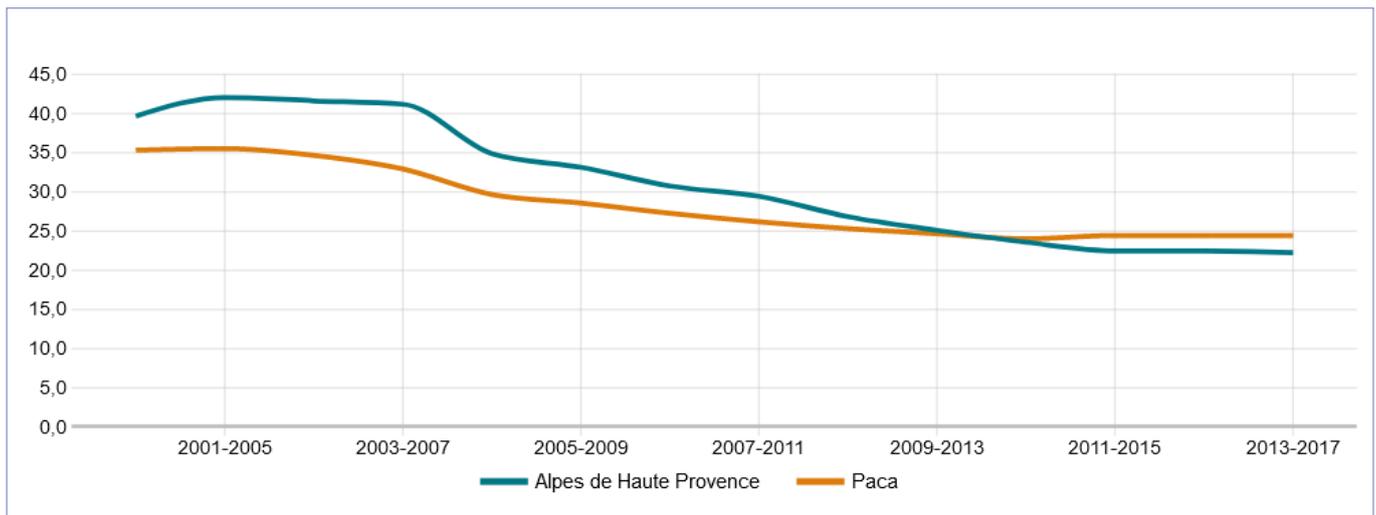


Figure 34 : Evolution du taux comparatif de mortalité pour les maladies endocriniennes dans les Alpes-de-Haute-Provence et dans la région entre 2001-2005 et 2013-2017 (Source : Inserm CépiDC, Insee 2013-2017)

[11] L'effectif comptabilise le nombre de patients pris en charge pour une pathologie (ou traitement chronique ou épisode de soins) en particulier.

L'obésité

Il n'existe actuellement pas d'informations sur la prévalence du surpoids et de l'obésité à l'échelle départementale. Les seules données disponibles sont issues d'une enquête nationale.

En 2020, près d'une personne sur 3 vivant en France (30,3 %) était en surpoids et 17 % en situation d'obésité, contre 15 % en 2012 (74). Les femmes étaient plus touchées que les hommes, même si la part de ces derniers était en forte augmentation. La proportion de personnes en situation d'obésité tend à augmenter avec l'âge (Figure 35).

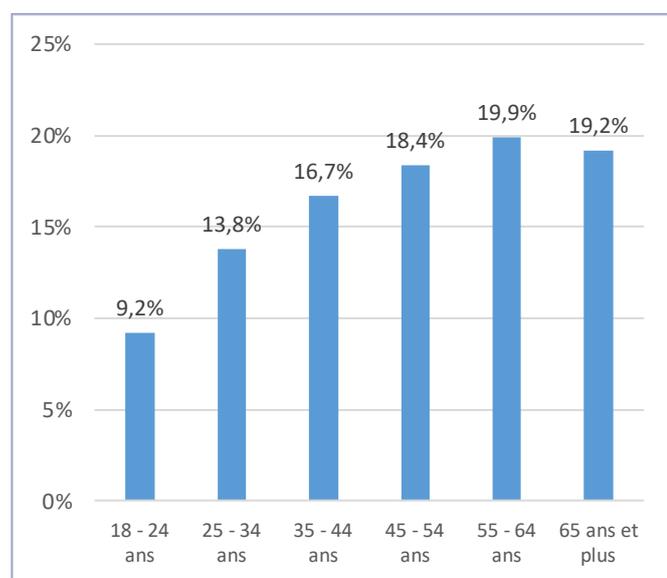


Figure 35 : Part des personnes en situation d'obésité en France par tranche d'âge (Source : enquête épidémiologique nationale ObÉpi-Roche 2020)

Concernant les enfants et les adolescents, près d'un enfant sur 3 (34 %) âgé de 2 à 7 ans serait en situation de surpoids ou d'obésité et près d'un jeune sur 5 (21 %) âgé de 8 à 17 ans. Néanmoins, ces chiffres élevés posent question sur l'adéquation des seuils actuels pour mesurer la prévalence de l'obésité ou du surpoids, particulièrement chez les enfants les plus jeunes. L'obésité tend à être deux fois plus élevée chez les catégories socio-professionnelles les moins diplômées (employés et ouvriers) que chez les cadres (respectivement 18,0 % et 9,9 %) (74).

Provence-Alpes-Côte d'Azur est l'une des régions de France les moins touchées par l'obésité, malgré une prévalence en augmentation (74).



L'obésité peut être à l'origine de différentes pathologies comme le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les maladies respiratoires (syndrome d'apnée du sommeil, hypoventilation, etc.), les troubles hormonaux (perturbation des cycles menstruels chez la femme) ou encore les maladies articulaires, telles que l'arthrose. Ainsi une perte de poids même modeste est bénéfique sur le plan métabolique, cardiovasculaire, respiratoire et musculo-squelettique (75).



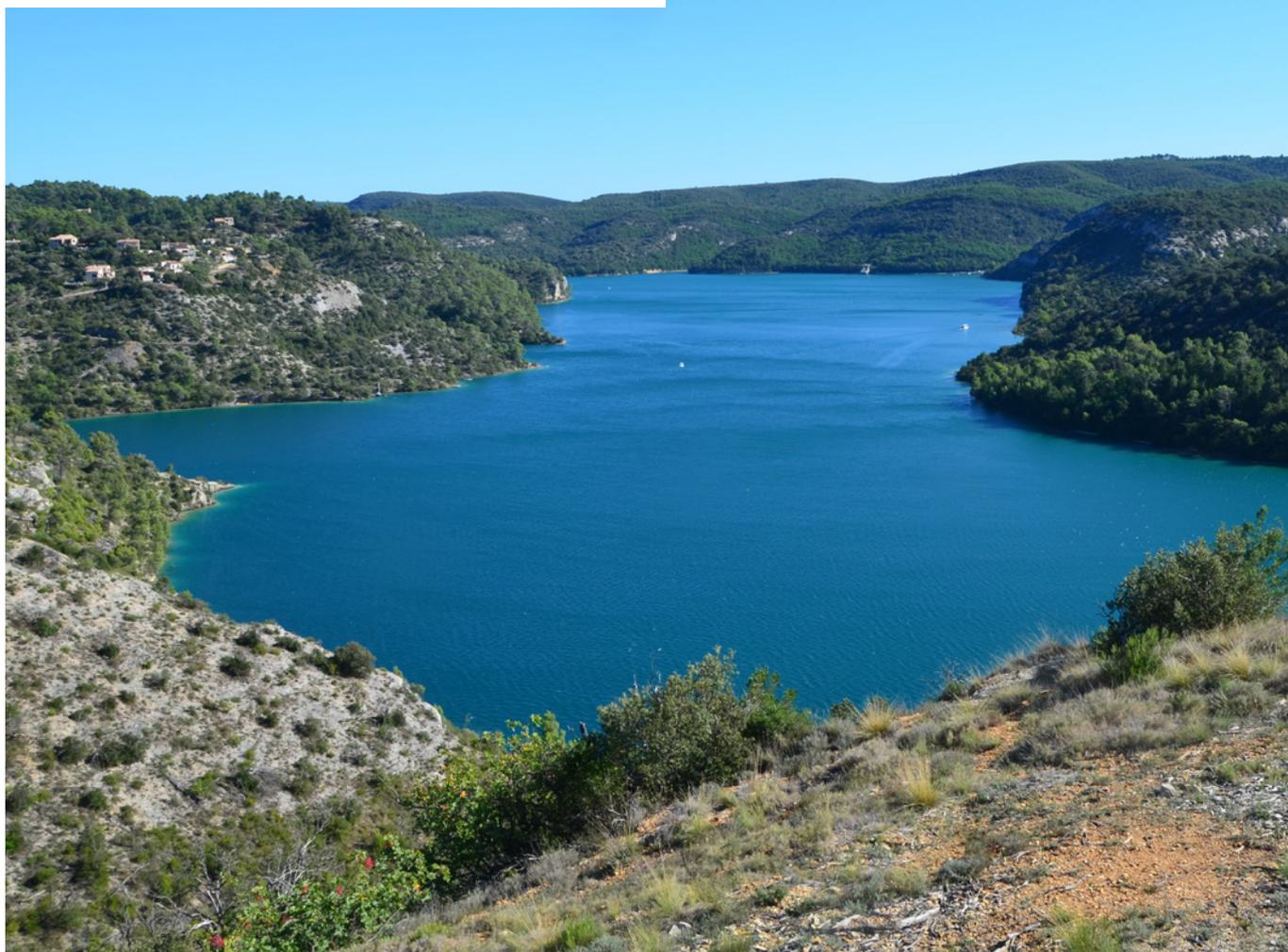


Les troubles anxieux et dépressifs

D'après les données du Baromètre Santé 2017, 12 % des personnes interrogées âgées de 15 à 75 ans ont déclaré un épisode dépressif caractérisé dans les 12 mois précédant l'enquête dans la région, soit le taux le plus élevé de la France métropolitaine avec l'Occitanie. Les femmes (16 %) étaient deux fois plus touchées que les hommes (8 %) (Source : *Baromètre de Santé publique France 2017*).

