

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

PORTRAIT SOCIO-SANITAIRE ET ENVIRONNEMENTAL

2025



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

La mise à jour des portraits socio-sanitaires et environnementaux des six départements de la région a été réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur) en 2025. 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. Ils ont pour objectifs de fournir aux acteurs et décideurs de la région des données chiffrées et informations leur permettant de mieux appréhender la situation actuelle, les particularités, les forces et faiblesses, les inégalités sociales et territoriales, ainsi que les évolutions constatées dans les différents départements et sous-territoires les composant.

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 et à la France métropolitaine, quand les données sont disponibles ;
- ▶ La mise en évidence des inégalités territoriales et sociales ;
- ▶ Des encadrés présentant de façon pédagogique des données de mise en perspective issues de la recherche et d'études (impacts et enjeux sanitaires, déterminants...).

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 **notes synthétiques présentant, pour chaque département, les principaux résultats des portraits départementaux** et incluant des messages clés, des données chiffrées et les priorités d'intervention pour chaque département ;
- ▶ Une note synthétique régionale, axée sur les enjeux et spécificités de la région comparativement au reste de la France.

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.sirsepa.org

SOMMAIRE

UN ZONAGE EN 6 SOUS-TERRITOIRES 1

LE TERRITOIRE 2

L'ESSENTIEL 2

Le plus vaste département de la région, mais aussi le moins urbanisé 3

Un territoire préservé et avec un patrimoine naturel riche 3

La mobilité : un enjeu majeur dans les Alpes-de-Haute-Provence 3

Des inégalités d'accès aux équipements au sein du département 5

Une activité économique présente et une forte saisonnalité de l'emploi 6

Un département globalement épargné par la pollution de l'air, sauf en période estivale avec la pollution photochimique 8

Un département exposé à de multiples risques naturels 9

Des changements climatiques rapides et marqués dans les milieux montagneux 10

Une qualité de l'eau potable qui s'améliore, mais qui reste moins bonne que dans la région 11

Différentes formes de mal-logement dans le département 11

LA POPULATION 13

L'ESSENTIEL 13

Le département le moins densément peuplé de la région 14

713 nouveaux habitants en moyenne chaque année 15

Des proportions d'enfants et de jeunes moins élevées que dans la région et qu'en France 16

Près d'1 habitant sur 7 âgé de 75 ans ou plus 16

Plus de 30 000 habitants âgés de 75 ans ou plus en 2035, dont 1 sur 5 en perte d'autonomie à domicile 17

4 ménages sur 10 composés d'une seule personne 17

La proportion de familles monoparentales parmi les plus élevées de la région 18

Le revenu fiscal médian le plus faible de la région 18

1 habitant sur 6 en situation de pauvreté 19

Moins de bénéficiaires de prestations sociales que dans la région, sauf dans les grandes villes du département 20

Moins de personnes sans diplôme et de diplômés de l'enseignement supérieur que dans la région et qu'en France 20

Un taux de chômage proche de la moyenne régionale, malgré des disparités territoriales 21

L'OFFRE DE SOINS22

L'ESSENTIEL 22

L'offre de soins libérale.....23

1 habitant sur 4 habite dans une commune sans médecin généraliste libéral.....	23
Une baisse de la densité médicale de 18 % en 10 ans	24
4 médecins généralistes sur 10 âgés de 60 ans ou plus	24
Toutes les communes du département identifiées comme ayant des difficultés d'accès aux soins par l'Agence Régionale de Santé	25
Un développement récent des structures d'exercice coordonné dans le département.....	26
Environ 1 assuré sur 8 sans médecin traitant déclaré	26
Le niveau de recours au médecin généraliste libéral le moins élevé de la région.....	27
La densité de chirurgiens-dentistes la plus faible de la région	28
La densité de spécialistes libéraux la plus faible de la région.....	29
Des difficultés d'accès aux spécialistes dans les zones périphériques du département.....	30
Une densité de spécialistes libéraux qui a chuté de presque 40 % en 10 ans.....	30
Un des recours aux spécialistes libéraux les plus faibles de la région	31

L'offre de soins hospitalière31

1 habitant sur 5 à plus de 30 minutes d'un service d'urgences.....	31
Le taux de passage aux urgences le plus élevé de la région	32
Une capacité hospitalière variable selon les activités	33

L'offre médico-sociale35

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	36
Une offre médico-sociale incomplète pour les enfants en situation de handicap	37

LA RÉALISATION DES ACTES DE

PRÉVENTION38

L'ESSENTIEL 38

Une réalisation de bilan buccodentaire parmi les plus faibles de la région39

1 femme sur 2 n'a pas consulté de gynécologue au cours des 2 dernières années.....39

Une participation au dépistage des cancers moins importante chez les bénéficiaires de la complémentaire santé gratuite, comme dans la région40

Les couvertures vaccinales chez les enfants les plus faibles de la région, des retards de vaccination d'environ 6 mois.....41

Des couvertures vaccinales également moins élevées qu'en France pour les vaccins recommandés42

L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION.....43

L'ESSENTIEL 43

Davantage de naissances de petit poids dans les Alpes-de-Haute-Provence que dans la région.....44

Une augmentation de la prévalence des maladies chroniques qui devrait se poursuivre dans les années à venir.....44

Des personnes en situation de handicap qui cumulent les difficultés45

Une espérance de vie moins élevée que dans la région chez les hommes uniquement46

Le taux de mortalité prématurée le plus élevé de la région46

Des données de mortalité moins favorables que dans la région47

Données par pathologie.....48

Les cancers	48
Les maladies cardio-vasculaires.....	50
Les maladies respiratoires.....	51
Le diabète	52
Les accidents de la vie courante	53
La santé mentale.....	54
Les accidents de la circulation.....	56
Les pathologies liées au tabac et à l'alcool	57
Les maladies neurodégénératives	59
Les maladies infectieuses	60
Les infections sexuellement transmissibles	61
L'obésité	62

Les enjeux associés au vieillissement63

La multimorbidité : des conséquences pour les patients et un défi pour la médecine générale	63
Des personnes dépendantes à domicile de plus en plus nombreuses.....	63

CONCLUSION64

Principaux constats65

Évolution de la situation du territoire66

Perspectives d'intervention.....66

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....67

UN ZONAGE EN 6 SOUS-TERRITOIRES

Le département des Alpes-de-Haute-Provence peut être découpé en 6 sous-territoires : la vallée de l'Ubaye, le Sisteronais Buëch, la Haute-Provence, le Verdon, le pays Dignois et les grandes Alpes.

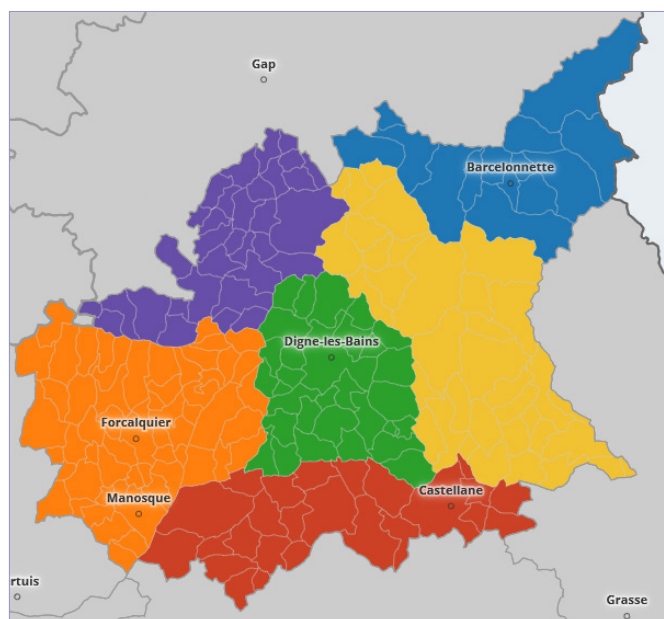
Le Sisteronais Buëch est situé au nord-ouest du département, entre la Provence et les Alpes, à la frontière avec les Hautes-Alpes et la Drôme. Ce territoire d'arrière-pays, largement occupé par les espaces naturels et agricoles et bénéficiant d'une bonne desserte routière et ferroviaire, bénéficie d'une 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 localisé au centre géographique des Alpes-de-Haute-Provence, entre montagnes et val de Durance. Ce territoire à dominante rural 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 à 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.





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 et une mortalité liée aux accidents de la route plus importante que dans la région ;
- ▶ La population la plus éloignée des équipements de la région ;
- ▶ Un territoire globalement préservé de la pollution atmosphérique ;
- ▶ Des problématiques de mal-logement pouvant prendre différentes formes dans le département.

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 (région : 10 % ; France : 19 %) (1). Ce département, 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.

Un territoire préservé et avec un patrimoine naturel riche

Avec 1,4 % de surfaces artificialisées en 2018, contre 7,2 % dans la région, le département des Alpes-de-Haute-Provence est 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 %) et agricoles (18,9 %) (région : respectivement 67,5 % et 22,8 %) (Source : CORINE Land Cover - CGDD-SDES). En 2009 et 2023, 1 808 hectares d'espaces naturels, agricoles et forestiers ont été consommés dans le département (0,3 % du territoire), la 2^{ème} artificialisation la plus faible de la région (0,6 %), derrière les Hautes-Alpes.

Ce département présente une grande diversité topographique et paysagère, répartie 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). Par ailleurs, de nombreux sites protégés sont présents dans le département, parmi lesquels un Parc National (le Mercantour, 8 % de la superficie du département), deux Parcs Naturels Régionaux (Le Luberon et le Verdon), ainsi que la plus grande Réserve géologique d'Europe (2). Ainsi, 28,2 % de la superficie du département est en zone Natura 2000 (France : 12,6 %) (Source : CGDD / SOeS, d'après Natura 2000).

Depuis une vingtaine d'années, le concept One Health (« Une seule santé ») s'est largement imposé à travers le monde sous l'impulsion d'institutions telle que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ce concept reconnaît les liens complexes entre santé humaine, santé animale et état de l'environnement. Il repose sur le principe selon lequel la protection de la santé de l'homme passe par celle de l'animal et de l'environnement et promeut une prise en compte pluridisciplinaire et globale des enjeux sanitaires.

Dans la région, de nombreuses pressions liées aux activités humaines s'exercent sur les ressources naturelles et la biodiversité (fragmentation des espaces naturels, pollutions, surexploitation des ressources, changements climatiques, invasions biologiques...). Pourtant, la biodiversité a de nombreux bienfaits pour la santé et la qualité de vie des populations : apport de nourriture et de médicaments, loisirs, impact positif sur la santé mentale, régulation du climat, réduction des risques naturels et infectieux, lutte contre les ravageurs (3).

La mobilité : 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 107 équipements de transport en 2023, soit 0,9 équipements de transport pour 1 000 habitants, le deuxième taux le plus faible de la région (1,6 équipements pour 1 000 habitants) après le Vaucluse (Source : Insee, Base Permanente des Equipements). Par exemple, en ce qui concerne le

réseau ferroviaire, le département ne compte que 4 gares TER (Manosque-Gréoux-les-Bains, La Brillanne-Oraison, Château-Arnoux-Saint-Auban et Sisteron) ainsi que le train des Pignes, reliant Digne à Nice. 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 (4). Le département est également desservi par le réseau régional de transport routier Zou, qui compte une quinzaine de lignes régulières dans le département, hors lignes saisonnières : 7 lignes interdépartementales, 12 lignes de proximité, ainsi que des lignes scolaires.

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) (4) et impliquent des trajets relativement longs, de 23 kilomètres en moyenne. En 2021, environ 1 actif occupé sur 6 (15,8 %) travaillait à plus de 30 minutes de son domicile (région : 12,8 %). La voiture reste le principal mode de déplacement des actifs (80,3 % ; région : 72,1 % ; France : 69,8 %), alors que l'utilisation des transports en commun (3,1 %) est la plus basse de la région (10,9 %) et largement inférieure à la moyenne nationale (15,2 %) (Source : Insee RP).

En 2023, 193 accidents corporels de la circulation ont été dénombrés dans les Alpes-de-Haute-Provence : ils ont donné lieu à 14 décès et 111 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 (56 %) surviennent hors agglomération, comme en France (59 %). Les accidents en agglomération sont moins graves, car les vitesses pratiquées sont plus faibles, limitant ainsi la gravité des chocs. Pour 2023, 9,2 % des accidents hors agglomération ont été mortels, contre seulement 3,5 % en agglomération (4).

Entre 2018 et 2022, 11 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 + 57,8 %. Une surmortalité par rapport à la région a également été relevée dans le territoire de Haute-Provence (+ 52,9 %) (Source : Inserm CépiDC, www.sirsepaca.org). À noter cependant que le taux de mortalité par accidents de la route est en baisse dans le département (- 50,4 % entre 2006-2010 et 2018-2022), comme dans la région (- 47,5 %).



Des inégalités d'accès aux équipements au sein du département

En 2023, les Alpes-de-Haute-Provence étaient dotés d'environ 9 800 équipements, soit un taux de 59,4 équipements pour 1 000 habitants, un peu plus élevé que dans la région (54,1 équipements pour 1 000 habitants). Du fait de sa spécificité touristique, le département présente des taux d'équipement en commerces (9,0 pour 1 000 habitants), équipements touristiques (2,8 pour 1 000) et équipements sportifs (7,7 pour 1 000 habitants) plus importants que dans la région (respectivement 7,8, 1,0 et 2,8 pour 1 000 habitants). Les services et équipements d'enseignement (1,5 pour 1 000) et de santé (12,1 pour 1 000) sont également bien représentés (région : 1,0 et 11,4 pour 1 000). En revanche, pour les équipements de transport, le niveau d'équipement (0,9 pour 1 000) est bien inférieur à celui de la région (1,6 pour 1 000) (Source : Insee, Base permanente des équipements).

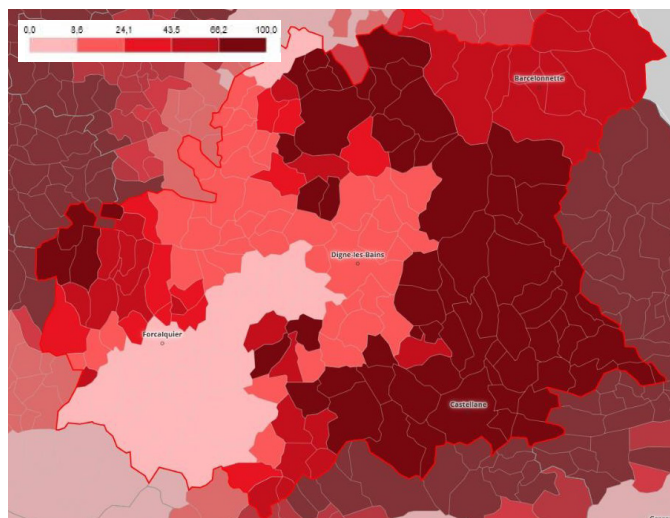


Figure 2 : Part de la population éloignée des équipements supérieurs, 2021 (%) (Source : Insee, Recensement de la population (RP) ; Base permanente des équipements (BPE) ; distancier Metric)

Le taux d'équipement global du département masque d'importantes inégalités territoriales et des temps d'accès aux équipements élevés dans certains territoires. En effet, 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. La population des Alpes-de-Haute-Provence est ainsi la plus éloignée des équipements : en 2021, 1 habitant sur 7 résidait à plus de 7 minutes des équipements de proximité (région : 4,1 % ; France : 6,7 %) et près d'1 sur 5 (18,9 %) à plus de 30 minutes des équipements supérieurs^[1] (région : 2,8 % ; France : 4,0 %). Les populations résidant

dans les zones frontalières avec la Drôme, les Alpes-Maritimes et le Var étaient les plus éloignées des équipements (Figure 2).

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.



[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.

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

En 2022, les Alpes-de-Haute-Provence comptabilisaient environ 16 700 entreprises et en 2021, près de 60 600 emplois. Plus d'un tiers des emplois référencés dans le département (38,0 %) étaient localisés dans les communes de Manosque (22,4 %) et de Digne-les-Bains (15,6 %). Entre 2015 et 2021, le nombre d'emplois a augmenté dans le département (+ 4,3 %), comme dans la région (+ 5,2 %) (*Source : Insee, (SIDE) en géographie au 01/01/2024, Insee RP*). L'économie présentielle est majoritaire dans les Alpes-de-Haute-Provence : au 31 décembre 2021, 4 emplois salariés sur 10 (40,8 %) étaient dans le secteur des commerces et des services (transports, hébergement restauration, information et communication...) (région : 49,2 %) et la même proportion (36,3 %) dans les administrations publiques (région : 34,0 %). D'ailleurs, parmi les 10 premiers employeurs du département, 7 sont des employeurs publics. Le territoire de Digne, notamment concentre des administrations publiques et de santé, mais aussi des structures de formation et d'éducation et des établissements commerciaux.

Le tourisme représente le premier secteur employeur du département. En 2023, 2,8 millions de touristes sont venus dans les Alpes-de-Haute-Provence. Ce département compte trois grandes destinations touristiques - la Haute-Provence et le Lubéron, le Verdon et les Alpes-Mercantour - et de nombreux sites touristiques renommés (gorges du Verdon, lacs de Serre-Ponçon et d'Allos, plateau de Valensole, Luberon...). L'activité touristique, orientée aussi bien sur le thermalisme, que les sports d'hiver et les activités de pleine nature, est bi-saisonnière. En 2021, le département comptait plus de 40 000 résidences secondaires, représentant près d'un tiers du parc de logements (30,7 %), une proportion bien plus élevée que dans la région (17,7 %) et qu'en France (9,7 %).

L'activité touristique dans le département, marquée par une bi-saisonnalité, génère de forts afflux de population et peut s'accompagner d'une augmentation de la demande de soins et d'une saturation des services de santé. De plus, cette activité induit une pression supplémentaire sur les milieux naturels et pose la question de la gestion des déchets et des ressources en eau et en énergie.



L'industrie représente 1 emploi sur 10 dans le département (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 fait partie de l'identité du territoire : en 2023, le département compte 3 770 emplois agricoles en équivalent temps plein et environ 3 550 personnes vivent dans un ménage d'agriculteur (2,2 % de la population, contre 0,6 % dans la région). L'élevage est la 1^{re} orientation du département, avec 1 exploitation sur 3 spécialisée dans l'élevage d'ovins et de caprins. Les surfaces agricoles (158 000 hectares) couvrent près d'un tiers du département (30 %) et sont principalement orientées vers la production de grandes cultures et notamment de plantes à parfum, aromatiques et médicinales. Le département est ainsi le 1^{er} producteur national d'essence de lavandin et le 2^e d'essence de lavande. Il est également le 7^e producteur d'olives (7 %) et le 8^e de fruits (3 %), pommes et poires notamment. Dans le département, les activités agricoles sont marquées par le respect de l'environnement : l'élevage ovin pratique le pastoralisme et la transhumance, jouant ainsi un rôle important dans la préservation et l'entretien des espaces. Par ailleurs, environ 600 exploitations agricoles et près de 55 000 hectares sont dédiés à l'agriculture biologique (35 % de la surface agricole, 2^e rang régional) (7).

Disposer d'une production agricole diversifiée, locale et respectant la saisonnalité est une opportunité pour la population de manger sainement et durablement. D'ailleurs, les consommateurs privilégient de plus en plus une alimentation de qualité valorisant les productions des territoires (8).

L'agriculture est un secteur d'activité avec de nombreux impacts sanitaires potentiels, pour les professionnels du secteur et pour la population (risque d'accidents du travail et de suicides, fragilité sanitaire et sociale des travailleurs saisonniers, exposition aux pesticides) (9,10). Par ailleurs, dans un contexte de réchauffement climatique, l'agriculture, qui est le secteur le plus consommateur d'eau, doit voir ses modèles évoluer pour s'adapter aux ressources dont les territoires disposent.

Dans le département, marqué par une forte saisonnalité, les conditions d'emploi sont moins stables que dans le reste de la région : en 2021, 1 actif sur 5 (19,2 %) dispose d'un emploi précaire, la 2^e proportion la plus élevée de la région (15,3 %). L'agriculture et le tourisme, notamment, constituent de plus les principaux secteurs employeurs de travailleurs saisonniers.

Les travailleurs saisonniers constituent 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 (11,12).



Un département globalement épargné par la pollution de l'air, sauf en période estivale avec la pollution photochimique

Dans les Alpes-de-Haute-Provence, les principaux émetteurs de polluants sont le transport routier, responsable de près de la moitié des émissions de dioxydes d'azote (45 %), et le secteur résidentiel et tertiaire, à l'origine de plus de la moitié des émissions de particules fines (58 %). L'agriculture est un émetteur prépondérant d'autres polluants tels que les Composés Organiques Volatils Non Méthaniques (90 %) et l'ammoniac (95 %). Les émissions d'ammoniac des Alpes-de-Haute-Provence représentent 17 % des émissions régionales (13).



Figure 3 : Indice cumulé annuel ICAIR365, 2023 (Source : Atmosud)

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. En 2023, dans les Alpes-de-Haute-Provence, 100 % de la population étaient exposés à une concentration moyenne d'ozone dépassant la valeur cible de l'Union Européenne (120 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en maximum journalier de la moyenne sur 8h, à ne pas dépasser plus de 25 jours par an), de même que dans la région. Par contre, seuls 2,6 % des habitants étaient exposés à une concentration moyenne de dioxyde d'azote (NO_2) et 0,3 % de particules fines (PM_{10}) supérieure à la valeur seuil de l'OMS (région : respectivement 58,6 % et 74,9 %) (Source : Atmosud).

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 (13).

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 (14), augmentation de la mortalité, développement de maladies cardiovasculaires, de maladies respiratoires chroniques ou aiguës 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 (15,16).

D'après les résultats de l'évaluation quantitative de l'impact sanitaire de Santé Publique France parus en janvier 2025, entre 12 et 20 % des nouveaux cas de maladies respiratoires chez l'enfant et entre 7 et 13 % des nouveaux cas de maladies respiratoires, cardiovasculaires ou métaboliques chez l'adulte sont attribuables chaque année à une exposition à long terme à la pollution de l'air ambiant en lien avec les activités humaines. Ils soulignent également qu'en Provence-Alpes-Côte d'Azur, la réduction des concentrations en particules fines et en dioxyde d'azote à des niveaux équivalents aux valeurs guides de l'OMS permettrait d'éviter chaque année entre 330 et 2 700 cas de nouveaux cas de maladies respiratoires chez les enfants et entre 310 et 5 800 nouveaux cas de maladies cardio-vasculaires, respiratoires ou métaboliques chez l'adulte (17).

Un département exposé à de multiples risques naturels

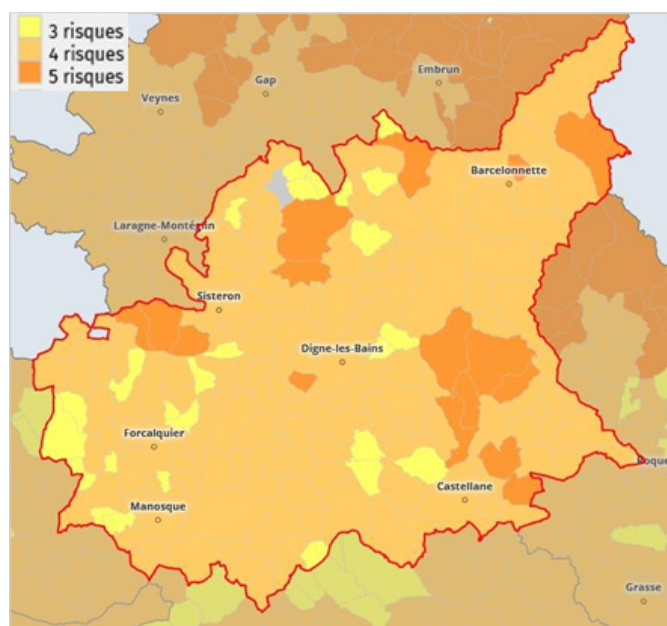


Figure 4 : Nombre de risques naturels potentiels par commune, 2024 (Source : base Gaspar)

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 2024, 26 communes sont concernées par 3 risques naturels potentiels (13,2 %), 155 communes par 4 risques potentiels (78,7 %) et 16 communes par 5 risques potentiels (8,1 %) (Figure 4). De plus, 41 % des communes du département sont couvertes par au moins un Plan de Prévention des Risques Naturels (région : 55 % ; France : 41 %) (Source : Ministère de la transition écologique et solidaire, Direction générale de la prévention des risques, base Gaspar).

Dans le département, toutes les communes sont concernées par le risque d'inondation, avec un degré d'aléa variable. Différents types de risques existent dans le département (débordement de cours d'eau, crues torrentielles, rupture d'ouvrage hydraulique...) mais le plus présent est celui de crues torrentielles (Durance, Ubaye, Var, Verdon, Asse, Bléone...). Selon la pente du cours d'eau et la dimension du bassin versant, elles peuvent être particulièrement violentes. Un risque d'inondations lié au ruissellement pluvial urbain est également présent dans les grandes agglomérations (Manosque, Digne, Château-Arnoux...). Enfin, 52 communes dans le département sont concernées par le risque de rupture d'ouvrage hydraulique. Selon l'Insee, 17 % de la population, un tiers des hôtels et un quart des campings étaient situés

en zones inondables en 2016 dans le département (18,19).