En 2020, environ 13 100 assurés du régime général (7,8 %) ont reçu au moins 6 remboursements de médicaments psychotropes en 2020 (antidépresseurs, anxiolytiques-hypniques, neuroleptiques), significativement moins que dans la région (- 1,8 %). De même, 4,1 % des assurés ont reçu au moins 6 remboursements d'antidépresseurs, là encore, significativement moins que dans la région (- 3,2 %), chez les hommes comme chez les femmes. Enfin, 4,8 % des assurés ont reçu au moins 6 remboursements d'anxiolytiques-hypnotiques, une différence non significative avec la région (4,7 %). A noter cependant un recours aux anxiolytiques-hypnotiques significativement plus élevé que dans la région chez les hommes (+ 5,0 %), mais pas chez les femmes (Source : *DRSM Paca-Corse 2021*).

La dépression et l'anxiété ont des causes variées : événements de vie significatifs (traumatismes, deuil, ruptures conjugales, conditions de travail,...) (76). Ces troubles se traduisent par la survenue d'une association de symptômes (tristesse, perte d'intérêt ou de plaisir quasiment toute la journée et presque tous les jours, troubles du sommeil, fatigue, etc.), pouvant avoir un fort impact sur la vie quotidienne. La dépression constitue par ailleurs le premier facteur de risque de suicide. D'après l'enquête « Baromètre santé 2017 », les femmes, notamment celles âgées de 35-44 ans, les chômeurs et autres inactifs, les personnes veuves ou divorcées ainsi que les personnes déclarant de faibles revenus sont les plus concernés (77).



Les suicides et tentatives de suicides

Entre 2013 et 2017, 26 décès par suicides ont été enregistrés en moyenne chaque année dans les Alpes-de-Haute-Provence : près de 4 sur 10 (38,5 %) concernaient une personne âgée de 65 ans ou plus. Comparativement à la région, une surmortalité par suicide était observée dans le département pour les hommes (+ 32,8 %), y compris ceux âgés de 15-34 ans (+ 112,3 %). Parmi les sous-territoires du département, le Verdon était le seul à présenter une mortalité par suicide significativement plus élevée que dans la région (+ 101,5 %). Ces surmortalités doivent cependant être relativisés au regard des faibles effectifs de décès représentés. (Source : Inserm CépiDC, Insee 2013-2017).

En terme d'évolution, on observe, entre les périodes 2001-2005 et 2013-2017, une baisse de la mortalité par suicide de - 33 %, comme dans la région (- 29 %) (Figure 36).



Zoom : Les idées suicidaires et tentatives de suicide en Provence-Alpes-Côte d'Azur

- ▶ En 2017, 4,8 % des personnes interrogées en Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,3 % des femmes et 4,2 % des hommes) ont déclaré avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois, un chiffre proche de la moyenne nationale (4,7 %). Les jeunes âgés de 18 à 24 ans étaient particulièrement concernés (78) ;
- ▶ 7,7 % des personnes interrogées (10,9 % chez les femmes et 4,2 % les hommes) ont déclaré avoir déjà tenté de se suicider au cours de leur vie, un chiffre légèrement supérieur à la valeur nationale (7,2 %) (78).

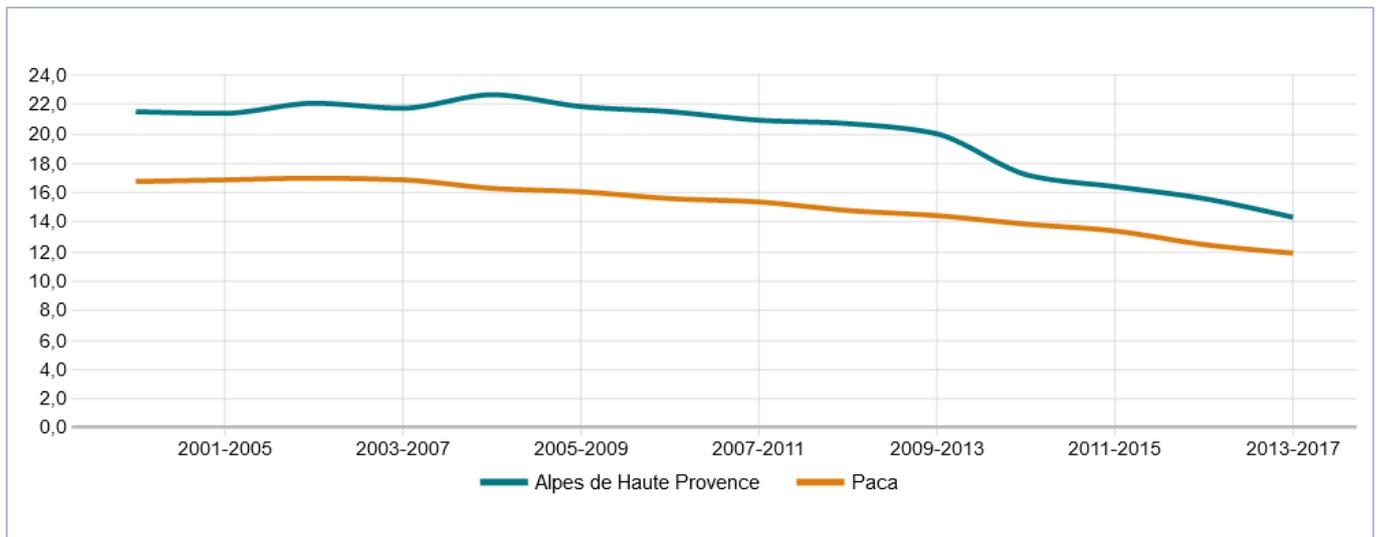


Figure 36 : Evolution du taux comparatif de mortalité par suicide dans les Alpes-de-Haute-Provence et dans la région entre 2001-2005 et 2013-2017 (Source : Inserm CépiDC, Insee 2013-2017)



Une surmortalité par rapport à la région pour les pathologies liées à une consommation excessive d'alcool

En 2017, parmi les jeunes de 17 ans résidant dans la région et interrogés dans le cadre de l'enquête Escapad^[12], plus de 8 sur 10 ont déclaré avoir déjà expérimenté l'usage d'alcool (83,5 %) et 13,1 % une alcoolisation ponctuelle importante (au moins 3 fois dans le mois), des valeurs légèrement inférieures à celles observées au niveau nationale (respectivement 85,7 % et 16,4 %). Par ailleurs, près de 6 jeunes sur 10 (57,5 %) ont déclaré avoir déjà expérimenté la consommation de tabac en Provence-Alpes-Côte d'Azur (59,0 % en France métropolitaine) et plus d'un 1 sur 4 (26,0 %) fumait quotidiennement au moins une cigarette par jour (25,1 % en France métropolitaine) (79).

Entre 2013 et 2017, 54 décès liés à une consommation excessive d'alcool ont été enregistrés en moyenne chaque année dans les Alpes-de-Haute-Provence, une mortalité significativement plus élevée que dans la région (+ 19,2 %).

Parmi les sous-territoires, le pays d'ignois était le seul à présenter une surmortalité significative pour cette cause par rapport à la région (+ 43,8 %).

Globalement, la mortalité pour les pathologies liées à une consommation excessive d'alcool a diminué dans le département (- 17 %), mais moins rapidement que dans la région (- 28 %). Cependant, on observe une hausse de la mortalité pour cette cause dans le département depuis 2008-2012, contrairement à la tendance régionale (Figure 37).

La consommation de tabac a un lien ou aggrave le développement de nombreuses pathologies : cancers, maladies cardiovasculaires (notamment l'infarctus du myocarde), maladies respiratoires, gastrites, ulcères gastroduodénaux ou encore diabète de type II. En France, un cancer sur trois est lié au tabagisme comme celui du poumon (80 à 90 % des cas sont liés au tabagisme actif) mais également de la gorge, de la bouche, des lèvres, du pancréas, des reins, de la vessie et de l'utérus (80).

La consommation d'alcool a également une influence sur le développement de nombreuses pathologies : cancers, maladies cardiovasculaires et digestives, maladies du système nerveux et troubles psychiques, etc. En France en 2015, 8 % des cancers étaient attribuables à l'alcool. Sept localisations de cancers ont un lien avéré avec sa consommation : cancers de la bouche, du larynx, du pharynx, de l'œsophage, du foie, du côlon-rectum et du sein (81,82).