Le risque d'incendies de forêt est également important dans le département, qui est l'un des plus boisés (62 %) de France métropolitaine (4^e rang national). Sur la période 1966-2015, la quasi-totalité des communes du département (96 %) a ainsi fait l'expérience d'au moins un feu de forêt. En moyenne, environ 40 feux sont recensés chaque année dans les Alpes-de-Haute-Provence. La Haute-Provence est un territoire avec un risque particulièrement élevé d'incendies (aléa fort ou très fort) ; ce territoire est de plus très vulnérable du fait d'une densité importante de population dans certains secteurs et compte une population touristique importante (19).

Toutes les communes du département sont également concernées par le risque de mouvements de terrain. Différents types de risques y sont présents : chutes de pierres et blocs ou effondrements en masse, rupture d'un versant instable, coulées boueuses, retrait-gonflement des argiles. Plus spécifiquement, 116 communes sont concernées par l'existence de cavités souterraines, dont 4 communes sur lesquelles des enjeux humains existent : Manosque, Pierrevet, Saint-Maime et Sigonce (19).

Enfin, 36 communes sont concernées par le risque d'avalanches, notamment dans des zones de haute-montagne, dans l'Ubaye et dans le haut Verdon. En 2022, une avalanche provoquée par un groupe de skieurs a enseveli 4 personnes dont 1 décédée, au Col de Larche.

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.) (20,21). En France, plusieurs études ont mis en évidence la survenue et la persistance de troubles psychologiques après des catastrophes naturelles (20,21).

Des changements climatiques rapides et marqués dans les milieux montagneux

Malgré une contribution modeste aux émissions de gaz à effet de serre, 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 moins abondant en basse et moyenne altitude, ou encore une période estivale plus marquée (22).

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 :

- ▶ Hausse des températures : la température de l'air 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. Dans cette zone, le réchauffement est plus marqué en été (+ 0,4 à 0,5 °C par décennie) qu'en hiver (0,1°C par décennie). On observe notamment une augmentation importante du nombre de journées où la température dépasse 30°C en vallée. Les projections climatiques dans la région tendent de manière marquée vers des conditions plus chaudes, de jour comme de nuit (de + 1,9°C à + 5,5°C en moyenne annuelle à l'horizon 2100 par rapport à la période 1976-2005) (Source : GREC Sud) ;
- ▶ Diminution de l'enneigement : le réchauffement climatique s'accompagne 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) ;
- ▶ Augmentation des risques naturels (augmentation du risque d'incendies, notamment à basse altitude, multiplication des mouvements de terrain (notamment les glissements de terrain et les effondrements rocheux), fréquence et intensité accrue des phénomènes météorologiques extrêmes, des épisodes de sécheresse et de canicules ;
- ▶ Baisse de la biodiversité (22).

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 et les personnes souffrant de maladies chroniques y sont particulièrement vulnérables (23-25).

Chaque année, on observe pendant les épisodes de canicules des recours aux soins pour des pathologies dues à l'exposition à la chaleur : en moyenne, 11 000 passages aux urgences pour déshydratations et coups de chaleur sont relevés pendant les vagues de chaleur. Les atteintes les plus graves conduisent au décès : ainsi, l'épisode de canicule de 2003 a causé un excès de près de 15 000 décès en 15 jours. Les canicules qui ont suivi ont été moins sévères, mais ont néanmoins causé un nombre très important de décès en excès : 33 000 sur la période 2014-2022, dont 23 000 chez les plus de 75 ans (Source : Santé Publique France).

L'été 2024 a été le 8^e le plus chaud depuis 1900. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, près de 2 000 passages aux urgences et 300 actes SOS Médecins pour l'indicateur iCanicule ont été enregistrés entre le 1^{er} juin et le 15 septembre 2024. Près de 2 000 passages aux urgences ont été dénombrés entre le 1^{er} juin et le 15 septembre. Environ 10 % des passages et des hospitalisations après passage aux urgences, ainsi que 8 % des actes médicaux SOS Médecins pour iCanicule, ont été observés pendant les jours de canicule. Pendant ces épisodes, la moitié des passages et 60 % des actes SOS Médecins pour iCanicule concernaient des personnes âgées de 75 ans ou plus. Sur l'ensemble de l'été, 500 décès attribuables à la chaleur ont été estimés, dont 37 % durant les épisodes de canicule. Près des trois quarts de ces décès concernaient des personnes âgées de 75 ans et plus (26).



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

Dans les Alpes-de-Haute-Provence, 503 captages publics, soit 25,2 % des ouvrages de la région, ont permis de prélever en moyenne chaque année 31 millions de m³ d'eau sur 2018-2022, 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. Au 31 Décembre 2022, 46 % des captages bénéficiaient d'une protection administrative par une déclaration d'utilité publique (DUP) dans les Alpes-de-Haute-Provence, un chiffre en augmentation par rapport à 2018 (43 %). Une DUP était également engagée pour 17 % des captages du département.

On recense dans le département des Alpes-de-Haute-Provence 445 unités de distribution (UDI), la plupart (81 %) de petite taille. Sur la période 2018-2022, 86 % de la population a été desservie avec un taux de conformité bactériologique supérieur à 95 %, une proportion moins élevée que dans le reste de la région (97,2 %), et 14 % par une eau avec un taux de conformité compris entre 70 et 95 %. Par ailleurs, 1,1 % de la population a été desservie par une eau présentant des pesticides dépassant la limite réglementaire pendant plus de 30 jours mais ne présentant pas de risques sanitaires (27).

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 (28). 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.

Différentes formes de mal-logement dans le département

En 2021, les Alpes-de-Haute-Provence comptaient environ 80 200 résidences principales^[2], dont deux tiers de maisons individuelles (67,0 %), la proportion la plus élevée de la région (41,8 %) et 30,0 % de logements avec une superficie supérieure à 100m² (région : 22,3 %). A cette date, près de 2 ménages sur 3 (63,2 %) étaient propriétaires de leur logement, la 2^{ème} proportion la plus élevée de la région (57,6 %), derrière les Hautes-Alpes. Des différences peuvent cependant être relevées au sein du département. Par exemple, les maisons représentaient plus de 3 logements sur 4 dans le Verdon (76,5 %) et les Grandes Alpes (71,8 %), contre un peu plus d'1 sur 2 dans l'Ubaye (55,7 %) et le pays digneois (54,4 %), voire encore moins dans les communes de Digne (37,7 %) et Manosque (44,4 %) (Source : Insee RP).

Environ 1 logement sur 5 (20,4 %) avait une date de construction antérieure à 1946, la proportion la plus élevée de la région (16,3 %), mais proche de la moyenne nationale (20,1 %). Certains territoires étaient particulièrement concernés, comme le Verdon, la vallée de l'Ubaye et le Lubéron. En 2018, près d'1 ménage sur 4 était dans une situation de vulnérabilité énergétique^[3] dans le département des Alpes-de-Haute-Provence, une proportion proche de celle observée dans les Hautes-Alpes (23,9 %), mais bien supérieure à celles relevées dans la région (11,5 %) et en France métropolitaine (17,4 %). A noter que la vulnérabilité liée au logement affecte surtout les ménages à faibles revenus, les inactifs et les retraités, qui représentent un tiers des ménages vulnérables. Leur situation s'aggrave lorsqu'ils résident seuls et en dehors des grands pôles urbains (29).

Le parc de HLM était composé de près de 6 600 logements sociaux dans le département, soit moins d'1 logement sur 10 (8,2 %), une proportion moins élevée que dans la région (11,9 %). Les communes de Manosque (14,1 %), Digne-les-Bains (14,3 %) et Sisteron (15,4 %) concentraient à elles-seules plus de la moitié des logements sociaux du département. Les territoires des Grandes Alpes (3,7 %), du Verdon (4,7 %) et de l'Ubaye (5,0 %) se démarquaient par des proportions de logements sociaux presque deux fois moins élevés que dans l'ensemble du département.

Une étude a été réalisée par la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement en Provence-Alpes-Côte d'Azur pour quantifier et qualifier les signalements relatifs aux logements

[2] 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

[3] Cela signifie que ces ménages devraient consacrer plus de 9,2 % de leur revenu disponible pour un usage énergétique standard de leur logement (chauffage, eau chaude...).

potentiellement non-décents, insalubres ou indignes dans la région. Les problèmes déclarés concernaient majoritairement de la moisissure et des infiltrations d'eau. En rapportant les signalements déposés au parc de logements existant, le département des Alpes-de-Haute-Provence était le plus concerné dans la région (8,6 signalements pour 1 000 logements), avec un taux presque deux fois supérieur à la moyenne régionale (4,5 pour 1 000) (30).

Le département des Alpes-de-Haute-Provence est, tout comme les Alpes-Maritimes, les Hautes-Alpes et le Var, concerné par le risque radon de niveau 3 (potentiel radon significatif). Deux communes de l'Ubaye sont concernées : Barles et Saint-Paul-sur-Ubaye (*Source : Base Gaspar – DDRM*).

Les conditions de logement constituent un déterminant majeur de la santé. Se sentir bien chez soi peut contribuer au bien-être et la qualité de vie, alors que les situations de mal logement peuvent avoir un impact sur la santé physique et psychologique (perte d'estime de soi, isolement social, troubles du sommeil, dépression...) (31).

Mal logement

Santé Publique France a réalisé une enquête qualitative auprès de 32 ménages ayant des conditions de logement dégradées en Île-de-France, dans le Nord-Pas-de-Calais et en Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Qualisurv-habitat). Les problématiques les plus souvent décrites concernaient l'humidité et la moisissure, la précarité énergétique et la suroccupation, ainsi que la vétusté électrique et l'instabilité des bâtis. Les ménages ont constaté des effets sur leur santé et sur leur qualité de vie ; plus de la moitié a évoqué des difficultés de santé importantes telles que le cancer, le saturnisme, la déficience physique, les problèmes cardio-vasculaires ou les troubles psychiques ; 3 ménages sur 4 ont déclaré entre un et trois problèmes de santé. La santé respiratoire et la santé psychique étaient, du point de vue des participants, les deux sphères les plus affectées par les conditions de logement dégradées. De plus, ces conditions de logements contribuaient à isoler les ménages qui cumulaient déjà de nombreuses difficultés sociales. Par ailleurs, les actions entreprises par les ménages pour remédier à leur situation étaient liées à la durée de leur présence dans le logement et à l'existence d'un entourage familial et amical structurant (32).

Habitat ancien

Dans les habitats anciens, on retrouve plus fréquemment certaines problématiques, comme la présence d'humidité et de moisissures pouvant provoquer des rhinites allergiques et de l'asthme, ou la présence de plomb dans la peinture ou les canalisations pouvant causer le saturnisme chez les enfants. Avoir. Par ailleurs, les risques d'accidents domestiques et de chutes y sont plus élevés.

Risque radon.

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 (33).



2

LA POPULATION

L'essentiel

- ▶ Le département le moins densément peuplé de la région ;
- ▶ Plus de 9 communes sur 10 avec moins de 2 000 habitants ;
- ▶ Une croissance démographique portée par le solde migratoire ;
- ▶ Les proportions d'enfants et de jeunes parmi les plus basses de la région ;
- ▶ La 2^e population la plus âgée de la région ;
- ▶ Le 4^e département de France avec le plus de familles monoparentales ;
- ▶ 1 habitant sur 6 en situation de pauvreté.



Le département le moins densément peuplé de la région

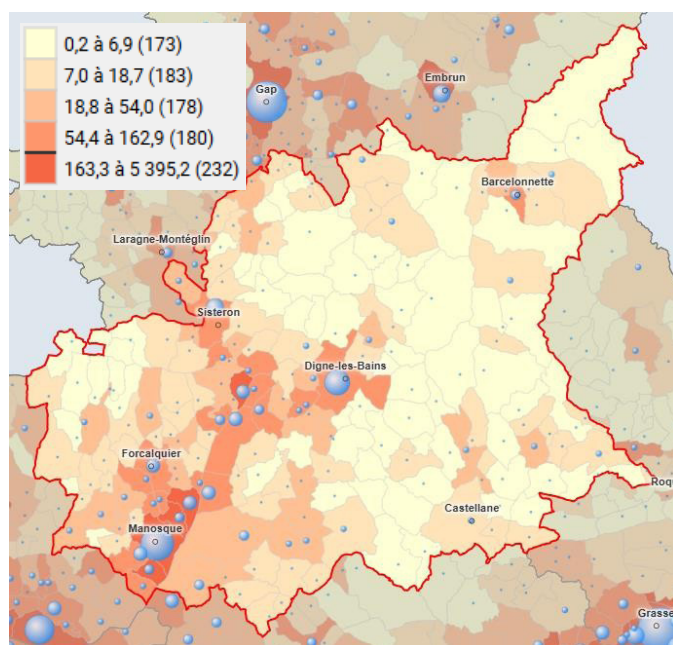
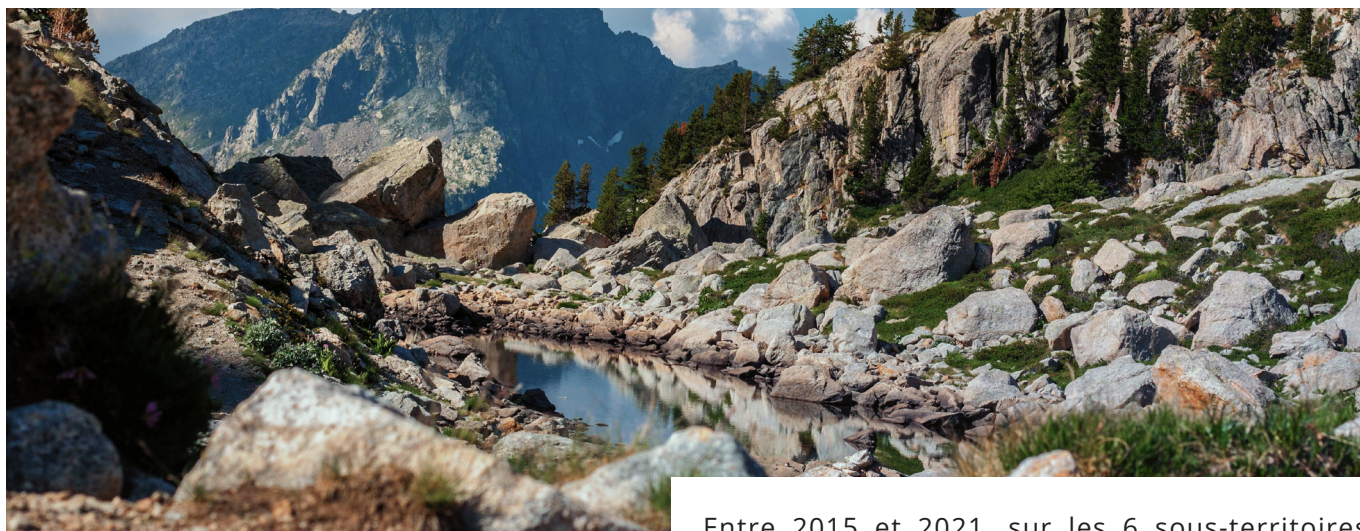


Figure 5 : Population municipale et densité de population (habitants par km²), 2021
(Source : Insee RP)

En 2022, la population des Alpes-de-Haute-Provence s'élevait à 167 179 habitants, soit environ 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 (24,0 habitants par km², contre 163,3 dans la région en 2021).

La population basse-alpine est inégalement répartie au sein du département : elle est concentrée le long des principaux axes routiers et de la vallée de la Durance. En 2022, les deux principales communes des Alpes-de-Haute-Provence en nombre d'habitants, Manosque (22 807 habitants) et Digne-les-Bains (17 694 habitants), représentaient presque un quart de la population départementale (24,2 %). 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 (92,8 %) (Figure 5) (Source : Insee RP).



713 nouveaux habitants en moyenne chaque année

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. Puis, la croissance démographique s'est stabilisée : entre 2015 et 2021, la population a augmenté de + 0,4 % en moyenne chaque année, un rythme similaire à celui observé dans la région (+ 0,4 % par an) mais un peu plus élevé qu'en France métropolitaine (+ 0,3 % par an). Cela représente l'arrivée de 713 nouveaux habitants en moyenne chaque année (Source : Insee RP).

Dans le département, le taux annuel moyen de variation de la population lié au solde naturel est négatif (- 0,3 %), contrairement aux tendances régionale (+ 0,1 %) et nationale (+ 0,2 %) ; il est le plus bas de la région et baisse de façon régulière depuis 20 ans, reflétant le vieillissement de la population. Il est cependant compensé par un solde migratoire élevé (+ 0,7 % par an), le 2^{ème} le plus important de la région derrière le Var, et bien supérieur aux moyennes régionale (+ 0,3 par an %) et nationale (+ 0,1 % par an). Ce chiffre met en évidence l'attractivité de ce département.

Entre 2015 et 2021, sur les 6 sous-territoires composant le département, 4 ont vu leur population augmenter : les hausses les plus importantes ont été relevées dans le Sisteronais Buëch (+ 0,7 % par an, soit 473 nouveaux habitants en moyenne chaque année), le Pays Dignois (+ 0,5 % par an, soit 129 nouveaux habitants) et le Sisteronais Buëch (+ 0,5 % par an, soit 113 nouveaux habitants). Le territoire des Grandes Alpes a enregistré une hausse modérée de sa population (+ 0,2 % par an, soit 26 nouveaux habitants), tandis que le Verdon a vu sa population stagner (+ 0,0 % par an). Enfin, la vallée de l'Ubaye est le seul à avoir perdu des habitants (- 0,4 % par an, représentant une perte de 34 habitants par an en moyenne).

L'ensemble des sous-territoires du département présentaient un solde naturel négatif. Les vieillissements les plus marqués étaient observés dans la vallée de l'Ubaye, le Verdon et les grandes Alpes. A l'inverse, en ce qui concerne le solde migratoire, tous les territoires présentaient un solde positif. Quatre territoires se démarquaient par un solde migratoire particulièrement élevés : les Grandes Alpes (+ 0,9 % par an), le pays dignois (+ 0,9 % par an), le Sisteronais Buëch et la Haute Provence (+ 0,8 % par an). A l'inverse, la vallée de l'Ubaye présentait un solde migratoire positif -+ 0,2 % par an), mais bien moins élevé que dans les autres sous-territoires (Source : Insee RP) (Tableau 1).

Tableau 1 : Taux annuel moyen de variation de la population (%), 2015-2021 (Source : Insee RP)

	Taux annuel moyen de variation de la population (%), 2015-2021	Lié au solde naturel	Lié au solde migratoire
Sisteronais Buëch	+ 0,7 %	- 0,1 %	+ 0,8 %
Vallée de l'Ubaye	- 0,4 %	- 0,6 %	+ 0,2 %
Haute Provence	+ 0,5 %	- 0,2 %	+ 0,8 %
Pays Dignois	+ 0,5 %	- 0,4 %	+ 0,9 %
Verdon	0,0 %	- 0,6 %	+ 0,6 %
Grandes Alpes	+ 0,2 %	- 0,6 %	+ 0,9 %
Alpes-de-Haute-Provence	+ 0,4 %	- 0,3 %	+ 0,7 %



Des proportions d'enfants et de jeunes moins élevées que dans la région et qu'en France

En 2021, environ 34 400 personnes étaient âgées de 20 ans ou moins dans les Alpes-de-Haute-Provence : elles représentaient un peu plus d'1 habitant sur 5 (20,7 %), une proportion bien inférieure aux moyennes régionale (22,1 %, 3^e rang régional) et nationale (23,8 %). Le département comptait à la fois moins d'enfants âgés de moins de 14 ans (15,5 %) et de jeunes âgés de 15 à 29 ans (13,2 %) que la région (respectivement 16,4 % et 15,9 %) et la France métropolitaine (respectivement 17,6 % et 17,5 %) (*Source : Insee RP*). Seul le territoire de Haute-Provence comptait d'avantage d'enfants que la région (16,6 % contre 16,4 %).

Les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel. Ces périodes sont cependant cruciales pour la santé future des individus : en effet, les inégalités sociales de santé s'installent dès le plus jeune âge et ont des répercussions tout au long de la vie. De plus, les comportements de santé préoccupants, installés depuis l'enfance (sédentarité, comportements alimentaires, obésité...) ou l'adolescence (tabagisme, consommation d'alcool) conditionnent leur avenir en matière de santé. Enfin, Chez les enfants et adolescents, 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.

Près d'1 habitant sur 7 âgé de 75 ans ou plus

En 2021, environ 21 300 personnes étaient âgées de 75 ans ou plus dans le département : elles représentaient près d'1 habitant sur 8 (12,8 % - 2^e rang régional), une proportion nettement plus élevée que dans la région (11,5 %) et qu'en France métropolitaine (9,6 %). L'ensemble des sous-territoires présentaient des proportions supérieures à la moyenne régionale, même si la Haute-Provence se rapprochait de cette dernière (11,6 %). Les territoires des Grandes Alpes (14,1 %) et du Verdon (14,0 %), ainsi que les communes de Manosque (13,8 %) et de Sisteron (13,5 %), se distinguaient cependant par des proportions particulièrement élevées.

Parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus, environ 8 200 vivaient seules à leur domicile, soit 42,1 % de cette classe d'âge, comme dans la région (42,0 %) et en France (42,1 %). Parmi ces personnes, près d'1 sur 4 (22,6 %) étaient en situation de perte d'autonomie modérée à sévère (région : 26,9 %), une proportion en nette augmentation dans le département (+ 15 % depuis 2010), comme dans la région (+ 12 %) et en France (+ 9 %). Par ailleurs, environ 1 900 personnes, soit près d'1 sur 10, résidaient dans un établissement médico-social, le 2^e proportion (9,1 %) la plus élevée de la région (7,7 %) derrière les Hautes-Alpes.



Plus de 30 000 habitants âgés de 75 ans ou plus en 2035, dont 1 sur 5 en perte d'autonomie à domicile

D'après les estimations de l'Insee, environ 30 700 habitants seront âgés de 75 ans ou plus en 2035 dans le département, soit 18,5 % de la population ; le département sera ainsi le 2^e le plus âgé de la région (région : 15,7 %) derrière les Hautes-Alpes. A cette date, près de 6 500 personnes en perte d'autonomie modérée à sévère vivront à domicile (21,1 %), nécessitant plus de 1 800 équivalents temps plein d'aide formelle et environ 5700 800 équivalents temps plein d'aide informelle (34).

Avec l'augmentation de l'espérance de vie, les principaux défis de santé publique concernent le vieillissement en bonne santé, c'est-à-dire l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie. La plupart des seniors souhaitant rester à domicile, la prévention de la perte d'autonomie et des chutes sont également essentiels. Enfin, le soutien des aidants ne doit pas être négligé.

En France, d'après une étude réalisée par l'association des Petits Frères des Pauvres en 2021, environ 36 % des personnes âgées de 60 ans et plus (6,5 millions de personnes) se sentent seules fréquemment et 14 % tous les jours ou très souvent (2,5 millions de personnes). 530 000 personnes seraient dans un isolement extrême et ne rencontrent quasiment jamais ou très rarement d'autres personnes et sont en situation de « mort sociale », un chiffre en augmentation de + 77 % par rapport à 2017. La solitude semble toucher davantage certains profils : les femmes, les personnes très âgées et vivant seules. Le sentiment de solitude serait également plus marqué en ville qu'en milieu rural. Les conséquences sur la santé sont nombreuses : dépression, perte d'estime de soi, mais aussi aggravation de certaines pathologies (35).

4 ménages sur 10 composés d'une seule personne

En 2021, environ 80 200 ménages résidaient dans les Alpes-de-Haute-Provence : ils comprenaient en moyenne 2,02 personnes, contre 2,16 dans la région et 2,10 en France. Parmi ces ménages, 4 sur 10 (39,9 %) étaient composés d'une seule personne, une proportion plus élevée que dans la région (région : 39,3 %) et qu'en France (38,1 %). Ce type de ménages était particulièrement représenté dans les communes de Barcelonnette (51,8 %) et de Digne-les-Bains (49,8 %), mais aussi dans le sous-territoire des grandes Alpes (43,5 %) (Source : Insee RP).

Avant 20 ans, la part de personnes seules demeure marginale. Elle s'accroît ensuite entre 20 et 24 ans pour atteindre 20 %, puis diminue quand les couples se forment, pour ensuite atteindre environ 14 % entre 40 et 54 ans. En France, la proportion de personnes vivant seules a fortement augmenté depuis les années 90, pour plusieurs raisons : allongement de la durée de scolarité, augmentation du nombre de familles monoparentales, ou encore allongement de l'espérance de vie (36).

De l'étudiant à la personne âgée vivant en milieu rural, le fait de vivre seul regroupe des réalités qui n'ont souvent rien à voir. Pour certains, cette situation est un mode de vie choisi. Pour d'autres, elle est plus ou moins acceptée et subie par exemple après une séparation ou suite à un décès. Certaines conditions ou expériences augmentent le risque d'isolement social et de solitude : avoir une maladie chronique (physique ou mentale) ou un handicap, avoir un accès limité aux ressources (personnes vivant en milieu rural, sans moyen de transport, ne parlant pas la langue...), être en situation de précarité et/ou au chômage, ou encore faire face à un divorce ou un deuil.



La proportion de familles monoparentales parmi les plus élevées de la région

En 2021, environ 21 400 familles, c'est-à-dire les ménages comptant un ou plusieurs enfants de moins de 25 ans, résidaient dans les Alpes-de-Haute-Provence : elles représentaient 26,7 % des ménages, contre 30,0 % dans la région.

Plus spécifiquement, 6 600 familles, soit près de 3 familles sur 10 (31,0 %), étaient de type monoparental, la 2^e proportion la plus élevée de la région (29,7 %) et la 4^e la plus élevée de France métropolitaine (26,7 %). Les familles monoparentales étaient particulièrement nombreuses dans la commune de Digne-les-Bains (41,4 %) et dans certains sous-territoires, comme la vallée de l'Ubaye (37,1 %), le pays dignois (34,9 %) et le Verdon (32,1 %). A l'inverse, les territoires des grandes Alpes et du Sisteronais présentaient des proportions moins élevées (26,9 %) et proches de la moyenne nationale. A noter que la proportion de familles monoparentales a augmenté de façon importante dans le département (+ 31 % depuis 2010), davantage que dans la région (+ 13 %) et qu'en France (+ 18 %) (Source : Insee RP).

Fin 2021, 12 % des enfants de moins de 6 ans vivaient dans une famille monoparentale, majoritairement chez leur mère (83 %). Si, parmi les jeunes enfants concernés, 13 % passent un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires chez leur père, 25 % – soit environ 130 000 enfants – n'ont aucun contact avec lui.

La monoparentalité est une situation de plus en plus courante, qui touche toutes les catégories sociales. Cette situation, souvent temporaire, constitue un accélérateur de fragilités sociales. Ainsi, comparées à d'autres types de ménages, les familles monoparentales sont surexposées à la pauvreté (30 %, contre 13 % des couples parentaux), à la précarité de l'emploi et du logement à l'isolement social (37).

Le revenu fiscal médian le plus faible de la région

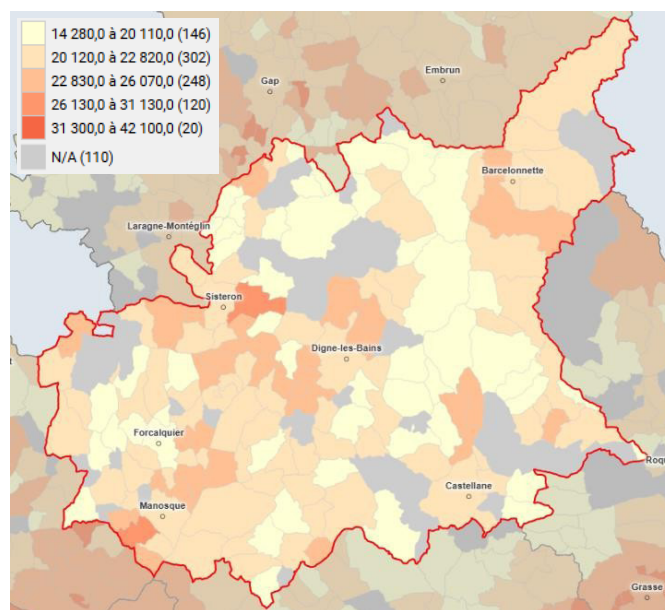


Figure 6 : Revenu fiscal médian (euros par unité de consommation), 2021 (Source : Insee, Direction générale des finances publiques (DGFiP), Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi))

En 2021, les Alpes-de-Haute-Provence constituait le département de la région avec le revenu annuel médian (21 450 €) le plus faible de la région (22 680 €). Néanmoins, ce revenu pouvait presque varier du simple au double selon les communes (16 250 € à 28 820 €). Globalement, les revenus les plus élevés étaient observés dans la vallée de la Durance et en périphérie des grandes villes du département. Les revenus les plus faibles étaient relevés dans les zones de montagne (Grandes Alpes, Verdon) ainsi que dans le Sisteronais (Figure 6).

Par ailleurs, le rapport interdécile des revenus^[4], 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 5,2 dans les Alpes-de-Haute-Provence : il était parmi les plus faibles de la région, au 5^e rang régional (région : 6,9). Les inégalités sociales étaient par contre plus marquées dans les grandes villes du territoire, par exemple à Manosque (rapport de 8,3) et Digne-les-Bains (rapport de 7,2) (Source : DGFiP FiLoSoFi).

[4] 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.

1 habitant sur 6 en situation de pauvreté

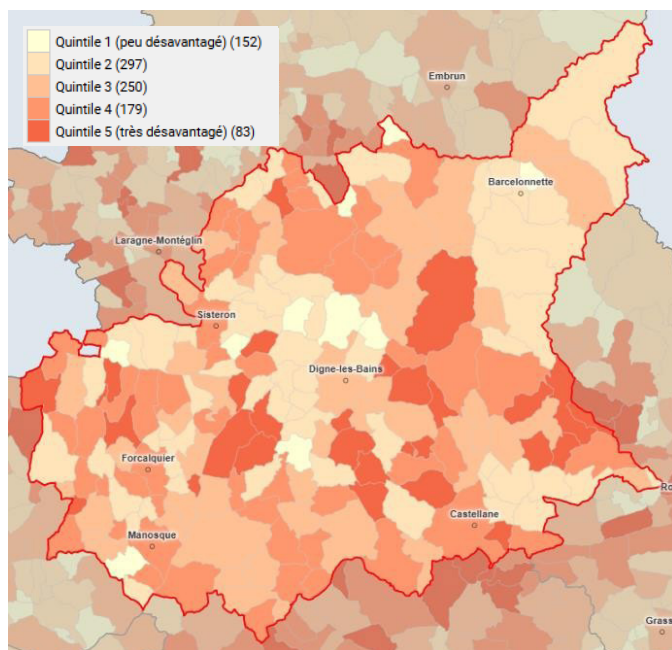


Figure 7 : Part de la population dans une commune très désavantagée (%), 2019 (Source : Insee - Traitement CépiDc-Inserm - ARS Ile de France)

En 2019, la moitié de la population des Alpes-de-Haute-Provence (50,1 %) vivait dans une commune très désavantagée sur le plan social (quintile Q4 ou Q5 de l'indice de désavantage social Fdep), la 2^e proportion la plus élevée de la région (27,0 %) derrière le Vaucluse, mais aussi une proportion plus élevée qu'en France métropolitaine (40,0 %). Dans certains territoires, comme la Haute Provence (66,3 %) ou le Sisteronais (64,7 %), environ 2 habitants sur 3 étaient concernés. A l'inverse, dans l'Ubaye (2,3 %) et le pays dignois (5,0 %), seule une minorité de la population vivait dans une commune très désavantagée (Figure 7) (Source : Insee - Traitement CépiDc-Inserm - ARS Ile de France).



En 2021, 17,1 % des habitants des Alpes-de-Haute-Provence étaient en situation de pauvreté^[5], une proportion proche de la moyenne régionale (17,4 %), mais bien supérieure à la moyenne nationale (14,1 %). Certains groupes de population étaient particulièrement touchés par la pauvreté, à savoir :

- ▶ Les habitants de quartiers prioritaires de la politique de la ville (41,0 %), soit 7 174 habitants en 2020 ;
- ▶ Les familles monoparentales (34,1 %) (région : 31,5 %) ;
- ▶ Les jeunes de moins de 30 ans (24,2 %) (région : 25,0 % ; France : 14,9 %) ;
- ▶ Les personnes âgées de 75 ans ou plus (12,9 %) (région : 12,9 % ; France : 11,0 %) (Source : Insee, *Fichier localisé social et fiscal (Filosophi)* et Enquête Budget de Famille).

En France, l'état de santé de la population est marqué par un paradoxe : un bon état de santé en moyenne, mais des inégalités de santé importantes dès l'enfance et tout au long de la vie plus importante que dans le reste de l'Europe, résultant d'une inégale distribution de déterminants (genre, composition familiale, revenu, scolarité, soutien social...). On observe notamment un gradient social en matière de santé, dès l'enfance et pouvant se maintenir tout au long de la vie, et se manifestant aussi bien en termes d'état de santé, que de comportements de santé que d'accès aux soins.

Espérance de vie : on observe un écart d'espérance de vie entre les 10 % des ménages avec les revenus les plus faibles et les 10 % avec les revenus les plus élevés s'élevant à 13 ans chez les hommes et 8 ans chez les femmes (38).

Tabagisme quotidien : en 2023, on observe en France 12 points d'écart de prévalence du tabagisme quotidien entre les plus bas et les plus hauts revenus (28,9 % versus 17,3 %) (39).

Vaccination : en 2021, on observe un écart de 10,2 points de pourcentage dans la couverture vaccinale contre la grippe chez les 65-85 ans entre les revenus les plus élevés (71,0 %) et les plus faibles (60,8 %) (40).

Renoncement aux soins : en 2017, 3 % des Français ont déclaré avoir renoncé à des soins. Le risque de renoncer aux soins était 3 fois plus élevé chez les personnes en situation de pauvreté, voire 8 fois que plus élevé chez les personnes en situation de pauvreté et vivant dans une zone sous-dotée en médecins généralistes (41).

[5] 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, sauf dans les grandes villes du département

En 2021, environ 30 800 personnes résidant dans les Alpes-de-Haute-Provence bénéficiaient d'au moins une allocation de la CAF, soit une couverture de 42,0 % de la population, moins élevée que dans la région (48,9 %). Près d'1 allocataire sur 4 (23,1 %) avait des revenus dépendant au moins à 50 % des allocations, une proportion un peu moins élevée que dans la région (24,0 %), sauf dans certaines villes du département comme Forcalquier (30,6 %), Digne-les-Bains (29,4 %) ou Manosque (28,1 %) (*Source : CNAF, MSA*).

Par ailleurs, en 2021, 3,9 % de la population des Alpes-de-Haute-Provence était couverte par le Revenu de Solidarité Active (RSA), une proportion bien moins élevée que dans la région (6,1 %). Là encore, des proportions plus importantes étaient observées dans certaines villes du département, comme Digne-les-Bains (7,9 %), Manosque (7,8 %) ou Forcalquier (6,5 %) (*Source : CNAF-DSER, FILEAS Base Communale Allocataires (BCA), Insee RP*).

Enfin, en 2021, environ 12 400 assurés étaient bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire gratuite (C2S) dans le département, soit 11,0 % des assurés, une proportion moins élevée que dans la région (13,4 %), sauf dans les communes de Digne-les-Bains (17,7 %) et Manosque (17,6 %) (*Source : DRSM Paca-Corse, régime général stricto sensu*).

Moins de personnes sans diplôme et de diplômés de l'enseignement supérieur que dans la région et qu'en France

En 2021, parmi les personnes âgées de 15 ans ou plus et résidant dans les Alpes-de-Haute-Provence, 1 sur 4 (24,9 %) ne disposait d'aucun diplôme, une proportion moins élevée que dans la région (26,0 %) et qu'en France (25,8 %), sauf dans le pays digneois (26,2 %) et dans certaines villes du département (29,7 % à Sisteron et 28,6 % à Digne-les-Bains). En parallèle, environ 3 personnes sur 10 (29,7 %) était diplômée de l'enseignement supérieur, la 2^e proportion la plus basse de la région (32,9 %) derrière le Vaucluse, également moins élevée qu'en France (32,5 %), sauf dans les communes de Manosque (33,2 %) et Forcalquier (33,0 %). Ce constat tient probablement à l'offre de formations de l'enseignement supérieur qui est limitée dans le département (*Source : Insee RP*). En 2022, environ 800 étudiants étaient inscrits dans un établissement de l'enseignement supérieur dans les Alpes-de-Haute-Provence : ils représentaient 0,5 % des effectifs étudiants de la région (*Source : ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation*).

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 (42).

Un taux de chômage proche de la moyenne régionale, malgré des disparités territoriales

En 2021, parmi les habitants des habitants des Alpes-de-Haute-Provence âgés de 15 à 64 ans, 12,5 % étaient au chômage, une proportion proche de la moyenne régionale (12,6 %), mais un peu plus élevée qu'en France (12,5 %). Le même constat pouvait être fait aussi bien chez les hommes (11,7 %, contre 11,7 % dans la région et 11,4 % en France) que chez les femmes (13,3 %, contre 13,5 % dans la région et 12,9 % en France). Les jeunes âgés de 15 à 24 ans étaient davantage touchés (24,0 %), comme dans la région (25,3 %) et en France (23,9 %).

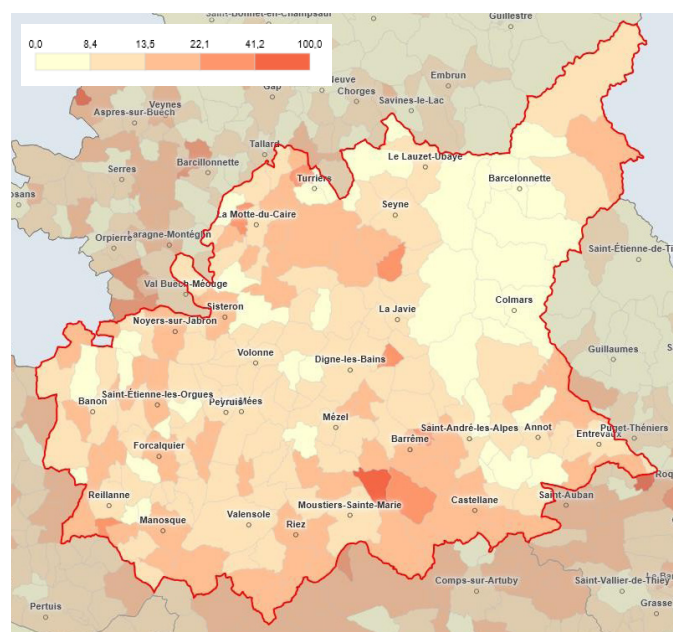


Figure 8 : Taux de chômage chez les 15-64 ans, 2021 (Source : Insee RP)

Des inégalités territoriales existaient cependant (Figure 8) : certains territoires, comme le Verdon (14,7 %) et le Sisteronais (13,6 %), présentaient des taux de chômage plus élevés que dans le reste du département. La vallée de l'Ubaye (7,7 %) et les Grandes Alpes (9,1 %), au contraire, se distinguaient par des taux chômage particulièrement bas (Source : Insee RP 2021).



En 2023, un peu moins de la moitié des demandeurs d'emploi (46,8 %) étaient au chômage depuis plus d'1 an, une proportion plus élevée que dans la région (42,0 %), mais proche de la moyenne nationale (47,0 %) (Source : *Statistique mensuelle sur le marché du travail (STMT), France Travail – Dares 2023*). 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) (43).

Une santé dégradée peut être un facteur favorisant la perte d'emploi et freinant l'entrée ou le retour à l'emploi et réciproquement le fait d'être sans emploi peut s'avérer être un facteur de dégradation de la santé. Les personnes sans emploi présentent un surrisque de mortalité, de problèmes cardiovasculaires, de santé mentale et sont plus susceptibles d'adopter des comportements à risque pour leur santé comme la consommation excessive d'alcool, de tabac et de cannabis. Les raisons de la surmortalité des personnes sans emploi sont multiples : un état de santé déficient qui provoque la perte d'emploi, les conséquences financières et psychologiques du chômage de longue durée, le rôle de l'effet propre du chômage de type « catalyseur » qui révèle ou accentue les effets sur la santé (1).

3

L'OFFRE DE SOINS

L'essentiel

- ▶ Une densité de médecins généralistes libéraux un peu moins élevée que dans la région, mais plus élevée qu'en France ;
- ▶ 25 % de la population réside dans une commune sans médecin généraliste et 4 % est à plus de 15 mn de route du médecin généraliste le plus proche ;
- ▶ Une baisse de la densité médicale plus marquée que dans la région et qu'en France au cours des 10 dernières années, malgré l'observation d'une hausse récente.
- ▶ 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 (- 37,0 % en 10 ans) ;
- ▶ Le vieillissement des médecins généralistes et spécialistes le plus marqué de la région ;
- ▶ Plus de 2 communes sur 3 éloignées de plus de 30 minutes d'un service d'urgences ;
- ▶ Une capacité hospitalière plus importante que dans la région, sauf pour la médecine chirurgie obstétrique et la psychiatrie générale
- ▶ Une offre médico-sociale développée pour les seniors et les adultes avec un handicap.



L'offre de soins libérale

1 habitant sur 4 habite dans une commune sans médecin généraliste libéral

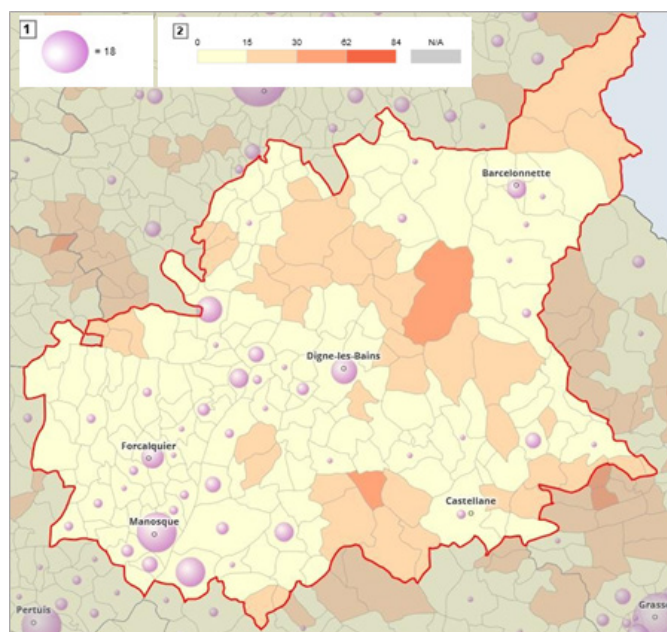


Figure 9 : Nombre de médecins généralistes libéraux au 31/12, 2024 (Source : FNPS) ; temps d'accès au généraliste le plus proche (minutes), 2024 (Source : FNPS – INSEE – Distancier METRIC/ calculs ARS)

Au 31 décembre 2024, 163 médecins généralistes (MG) libéraux étaient en exercice dans les Alpes-de-Haute-Provence (3,1 % des MG de la région), soit une densité de 98 MG pour 100 000 habitants, un peu moins élevée que dans la région (102 pour 100 000 habitants), mais plus élevée qu'en France métropolitaine (82 pour 100 000). A noter que 36 médecins généralistes n'exerçaient pas toute l'année, soit 22 % de l'effectif, contre 13 % dans la région et 9 % en France (Source : SNDS).

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. Ainsi, près d'un tiers de l'offre de médecine générale (30,1 %) est concentrée dans les 3 plus grandes villes du département (Manosque, Digne-les-Bains et Sisteron), alors que près de 80 % des communes et environ 43 000 habitants (25,8 % de la population) ne disposent d'aucun médecin généraliste (Source : FNPS).

En 2024, le temps de trajet médian pour se rendre chez le médecin généraliste le plus proche était de 9 mn dans les Alpes-de-Haute-Provence : il variait cependant entre 0 et 35 mn selon la commune de résidence. Pour 4 % de la population, résidant principalement dans le Verdon, dans les Grandes Alpes et dans la vallée de l'Ubaye, le temps de trajet était supérieur ou égal à 15 minutes (Figure 9) (Source : FNPS-Insee-Distancier METRIC).

Une baisse de la densité médicale de 18 % en 10 ans

Entre 2014 et 2024, la densité de médecins généralistes libéraux a baissé un peu plus rapidement dans les Alpes-de-Haute-Provence (- 18 %) que dans la région (- 14 %) et qu'en France (- 12 %). A noter cependant, pour nuancer ce constat, une augmentation récente de la densité de médecins généralistes (entre 2023 et 2024), laissant présager une évolution positive pour les années à venir (Figure 10).

Cependant, tous les territoires n'ont pas été touchés de façon équivalente par la baisse de la démographie médicale : les baisses les plus importantes ont été relevées dans les secteurs d'Oraison (- 58 %), Digne-les-Bains (- 44 %) et Manosque (- 28 %). A l'inverse, une augmentation des densités médicales a été observée dans les bassins de vie de Riez (+ 14 %), Saint-André-les-Alpes (+ 6 %), Barcelonnette (+ 6 %), Château-Arnoux-Saint-Auban (+ 4 %) et Gréoux-les-Bains (+ 2 %) (Source : FNPS- Insee).

4 médecins généralistes sur 10 âgés de 60 ans ou plus

En 2024, parmi les médecins généralistes libéraux en exercice dans les Alpes-de-Haute-Provence, 4 sur 10 (39,3 %) étaient âgés de 60 ans ou plus, la deuxième proportion la plus élevée de la région (37,0 %) derrière le Vaucluse (France : 31,1 %). Le vieillissement des médecins généralistes était particulièrement marqué dans la vallée de la Durance et dans le pays d'ignois.

Après avoir augmenté rapidement pendant de nombreuses années, la proportion de médecins généralistes âgés de 60 ans ou plus est en baisse dans le département depuis 2022 (- 17 %), de façon plus marquée que dans la région (- 0,3 %) et qu'en France (- 3 %) (Figure 11).

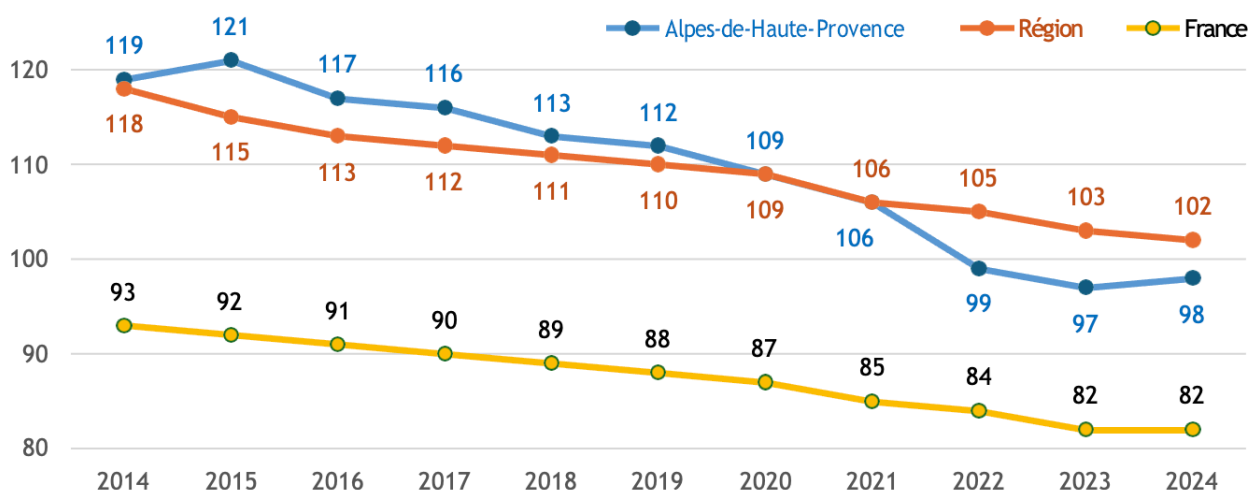


Figure 10 : Evolution de la densité de médecins généralistes libéraux (pour 100 000 habitants), 2014-2024 (Source : FNPS-INSEE)

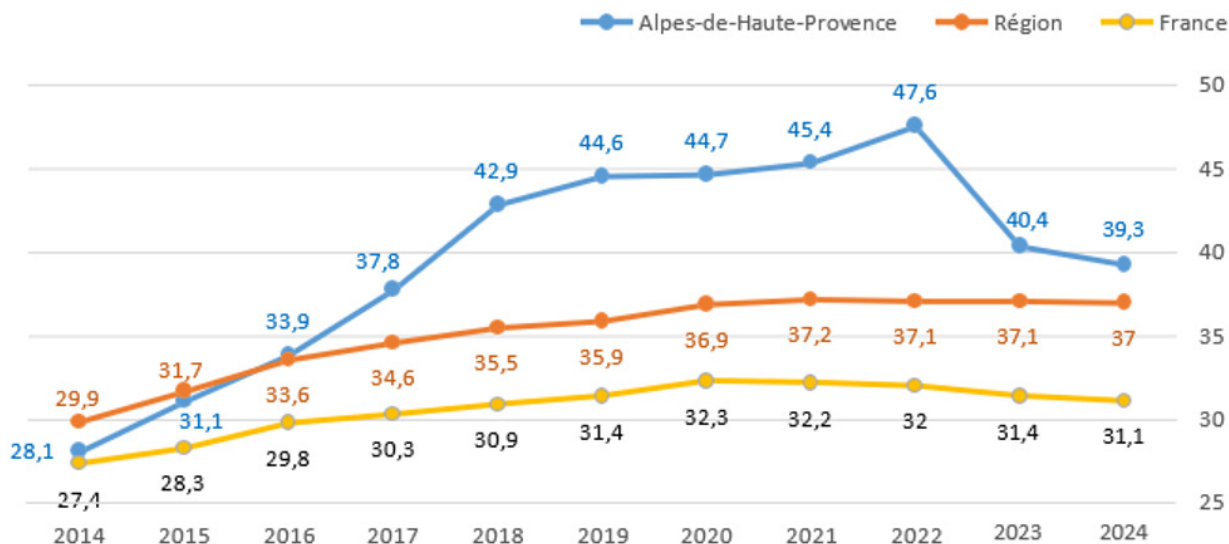


Figure 11 : Evolution de la proportion de médecins généralistes libéraux âgés de 60 ans ou plus (%), 2014-2024 (Source : FNPS)

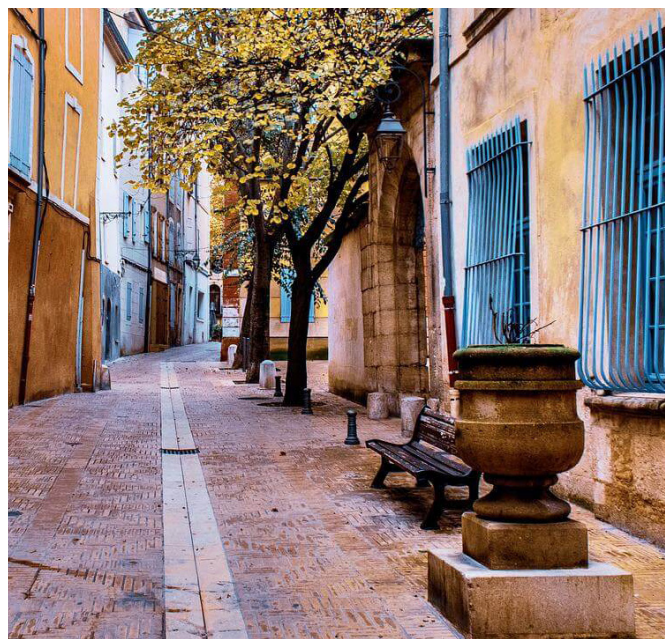
Le projet de recherche « Raréfaction de l'Offre de Soins et Adaptations des Médecins généralistes » (ROSAM) a été initié en 2019, avec le soutien financier de l'Institut pour la Recherche en Santé Publique (IRES-P). Ce projet avait pour objectif d'étudier comment les médecins généralistes percevaient l'évolution de l'offre de soins dans leur zone d'exercice et quelles formes d'adaptations ils mettaient en œuvre face aux évolutions de la démographie médicale. Une méthode mixte a été utilisée.