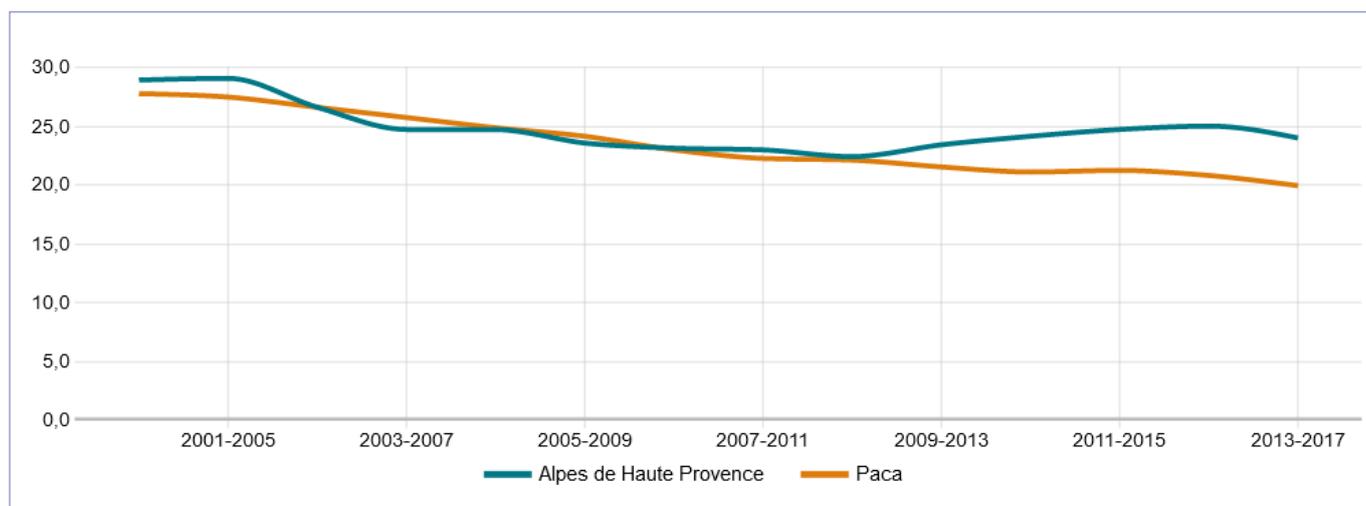


Figure 37 : Evolution du taux comparatif de mortalité pour les pathologies liées à une consommation excessive d'alcool dans les Alpes-de-Haute-Provence et dans la région entre 2001-2005 et 2013-2017 (Source : Inserm CépiDC, Insee 2013-2017).

[12] L'enquête Escapad mise en place depuis 2000 vise prioritairement à quantifier la consommation de drogues, licites et illicites, dans la population adolescente. Sa régularité permet de suivre et d'analyser les évolutions des niveaux d'usages de drogue à l'échelle nationale, mais également régionale. Cette observation continue est en outre l'occasion d'identifier l'émergence et la généralisation ou au contraire le recul de certaines consommations et d'étudier les caractéristiques liées aux pratiques de ces usages (79).

Une surmortalité au 2^{ème} trimestre 2020 chez les personnes âgées de 65 ans et plus, probablement en lien avec l'épidémie de Covid-19

Les maladies vectorielles

Les maladies à transmission vectorielle sont des maladies infectieuses transmises par des vecteurs, essentiellement insectes et acariens hématophages. Ces maladies peuvent être strictement humaines (paludisme par exemple) mais plusieurs sont des zoonoses (maladie transmissible de l'animal à l'Homme et inversement).

Maladies liées au moustique tigre

Le moustique tigre est vecteur de maladies appelées « arboviroses », comme la dengue, le Chikungunya et l'infection à virus Zika. En 2020, 2 cas d'arboviroses ont été comptabilisés dans les Alpes-de-Haute-Provence : 2 cas de dengue importés (Source : Santé Publique France 2020). Par ailleurs, un épisode exceptionnel de circulation du virus West Nile dans les départements méditerranéens du sud de la France est survenu en 2018, avec 27 cas humains recensés, contre 2 en 2017. En 2020, aucun cas n'a été identifié dans les Alpes-de-Haute-Provence (83).

La maladie de Lyme

La borréliose de Lyme est une maladie transmise à l'être humain par des piqûres de tiques infectées. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur, bénéficiant d'un climat méditerranéen, fait partie des régions les moins touchées de France sur la période 2009-2016 (84).



L'expansion des maladies vectorielles découle aujourd'hui principalement de l'intensification et de la mondialisation des échanges de biens et des mouvements de personnes. Ce type de maladies devrait, sous l'effet des changements climatiques, être de plus en plus précoces et fréquentes. Les maladies vectorielles entraînent le plus souvent des symptômes légers (céphalées, fièvre, douleurs musculaires et articulaires pour les arboviroses, érythèmes pour la borréliose de Lyme), mais elles peuvent parfois entraîner des complications sévères (troubles neurologiques ou cardiaques, hémorragies.), ou donner lieu à une forme chronique marquée par des douleurs articulaires persistantes. En cas d'infection pendant la grossesse, le virus Zika peut être transmis au fœtus dans 20 à 30 % des cas et entraîner des complications caractérisées par des anomalies du développement neurologique et cérébral intra-utérin dont des microcéphalies (taille anormalement petite du crâne) (85,86).



Le Sida

D'après les estimations de Santé Publique France, le nombre de découvertes de séropositivité s'élevait à 79 par million d'habitants en 2018 en Provence-Alpes-Côte d'Azur : il s'agissait de la 3^e région de France métropolitaine la plus touchée par l'épidémie de VIH, derrière les régions Ile-de-France et Centre-Val-de-Loire (87). Aux vues des effectifs, aucune estimation n'a pu être réalisée pour le département des Alpes-de-Haute-Provence.

Dans la région, le nombre de découvertes de séropositivité a baissé de 9 % entre 2017 et 2018 et de 12 % entre 2015 et 2018 : cette baisse concerne principalement les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) nés en France (- 22 % entre 2017 et 2018), et plus modérément les hétérosexuels nés en France (- 11 %). Une augmentation du nombre de cas a par contre été relevée chez les HSH et hétérosexuels nés à l'étranger (87).

- ▶ En 2019, on estimait que 0,21 % des assurés du régime était pris en charge dans le département pour le VIH ou le Sida (région : 0,28 %) (88) ;
- ▶ Entre 2013 et 2017, 1 personne est décédée en moyenne chaque année du sida dans les Alpes-de-Haute-Provence (différence non significative par rapport à la région) (Source : Inserm CépiDC 2013-2017).



Le VIH se transmet par voie sexuelle ou par voie sanguine, ainsi que de la mère à l'enfant à l'occasion d'une grossesse. En France, la transmission du VIH est principalement sexuelle. En France, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les hétérosexuel(le)s né(e)s à l'étranger (notamment dans un pays d'Afrique subsaharienne) restent les deux populations les plus touchées et représentent respectivement 42 % et 38 % des découvertes de séropositivité VIH en 2020.

En France, le VIH et le sida font l'objet d'une surveillance par Santé publique France, mais aussi de dispositifs de prévention et de dépistage adaptés aux différents publics les plus exposés. D'après les estimations, environ 180 000 personnes vivaient avec le Sida en France en 2020.

Sans traitement approprié, le VIH affaiblit progressivement le système immunitaire. Le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) est le stade avancé de l'infection à VIH. Il correspond à l'apparition d'une pathologie opportuniste liée à l'affaiblissement du système immunitaire. Les traitements antirétroviraux sont à prendre à vie et nécessitent une surveillance clinique et biologique régulière. S'ils sont bien pris, ils permettent aux personnes touchées par le VIH de vivre comme les autres.

Les baisses du recours au dépistage en 2020, observées à la fois pour le VIH et les IST bactériennes, peuvent laisser craindre un retard au diagnostic et une circulation plus importante de ces infections (89).

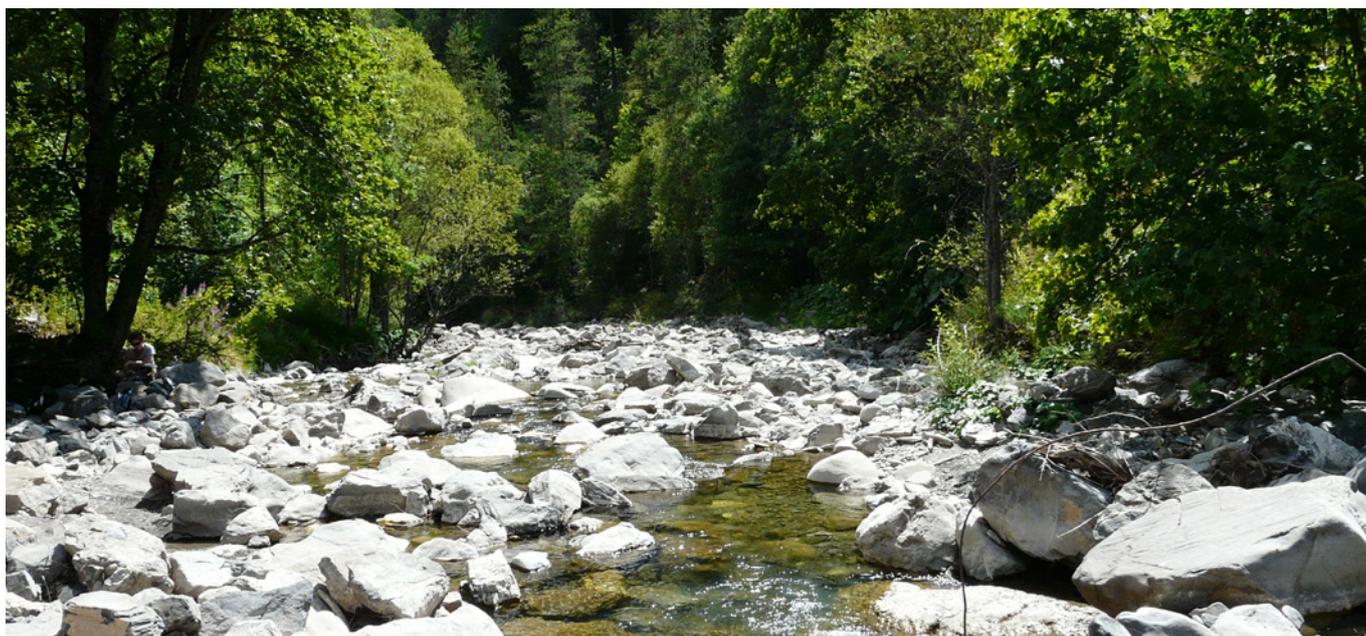
Les hépatites virales

En 2019, les Alpes-de-Haute-Provence constituaient le 3^{ème} département de la région avec le taux le plus élevé de personnes en Affection Longue Durée (ALD) au titre d'une hépatite C (157,1 pour 100 000 habitants, contre 154,4 pour 100 000 dans la région). Par contre, ce territoire présentait un des taux les plus faibles de personnes en ALD au titre d'une hépatite B (34,6 pour 100 000 habitants, contre 42,7 dans la région) (Source : Santé publique France - SNDS 2019).