Résultats du volet quantitatif (45) :

En 2022, parmi les médecins généralistes interrogés dans le cadre du panel national d'observation des pratiques et des conditions d'exercice (n=1 530), 78 % estimaient que l'offre de médecine générale était insuffisante sur leur territoire (+ 11 points par rapport à 2019). Par ailleurs, 73 % anticipaient une baisse de l'offre de soins forte (48 %) ou légère (25 %) dans les années à venir. Cela conduisait les médecins à des stratégies d'adaptation de leur façon de pratiquer et de s'organiser. Par exemple, 65 % des répondants ont déclaré refuser de prendre en charge de nouveaux patients dits « médecin traitant » (+ 12 points par rapport à 2019), 57 % ont déclaré augmenter les délais de rendez-vous et 44 % voir moins fréquemment certains patients qu'ils suivaient régulièrement. De plus, la moitié des médecins interrogés ont déclaré rogner sur leur temps de formation.

Résultats du volet quantitatif (46) :

La plupart des participants ont constaté un recul de l'accès aux soins dans tous les types de territoires (ruraux, urbains et périurbains), mais pensent que les difficultés des zones urbaines sont moins reconnues par les pouvoirs publics. Selon les participants, l'évolution de la démographie médicale s'accompagne d'une dégradation de leurs conditions de travail et de la qualité des soins (charge et cadence de travail devenues insoutenables, pression permanente, impression de travail « bâclé » ...), mais aussi, chez certains, d'un épuisement physique et psychologique. Le sentiment de pratiquer une médecine dégradée et contraire à leurs valeurs est la principale source d'insatisfaction citée par les médecins interrogés. Face aux difficultés qu'ils rencontrent, certains médecins se montrent combatifs et en recherche de solutions, tandis que d'autres se disent fatalistes et découragés. Les adaptations décrites par les participants répondent à différents objectifs (réguler la demande de soins, optimiser leur temps, faciliter l'accès aux consultations spécialisées) et sont, pour la plupart, improvisées et informelles. Certaines d'entre elles posent la question de leur efficacité et de leur efficience.



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

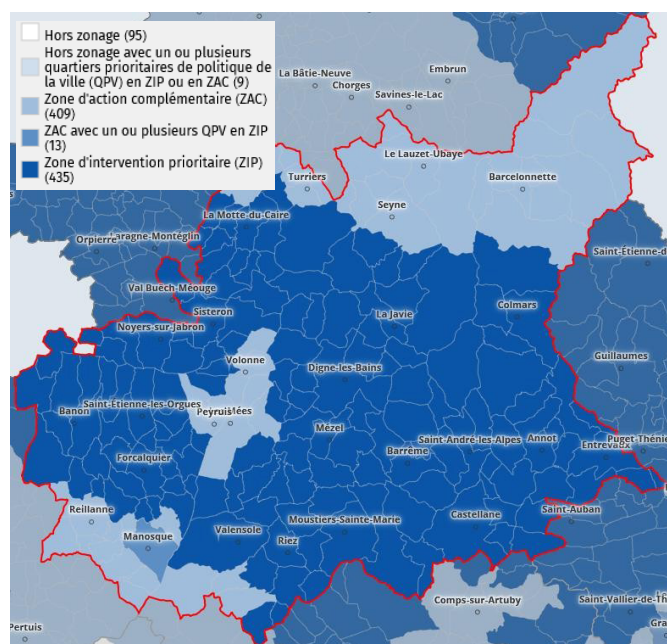
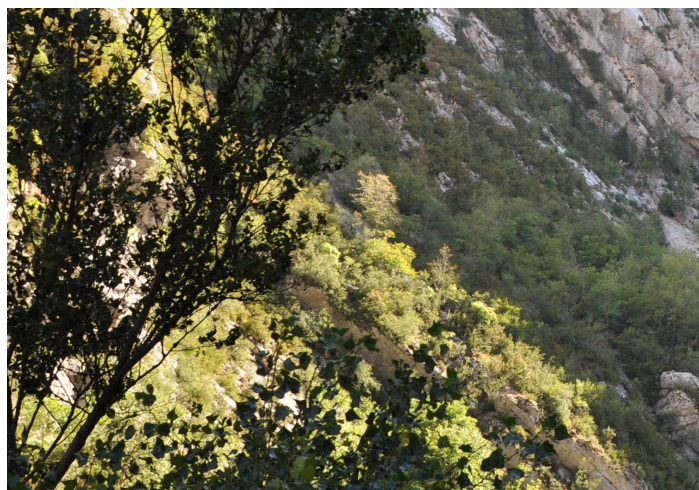


Figure 12 : Zonage des médecins généralistes, 2022 (Source : Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur)

D'après le zonage des médecins généralistes libéraux^[6], l'ensemble de la population des Alpes-de-Haute-Provence est couvert par les dispositifs d'aide à l'installation des médecins libéraux, contre 56 % de la population en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les zones d'intervention prioritaires concernent 75 % des communes du département et les zones d'action complémentaire 25 % (Figure 12).

[6] Le zonage des médecins généralistes 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.



Un développement récent des structures d'exercice coordonné dans le département

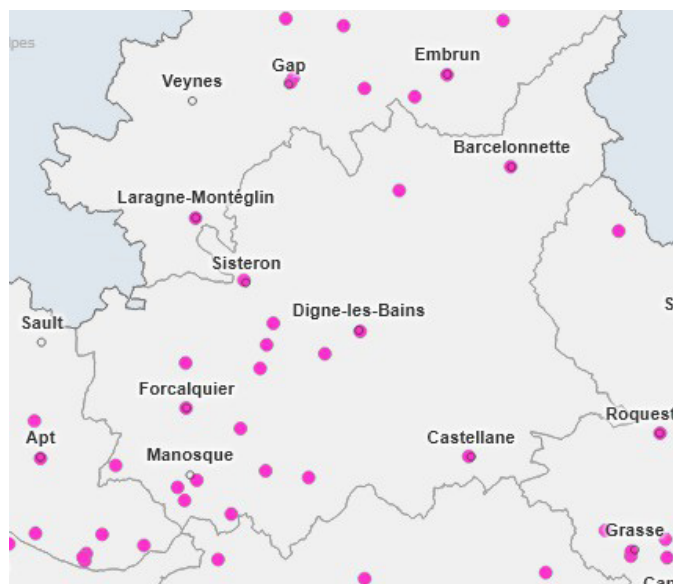


Figure 13 : Maisons de santé Pluriprofessionnelles, 2024 (Source : Finess - Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur)

En avril 2025, 19 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) labellisées sont ouvertes dans le département des Alpes-de-Haute-Provence, soit 12 % des MSP de la région. Huit d'entre elles sont des structures récentes, labellisées depuis moins de 2 ans (42 %). Cependant, la couverture territoriale reste inégale, avec la majorité de MSP localisées dans la vallée de la Durance ou dans les grandes villes du département (Figure 13). On estime qu'actuellement, environ 40 % des médecins généralistes du département exercent au sein d'une MSP. Ce département compte également 4 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS Alpes Bléone Durance, du Verdon, Sud 04, HPV et Mont d'Azur), contre 1 seule en 2020. Le département est globalement bien couvert par les CPTS en activité ou en projet, sauf dans l'Ubaye et le Sisteronais. Enfin, le territoire compte 1 centre de santé polyvalent à Manosque ainsi qu'un centre de santé départemental à Digne-les-Bains (Source : Finess).



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. En 2024, plus de 2 500 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) étaient labellisées en France. Début 2022, en France, on estimait qu'1 médecin sur 6 travaillait dans une MSP (48).

Les MSP semblent avoir un effet favorable sur le nombre de médecins généralistes qui s'installent (49). La qualité des soins et des services rendus y serait également plus élevée que celle observée en exercice isolé (50).

Environ 1 assuré sur 8 sans médecin traitant déclaré

En 2024, parmi les patients âgés de 17 ans ou plus résidant dans les Alpes-de-Haute-Provence, 12,0 % n'avaient pas de médecin traitant déclaré, une proportion un peu plus élevée que dans la région (11,6 %). Par ailleurs, 1,5 % des patients bénéficiaires d'une Affection de Longue Durée n'avaient pas de médecin traitant (région : 1,1 % ; France : 1,2 %), de même que 1,6 % des bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (région : 1,9 % ; France : 1,7 %) et 6,1 % des personnes âgées de 70 ans ou plus (région : 5,1 % ; France : 5,4 %) (Source DCIR/ SNDS/SNIIRAM).



Le niveau de recours au médecin généraliste libéral le moins élevé de la région

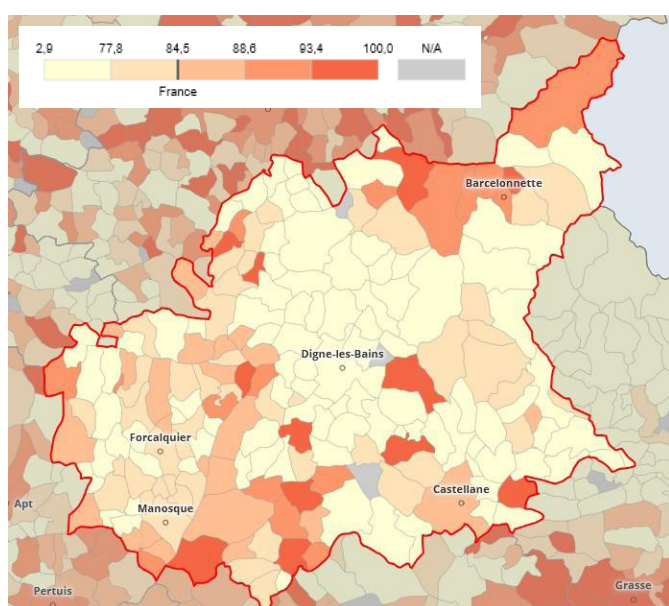


Figure 14 : Part des bénéficiaires de soins généralistes dans la population (%), 2023
(Source : SNDS Insee)

En 2023, un peu plus de 8 habitants sur 10 ont bénéficié d'au moins une consultation de médecine générale dans l'année (81,4 %), la proportion la plus faible de la région (88,9 %) et inférieure à la moyenne nationale (84,5 %). Chaque assuré a consulté en moyenne 6,0 fois dans l'année, une valeur proche de la moyenne régionale (5,9 consultations par an), mais plus élevée qu'en France (5,5 actes par an). Cependant, les niveaux de recours variaient fortement au sein du département (Figure 14) : des niveaux et fréquences de recours aux soins particulièrement faibles ont été relevés dans le Verdon et dans les zones de montagne du nord du département. A l'inverse, les niveaux de recours étaient beaucoup plus élevés au sud du département, dans la vallée de la Durance notamment, et dans l'Ubaye (Source : SNDS - INSEE).

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 (41). La densité de chirurgiens-dentistes libéraux la plus basse de la région.





La densité de chirurgiens-dentistes la plus faible de la région

En 2024, la majorité des densités relevées dans le département étaient inférieures à la moyenne régionale, mais supérieures à la moyenne nationale (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, pharmacies, psychologues). La densité de pédicures-podologues était similaire à la moyenne régionale et celle de sage-femmes supérieure aux moyennes régionale et nationale. Les zonages des différentes professions ont cependant permis d'identifier des zones sous-dotées ou très sous-dotées :

- ▶ Zonage des infirmières : aucun territoire n'a été identifié comme sous-doté dans le département ;
- ▶ Zonage des masseurs-kinésithérapeutes : la commune de la Bréole a été qualifiée de « très sous-dotée » ;
- ▶ Zonage des orthophonistes : Deux TVS ont été qualifiés de « sous-denses » : les TVS de Riez et Sisteron) ;
- ▶ Zonage des sage-femmes : 4 territoires de vie-santé ont été qualifiés de « très sous-dotés » (TVS de Castellane, Saint-André-les-Alpes, Seyne-les-Alpes) ou « sous-dotés » (TVS de Reillanne) ;

Par contre, la densité de chirurgiens-dentistes (51 pour 100 000) était la plus basse de la région (79 pour 100 000), mais également inférieure à la moyenne nationale (56 pour 100 000). Dans le zonage des chirurgiens-dentistes de l'Agence régionale de santé datant de 2024, 85 % des communes du département ont été classées « très sous-dotées » ou « sous-dotées ». Seuls les territoires de vie-santé (TVS) de Manosque et Barcelonnette ont été classés en zone intermédiaire et celui de Castellane en « zone très dotée ».

Au cours des 5 dernières années, les effectifs de professionnels de santé libéraux ont augmenté dans les Alpes-de-Haute-Provence, à l'exception des infirmiers et des pharmacies (Sources : FNPS INSEE).

Tableau 2 : Nombre et densité des principales professions de santé, 2024 (Sources : FNPS-INSEE)

	Nombre	Évolution en 5 ans	Densité pour 100 000 habitants		
			Alpes-de-Haute-Provence	Région	France
Infirmiers	390	↓ - 14	235	261	153
Masseurs-kinésithérapeutes	244	↑ + 23	147	183	125
Chirurgiens-dentistes	84	↑ + 3	51,0	79,0	56,0
Orthophonistes	59	↑ + 13	35,5	43,6	28,1
Sage-femmes	26	↑ +11	30,0	26,0	24,0
Pharmacies	59	↓ - 1	35,5	36,1	30,2

La densité de spécialistes libéraux la plus faible de la région

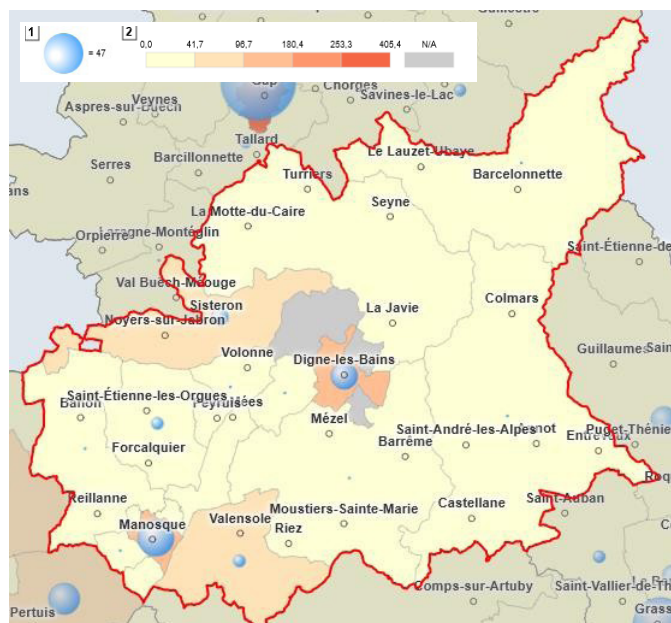


Figure 15 : Nombre et densité de médecins spécialistes libéraux (pour 100 000 habitants), 2022 (Source : DRSM Paca-Corse)

En 2022, 75 médecins spécialistes exerçaient en libéral dans les Alpes-de-Haute-Provence, représentant 1,2 % de l'offre régionale. Les spécialités libérales les plus représentées en nombre de praticiens étaient la cardiologie (12 spécialistes) et la psychiatrie (11 spécialistes). Globalement, la densité de médecins spécialistes libéraux s'élevait à 45,6 spécialistes pour 100 000 habitants dans le département : elle était presque 3 fois inférieure à la moyenne régionale (119,1 pour 100 000), et était la plus basse de la région. L'offre de spécialistes libéraux est inégalement répartie au sein du département. En 2022, 8 spécialistes sur 10 étaient installés dans deux communes, Manosque (50 %) et Digne-les-Bains (30 %). A l'inverse, l'offre était quasi-inexistante dans la moitié est du département : le territoire des Grandes Alpes ne comptait aucun médecin spécialiste libéral, celui de l'Ubaye 1 seul (Figure 15).



En 2024, le département des Alpes-de-Haute-Provence présentait des densités bien inférieures aux moyennes régionale et nationale, et ce, pour la plupart des spécialités (Figure 14) : dermatologie (2,4 pour 100 000 ; région : 5,4 ; France : 3,6), gynécologie obstétrique (3,6 pour 100 000 ; région : 22,1 ; France : 6,5), ophtalmologie (4,8 pour 100 000 ; région : 9,2 ; France : 6,4), pneumologie (0,6 pour 100 000 ; région : 3,0 ; France : 1,8), psychiatrie (6,6 pour 100 000 ; région : 14,8 ; France : 9,3), radiologie (4,8 pour 100 000 ; région : 12,1 ; France : 8,6) ou encore rhumatologie (0,8 pour 100 000 ; région : 2,8 ; France : 2,1). Le département comptait par contre plus de pédiatres (38,8 pour 100 000) que la région (35,9 pour 100 000) et la France (22,9 pour 100 000). A noter l'absence de neurologue libéral dans le département (Source : FNPS-Insee) (Figure 16).

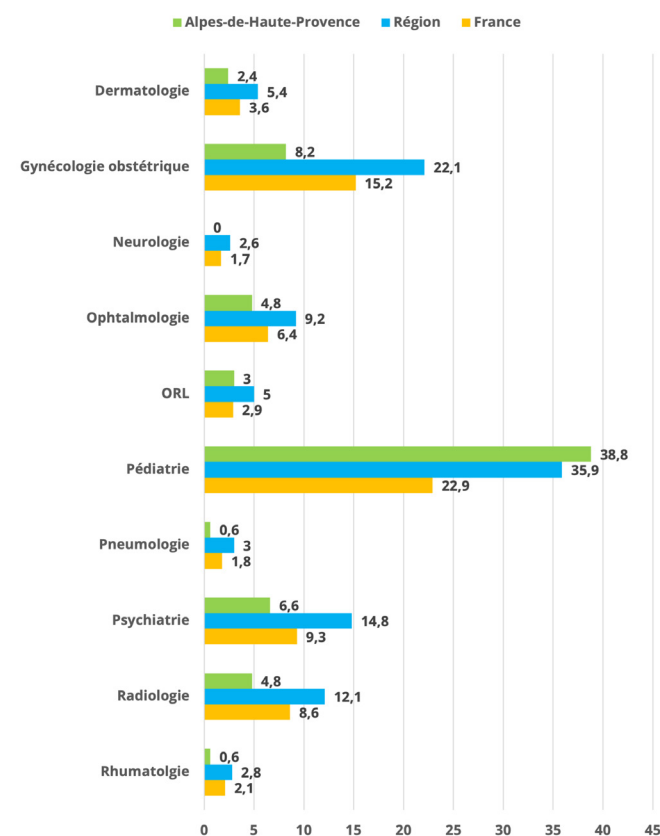


Figure 16 : Densité des principales spécialités médicales libérales (pour 100 000 habitants), 2024 (Source : FNPS- INSEE)

Des difficultés d'accès aux spécialistes dans les zones périphériques du département

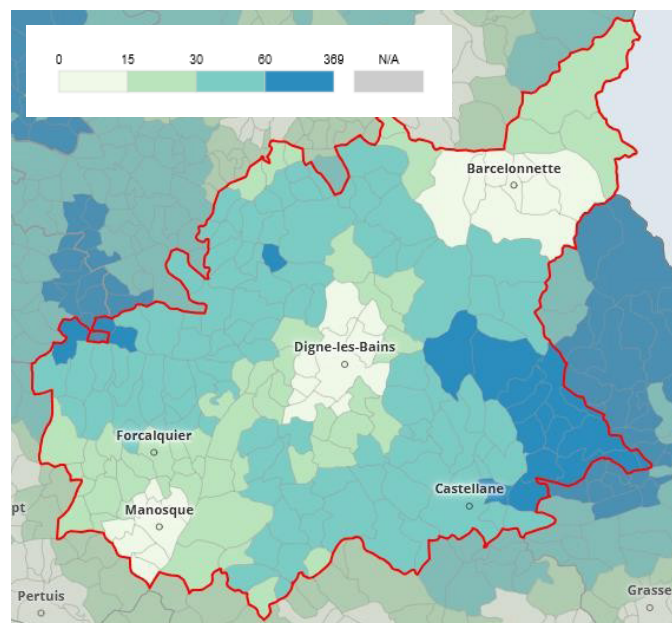


Figure 17 : Temps d'accès au gynécologue obstétricien le plus proche (en minutes), 2024
(Source : FNPS - INSEE- Distancier METRIC / Calculs ARS)

En 2024, 115 communes étaient situées à plus de 30 minutes du gynécologue libéral le plus proche (soit 58,0 % des communes des Alpes-de-Haute-Provence) et 19 communes à plus d'1h de route (10,0 %). 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) (Figure 17).



Une densité de spécialistes libéraux qui a chuté de presque 40 % en 10 ans

En 10 ans, la densité de spécialistes libéraux a baissé de 39 % dans le département, une baisse 4 fois plus importante que dans la région (- 10 %). L'évolution est cependant différenciée selon les spécialités (Figure 16). De nouveaux départs à la retraite sont à anticiper dans le département : en 2022, près des deux tiers des médecins spécialistes en exercice dans le département (63 %) étaient âgés de 55 ans ou plus, la proportion la plus élevée de la région (51 %) (Source : DRSM Paca-Corse).

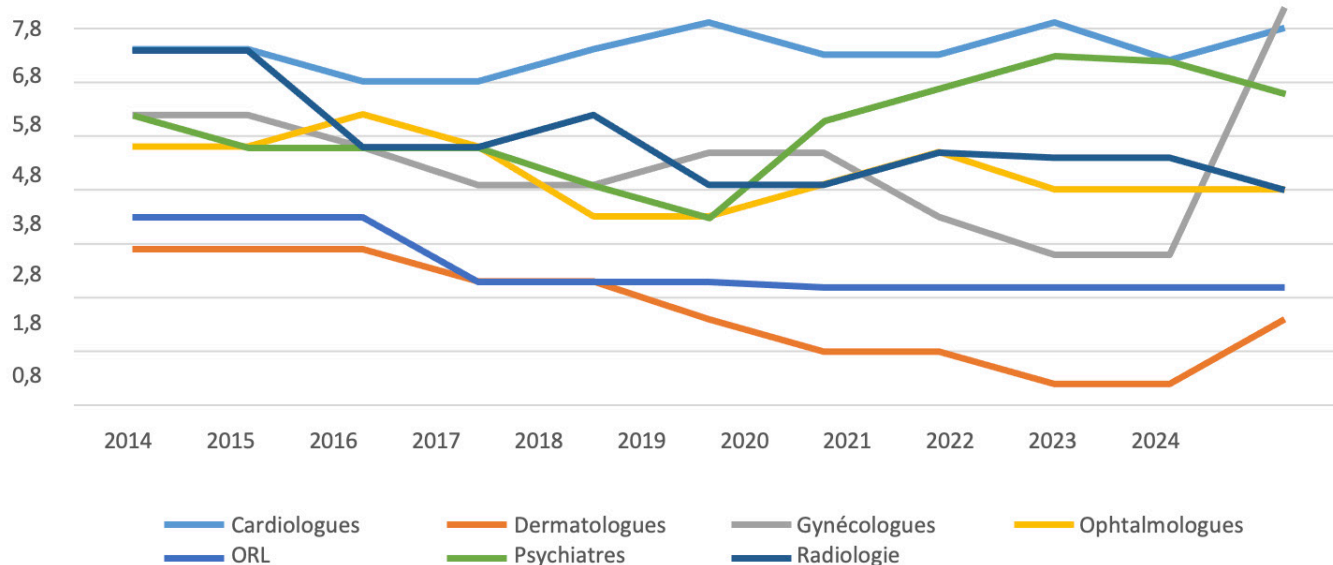
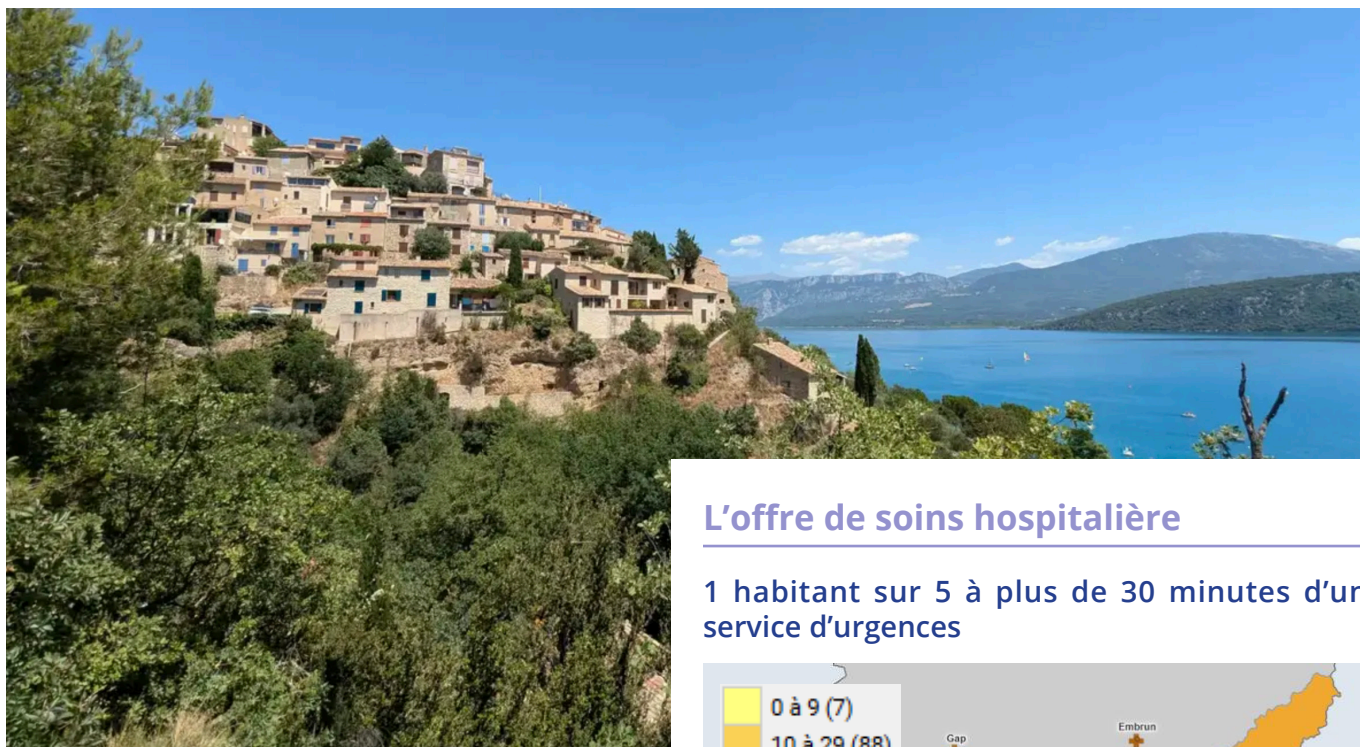


Figure 18 : Évolution de la densité pour les principales spécialités médicales libérales, 2014-2024 (Source : FNPS-INSEE)



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

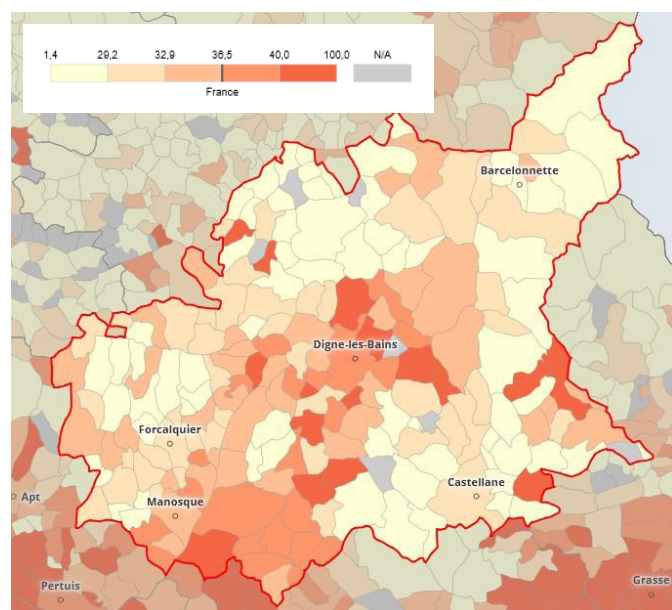


Figure 19 : Part de bénéficiaires d'actes de spécialistes rapporté au nombre d'habitants (%), 2023 (Source : SNDS Insee)

En 2023, un tiers des habitants des Alpes-de-Haute-Provence (34,1 %) a eu recours au moins une fois dans l'année à un spécialiste libéral, une des proportions les plus basses de la région (42,3 %) et inférieure à la moyenne nationale (36,5 %), notamment dans les zones périphériques du département (Figure 19). Entre 2013 et 2023, la proportion d'assurés ayant bénéficié de soins spécialisés a diminué de 33 %, une tendance similaire à celle observée dans la région (- 29 %) et en France (- 29 %) (Source : SNDS Insee).

L'offre de soins hospitalière

1 habitant sur 5 à plus de 30 minutes d'un service d'urgences

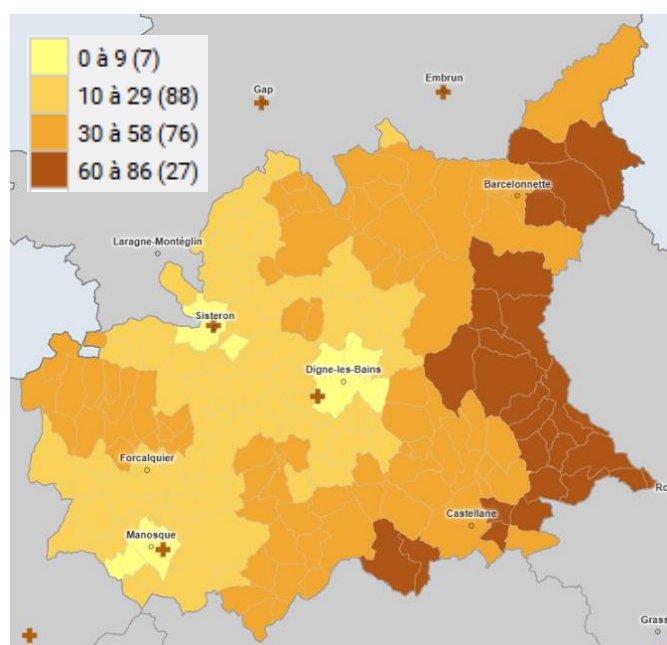


Figure 20 : localisation des services d'urgences (Source : FINESS) et temps d'accès au service d'urgences le plus proche, 2024 (Source : FINESS - SAE - ARS - INSEE Distancier METRIC, calculs ARS)

En 2024, 3 services d'urgences publics sont en activité dans les Alpes-de-Haute-Provence, dans les communes de Digne-les-Bains, Manosque et Sisteron, représentant 1,8 service d'urgences pour 100 000 habitants (région : 1,1 pour 100 000) (51). Dans le département, il fallait en moyenne 31 minutes pour se rendre dans le service d'urgences le plus proche. A noter cependant que le temps de trajet variait fortement selon les communes, entre 0 et 85 minutes. Environ 34 000 personnes résidaient à plus de 30 minutes du service d'urgences le plus proche (20,4 %) et près de 7 300 à plus de 60 minutes (3,4 % de la population). Ces communes étaient pour la plupart localisées à l'est du département, à la frontière avec les Alpes-Maritimes et l'Italie (Figure 20).

Le taux de passage aux urgences le plus élevé de la région

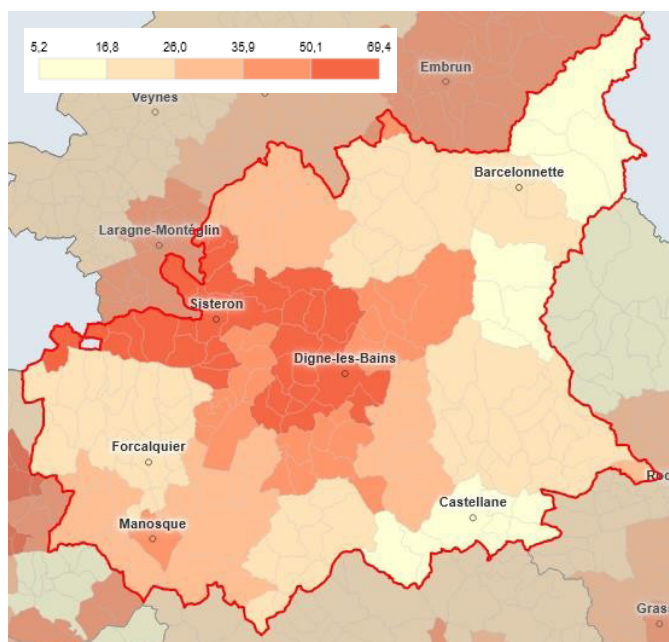


Figure 21 : Taux de recours aux urgences (pour 100 habitants), 2023 (Source : ATIH – Résumés des Passages aux Urgences (RPU), exploitation ORS Paca)

En 2023, environ 63 000 passages aux urgences ont été enregistrés dans les Alpes-de-Haute-Provence, soit 4 % des passages de la région. Cela représente un taux de passage aux urgences de 38,3 % dans ce département, le plus élevé de la région (taux de recours régional : 33,9 %). Cependant, ce taux variait fortement selon les territoires (Figure 21) : le pays dignois (61,2 passages pour 100 habitants) et le sisteronais (48,5 pour 100) se démarquaient par des niveaux de recours particulièrement élevés, contrairement à la vallée de l'Ubaye (15,9 pour 100), les Grandes Alpes (19,7 pour 100) et le Verdon (24,4 pour 100).

Dans le département, près d'1 passage aux urgences sur 4 (22,7 %) concernait des patients de moins de 18 ans et 1 sur 6 (16,6 %) des patients de 75 ans et plus (région : 25,6 % et 16,0 %). La traumatologie représentait plus d'1 passage sur 4 (26,7 %) chez les patients de moins de 18 ans, et 13,9 % chez les patients de 75 ans ou plus. Plus d'1 patient sur 6 (17,7 %) était hospitalisé à la suite de son passage aux urgences, avec un taux d'hospitalisation croissant avec l'âge : 6,8 % pour les patients âgés de moins de 18 ans, mais 42,8 % pour ceux âgés de 75 ans ou plus. Près de 29 000 passages aux urgences relevaient potentiellement de la ville^[7] : ils représentaient 45,6 % de l'ensemble des passages, contre 39,7 % dans la région. Plus d'un tiers d'entre eux (38,8 %) étaient relatifs à la traumatologie (Source : ATIH - Résumés des Passages aux Urgences - Exploitation ORS Paca).

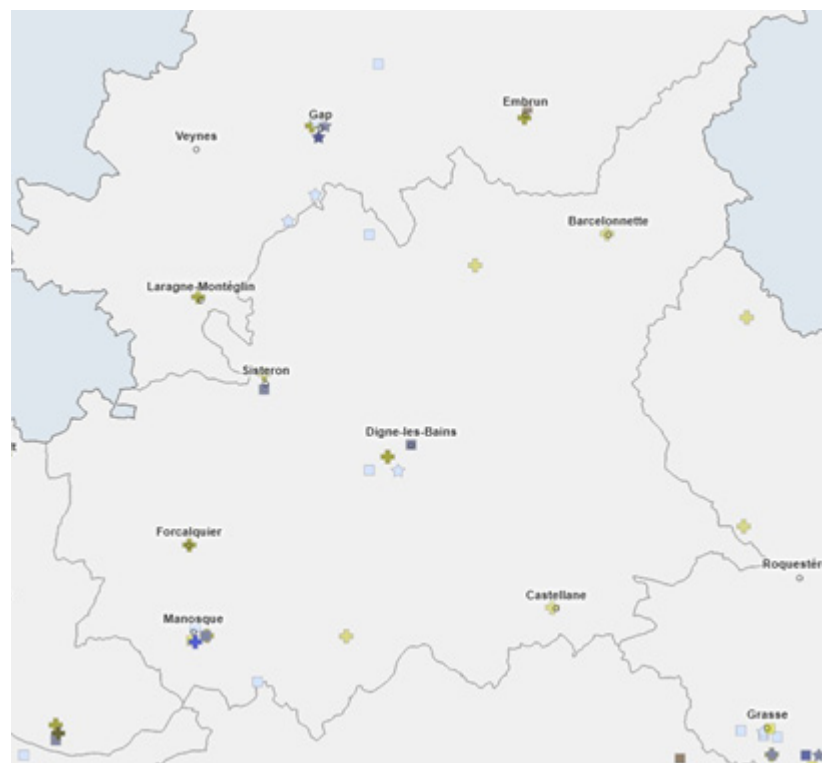
[7] Indicateur signalant un passage aux urgences de faible complexité (Score Composite de Complexité Diagnostique dans les 4 premiers déciles) n'étant pas suivi d'hospitalisation.

Depuis 4 ans, l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur a inscrit dans son programme de travail une thématique urgences et soins non programmés de ville. Dans ce cadre a notamment été développé un score de complexité des passages (SCCD), à partir de la base nationale des Résumés de Passages aux Urgences (RPU). En s'appuyant sur ce score et sur l'expertise métier de la Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU) a été proposée une méthodologie permettant d'identifier les passages relevant potentiellement de la ville (PRPV). Des travaux complémentaires de validation sont en cours. Cet indicateur a été intégré à un outil national à destination des ARS et rapportant, par commune et territoire de CPTS, des taux de recours aux urgences relevant potentiellement de la ville. Dans une vision articulée des soins non programmés hospitaliers (les urgences) et de ville, l'ORS travaille également, à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS), sur des indicateurs territoriaux d'activité et de consommation de soins non programmés de ville. La perspective est d'estimer dans quelle mesure l'accessibilité aux soins non programmés de ville est un déterminant du recours aux urgences pour des motifs de faible complexité.



Une capacité hospitalière variable selon les activités

Début 2025, le département compte 16 établissements de santé. La grande majorité est localisée dans les grandes villes du département (Manosque, Digne-les-Bains, Sisteron) mais d'autres, principalement des ex-hôpitaux locaux et des établissements de Soins Médicaux et Réadaptation, sont également présents dans les zones périphériques du département (Banon, Barcelonnette, Castellane, Seyne...) (Figure 22).



Public - Centre hospitalier régional (CHR) (18) Public - Centre hospitalier, ex Hôpital local (15) Public - Centre hospitalier (CH) (48) Public - CHS maladies mentales (5) Public - Étab. de soins SLD (5) Public - Hôpital militaire (2)
Privé à BL - Étab. de SCD ou pluri. (48) Privé à BL - Étab. de santé privé SSR (54) Privé à BL - Étab. de soins SLD (5) Privé à BL - Maison de santé pour mal. mentale (24) Privé à BL - Hospitalisation à domicile (4)
Privé à BL - Centre de radioth. cancéro. (5) Privé à BL - Centre de dial. et struct. alt. (21) Privé à BNL - Étab. de SCD ou pluri. (14) Privé à BNL - Étab. de santé privé SSR (26) Privé à BNL - CHS maladies mentales (1)
Privé à BNL - Maison de santé pour mal. menta (3) Privé à BNL - Hospitalisation à domicile (5) Privé à BNL - Centre contre cancer (CLCC) (4) Privé à BNL - Centre de radioth. cancéro. (1) Privé à BNL - Centre de dial. et struct. alt. (30)
Privé à BNL - Groupement de coop (3)

Figure 22 : Localisation des établissements de santé par type et statut juridique, 2025-01-02 (Source : FINESS)

Tableau 3 : Taux d'équipement par spécialité (pour 10 000 habitants), 2023 (Source : Drees, SAE, Insee RP)

	Nombre de places et lits	Taux d'équipement (places pour 10 000 habitants)		
	Alpes-de-Haute-Provence	Alpes-de-Haute-Provence	Région	France
Médecine chirurgie obstétrique	448	27,0	38,0	33,6
Psychiatrie générale	177	13,2	15,3	12,9
Psychiatrie infanto-juvénile	47	14,8	8,1	8,4
Soins de longue durée	71	33,3	31,0	45,1
Soins de suite et de réadaptation	462	27,8	23,4	21,8
Hospitalisation à domicile	0,0	0,0	3,8	3,6

En 2023, le département des Alpes-de-Haute-Provence présentait le taux d'équipement en médecine chirurgie obstétrique (27,0 places et lits pour 10 000 habitants) le plus faible de la région (38 pour 10 000 habitants), également inférieur à la moyenne nationale (33,6 pour 10 000). Il présentait aussi un taux d'équipement en psychiatrie générale (13,2 pour 10 000) inférieur à la moyenne régionale (15,3 pour 10 000), mais proche de la moyenne nationale (9,1 pour 10 000). Il ne comptait par ailleurs aucune place en psychiatrie infanto-juvénile. Ensuite, il présentait un taux d'équipement en soins de longue durée (33,3 pour 10 000) un peu supérieur à la région (31,0 pour 10 000), mais inférieur à la moyenne nationale (45,1 pour 10 000). Il était par contre bien équipé en établissement de soins de suite et réadaptation pour adultes (27,8 places et lits pour 10 000 ; région : 23,4 pour 10 000 ; France : 21,8 pour 10 000) (Tableau 3).

L'offre est inégalement répartie au sein du département, ce qui peut poser d'importantes difficultés d'accès aux soins. Par exemple, pour accéder au service de médecine le plus proche, il fallait compter, en 2024, entre 0 et 48 minutes selon les communes. Les communes les plus éloignées de l'offre étaient situées dans les Grandes Alpes et en Haute Provence, à la frontière avec la Drôme (Figure 23). Pour l'accès au service de soins de longue durée, les temps de parcours pouvaient atteindre 88 minutes dans certaines communes. Ils étaient très élevés dans les zones périphériques du département, notamment à l'est, dans les zones frontalières avec les Alpes-Maritimes et l'Italie (Figure 24).

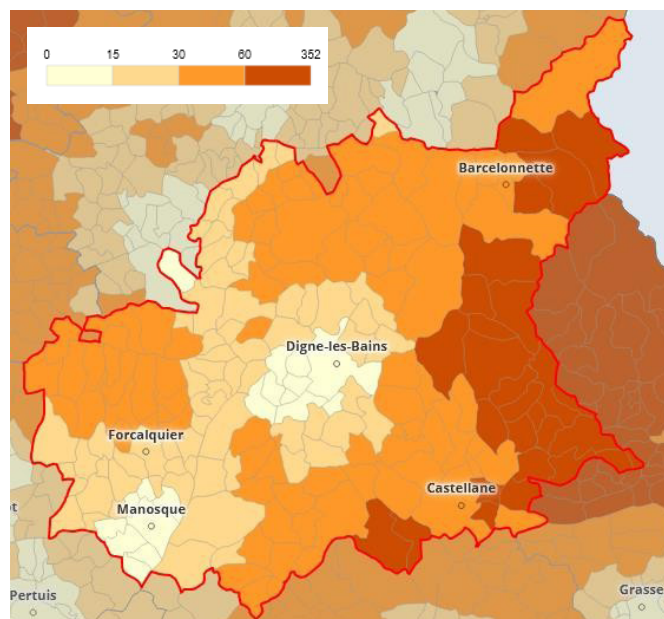


Figure 23 : Temps d'accès au service de médecine le plus proche (minutes), 2024 ((Source : FINESS – SAE – ARS- INSEE-Distancier Metric / Calculs ARS))

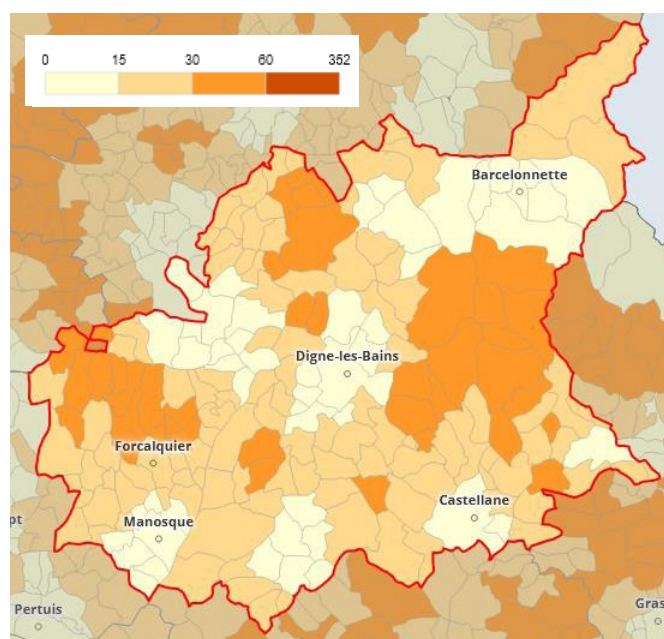


Figure 24 : Temps d'accès au service de soins de longue durée le plus proche (minutes), 2024 ((Source : FINESS – SAE – ARS- INSEE-Distancier Metric / Calculs ARS))





L'offre médico-sociale

En 2024, le département présentait des taux d'équipement supérieurs aux moyennes régionales pour la plupart des structures et services médico-sociaux pour les personnes âgées : EHPA/EHPAD (96,9 pour 10 000 personnes de 75 ans ou plus, contre 78,2 dans la région), résidences autonomie (14,9 pour 10 000 personnes de 75 ans ou plus, contre 12,8 dans la région), soins infirmiers à domicile (23,4 pour personnes de 75 ans ou plus, contre 16,3 dans la région) et accueils de jour (3,2 pour 10 000, contre 2,1 dans la région). Par contre, le taux d'équipement en hébergements temporaires (0,8 places pour 10 000 personnes de 75 ans ou plus) était le plus faible de la région (1,1 pour 10 000). Comparativement à la France, le département était mieux équipé en EHPA/EHPAD, en soins infirmiers à domicile et en accueils de jour, mais pas en résidences autonomies et en hébergements temporaires (Tableau 4).

Des disparités territoriales pouvaient cependant être relevées, en termes d'équipement et d'accessibilité (Figure 23). Ainsi, les secteurs de la vallée de l'Ubaye, du Verdon et du Lubéron disposaient de capacité importante d'accueil en EHPAD, contrairement à la vallée de la Durance et notamment au Sisteronais. A noter également l'absence d'EHPAD dans le val d'Allos (Source : Drees, Finess (data.gouv.fr) - Insee RP).

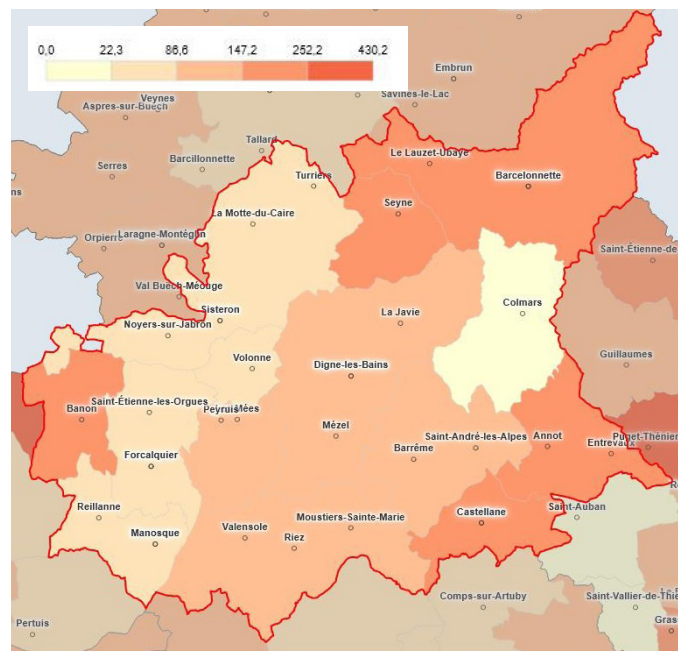


Figure 23 : Taux d'équipement en EHPA/EHPAD (pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus), 2024 (Source : Drees, Finess (data.gouv.fr) - Insee RP)

Tableau 4 : Nombre de places et taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux (pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus), 2024 (Source : Drees, Finess - (traitement ARS Paca) - Insee RP)

	Nombre de places	Taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus		
		Alpes-de- Haute-Provence	Région	France
EHPA/EHPAD	2 016	96,9	78,2	93,0
Logements foyers	309	14,9	12,8	17,7
Services de Soins Infirmiers à Domicile	486	23,4	16,3	19,0
Accueils de jour	67	3,2	2,1	2,5
Hébergements temporaires	16	0,8	1,1	2,2



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

En 2024, 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) (Source : Finess - Insee, RP) (Tableau 5).