- ▶ Entre 2013 et 2017, 1 personne est décédée en moyenne chaque année d'une hépatite virale dans les Alpes-de-Haute-Provence, une différence non significative par rapport à la région (Source : Inserm CépiDC 2013-2017).



Les infections par les virus de hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) constituent un enjeu important de santé publique du fait de leur gravité potentielle (évolution vers la cirrhose ou le cancer primitif du foie), du nombre de personnes infectées et du coût engendré par leur prise en charge (90). Les nouveaux traitements antiviraux d'action directe (AAD) permettent la guérison dans plus de 90 % des cas d'hépatite C, laissant espérer un profond changement de l'épidémiologie de la maladie.



La Covid-19

Au 20 juin 2022, 125 personnes étaient décédées de la Covid-19^[13] à l'hôpital dans les Alpes-de-Haute-Provence (91). Bien que les données de décès toutes causes confondues ne permettent pas de relier formellement la hausse de la mortalité à la Covid-19, une surmortalité significative a été observée durant le 2^{ème} semestre 2020 par rapport à la période 2018-2019 dans les Alpes-de-Haute-Provence, de + 26 % chez les personnes âgées de 65 à 74 ans, de + 30 % chez les 75-84 ans et de + 17 % chez les 85 ans et plus (92).



Zoom : l'épidémie de Covid-19 : des conséquences sur le recours aux soins et l'état de santé mentale de la population

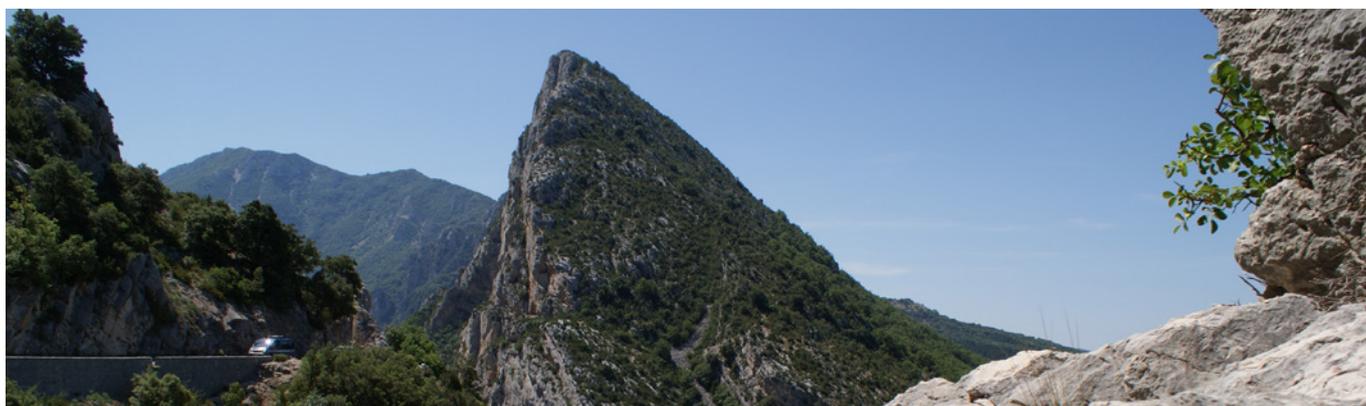
Les soins de premier recours

Le confinement du 17 mars au 11 mai 2020 a conduit à une forte baisse de l'activité des médecins généralistes de ville dans la région. Cette baisse n'a pas été suivie d'un rattrapage d'activité ensuite, mais plutôt d'un retour à la normale comparativement à l'activité de l'année précédente. Le renouvellement automatique des ordonnances en pharmacie peut expliquer en partie le constat pour le suivi des maladies chroniques. En revanche, un tel argument ne peut pas s'appliquer à d'autres motifs de consultation (suivis pédiatriques, demande de soins suite à des complications de maladies chroniques, suivis de grossesse) dont la fréquence n'aurait a priori pas dû baisser (93).

La santé mentale

La dégradation de l'état de santé mentale d'une partie de la population est une des conséquences liées à la crise épidémique (peur de la maladie pour soi et son entourage) et aux conditions de vie en période de confinement (promiscuité, isolement social, perte de salaire, etc.). Elle pourrait avoir des conséquences sur l'adoption d'habitudes de vie défavorables (consommation d'alcool et autres substances psychoactives, nutrition, sommeil, etc.), contribuer à l'augmentation des violences (notamment intrafamiliale) ou favoriser les interruptions momentanées de travail (94).

La crise récente de la Covid-19 a révélé la diversité des conditions de vie du monde étudiant et sa fragilité par rapport à la santé mentale (95,96). Elle a montré le lourd tribut payé par les plus précaires au maintien de leur condition d'étudiant (notamment pour certains qui ont continué à travailler et ont été exposés à des conditions de travail qui les ont parfois amenés à contourner les règles sanitaires), tout en suscitant chez nombre d'étudiants une anxiété particulièrement forte (incertitudes sur la validation de leur année et sur leur avenir, désorganisation du rythme de sommeil, abandon des routines quotidiennes, restriction des contacts sociaux)(97). L'épidémie a constitué un facteur de renforcement des inégalités sociales face aux études accélérant le décrochage des publics récemment inscrits dans l'enseignement supérieur et aggravant la situation des plus vulnérables d'entre eux.



[13] Le nombre de décès lié au Covid-19 présenté ici est sous-estimé car ces données n'incluent pas les décès ayant eu lieu hors de l'hôpital (notamment les décès ayant eu lieu en Ehpad, dans d'autres établissements de soins ou à domicile).



Davantage de décès par accidents de la vie courante que dans la région chez les hommes

Les accidents de la vie courante sont définis comme des traumatismes non-intentionnels qui ne sont ni des accidents de la circulation routière, ni des accidents du travail. Ils regroupent les accidents domestiques, les accidents de sports et de loisirs, les accidents survenus à l'école et tous ceux survenant à un autre moment dans la vie privée (98).

Entre 2013 et 2017, 78 personnes sont décédées en moyenne suite à un accident de la vie courante dans les Alpes-de-Haute-Provence : plus de 3 sur 4 étaient des personnes âgées de 65 ans ou plus (77 %). Une surmortalité par rapport à la région a été observée pour cette cause chez les hommes (+ 19,1 %), mais pas chez les femmes.

Globalement, la mortalité par accidents de la vie courante a baissé de - 12 % dans le département entre les périodes 2001-2005 et 2013-2017, contre - 16 % dans la région (Figure 38).

Dans le Sisteronais (+ 57,5 %) et dans le pays dignois (+ 40,1 %), une surmortalité significative par rapport à la région a été constatée pour les accidents de la vie courante chez les hommes. Par ailleurs, le territoire de la vallée de l'Ubaye présentait une surmortalité par rapport à la région pour les chutes accidentelles (+ 116,6 %) (Source : Inserm CépiDC 2013-2017).