Tableau 5 : Nombre de places et taux d'équipement en structures et services médico-sociaux pour les adultes avec un handicap par type de structures, 2024 (Source : Drees, Finess - (traitement ARS Paca) – Insee RP)

	Nombre de places	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	6,3	4,2
Structures d'insertion professionnelle	275	36,7	33,4
Services d'accompagnement	156	2,1	1,6

L'offre médico-sociale destinée aux adultes en situation de handicap est cependant mal répartie. Par exemple, en 2024, l'offre d'hébergement est concentrée à l'ouest du département, au sud de la vallée de la Durance, dans les grandes villes du département et dans le Lubéron. A l'inverse, le Sisteronais et le sud-est du département ne sont pas pourvus (Figure 24).

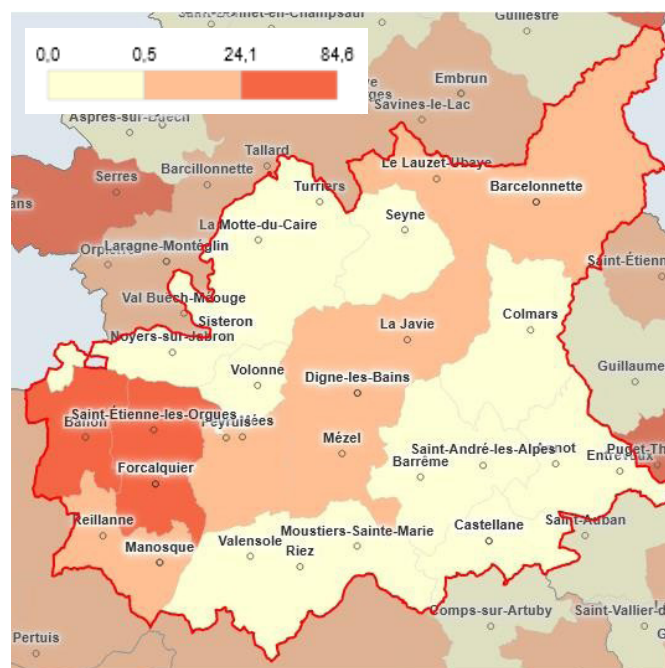


Figure 24 : Taux d'équipement en structures d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans), 2024 (Source : FINESS, Insee RP)

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

En 2024, on recensait 346 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 10,0 places pour 1 000 enfants, proche de la moyenne régionale (10,1 pour 1 000) (Tableau 6).

Tableau 6 : 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, 2024 (Source : Drees, Finess - (traitement ARS Paca) – Insee RP)

	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	346	10,0	10,1
Structures de consultation	0	nd*	nd*

*nd : non déterminé

A noter cependant que de nombreux secteurs du département ne disposent d'aucune structure de prise en charge pour ce public (Figure 25). De plus, ce territoire ne disposait d'aucune structure pour les enfants avec une déficience motrice ou sensorielle dans le département, ni de structures de consultation (CAMSP, centres ressources...) (Source : Finess - Insee, RP).

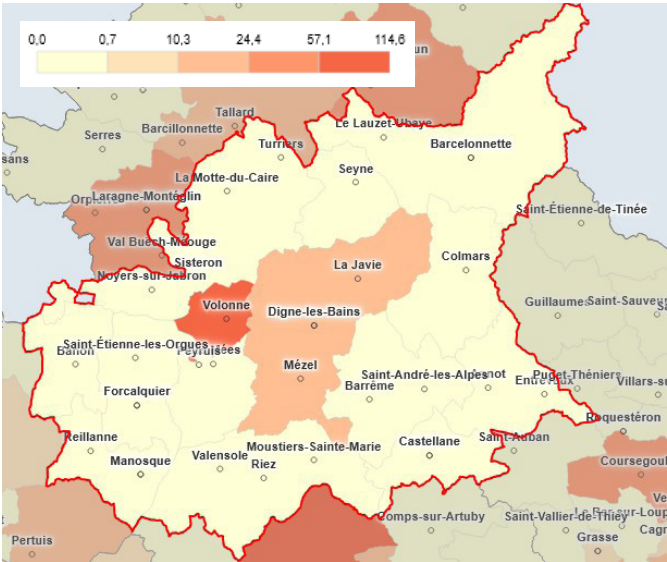


Figure 25 : Taux d'équipement en structures de prise en charge pour les enfants handicapés (pour 1 000 personnes de moins de 20 ans), 2024 (Source : Finess – Insee RP)



4

LA RÉALISATION DES ACTES DE PRÉVENTION

L'essentiel

- ▶ Une réalisation d'actes de prévention globalement moins fréquente que dans la région et qu'en France ;
- ▶ Les couvertures vaccinales chez les enfants les plus faibles de la région et des retards de vaccination chez un nombre non négligeable d'enfants ;
- ▶ Une réalisation d'actes de prévention globalement moins fréquente chez les publics précaires.

Une réalisation de bilan buccodentaire parmi les plus faibles de la région

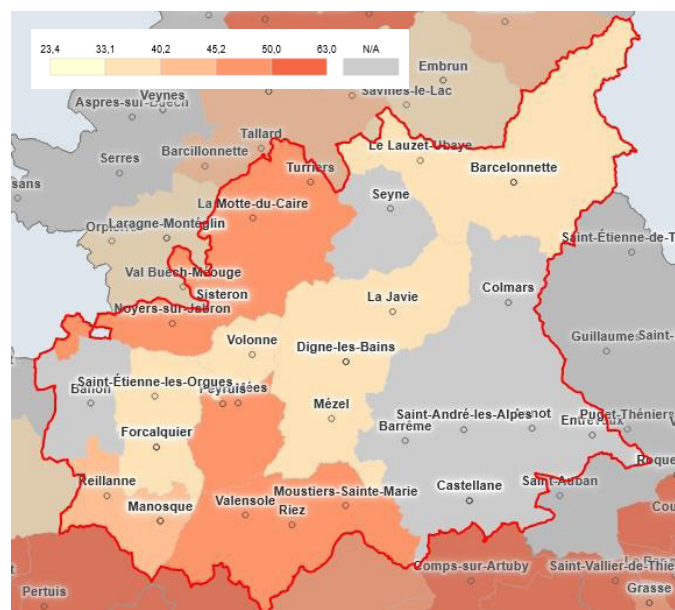


Figure 26 : Part d'assurés (enfants de 6 ans) ayant eu au moins un remboursement pour un bilan ou une consultation de chirurgien-dentiste libéral selon la couverture C2S gratuite, 2020 (Source : DRSM Paca-Corse)

En 2020, 42,0 % des enfants âgés de moins de 16 ans résidant dans les Alpes-de-Haute-Provence ont bénéficié d'un bilan buccodentaire, le 2^{ème} le plus faible de la région (43,5 %), derrière le Vaucluse. Le pays digneois (38,7 %) et la vallée de l'Ubaye (40,0 %) présentaient des chiffres particulièrement faibles. A l'inverse, des chiffres supérieurs à la moyenne régionale étaient relevés dans le Sisteronais (45,9 %) et le Verdon (44,6 %). Les enfants bénéficiaires de la Complémentaire Santé gratuite (C2SG) étaient plus nombreux à avoir bénéficié d'un bilan buccodentaire ou d'une consultation chez un dentiste libéral que les non bénéficiaires (44,1 % contre 41,6 %), contrairement à la tendance régionale (41,1 % chez les bénéficiaires et 44,1 % chez les non bénéficiaires) (Source : DRSM Paca-Corse).

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

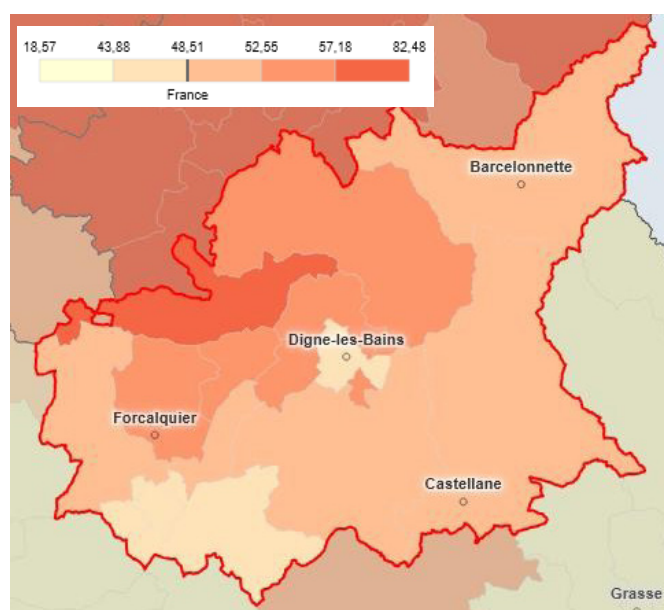
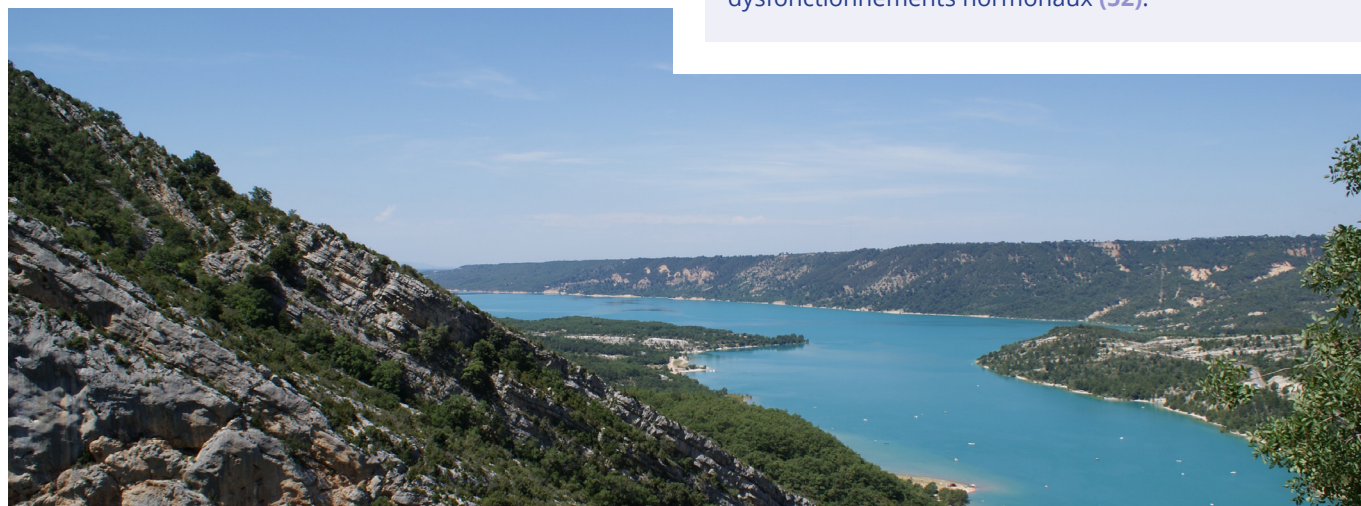


Figure 27 : Part des bénéficiaires femmes du régime général (âgées de 20-64 ans) n'ayant pas eu d'acte réalisé par un gynécologue sur les 24 derniers mois (%), 2024 (Source : CNAM SIAM ERASME)

En 2024, la moitié des femmes âgées de 20 à 64 ans et résidant dans les Alpes-de-Haute-Provence (50,5 %) n'a pas consulté de gynécologue libéral au cours des 24 derniers mois, la 2^e proportion la plus élevée de la région (42,5 %) (France : 48,5 %). Les niveaux de non-recours les plus élevés étaient relevés à l'ouest du département, notamment dans le sisteronais (Figure 28) (Source : CNAM SIAM ERASME).

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 (52).





Une participation au dépistage des cancers moins importante chez les bénéficiaires de la complémentaire santé gratuite, comme dans la région

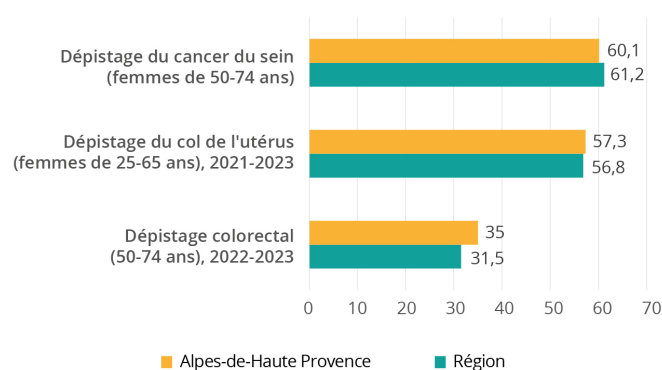


Figure 28 : Participation au dépistage des cancers, 2021-2023 (Source : SNDS (DCIR, PMSI) - Exploitation ORS Paca).

En 2022-2023, 60,1 % des femmes âgées de 50-74 ans ont participé au dépistage organisé ou individuel du cancer du sein dans le département, la 2^e participation la plus faible de la région (61,2 %), derrière le Vaucluse. Les participations les plus faibles étaient relevées dans le Verdon (57,6 %) et en Haute-Provence (58,3 %). La vallée de l'Ubaye (62,1 %) était le seul sous-territoire à être au-dessus de la moyenne régionale. Dans le département, les bénéficiaires de la Complémentaire Santé gratuite étaient moins nombreux à avoir participé au dépistage organisé ou individuel du cancer du sein que les non bénéficiaires (46,5 % contre 61,9 %), une tendance également observée dans la région (43,9 % contre 62,5 %).

En ce qui concerne le dépistage du col de l'utérus, 57,3 % des femmes âgées de 25 à 65 ans ont participé au dépistage triennal organisé ou individuel du col de l'utérus sur la période 2021-2023, une proportion un peu plus élevée que dans la région (56,8 %), au 4^e rang régional. Encore une fois, les participations les plus faibles étaient relevées en Haute-Provence (52,7 %) dans le Verdon (54,1 %) et la vallée de l'Ubaye (62,5 %) dépassait largement la moyenne régionale.

Enfin, sur la période 2022-2023, un peu plus d'un tiers des 50-74 ans (35,0 %) avaient participé au dépistage colorectal, la 2^e participation la plus forte de la région (31,5 %), derrière les Hautes-Alpes. Tous les sous-territoires présentaient des participations supérieures à la moyenne régionale (32,4 % à 35,9 % selon les territoires) (Source : SNDS (DCIR, PMSI) - Exploitation ORS Paca).

Face aux cancers qui représentent en France la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme, L'amélioration de la participation de la population éligible constitue un enjeu majeur dans la politique de dépistage des cancers. Trois programmes de dépistage ont été déployés en France pour les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus. Ils portent un double objectif de réduction des pertes de chances en général et d'amélioration de l'accès aux dépistages. Le dépistage permet ainsi de détecter des lésions précancéreuses ou des cancers à un stade précoce et de favoriser une plus grande chance de guérison pour les patients. Des défis majeurs doivent être relevés : augmenter globalement la participation aux dépistages organisés des cancers, diminuer les inégalités sociales et territoriales d'accès aux dépistages et préparer les dépistages de demain.



Les couvertures vaccinales chez les enfants les plus faibles de la région, des retards de vaccination d'environ 6 mois

Depuis le 1^{er} janvier 2018, la vaccination contre 11 maladies (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, infection à *Haemophilus influenzae* b, hépatite B, méningocoque C, pneumocoque, rougeole, oreillons et rubéole) est obligatoire pour les enfants de moins de deux ans nés à partir de cette date.

Parmi la cohorte d'enfants nés en 2020, 77,4 % ont reçu deux doses du vaccin trivalent Rougeole Oreillons Rubéole (ROR) à l'âge de 33 mois, la proportion la plus faible de la région (82,7 %). Tous les sous-territoires, à l'exception du Verdon (83,2 %), présentaient des couvertures vaccinales inférieures à la moyenne régionale. Les chiffres les plus bas étaient relevés dans les Grandes Alpes (71,4 %), dans le pays dignois (74,4 %) et dans la vallée de l'Ubaye (75,0 %). Par ailleurs, les couvertures vaccinales relevées étaient moins élevées chez les bénéficiaires de la Complémentaire Santé gratuite que chez les non bénéficiaires (81,0 % contre 63,3 %), comme dans la région (85,8 % contre 74,3 %). Les écarts relevés étaient cependant plus importants dans les Alpes-de-Haute-Provence (22,8 points de pourcentage contre 11,0 % dans la région).

Toujours parmi la cohorte d'enfants nés en 2020, 71,9 % des enfants ont reçu deux doses de vaccin contre les infections à méningocoques C à 21 mois, là encore, la couverture vaccinale la plus faible de la région (81,8 %). Tous les sous-territoires présentaient des couvertures vaccinales inférieures à la moyenne régionale. Les chiffres les plus bas étaient relevés dans la vallée de l'Ubaye (60,3 %), en haute Provence (71,1 %) et dans le pays dignois (71,4 %).



Enfin, 86,6 % des enfants avaient reçu trois doses contre celles à pneumocoques à l'âge de 21 mois, contre 89,5 % dans la région, la couverture vaccinale la plus faible de la région. Là encore, le pays dignois se démarquait par des couvertures vaccinales particulièrement faibles (83,6 %).

Entre la cohorte d'enfants nés en 2015 et celle des enfants nés en 2020, les couvertures vaccinales se sont améliorées dans la région, vraisemblablement du fait des obligations vaccinales. Cependant, parmi les enfants nés en 2020, un nombre non négligeable était en retard pour leur 1^e ou 2^e dose de vaccin (plus de 500 enfants pour le vaccin ROR, environ 400 pour le vaccin contre les infections à pneumocoques et environ 480 pour celui contre les infections à méningocoques C). La vaccination complète était atteinte, selon les vaccins, avec un retard compris entre 5,5 et 6,4 mois en moyenne par rapport au calendrier vaccinal (*Source : SNDS (DCIR) – Exploitation ORS Paca*), pouvant favoriser l'émergence d'épidémies.

Des couvertures vaccinales également moins élevées qu'en France pour les vaccins recommandés

Les vaccins recommandés concernent des personnes qui présentent des risques de complication ou d'infection liés à un état de santé ou à une situation médicale particulière. Par exemple, la vaccination contre la grippe est recommandée pour les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes souffrant de certaines maladies chroniques ou d'obésité, les femmes enceintes, ou encore les personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ou dans un établissement médicosocial d'hébergement.

En 2024, 45,6 % des personnes âgées de 65 ans ou plus résidant dans le département étaient vaccinées contre la grippe, une proportion inférieure aux moyennes régionale (47,7 %) et nationale (52,0 %). Par ailleurs, 1 personne à risque sur 5 (20 %) étaient vaccinée contre la grippe, un chiffre équivalent à celui de la région (20 %) mais inférieur à la moyenne nationale (24 %) (Source : DCIR/SNDS/SNIIRAM).

L'hésitation vaccinale est un phénomène décrit depuis longtemps mais qui a retenu à nouveau l'attention au début des années 2010, lors de la publication dans une grande revue internationale d'un article de Heidi Larson rassemblant les résultats d'études dans le monde. Cet article discutait les raisons pour lesquelles une partie de la population générale tendait à se détourner de la vaccination. Une des principales raisons alléguées était que la vaccination est victime de son propre succès, le public n'étant plus témoin des conséquences sanitaires importantes des maladies éradiquées (variole) ou largement prévenues par la vaccination (poliomyélite). Quelques années plus tard, le même auteur publiait une étude internationale indiquant que la France était en tête des pays dans lesquels la défiance dans la sécurité des vaccins était la plus fréquente ; mais cette défiance était aussi présente dans de très nombreux pays. Un groupe de travail de l'OMS a alors proposé, en 2016, une définition de l'hésitation vaccinale comme le fait d'avoir au moins une fois refusé ou retardé un vaccin, ou accepté de se faire vacciner mais avec des doutes sur l'efficacité et l'innocuité du vaccin.

Les travaux de l'ORS ont montré que le niveau d'hésitation vaccinale était plus marqué dans la population de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur mais était aussi présente chez les professionnels de la vaccination (médecin généralistes et infirmières notamment). La définition de l'hésitation vaccinale a évolué vers la notion d'ambivalence à l'égard de la vaccination. Ceci ouvre d'ailleurs la porte à des approches éducatives tel que l'entretien motivationnel pour aider les professionnels de santé lors de discussions avec des personnes hésitant à se vacciner (empathie, non jugement, écoute, accompagnement vers le changement).



5

L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

L'essentiel

- ▶ Une espérance de vie un peu moins élevée que dans la région chez les hommes et les femmes ;
- ▶ Une prévalence de maladies chroniques en augmentation ;
- ▶ Près d'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 près 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 d'ignois, la vallée de l'Ubaye et en Haute Provence ;
- ▶ Des données plus favorables dans le sisteronais.

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 chaque année dans les Alpes-de-Haute-Provence : elles représentaient 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), de grande prématurité (entre la 28^e et la 31^e SA) et de prématurité moyenne (entre la 32^e et la 37^e SA) représentaient respectivement 0,2 %, 0,6 % et 5 % des naissances (région : 0,3 %, 0,7 % et 5,8 %).

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).

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

En 2024, 28,6 % des assurés consommateurs âgés de 17 ans ou plus et résidant dans le département étaient bénéficiaires d'une Affection de Longue Durée (ALD) (%), la proportion la plus élevée de la région (26,0 %), également plus importante qu'en France (24,8 %) (Tableau 7).

En 2022, les pathologies pour lesquelles le plus grand nombre de patients était suivi dans le département étaient, par ordre décroissant : les maladies cardio-neurovasculaires (16 077 patients), le diabète (11 040 patients), les cancers (10 488 patients), les maladies respiratoires chroniques (9 851 patients) et les maladies psychiatriques (8 378).

Le département présentait des prévalences standardisées de patients pris en charge supérieures à la région pour différentes pathologies, dont les maladies cardio-neurovasculaires (7,30 % contre 7,10 %, 2^e rang régional), les maladies psychiatriques (4,63 % contre 4,06 % dans la région, 2^e rang régional) et les maladies inflammatoires ou rares (2,31 % contre 2,17 %, 2^e rang régional). A l'inverse, les prévalences de diabète (5,00 % contre 5,48 % dans la région, 4^e rang régional) et de maladies respiratoires chroniques (5,11 % contre 5,46 %, 3^e rang régional) relevées dans le département étaient moins élevées que dans la région (Source : Cnam - SNDS (cartographie des pathologies version juillet 2023)).

Tableau 7 : Nombre de patients pris en charge pour différentes pathologies et prévalence standardisée des patients pris en charge pour différentes pathologies, 2022 (Source : Cnam - SNDS (cartographie des pathologies version juillet 2023))

	Alpes-de-Haute-Provence		Provence-Alpes-Côte d'Azur
	Nombre de patients pris en charge	Prévalence standardisée des patients pris en charge (%)	Prévalence standardisée des patients pris en charge (%)
Cancers	10 488	4,75 %	4,73 %
Diabète	11 040	5,00 %	5,48 %
Maladies cardiovasculaires	16 077	7,30 %	7,10 %
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH/Sida	4 428	2,31 %	2,17 %
Maladies neurologiques ou dégénératives	5 140	2,40 %	2,42 %
Maladies psychiatriques	8 378	4,63 %	4,06 %
Maladies respiratoires chroniques	9 851	5,11 %	5,46 %



Des personnes en situation de handicap qui cumulent les difficultés

En 2020, on estimait qu'un peu plus de 500 enfants âgés de moins de 20 ans vivaient avec un handicap dans les Alpes-de-Haute-Provence, soit un taux de 15,1 cas pour 1 000 enfants âgés de moins de 20 ans. Les handicaps sévères représentaient environ 370 cas, soit une prévalence de 10,8 cas pour 1 000 enfants âgés de moins de 20 ans. Les déficiences les plus fréquentes étaient les troubles du spectre autistique (199 cas estimés), les déficiences motrices (110 cas estimés) et les déficiences intellectuelles sévères (93 cas estimés). On estimait par ailleurs qu'environ 1 600 adultes avec un handicap résidaient dans le département, soit un taux 18,5 cas pour 1 000 adultes âgés de 20 à 64 ans (43).

En 2021, environ 3 100 personnes âgées de 20 à 64 ans étaient bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), soit un taux de 42,7 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 20 à 64 ans, le plus élevé de la région (38,2 pour 1 000). Par ailleurs, environ 400 personnes âgées de 0 à 19 ans étaient bénéficiaires de l'Allocation d'Education des Enfants Handicapés (AEEH), soit un taux de 12,4 bénéficiaires pour 1 000 enfants âgés de 0 à 19 ans, le plus faible de la région (26,3 pour 1 000) (Source : Cnaf, MSA).

Le nombre de personnes en situation de handicap est en 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.

En 2024, 37 % des personnes avec un handicap interrogées dans le département dans le cadre du Baromètre Handifaction ont déclaré ne pas avoir pu accéder aux soins dont ils avaient besoin, le chiffre le plus élevé de la région. Par ailleurs, 26 % ont déclaré avoir fait l'expérience d'un refus de soins et 26 % avoir abandonné leur soin après ce refus. Enfin, 19 % ont vu leur accompagnant être refusé par le soignant (53).

Dans la région, 5 sites de consultation ont été créés pour faciliter le parcours de soins des personnes en situation de handicap vivant à domicile mais aussi celles résidant en établissement et ayant besoin d'un accompagnement spécifique. Cependant, le département des Alpes-de-Haute-Provence est pour le moment dépourvu d'un tel dispositif.



Une espérance de vie moins élevée que dans la région chez les hommes uniquement

En 2024, dans les Alpes-de-Haute-Provence, l'espérance de vie à la naissance était de 79,9 ans chez les hommes et 86,0 ans pour les femmes. Ainsi, l'espérance de vie des hommes était moins élevée que dans la région (80,7 ans), mais proche de la moyenne nationale (80,0 %). Chez les femmes, l'espérance de vie était similaire à la moyenne régionale (86,0 ans), mais plus élevée qu'en France (85,6 ans) (Source : Insee, *État civil, estimations de population*).

Sur la période 2020-2022, les hommes cadres de 35 ans ont vécu en moyenne 5,3 ans de plus que les ouvriers. Chez les femmes, cet écart était moins marqué (3,4 ans). Par ailleurs, les ouvriers avaient plus de deux fois plus de risque que les cadres de mourir entre 35 et 65 ans, et 1,7 fois plus entre 65 et 75 ans. Depuis les années 1990, l'écart d'espérance de vie entre les cadres et les ouvriers a diminué pour les hommes (-1,7 an), alors qu'il a augmenté modérément pour les femmes (+0,8 an) (54).

Le taux de mortalité prématurée le plus élevé de la région

Entre 2018 et 2022, 2 056 décès ont été enregistrés en moyenne chaque année dans les Alpes-de-Haute-Provence, soit une surmortalité significative de + 3,7 % par rapport à la région. Parmi ces décès, 265 étaient prématurés et ont eu lieu avant 65 ans (12,9 % de l'ensemble des décès).

Sur cette période, le département des Alpes-de-Haute-Provence était celui qui présentait le taux de mortalité prématurée le plus élevé (137,0 décès prématurés pour 100 000 habitants) de la région (125,8 pour 100 000). À noter cependant que le taux de mortalité prématurée a diminué dans le département (- 21 %) depuis les années 2000, mais moins rapidement que dans la région (- 26 %) (Figure 29).

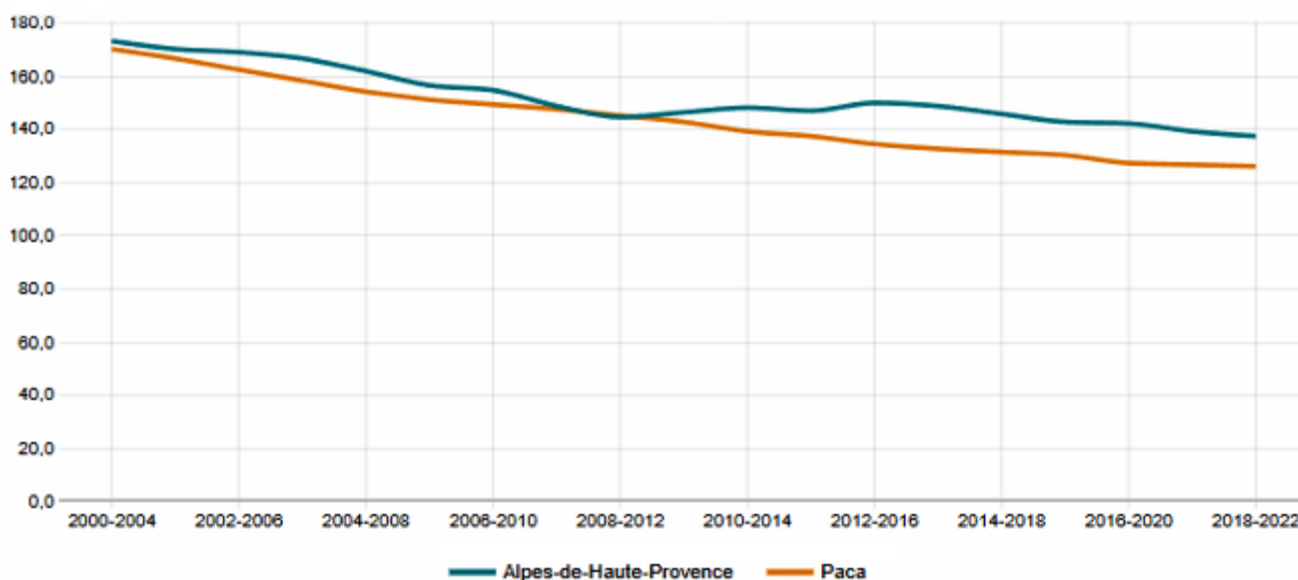


Figure 29 : Evolution du taux comparatif de mortalité prématurée entre 2000-2004 et 2018-2022 (Source : Inserm CépiDC - Insee)



Des données de mortalité moins favorables que dans la région

Sur la période 2018-2022, les principales causes de décès dans le département étaient, comme dans la région, les cancers (25,2 % des décès) et les maladies de l'appareil circulatoire (20,9 %) : ces deux groupes de pathologies représentaient un peu moins de la moitié des décès. Les maladies du système nerveux, les traumatismes et les maladies de l'appareil respiratoire représentaient également des causes non négligeables de mortalité (Figure 30).

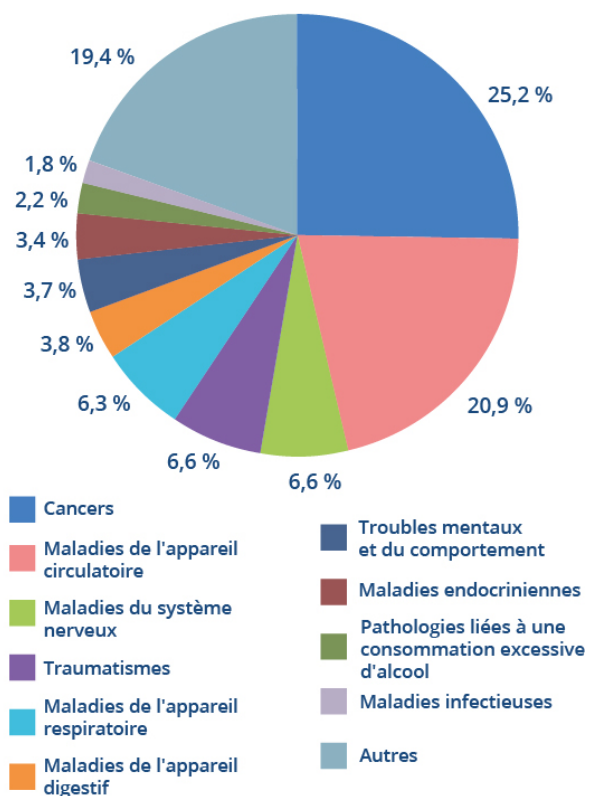


Figure 30 : Principales causes de décès (%), 2018-2022 (Source : Inserm CépiDC)

Globalement, les données de mortalité relevées dans les Alpes-de-Haute-Provence étaient moins favorables que celles relevées dans la région. Ainsi, comparativement à la région, une surmortalité significative a été observée toutes causes de décès confondues (+3,7 %) et chez les 15-34 ans (+ 36,0 %) et pour différents groupes de pathologies :

- Les cancers (518 décès par an en moyenne, + 5,9 % par rapport à la région) ;
- Les maladies de l'appareil circulatoire (430 décès par an en moyenne, + 5,8 % par rapport à la région) ;
- Les maladies du système nerveux (136 décès par an en moyenne, + 11,6 % par rapport à la région) ;
- Les traumatismes (135 décès par an en moyenne, + 10,9 % par rapport à la région).



Données par pathologie

Les cancers

En 2022, 10 488 personnes ont été prises en charge^[8] pour un cancer dans les Alpes-de-Haute-Provence, soit une prévalence standardisée de 4,75 %, proche de la moyenne régionale (4,73 %) (*Source : CNAM Cnam-SNDS, cartographie des pathologies version juillet 2023*). Avec 518 personnes décédées en moyenne chaque année sur la période 2018-2022, les cancers représentaient un quart de l'ensemble des décès (25,2 %), ainsi que la 1^{re} cause de mortalité dans le département, comme dans la région et en France. Chez les hommes, les cancers responsables du plus grand nombre de décès étaient, par ordre décroissant : les cancers du poumon (76 décès par an en moyenne), de la prostate (28 décès par an) et du côlon-rectum (26 décès par an). Chez la femme, le cancer du sein constituait la première cause de décès par cancer (38 décès par an en moyenne), suivie du cancer du poumon (31 décès par an) et du cancer colorectal (24 décès par an) (*Source : Inserm CépiDC*).

Globalement, le département des Alpes-de-Haute-Provence présentait une mortalité par cancers significativement plus élevée que dans la région (+ 5,9 %). Par contre, aucune différence significative n'était observée pour les différents types de cancers. 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 (- 14,0 %) et pour différents types de cancers

(cancers du poumon et hématologiques). A l'inverse, plusieurs territoires présentaient une surmortalité par rapport à la région pour certains types de cancers :

- ▶ Le pays digneois, pour le cancer du poumon (+ 21,5 %) et de l'estomac (+ 21,3 %) ;
- ▶ La vallée de l'Ubaye pour les cancers des tissus lymphatiques et hématologiques (+ 38,0 %) et du foie (+ 32,2 %) ;
- ▶ La Haute Provence pour l'ensemble des cancers (+ 12,2 %), le cancer du rein (+ 53,7 %) et de la plèvre (49,7 %).

En termes d'évolution, une baisse de 12 % du taux de mortalité par cancers est constatée entre les périodes 2000-2004 et 2018-2022 (*Figure 31*) : elle est moins importante que celle constatée dans la région sur la même période (- 20 %). A noter que la baisse relevée chez les hommes (-17 %) est plus marquée que celle relevée chez les femmes (- 7 %), comme dans la région (- 28 % contre - 10 %) et une reprise à la hausse récente de la mortalité par cancers chez les hommes dans le département.

En France, les cancers constituent la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme. Le cancer responsable du plus grand nombre de décès par cancer chez l'homme reste le cancer du poumon (23 000 décès par an). Viennent ensuite les cancers colorectal et de la prostate (respectivement 9 000 et 8 000). Chez la femme, trois cancers sont responsables

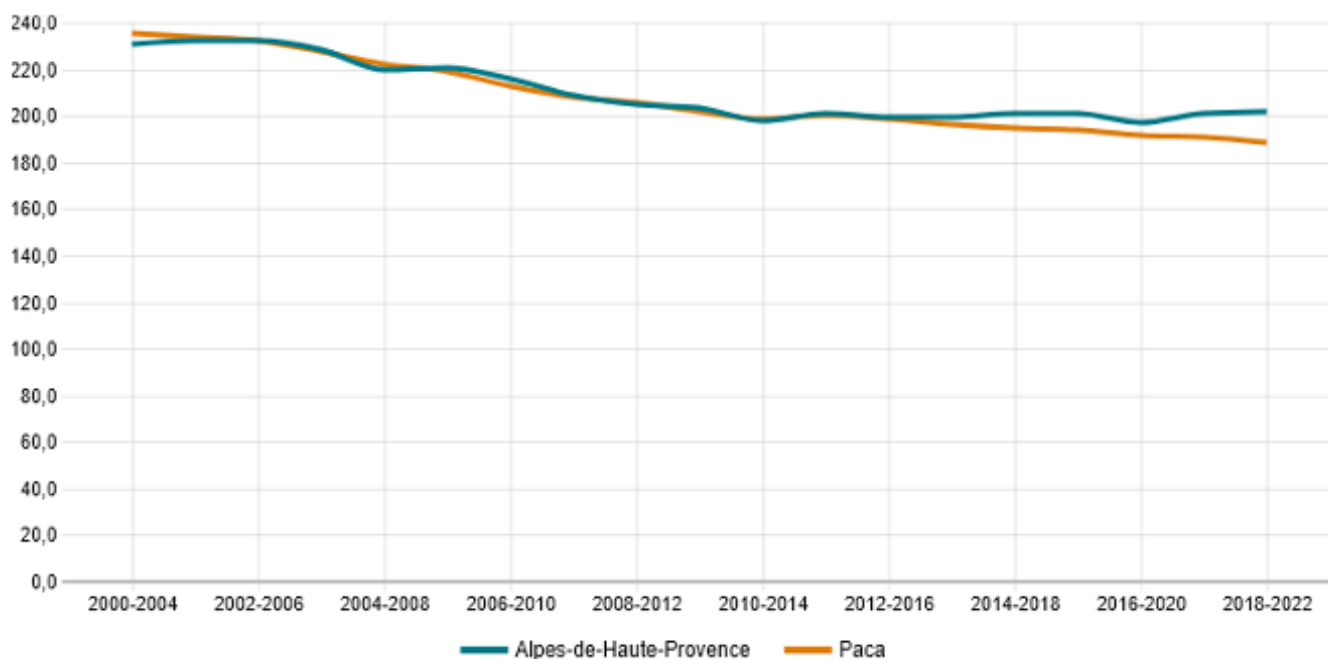


Figure 31 : Evolution du taux comparatif de mortalité par cancers, 2000-2004 à 2018-2022 (*Source : Inserm CépiDC, Insee*)

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

du plus grand nombre de décès : le cancer du sein (12 000), du poumon (10 000) et colorectal (8 000). En 2023, le nombre total de nouveaux cas de cancer a été estimé à 433 000 : il a doublé depuis 1990. 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 (55). En 2015, on estimait en France métropolitaine qu'environ 41 % des cancers chez les plus de 30 ans étaient attribuables à des facteurs de risque modifiables comme le tabagisme la consommation d'alcool, l'alimentation, le surpoids et l'obésité, certains agents infectieux, certaines expositions professionnelles, ou encore l'exposition aux ultraviolets naturels et artificiels (56). La prévention de ces facteurs de risque constitue donc un enjeu majeur de santé publique.

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 (57).



Les maladies cardio-vasculaires

En 2022, 16 677 personnes ont été prises en charge¹⁰ pour une maladie cardio-vasculaire dans les Alpes-de-Haute-Provence, soit une prévalence standardisée de 7,3 %, un chiffre plus élevé que dans la région (7,10 %). Les pathologies les plus fréquentes étaient les maladies coronaires (7 147 patients), les troubles du rythme ou de la conduction cardiaque (5 768 patients), l'accident vasculaire cérébral (2 918 patients) et l'insuffisance cardiaque (2 481 patients). Par ailleurs, 9,8 % des patients suivaient un traitement pour le risque vasculaire (région : 10,1 %) et 3,4 % un traitement antihypertensif (région : 3,9 %) (Source : CNAM).

Entre 2018 et 2022, 430 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'une maladie de l'appareil circulatoire dans les Alpes-de-Haute-Provence, représentait un peu plus d'1 décès sur 5 (20,9 %) : il s'agissait de la deuxième cause de décès dans le département, tout comme dans la région. 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 (+ 5,8 %), ainsi que pour les cardiopathies ischémiques (+ 16,7 %). Sur les 6 sous-territoires composant le département, 3 présentaient une surmortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire : la vallée de l'Ubaye (+ 16,1 %), les Grandes Alpes (+ 6,3 %) et la Haute Provence (+ 8,2 %). Une surmortalité significative par rapport à la région était également constatée pour les cardiopathies ischémiques dans le pays

dignois (+ 49,1 %) et en Haute Provence (+ 23,6 %), ainsi que pour les maladies cérébrovasculaires en Haute Provence (+ 12,5 %) et dans les Grandes Alpes (+ 14,9 %) (Source : Inserm CépiDC).

En termes d'évolution, on observe, entre les périodes 2000-2004 et 2018-2022, une baisse du taux de mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire dans le département (- 41 %), mais un peu moins marquée que dans la région (- 47 %) a baisse observée concerne aussi bien les femmes (- 42 %) que les hommes (- 39 %), comme dans la région (respectivement - 46 % et - 48 %) (Figure 32).

Les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ont longtemps été la 1^{re} cause de décès en France, comme dans de nombreux pays. Depuis quelques années, elles se situent en France au deuxième rang des causes de mortalité, après les cancers, du fait d'une amélioration de la prévention et de la prise en charge thérapeutique. Néanmoins, chez les femmes et les personnes âgées de 65 ans ou plus, ces maladies restent la première cause de mortalité.

Hormis l'hérédité, le sexe et l'âge, les maladies cardiovasculaires ont toutes en commun un certain nombre de facteurs de risque individuels dont la plupart sont modifiables : le tabagisme, l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie, une mauvaise alimentation, l'obésité et la sédentarité. Des facteurs environnementaux, comme la pollution atmosphérique et le bruit, ont également été identifiés comme facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (58).

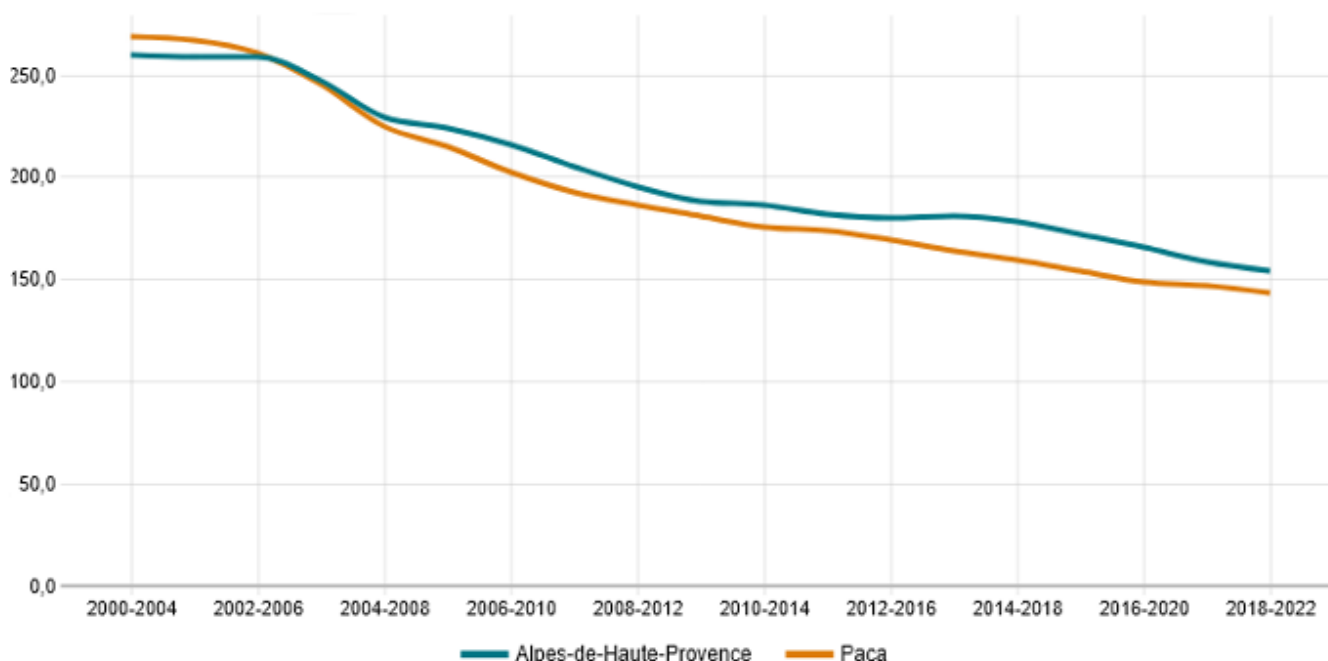


Figure 32 : Évolution du taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, 2000-2004 à 2018-2022 (Source : Inserm CépiDC, Insee)

Les maladies respiratoires

En 2022, 9 851 personnes ont été prises en charge pour une maladie respiratoire chronique dans les Alpes-de-Haute-Provence, soit une prévalence standardisée de 5,1 %, inférieure à la moyenne régionale (5,5 %) (3^e rang régional) (Source : CNAM).

Entre 2018 et 2022, 130 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'une maladie de l'appareil respiratoire dans les Alpes-de-Haute-Provence (différence non significative avec la région). Le Sisteronais présentait une sous-mortalité significative par rapport à la région (- 25,8 %) (Source : Inserm CépiDC).

En termes d'évolution, on observe, entre les périodes 2000-2004 et 2018-2022, une baisse de la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire plus marquée dans le département (- 31 %) que dans la région (- 17 %). Après avoir baissé fortement jusqu'à la période 2008-2012, la mortalité pour cette stagne depuis une dizaine d'années (Figure 33).

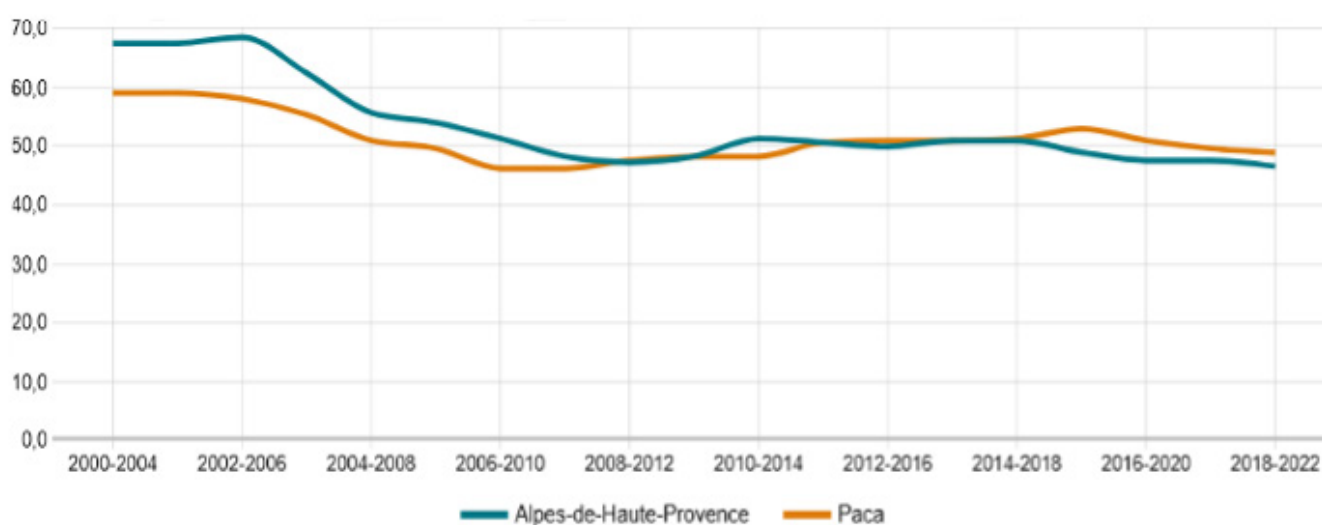


Figure 33 : Evolution du taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire, 2000- 2004 à 2018-2022 (Source : Inserm CépiDC, Insee)





Le diabète

En 2022, 11 040 personnes ont été prises en charge^[9] pour un diabète dans les Alpes-de-Haute-Provence, soit une prévalence standardisée de 5,0 %, inférieure à la moyenne régionale (5,5 %) (*Source : CNAM*).

Entre 2018 et 2022, 38 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'un diabète dans les Alpes-de-Haute-Provence (différence non significative avec la région). Parmi les 6 sous-territoires composant le département, seul celui des Grandes Alpes présentait une surmortalité significative par rapport à la région pour le diabète (+ 55,7 %) (*Source : Inserm CépiDC*).

En termes d'évolution, on observe, entre les périodes 2000-2004 et 2018-2022, une baisse de la mortalité par diabète de - 29 %, un peu moins importante que celle observée dans la région (- 34 %). A noter que la baisse de la mortalité par diabète était moins conséquente chez les hommes (- 19 %) que chez les femmes (- 41 %), comme dans la région (- 29 % et - 41 %). A noter également une légère augmentation récente de la mortalité par diabète récente (*Figure 34*).