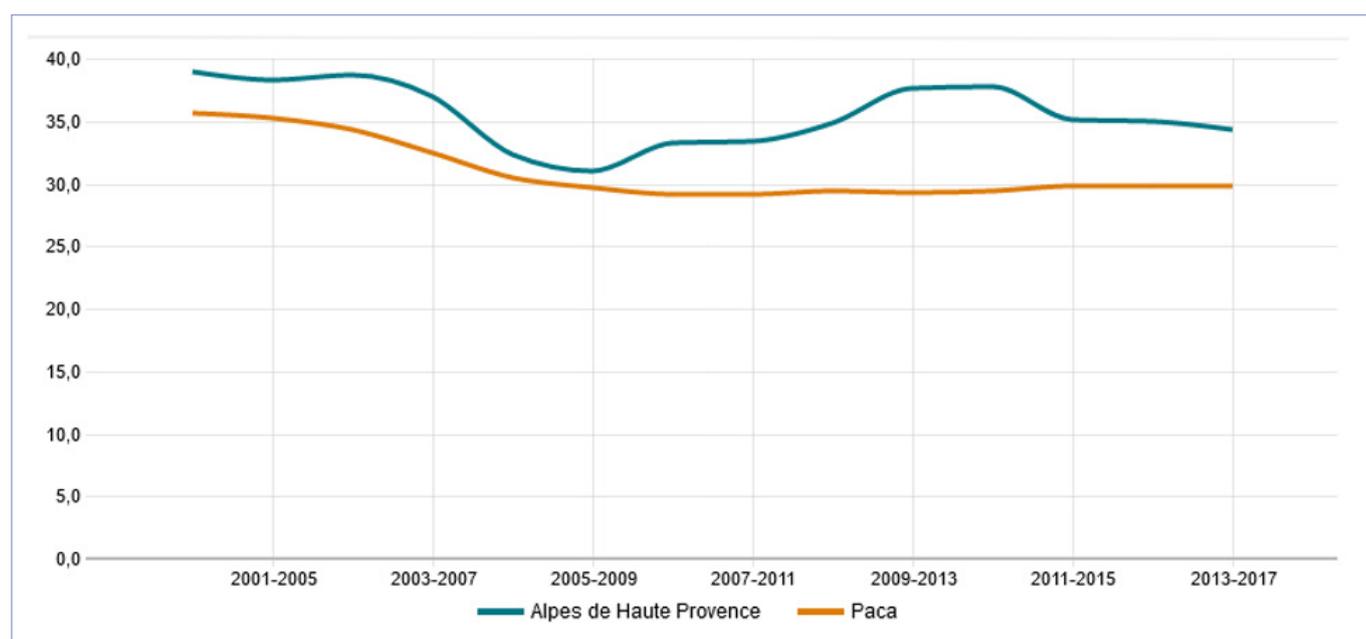


Figure 38 : Evolution du taux comparatif de mortalité par accidents de la vie courante dans les Alpes-de-Haute-Provence et dans la région entre 2001-2005 et 2013-2017 (Source : Inserm CépiDC, Insee 2013-2017)



Les chutes chez les personnes âgées

En France, les chutes des personnes âgées entraînent chaque année plus de 100 000 hospitalisations et plus de 10 000 décès. Ces chutes ont des conséquences physiques, psychologiques, sociales et marquent une rupture dans la vie des individus et une perte d'autonomie (99).

L'environnement jouerait un rôle dans 30 à 50 % des chutes chez les aînés. Les éléments le plus souvent associés aux chutes graves au domicile sont les tapis mal fixés, les surfaces mouillées, la présence d'escaliers et de seuils. D'autres facteurs de risque ont été identifiés, parmi lesquels la présence de certains problèmes de santé (diabète, arthrite, maladie de Parkinson...), de troubles de l'équilibre, ou encore la prise de médicaments ainsi que la peur de tomber (99,100).

Les accidents de la vie courante chez les enfants

Responsables chaque année de plus de 200 décès d'enfants de moins de 15 ans en France, les Accidents de la vie courante (AcVC) constituent un enjeu majeur de santé publique et font partie de la stratégie nationale de santé 2018-2022. D'après l'enquête EPAC (enquête permanente sur les accidents de la vie courante) de Santé publique France, les recours aux urgences pour AcVC étaient plus fréquents chez les très jeunes enfants (1-3 ans) et les « pré-adolescents » (10-13 ans) par rapport aux enfants des autres classes d'âge. Les victimes d'accidents étaient en majorité des garçons, quel que soit l'âge et pourrait s'expliquer par la pratique plus fréquente d'activités accidentogènes (98).

Les noyades

En France, les noyades accidentelles sont responsables chaque année d'environ 1000 décès (dont la moitié pendant la période estivale) ce qui en fait la première cause de mortalité par accident de la vie courante chez les moins de 25 ans. Elles sont pourtant pour la plupart évitables (101).

Les noyades accidentelles chez les moins de 6 ans ont davantage lieu en piscine (privée ou publique), alors que celles concernant des adultes de 20 à 64 ans sont plus fréquemment intervenues en cours d'eau, plan d'eau et mer. La proportion de décès parmi les noyades est plus importante chez les adultes que chez les enfants, et ce quel que soit le lieu de noyade (101).

De nombreux enjeux associés au vieillissement de la population

Le vieillissement entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. Ainsi, à partir de 65 ans, les français peuvent s'attendre à souffrir d'une maladie chronique ou d'une incapacité pendant plus de la moitié des années leur restant à vivre (102). En outre, à mesure qu'ils prennent de l'âge, les gens risquent davantage de souffrir simultanément de plusieurs problèmes de santé (voir encadré sur la multi morbidité). Cependant, ces changements ne sont pas linéaires : alors qu'à 70 ans, certaines personnes jouissent encore d'une très bonne santé et de solides capacités fonctionnelles, d'autres, au même âge, sont fragiles et ont besoin de beaucoup d'aide.



Zoom : la multi morbidité, des conséquences pour les patients et un défi pour la médecine générale

De nombreuses personnes âgées souffrent simultanément de plusieurs maladies chroniques, ce que l'on appelle la multi morbidité. Cette situation a d'importantes conséquences pour le patient en termes de qualité de vie et induit un risque de perte d'autonomie et une vulnérabilité sur le plan social. Les patients atteints de plusieurs maladies chroniques reçoivent en général des médicaments pour traiter chacune d'elles (poly médication), ce qui place les médecins généralistes face aux enjeux complexes de la gestion de l'ordonnance et face à la question de la déprescription. Les médecins généralistes occupent un rôle central dans la prise en charge des personnes souffrant de plusieurs maladies chroniques et notamment à la gestion des ordonnances. Une grande majorité des généralistes assument leur rôle central dans la gestion de l'ordonnance de ces patients et se sentent à l'aise pour proposer de déprescrire les médicaments qu'ils jugent inappropriés (103).

Par exemple, pour 8 médecins sur 10, les guides de bonnes pratiques disponibles pour chaque pathologie chronique apportent une aide concrète, mais sont difficiles à appliquer chez les patients souffrant de plusieurs maladies chroniques. Par ailleurs, plus de la moitié des médecins estiment insuffisante la collaboration entre médecins traitants et pharmaciens en matière de polymédication (104).

Une augmentation prévisible du nombre de personnes touchées par une maladie neurodégénérative

Les maladies neurodégénératives (maladie d'Alzheimer, Parkinson, ...) sont des maladies fréquentes et dont la fréquence augmente de manière importante avec l'âge. En raison du vieillissement progressif de la population et de l'absence de traitements curatifs, le nombre de personnes souffrant de maladies neurodégénératives a considérablement augmenté au cours des dernières décennies et devrait croître de manière régulière dans les années à venir.

En 2020, 2 010 personnes ont été prises en charge pour une démence (dont maladie d'Alzheimer) dans les Alpes-de-Haute-Provence, soit une prévalence de 1,2 %, comme dans la région (1,2 %) (Source : CNAM 2022). D'après les projections existantes, la prévalence des démences devrait augmenter dans les années à venir et atteindre une prévalence de 1,4 % à l'horizon 2028 (région : 1,6 %) (70).

Entre 2013 et 2017, 127 personnes sont décédées en moyenne dans les Alpes-de-Haute-Provence d'une maladie du système nerveux, un chiffre comparable à la moyenne régionale.

Depuis 2000-2004, le taux de mortalité par maladies du système nerveux est en augmentation dans le département (+21 %), comme dans la région (+ 19 %) (Figure 39).

Une surmortalité pour cette cause de décès a été relevé dans deux sous-territoires : la vallée de l'Ubaye (+ 114,3 %) et le pays d'ignois (+ 30 %). A l'inverse, le Sisteronais présentait une sous-mortalité par rapport à la région pour les maladies du système nerveux (- 36,3 %) (Source : Inserm CépiDC 2013-2017).



La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative caractérisée par une perte progressive de la mémoire et de certaines fonctions intellectuelles conduisant à des répercussions dans les activités de la vie quotidienne. Cette pathologie atteint un grand nombre de personnes et nécessite une prise en charge spécifique et l'accompagnement des aidants familiaux.

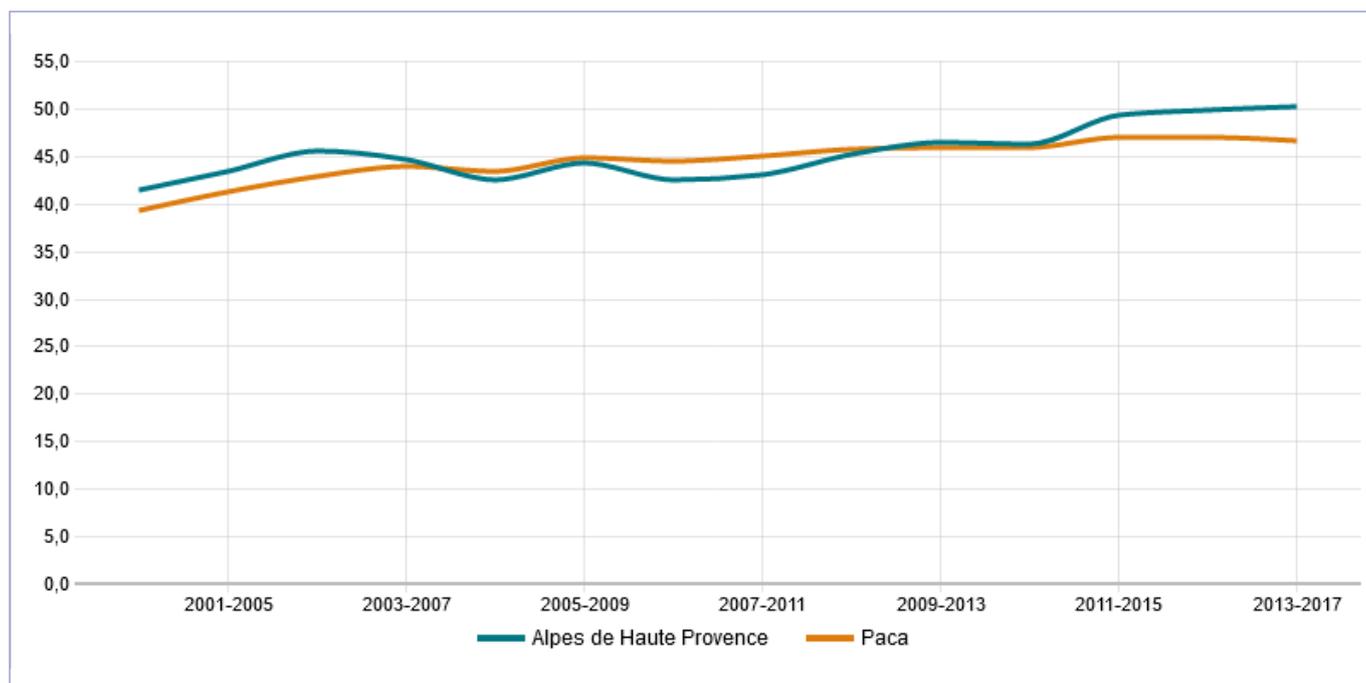


Figure 39 : Evolution du taux comparatif de mortalité par maladies du système nerveux dans les Alpes-de-Haute-Provence et dans la région entre 2001-2005 et 2013-2017 (Source : Inserm CépiDC, Insee 2013-2017)

Des personnes dépendantes à domicile de plus en plus nombreuses

Dans les Alpes-de-Haute-Provence, comme dans le reste de la France, l'arrivée aux âges avancés des générations nombreuses du baby-boom se traduira inéluctablement par une progression du nombre de personnes âgées dépendantes, dont le devenir et la prise en charge sont des enjeux majeurs de société. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016, a pour objectifs d'anticiper et de prendre en compte l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et d'offrir des solutions adaptées à leurs besoins (105).

Pour 9 français sur 10, la prise en charge du grand âge et de la dépendance est un sujet important. Par ailleurs, les trois-quarts (73 %) des plus de 65 ans se sentent personnellement concernés par ce sujet. Cependant, deux-tiers des français interrogés jugent insatisfaisante la prise en compte actuelle de cette question en France et 65 % d'entre eux se disent inquiets de leur capacité à accéder aux services et aides dont ils pourraient avoir besoin en vieillissant. Les inquiétudes des français portent essentiellement sur les maladies neurodégénératives, comme la maladie d'Alzheimer, car ils pensent que ce sont les pathologies pour lesquelles il existe le moins de solutions de prise en charge (106).

Les personnes dépendantes à domicile

La plupart des séniors veulent rester dans leur logement, même lorsqu'ils font l'expérience d'un déclin physique ou cognitif ;

D'après les premières estimations issues de l'enquête CARE-Ménages de 2015, 4 à 10 % (0,4 à 1,5 million) des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant en domicile ordinaire auraient besoin d'aide pour la réalisation des activités de la vie courante, dont 220 000 à 260 000 seraient en perte sévère d'autonomie ;

Environ 4 700 personnes âgées de 75 ans ou plus étaient en situation de perte d'autonomie modérée ou sévère à domicile dans les Alpes-de-Haute-Provence en 2014 (28,1 % de cette classe d'âge); ils devraient être entre 6 400 et 6600 à l'horizon 2028 (107).

Les plateformes territoriales d'appui

Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) visent à apporter un soutien et des solutions concrètes adaptées aux professionnels, et en particulier aux médecins traitants, dans la prise en charge des situations complexes (polypathologies, multiplicité des interventions au domicile, enchevêtrement des problématiques médico-sociales) (108) ;

1 PTA (Apport Santé) couvre le département des Alpes-de-Haute-Provence (108).



Les aidants des personnes en perte d'autonomie

On appelle aidants ceux qui viennent en aide, de manière régulière et fréquente, et à titre non professionnel, à une personne en perte d'autonomie du fait de son état de santé. L'aide apportée peut consister en un soutien moral, une aide dans les activités de la vie quotidienne ou encore un soutien matériel. Les aidants sont susceptibles de rencontrer des difficultés d'ordre psychologique, social et financier. Un Français sur 4 a déclaré aider au moins une fois par mois un parent en situation de perte d'autonomie (109).

Le statut d'aidant peut occasionner ou aggraver des problèmes de santé physique ou psychologiques et isoler sur le social. La fragilisation de l'aidant peut influencer notablement sur le parcours du patient et entraîner son hospitalisation ou son entrée en institution. Des avancées ont été enregistrées ces dernières années, mais les situations demeurent hétérogènes selon les territoires.

Les plateformes d'accompagnement et de répit apportent un soutien aux proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie et de personnes atteintes d'une maladie chronique invalidante ou en situation de handicap. Dans les Alpes-de-Haute-Provence, une plateforme de répit est localisée à Digne-les-Bains et couvre l'ensemble du département (Source : ARS – Finess 2021).



BIBLIOGRAPHIE

1. Alpes-de-Haute-Provence : un département attractif et âgé, des populations isolées. INSEE Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur n°8 [Internet]. déc 2014; Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285716>
2. Département des Alpes-de-Haute-Provence, DIREN Paca. Atlas des paysages des Alpes-de-Haute-Provence édition 2017 [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://departement04.atlas-paysages-paca.fr/>
3. Département des Alpes-de-Haute-Provence. Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public des Alpes-de-Haute-Provence 2018-2023 [Internet]. 2018. Disponible sur: http://www.mondepartement04.fr/fileadmin/mediatheque/cg04/document/04-service-territoire/accessibilite_public/schema-accessibilite-public.pdf
4. Préfecture des Alpes-de-Haute-Provence. Alpes-de-Haute-Provence : bilan sécurité routière 2019 [Internet]. Disponible sur: <https://www.alpes-de-haute-provence.gouv.fr/content/download/24880/142044/file/Bilan%20s%C3%A9curit%C3%A9%20routi%C3%A8re%202019.pdf>
5. Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière. Bilan 2019 de la Sécurité Routière [Internet]. 2020. Disponible sur: http://www.onisr.securite-routiere.gouv.fr/sites/default/files/2020-09/Bilan_2019_version_site_internet_24_sept.pdf
6. CCI des Alpes-de-Haute-Provence. Panorama économique des Alpes-de-Haute-Provence [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.digne.cci.fr/IMG/pdf/Panorama_2015_Alpes-Haute-Provence.pdf
7. Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt. L'agriculture, l'agroalimentaire et la forêt dans les Alpes-de-Haute-Provence [Internet]. 2022. Disponible sur: https://draaf.paca.agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/124-1-Portrait_DEP04__MARS_2022_cle41abc8.pdf
8. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Baromètre santé environnement en région Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.orspaca.org/sites/default/files/ORSPACA_BAROMETRE_ENV.pdf
9. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Tableau de bord régional santé, sécurité et conditions de travail 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.sistepaca.org/tableau-de-bord/tableau-de-bord-sante-travail-2016>
10. Gigonzac V, Breuillard E, Bossard C, Guseva Canu I, Khireddine Medouni I. Caractéristiques associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011 [Internet]. Santé Publique France; 2017. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/183059/2308801>
11. Santé Publique France. Dossier thématique sur les pesticides [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/exposition-a-des-substances-chimiques/pesticides/donnees/#tabs>
12. Innovation e-santé Sud. Panorama 2019 - Activité des services d'urgence [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/00460588720879ad770d4>
13. Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes. Etude régionale sur les conditions de travail, les conditions de vie et la santé des travailleurs saisonniers. 2008.
14. Officiel Prévention : Sécurité au travail, prévention risque professionnel. La prévention des risques professionnels des travailleurs saisonniers [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://www.officiel-prevention.com/dossier/formation/fiches-metier/la-prevention-des-risques-professionnels-des-travailleurs-saisonniers>
15. AtmoSud. L'air de votre département : Alpes-de-Hautes-Provence [Internet]. Disponible sur: <https://www.atmosud.org/article/alpes-de-haute-provence>
16. Declercq C, Pascal M, Chanel O, Corso M, Ung A et al. Impact sanitaire de la pollution atmosphérique dans neuf villes françaises : Résultats du projet Aphekom. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012 p. http://aphekom.org/c/document_library/get_file?uuid=4846eb19-df8a-486e-9393-1b7c7ac78ce3&groupId=10347.
17. Nieuwenhuijsen. Urban and Transport Planning, Environmental Exposures and Health-New Concepts, Methods and Tools to Improve Health in Cities [Internet]. Environmental health : a global access science source. 2016 [cité 16 juin 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26960529/>
18. Ministère des Solidarités et de la Santé. Qualité de l'air : Sources de pollution et effets sur la santé [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/air-exterieur/qualite-de-l-air-exterieur-10984/article/qualite-de-l-air-sources-de-pollution-et-effets-sur-la-sante>
19. Medina Sylvia, Adélaïde Lucie, Wagner Vèrène, de Crouy Chanel Perrine, Real Elsa, Colette Augustin, Couvidat Florian, Bessagnet Bertrand, Durou Amélie, Host Sabine, Hulin Marion, Corso Magali, Pascal Mathilde. Impact de pollution de l'air ambiant sur la mortalité en France métropolitaine. Réduction en lien avec le confinement du printemps 2020 et nouvelles données sur le poids total pour la période 2016-2019 [Internet]. Santé Publique France; 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/369929/3138075>
20. Institut National de l'Information Géographique et Forestière. Le mémento - inventaire forestier Edition 2020 [Internet]. 2020. Disponible sur: https://inventaire-forestier.ign.fr/IMG/pdf/memento_2020.pdf
21. Base Prométhée pour les incendies de forêts dans la zone méditerranéenne française [Internet]. Disponible sur: <https://www.promethee.com/>
22. Office National des Forêts, Direction Départementale de l'Agriculture et de la Forêt des Alpes-de-Haute-Provence. Plan Départemental de Protection des Forêts contre l'Incendie 2006-2012. 2005.
23. Préfecture des Alpes-de-Haute-Provence. Dossier Départemental sur les Risques Majeurs dans les Alpes-de-Haute-Provence [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.alpes-de-haute-provence.gouv.fr/Politiques-publiques/Environnement-risques-naturels-et-technologiques/Prevention-des-Risques/DDRM-04-edition-2017>
24. INSEE Provence-Alpes-Côte d'Azur. Un million d'habitants vivent en zone inondable. INSEE Anal N°65 [Internet]. 2018; Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3614748>
25. Redmond AD. Natural disasters. BMJ. 28 mai 2005;330(7502):1259-61.

26. Beaglehole B, Mulder RT, Frampton CM, Boden JM, Newton-Howes G, Bell CJ. Psychological distress and psychiatric disorder after natural disasters: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* déc 2018;213(6):716-22.
27. GREC Sud. Impacts du changement climatique et transition(s) dans les Alpes du Sud - Cahier thématique du groupe de travail « Montagne » [Internet]. 2018. Disponible sur: http://www.grec-sud.fr/wp-content/uploads/2019/03/Cahier_montagne_GREC_SUD_octobre_2018_ref.pdf
28. GREC Sud. La santé face au changement climatique en Provence-Alpes-Côte d'Azur - cahier thématique du groupe de travail « santé et climat » [Internet]. 2019. Disponible sur: http://www.grec-sud.fr/wp-content/uploads/2019/11/cahier_sante_GREC-SUD_112019-VF.pdf
29. MedECC. LES RISQUES LIÉS AUX CHANGEMENTS CLIMATIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX DANS LA RÉGION MÉDITERRANÉE - Une évaluation préliminaire par le réseau MedECC L'interface science-décideurs - 2019 [Internet]. 2019 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: https://ufmsecretariat.org/wp-content/uploads/2019/10/MedECC-Booklet_FR_WEB.pdf
30. Xu Z, Sheffield PE, Su H, Wang X, Bi Y, Tong S. The impact of heat waves on children's health: a systematic review. *Int J Biometeorol.* mars 2014;58(2):239-47.
31. Benmarhnia T, Beaudou P. Les villes et la canicule : se préparer au futur et prévenir les effets sanitaires des îlots de chaleur urbains. *Bull Épidémiologique Hebdomadaire - Santé Publique Fr.* 2018;(16-17).
32. Santé Publique France. Canicule et santé. [Internet]. Bulletin de santé publique été 2019; 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/climat/fortes-chaieurs-canicule/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-canicule.-bilan-ete-2019>
33. Institut de Veille Sanitaire. Impact sanitaire de la vague de chaleur d'août 2003 : premiers résultats et travaux à mener. *BEH n°45-46* [Internet]. 25 nov 2003; Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2003/45_46/beh_45_46_2003.pdf
34. Santé Publique France. Dossier thématique « Rayonnement ultraviolet » [Internet]. 2019 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: [/determinants-de-sante/climat/uv](https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/climat/uv)
35. Lucas R, McMichael T, Smith W, Armstrong B. Solar Ultraviolet Radiation : Global burden of disease from solar ultraviolet radiation. *Organisation Mondiale de la Santé;* 2006.
36. Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Qualité des eaux distribuées en Provence-Alpes-Côte d'Azur - Résultats 2015-2017 [Internet]. 2018. Disponible sur: http://prsepa.fr/wordpress/wp-content/uploads/2018/09/Bilan%20EDCH%202015-2017_ars_paca.pdf
37. Agence Nationale de Sécurité Sanitaire. Évaluation des risques sanitaires liés à la présence de résidus de médicaments dans les eaux destinées à la consommation humaine : méthode générale et application à la carbamazépine et à la danofloxacine. *Avis de l'Anses, rapport d'expertise collective.* [Internet]. 2013 févr. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/EAUX2009sa0210Ra.pdf>
38. INSEE Provence-Alpes-Côte d'Azur. Vulnérabilité énergétique liée aux logements : rigueur climatique dans les Alpes, pauvreté sur le littoral. *INSEE Analyses n°68* [Internet]. mars 2019; Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/3746354/pr_ina_68.pdf
39. Santé Publique France. Le logement, déterminant majeur de la santé des populations. *Santé En Action N°457* [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/392543/3270935>
40. Singh A, Daniel L, Baker E, Bentley R. Housing Disadvantage and Poor Mental Health: A Systematic Review. *Am J Prev Med.* août 2019;57(2):262-72.
41. Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Dossier radon [Internet]. Disponible sur: <http://www.paca.ars.sante.fr/radon>
42. Thibaut Farrouch, Benjamin Méreau. Alpes-de-Haute-Provence : ralentissement démographique et disparités des dynamiques économiques. *INSEE Anal Provence-Alpes-Côte Azur N°78* [Internet]. nov 2019; Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4243346>
43. Observatoire des inégalités. Portrait social des familles monoparentales [Internet]. Observatoire des inégalités. [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.inegalites.fr/Portrait-social-des-familles-monoparentales?id_theme=22
44. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Les effets de la couverture maladie universelle sur le recours aux soins. *Etudes Résultats N° 944* [Internet]. 2015; Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er944.pdf>
45. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. SYNTHÈSE SANTÉ ET CONDITIONS DE VIE DES ÉTUDIANTS EN RÉGION PROVENCE ALPES-CÔTE D'AZUR [Internet]. 2020. Disponible sur: <http://www.orspaca.org/sites/default/files/synthese-enquete-etudiants.pdf>
46. CREA Paca Corse. HandiDonnées PACA 2021 [Internet]. 2021. Disponible sur: http://creai-pacacorse.com/_depot_creai/documentation/205/205_17_doc.pdf
47. Farache J. L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage : mieux prévenir et accompagner [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2016/2016_02_impact_chomage_entourage.pdf
48. Héliène Chaput, Martin Monziols, Bruno Ventelou, Anna Zaytseva, Guillaume Chevillard, Julien Mousquès, Lisa Fressard, Pierre Verger, Marie-Christine, Bournot, Jean-François Buyck, Anne Jolivet, Florence Zémour, Thomas Hérault. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. *Etudes et Résultats n°1140* [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1140.pdf>
49. Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Zonages et aides à l'installation [Internet]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/zonages-des-professionnels-de-sante-liberaux-0>
50. Cassou M, Mousquès J, Franc C. Exercer en Maison de Santé Pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes. *Etudes et Résultats n° 1193* [Internet]. Direction de la Recherche des Etudes et. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-05/ER1193.pdf>

51. Chevillard, G., & Mousquès, J. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? Questions d'économie de la santé n°247 [Internet]. 2020; Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/247-les-maisons-de-sante-attirent-elles-les-jeunes-medecins-generalistes-dans-les-zones-sous-dotees-en-offre-de-soins.pdf>
52. Mousquès J, Bourgueil Y. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf>
53. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf>
54. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Cartographie des flux de patients un outil au service des CPTS en région Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. 2019. Disponible sur: http://www.orspaca.org/sites/default/files/publications/diapos_cartographie_flux_patients_CPTS2019.pdf
55. Marie Jardin, Bérengère Davin, Dimitri Scronias, Patrick Kurkdji, Romain Lutaud, Valérie Guagliardo, Pierre Verger. Retour d'expérience sur l'impact de la crise liée à la Covid-19 sur les soins de premier recours pendant les premiers confinement et déconfinement. Données de surveillance d'activité & résultats d'enquêtes [Internet]. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur; 2021. Disponible sur: <http://www.orspaca.org/sites/default/files/publications/Synthese-impact-epidemie-soins-premier-recours.pdf>
56. France Assos Santé. Enquête « La santé 2.0 ? les Habitants de PACA se confient » [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://paca.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/sites/20/2021/03/Rapport-Viavoice.-Etude-France-Assos-Sante-PACA-002.pdf>
57. Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/media/42856/download?inline>
58. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Les établissements de santé - édition 2021 [Internet]. Panoramas de la DREES; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ES2021.pdf>
59. Santé Publique France. Dossier : Enfants et jeunes [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/enfants-et-jeunes>
60. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Protection maternelle et infantile [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/protection-maternelle-et-infantile>
61. Assistance publiques des hôpitaux de Paris. Dossier : Cancers gynécologiques [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.aphp.fr/cancers-gynecologiques>
62. Institut National du Cancer. Panorama des cancers en France 2021. 2021.
63. Coureau Gaëlle, Mounier Morgane, Trétarre Brigitte, Dantony Emmanuelle, Uhry Zoé, Monnerieu Alain, Woronoff Anne-Sophie, Grosclaude Pascale, Defossez Gautier, Colonna Marc, Lecoffre Camille, de Maria Florence, de Brauer Camille, Lafay Lionel, Bousquet Philippe-Jean, Bossard Nadine, Remontet Laurent, Molinié Florence. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018. Synthèse des résultats : tumeurs solides et hémopathies malignes. [Internet]. Santé Publique France; 2021. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/383032/document_file/423944_spf00003151.pdf
64. Santé Publique France. Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/142818/document_file/41743_spf00000207.pdf
65. Santé Publique France. Dossier : Cancer du col de l'utérus [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus>
66. Santé Publique France. Dossier : Infections à papillomavirus [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/infections-a-papillomavirus/la-maladie/#tabs>
67. Améli. Vaccination contre la grippe saisonnière [Internet]. 2021 [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/campagnes-vaccination/vaccination-grippe-saisonniere>
68. Pierre Verger, Dimitri Scronias, Maxime Bergeat, Hélène Chaput. Pour huit médecins généralistes sur dix, la vaccination contre la Covid-19 est le meilleur moyen d'éviter de nouvelles vagues épidémiques. Etudes Résultats N° 1187. mars 2021;
69. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Projections des maladies chroniques en région Provence-Alpes-Côte d'Azur à l'horizon 2028 [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://www.orspaca.org/sites/default/files/publications/projection-maladies-chroniques-tome1.pdf>
70. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Projections des maladies chroniques en Provence-Alpes-Côte d'Azur à l'horizon 2028 - Tome II [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://www.orspaca.org/sites/default/files/publications/projection-maladies-chroniques-tome2.pdf>
71. INSEE. L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes. Insee Prem N°1687 [Internet]. 2018; Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895>

72. Institut National du Cancer. VICAN 5 - La vie cinq ans après un diagnostic de cancer. [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.proinfoscancer.org/sites/default/files/2018-6-19-la_vie_cinq_ans_apres_un_diagnostic_de_cancer_rapport_mel_inserm-inca.pdf
73. Santé Publique France. Dossier diabète [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete>
74. Ligue contre l'obésité. Forte progression de l'obésité en France en 2020. [Internet]. 2021 [cité 1 juill 2021]. Disponible sur: <https://liguecontrelobesite.org/actualite/forte-progression-de-lobesite-en-france-en-2020/>
75. INSERM. Obésité : Une maladie des tissus adipeux [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite>
76. Santé Publique France. Dossier : Dépression et anxiété [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete>
77. Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E et le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidemiol Hebd ; 2018 (32-33). :637-44.
78. E. JANSSEN; S. SPILKA; E. DU ROSCOAT. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (3-4) [Internet]. OFDT. 5 févr 2019; Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/pdf/2019_3-4_6.pdf
79. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Les drogues à 17 ans : analyse régionale Enquête ESCAPAD [Internet]. 2017 [cité 23 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxssy9.pdf>
80. Santé Publique France. Quelles conséquences du tabagisme sur la santé? [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante>
81. Santé Publique France. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n° 5-6 [Internet]. 2019; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/376259/3164457>
82. Santé Publique France. Dossier : Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé ?
83. Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Surveillance épidémiologique des infections à virus West-Nile [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://www.paca.ars.sante.fr/surveillance-epidemiologique-des-infections-virus-west-nile>
84. Fournier L, Roussel V, Couturier E, Jaulhac B, Goronflot T, Septfonds A, et al. Épidémiologie de la borréliose de Lyme en médecine générale, France métropolitaine, 2009-2016. Bull Epidemiologique Hebd N°19-20 [Internet]. 2018; Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/19-20/2018_19-20_1.html
85. Semenza JC, Suk JE. Vector-borne diseases and climate change: a European perspective. FEMS Microbiol Lett. 1 févr 2018;365(2).
86. Santé Publique France. Dossier : Maladies à transmission vectorielle [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-transmission-vectorielle>
87. Santé Publique France. Surveillance et prévention des infections à VIH et du sida [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/209787/2417263>
88. Caisse nationale d'Assurance Maladie. Cartographie - Prévalence standardisée des personnes prises en charges pour une VIH ou SIDA par département en 2019 [Internet]. 2021. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2019_carte-prevalence_vih-sida.pdf
89. Santé Publique France. Bulletin de santé publique VIH-IST [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/393745/3276807>
90. CIRE Sud. Hépatites B et C. Bull Veille Sanit N°24 [Internet]. 2019; Disponible sur: https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2017-06/BVS_VHB%20VHC_Paca%20Corse.pdf
91. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Covid-19 – Point de situation hebdomadaire sur la région Provence-Alpes-Côte d'Azur Semaine n°40 (du lundi 4 octobre 2021 au dimanche 10 octobre 2021) [Internet]. 2021 [cité 14 oct 2021]. Disponible sur: http://www.orspaca.org/sites/default/files/Covid19_Point_situation_hebdo_2021_S40.pdf
92. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Analyse des données de mortalité toutes causes dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. 2021. Disponible sur: http://www.orspaca.org/sites/default/files/Presentation-note-mortalite_150221.pdf
93. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR L'IMPACT DE LA CRISE LIÉE À LA COVID-19 SUR LES SOINS DE PREMIERS RECOURS PENDANT LES PREMIERS CONFINEMENT ET DÉCONFINEMENT - Données de surveillance d'activité & résultats d'enquêtes [Internet]. 2021. Disponible sur: <http://www.orspaca.org/sites/default/files/publications/Synthese-impact-epidemie-soins-premier-recours.pdf>
94. Santé Publique France. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>
95. Observatoire de la vie étudiante. La vie étudiante au temps du COVID-19 : Incertitudes, transformations et fragilités. OVE Infos n°42 [Internet]. Disponible sur: <http://www.ove-national.education.fr/wp-content/uploads/2020/09/OVE-INFOS-42-La-vie-etudiante-au-temps-du-COVID-19.pdf>

96. Grubic N, Badovinac S, Johri AM. Student mental health in the midst of the COVID-19 pandemic: A call for further research and immediate solutions. *Int J Soc Psychiatry*. 2020/05/02 éd. août 2020;66(5):517-8.
97. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. SYNTHÈSE SANTÉ ET CONDITIONS DE VIE DES ÉTUDIANTS EN RÉGION PROVENCE ALPES-CÔTE D'AZUR [Internet]. 2020 [cité 28 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.orspaca.org/sites/default/files/synthese-enquete-etudiants.pdf>
98. Santé Publique France. Les accidents de la vie courante chez les moins de 15 ans en France métropolitaine. Analyse des données de l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC) sur la période 2014-2018 [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/415508/3373816>
99. Haute Autorité de Santé. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée - Recommandations de bonne pratique [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_fiche.pdf
100. Institut National de Santé Publique du Québec. Chutes et facteurs associés chez les aînés québécois vivant à domicile [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2347_chutes_aines_quebecois_domicile.pdf
101. Santé Publique France. Surveillance épidémiologique des noyades. Enquête NOYADES 2021. 1er juin - 31 août 2021 [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/374078/3155243>
102. OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (. State of Health in the EU - France - Profils de santé par pays 2019 [Internet]. 2019 [cité 23 juin 2021]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_fr_french.pdf
103. Académie nationale de médecine. Multimorbidité : Prise en charge par le médecin généraliste [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2018/03/multimorbidite-2018-01-22-version-finale-1.pdf>
104. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes. *Etudes Résultats* N° 103 [Internet]. 2017; Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_103.pdf
105. Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport de la concertation Grand âge et autonomie [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/consultation-place-des-personnes-agees/consultation-grand-age-et-autonomie/article/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie>
106. ODOXA. Baromètre santé 360 : Grand âge, dépendance et accompagnement du vieillissement [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://www.odoxa.fr/sondage/barometre-sante-360-grand-age-dependance-accompagnement-vieillessement/>
107. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Projections de la perte d'autonomie et se sa prise en charge chez les personnes âgées de 75 ans et plus [Internet]. 2017 [cité 6 déc 2021]. Disponible sur: http://sirsepaca.org/content/actualites/depot/172_actu_fichier_joint.pdf
108. Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azu. Les plateformes territoriales d'appui [Internet]. 2021 [cité 2 déc 2021]. Disponible sur: <http://www.paca.ars.sante.fr/pta>
109. Fondation Médéric Alzheimer. Baromètre : Perte d'autonomie, maladie d'Alzheimer et Aidance : qu'en disent les Français ? [Internet]. 2020. Disponible sur: http://www.gerontopolesud.fr/sites/default/files/Publication_du_barom_tre_Fondation_Mederic_Alzheimer__1600705624.pdf

SIRS PACA

Système d'Information Régional en Santé
de l'Observatoire Régional de la Santé
Provence-Alpes-Côte d'Azur

www.sirsepaca.org



Comité éditorial / supervision / préparation
Hélène Dumesnil, Ibrahima Konate & Valérie Guagliardo
Mise en page : Bilel Mebarki

© Édition Novembre 2022
ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur
Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales
27 Boulevard Jean Moulin, 13385 Marseille Cedex 5
Courriel : accueil@orspaca.org | www.orspaca.org



Indicateurs :
cartes, tableaux et graphiques

Représentez sous forme cartographique les indicateurs de la thématique qui vous intéresse à différents niveaux géographiques.



Portraits de territoire :
éditez un rapport sur mesure

Réalisez sur votre territoire d'étude un portrait présentant un set d'indicateurs synthétiques, en choisissant votre territoire de comparaison.



Zonages :
sélectionnez et comparez

Sélectionnez, visualisez et comparez votre territoire d'étude à différents zonages géographiques.