Chaque année, le diabète continue de progresser : en 2023, plus de 3,8 millions de personnes en France étaient traitées par médicament pour cette pathologie, qui est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

Le nombre de personnes vivant avec un diabète de type 1 chez les moins de 20 ans augmente chaque année : elles étaient plus de 31 000 en 2023. Il est essentiel de le diagnostiquer le plus rapidement possible pour éviter les complications graves qui peuvent aller jusqu'au coma.

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 (59).

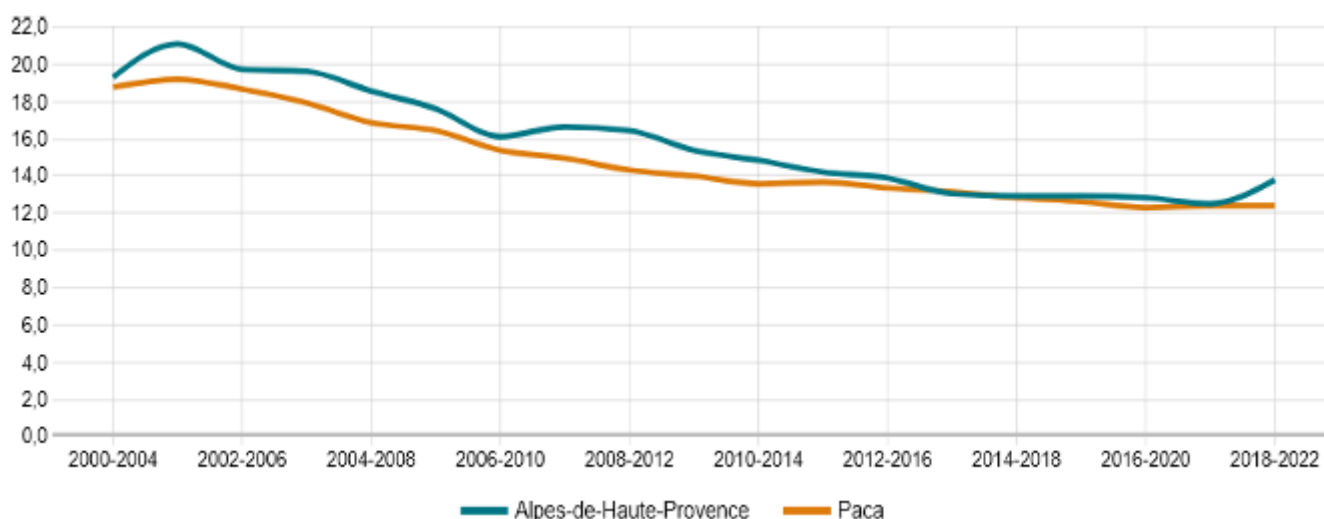


Figure 34 : Évolution du taux comparatif de mortalité par diabète, 2000-2004 à 2018-2022 (*Source : Inserm CépiDC, Insee*)

[9] Nombre de patients pris en charge pour un diabète (traitement chronique ou épisode de soins).



Les accidents de la vie courante

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 (60).

Entre 2018 et 2022, 85 personnes sont décédées en moyenne chaque année suite à un accident de la vie courante dans les Alpes-de-Haute-Provence (différence non significative avec la région) : plus de 4 sur 5 étaient des personnes âgées de 65 ans ou plus (84,7 %). Parmi les sous-territoires, la Haute Provence se distinguait par une surmortalité significative par rapport à la région (+ 15,1 %) pour les accidents de la vie courante.

Globalement, la mortalité par accidents de la vie courante a baissé de - 16 % dans le département entre les périodes 2000-2004 et 2018-2022, contre - 18 % dans la région. La baisse enregistrée chez les hommes (- 8 %) était moins importante que celle constatée chez les femmes (- 18 %) (Figure 35).

Les chutes chez les personnes âgées

En France, environ une personne sur trois de plus de 65 ans et une personne sur deux de plus de 80 ans chutent chaque année. Les chutes représentent la principale cause de traumatismes physiques chez les plus de 70 ans et ont des conséquences psychiques et sociales sur l'autonomie et la qualité de vie. Au-delà des conséquences humaines, les chutes ont un coût pour la collectivité : 2 milliards d'euros, dont 1,5 milliard pour l'Assurance maladie (62). 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 (63).

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, dont la plupart sont évitables, les accidents de la vie courante constituent la première cause de décès chez les enfants de 1 à 4 ans, et la deuxième cause de décès chez les 5 à 14 ans. Les accidents surviennent le plus souvent à domicile chez les moins de 10 ans, lors d'activités sportives ou de loisirs à l'extérieur chez les 10 ans et plus. D'après une étude menée de mai 2022 à juin 2023 auprès d'un échantillon de 162 médecins généralistes et de 31 pédiatres libéraux répartis sur l'ensemble du territoire hexagonal, plus de 550 000 consultations en médecine de ville seraient liées à un accident de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans (médecins généralistes : environ 476 000 ; pédiatres : environ 77 000). Les trois-quarts des cas n'ont pas recours aux services d'urgences (64).

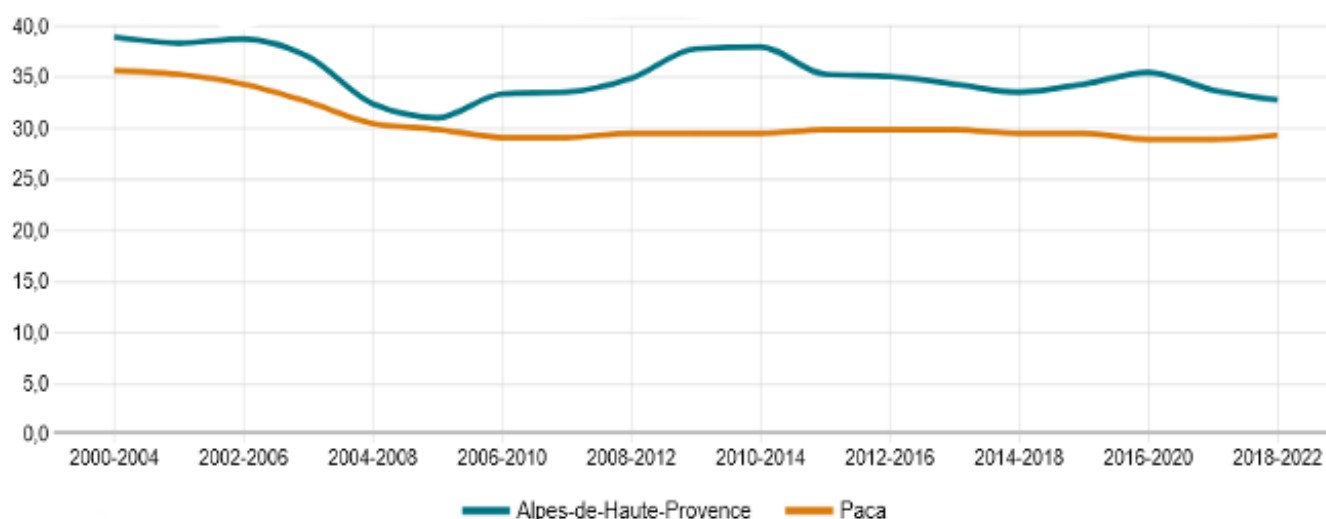


Figure 35 : Évolution du taux comparatif de mortalité par accidents de la vie courante, 2000-2004 à 2018-2022 (Source : Inserm CépiDC, Insee)

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. Entre le 1^{er} juin et le 21 août 2024, 983 noyades ont eu lieu en France dont 268 suivies de décès (27%). Ces chiffres sont stables en comparaison de ceux de 2023. Plus de la moitié des noyades (52 %) ont concerné des adultes, 32 % les moins de 6 ans, et 16 % les 6-17 ans. La proportion de noyades suivies de décès était plus importante chez les adultes (46 % contre 6 % chez les moins de 6 ans). Les décès par noyade en cours d'eau/plan d'eau ont représenté la moitié des décès par noyade quel que soit l'âge ; pour les autres lieux, les décès par noyade chez les mineurs ont davantage eu lieu en piscine privée et chez les adultes en mer (64).



La santé mentale

En 2022, 4 274 personnes étaient prises en charge pour des troubles névrotiques et de l'humeur dans les Alpes-de-Haute-Provence, soit une prévalence standardisée de 2,2 %, proche de la moyenne régionale (2,1 %). Par ailleurs, 4,1 % de la population suivant un traitement antidépresseur ou régulateur de l'humeur (région : 4,5 %) et 4,0 % un traitement anxiolytique (région : 4,1 %).

L'épisode dépressif caractérisé en Provence-Alpes-Côte d'Azur

D'après les données du Baromètre santé », 12,8 % des personnes interrogées dans la région et âgées de 18 à 85 ans ont déclaré un épisode dépressif caractérisé dans les 12 mois précédant l'enquête, soit le 3^{ème} taux le plus élevé de la France métropolitaine (moyenne nationale : 12,5 %) après l'Occitanie et le Grand Est (13,3 %). Les 18-24 ans, les femmes, les personnes vivant seules et les familles monoparentales, tout comme celles qui ne se déclaraient pas à l'aise financièrement, au chômage et celles indiquant que la Covid-19 avait eu un impact négatif sur leur moral, avaient un risque de dépression plus élevée.

La prévalence des épisodes dépressifs a augmenté en France. La tendance, déjà amorcée depuis 2010, a connu une accélération sans précédent entre 2017 et 2021 (+ 3,5 points de pourcentage), en particulier chez les jeunes adultes (+ 9 points, 20,8 % en 2021). Le stress causé par la maladie de la Covid-19 et les restrictions imposées pour la contrôler apparaît comme l'une des principales hypothèses explicatives de cette hausse (65).

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

En 2021, en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 4,0 % des personnes interrogées d'Azur ont déclaré avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois (France : 4,2 %). Par ailleurs, 6,2 % des personnes interrogées ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie, là encore, une proportion parmi les moins élevées de France métropolitaine (6,8 %). Les 18-24 ans présentaient les prévalences les plus élevées de pensées suicidaires et de tentatives de suicide dans l'année, ainsi que de tentatives de suicide au cours de la vie. Les prévalences de tentatives de suicide et de pensées suicidaires étaient plus élevées chez les femmes que chez les hommes, avec des différences particulièrement marquées chez les moins de 25 ans. D'autres groupes de population étaient davantage concernés : les personnes inactives ou au chômage, celles vivant seules ou en familles monoparentales et celles se déclarant en difficulté financière. Au cours des 10 dernières années, on

observe une forte progression des tentatives de suicide et des pensées suicidaires chez les 18-24 ans, aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Ce résultat vient confirmer la progression importante du mal-être chez les plus jeunes, déjà observée pour les épisodes dépressifs dans le Baromètre Santé (66).



Les suicides dans les Alpes-de-Haute-Provence

Entre 2018 et 2022, 28 décès par suicides ont été enregistrés en moyenne chaque année dans les Alpes-de-Haute-Provence : environ 4 sur 10 (39,2 %) concernaient une personne âgée de 65 ans ou plus et 1 sur 10 (10,7 %) un jeune âgé de 15 à 34 ans. Comparativement à la région, une surmortalité significative par suicide était observée dans le département (+ 23,0 %), notamment chez les hommes (+ 28,8 %). Parmi les sous-territoires du département, le Verdon était le seul à présenter présentait une surmortalité par suicide significativement plus élevée (+ 58,7 %) que dans la région par rapport à la région. Ces surmortalités doivent cependant être relativisés au regard des faibles effectifs de décès représentés. (Source : Inserm CépiDC).

En termes d'évolution, on observe, entre les périodes 2000-2004 et 2018-2022, une baisse de la mortalité par suicide de - 32 %, proche de celle observée dans la région (- 31 %). A noter une reprise de l'augmentation de la mortalité par suicide dans le département depuis 10 ans, contrairement à la région (Figure 36).

En France, le taux de suicide est parmi le plus élevé d'Europe. De nombreux travaux ont été menés sur les facteurs de risque liés au suicide et les principaux facteurs sont désormais bien connus. Les troubles psychiatriques, tels que les troubles de l'humeur (dépression et troubles bipolaires) et les troubles schizophréniques, constituent des facteurs de risque de suicide, de même que les antécédents de tentatives de suicide. Les facteurs socio-économiques et individuels souvent associés au suicide sont le chômage, l'isolement, la situation de veuvage ou de divorce. Enfin, l'âge est un facteur important : le taux de suicide augmente en effet régulièrement avec l'âge (67)

Un excès de risque de décès par suicide a été observé chez les agriculteurs dans plusieurs études françaises et internationales. Les hommes agriculteurs exploitants présentaient une surmortalité par suicide entre 2008 et 2010 par rapport à la population générale masculine d'âge similaire, notamment chez les éleveurs bovins et chez les hommes âgés de 45 à 65 ans (68).

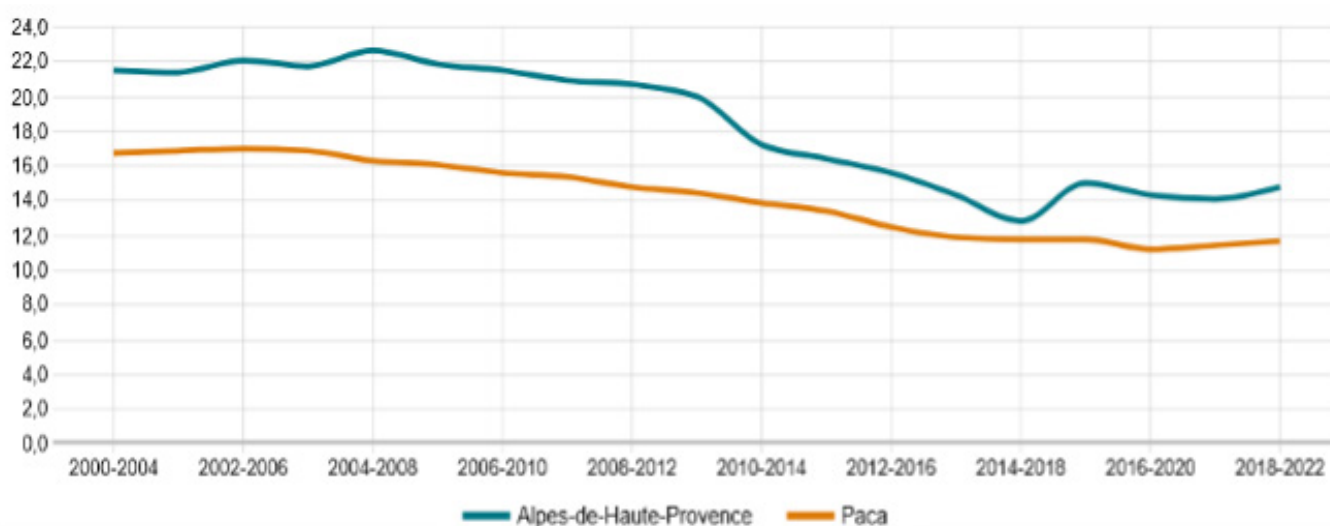


Figure 36 : Evolution du taux comparatif de mortalité par suicide, 2000-2004 à 2018-2022 (Source : Inserm CépiDC, Insee)



Les accidents de la circulation

Entre 2018 et 2022, 11 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 + 57,8 %. Une surmortalité par rapport à la région a également été relevée dans le territoire de Haute-Provence (+ 52,9 %). A noter cependant que le taux de mortalité par accidents de la route est en forte baisse dans le département (- 50,4 % entre 2006-2010 et 2018-2022), comme dans la région (- 47,5 %) (Figure 38).

En France métropolitaine, 3 190 personnes sont décédées sur les routes en 2024 (2 477 hommes et 713 femmes), soit 23 tués de plus qu'en 2023 (+ 0,7 %). Le nombre total de blessés est estimé à 233 000, en diminution de - 0,8 % par rapport à 2023, alors que le nombre de blessés graves estimés reste stable (près de 16 000 blessés graves). La majorité des tués (78 %) et des blessés graves (75 %) sont des hommes. Les jeunes adultes de 18-24 ans restent la tranche d'âge la plus à risque d'être tué ou blessé gravement sur les routes (2 fois plus que la moyenne). Les seniors âgés de 75 ans ou plus sont ensuite les plus à risque d'être tués (1,5 fois par rapport à la moyenne). Plus de la moitié des accidents mortels (60 %) ont lieu sur des routes hors agglomération (69).

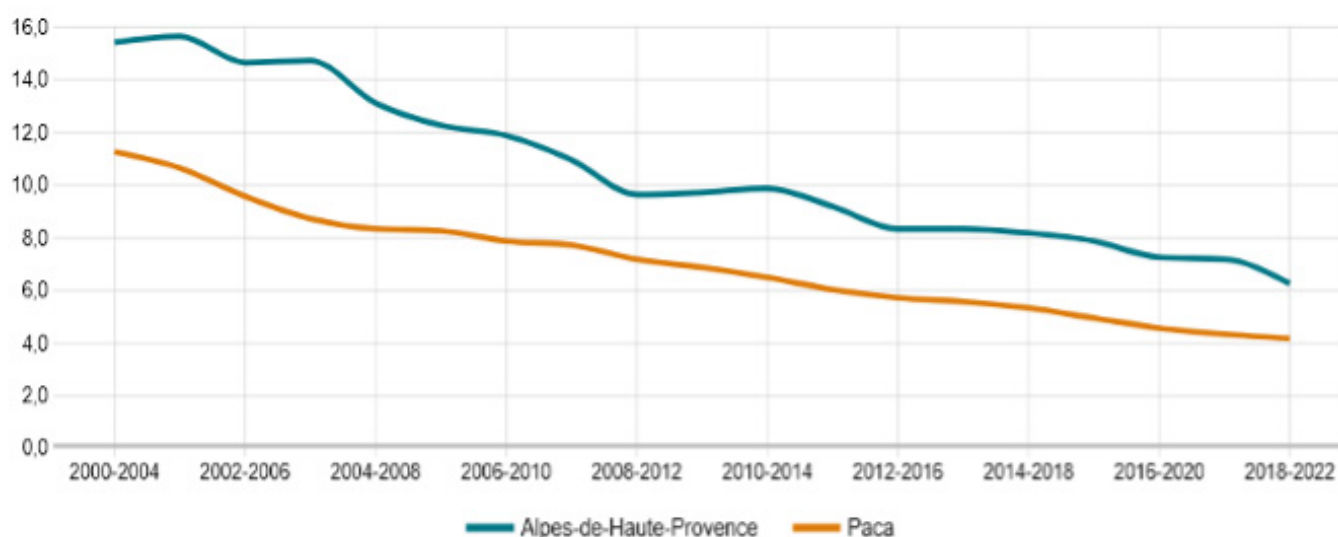


Figure 37 : Evolution du taux comparatif de mortalité par accidents de la circulation, 2000-2004 à 2018-2022 (Source : Inserm CépiDC, Insee)

Les pathologies liées au tabac et à l'alcool

Consommation de tabac et d'alcool chez les adultes en Provence-Alpes-Côte d'Azur

Les données de consommation de tabac et d'alcool ne sont pas disponibles à une échelle plus fine que la région. En 2021, 29,1 % des 18-75 ans déclaraient fumer quotidiennement (33,2 % chez les hommes et 25,3 % chez les femmes), une prévalence significativement supérieure à la prévalence nationale (25,3 %). Entre 2017 et 2021, les variations n'étaient pas significatives chez les 18-75 ans (31,4 % en 2017), sauf chez les 31-45 ans. Une baisse significative était toutefois observée chez les 31-45 ans (de 41,7 à 33,6 %). La moitié des fumeurs quotidiens (51 %) rapportaient une envie d'arrêter de fumer et près d'un tiers (31 %) avaient fait une tentative d'arrêt dans l'année. Par ailleurs, 41 % des 18-75 ans déclaraient avoir déjà expérimenté le vapotage, principalement les 18-30 ans (63 %). Seulement 5 % rapportaient un vapotage quotidien (70).

En 2021, 9,1 % des adultes de 18-75 ans ont déclaré consommer de l'alcool quotidiennement, une proportion non significativement différente de la moyenne nationale (8,0 %). Par ailleurs, 16,4 % des adultes de 18-75 ans ont déclaré avoir des alcoolisations ponctuelles importantes mensuelles. Ces chiffres n'ont pas évolué de manière significative depuis 2017. En 2023, 15 145 passages aux urgences en lien direct avec l'alcool ont été dénombrés alors qu'en 2017, ce nombre s'élevait à 17 464. La part de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était également en diminution (71).

Consommation de tabac, d'alcool et de cannabis chez les jeunes de 17 ans en Provence-Alpes-Côte d'Azur

En 2022, dans la région, l'alcool demeurait de loin la substance psychoactive consommée, avec 82,7 % des jeunes de 17 ans qui en ont déjà consommé au moins une fois, significativement plus qu'en France métropolitaine (80,6 %). Par ailleurs, plus de la moitié des jeunes (53,2 %) rapportaient au moins une alcoolisation ponctuelle importante au cours de leur vie, significativement plus qu'en France métropolitaine (45,9 %). L'alcool régulier (au moins 10 fois dans le mois) concernait 5,8 % des jeunes, significativement moins qu'en France (7,2 %) (72).

Par ailleurs, la moitié des jeunes de 17 ans (50,4 %) a déclaré avoir déjà expérimenté la consommation de tabac, une proportion significativement plus élevée qu'en France (46,5 %). Environ 1 jeune sur 6 (16,6 %) fumait quotidiennement au moins une cigarette par jour, une proportion non significativement différente de la moyenne nationale (15,6 %). Près de 2 sur 3 a déjà utilisé une cigarette électronique (62,3 %), une des proportions les plus élevées de France métropolitaine (56,9 %). Une forte hausse de la consommation a été constatée depuis 2017 (+ 10,4 points de pourcentage), la plus élevée de France métropolitaine (+ 4,5 points en moyenne) (72).



Les décès par cancer du poumon dans les Alpes-de-Haute-Provence

Entre 2018 et 2022, 107 décès par cancer du poumon ont été enregistrés en moyenne chaque année dans les Alpes-de-Haute-Provence, une différence non significative avec la région. Aucun sous-territoire ne se différencie significativement de la région (Figure 38).

En termes d'évolution, contrairement à la région, où on observe une baisse continue, une reprise de la mortalité a été observée dès 2010, qui s'est ensuite stabilisée.

Mortalité liée à une consommation excessive d'alcool dans les Alpes-de-Haute-Provence

Entre 2018 et 2022, 46 décès liés à une consommation excessive d'alcool ont été enregistrés en moyenne chaque année dans les Alpes-de-Haute-Provence, une différence non significative avec la région. Aucun sous-territoire ne se différencie des chiffres régionaux.

Globalement, la mortalité pour les pathologies liées à une consommation excessive d'alcool a diminué dans le département (- 33 %), mais moins rapidement que dans la région (- 37 %). La baisse constatée chez

les hommes (- 32 %) était moins marquée que chez les femmes (- 38 %), contrairement à la tendance régionale (- 38 % contre - 34 %) (Figure 39).

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 (73).

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 (74,75).

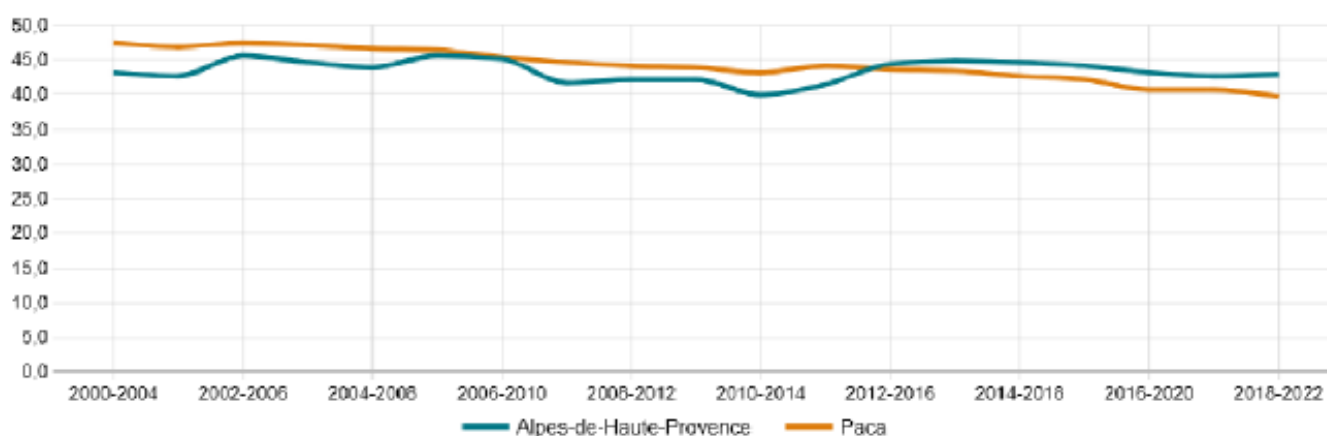


Figure 38 : Évolution du taux comparatif de mortalité par cancer du poumon, 2000-2004 à 2018-2022 (Source : Inserm CépiDC, Insee)

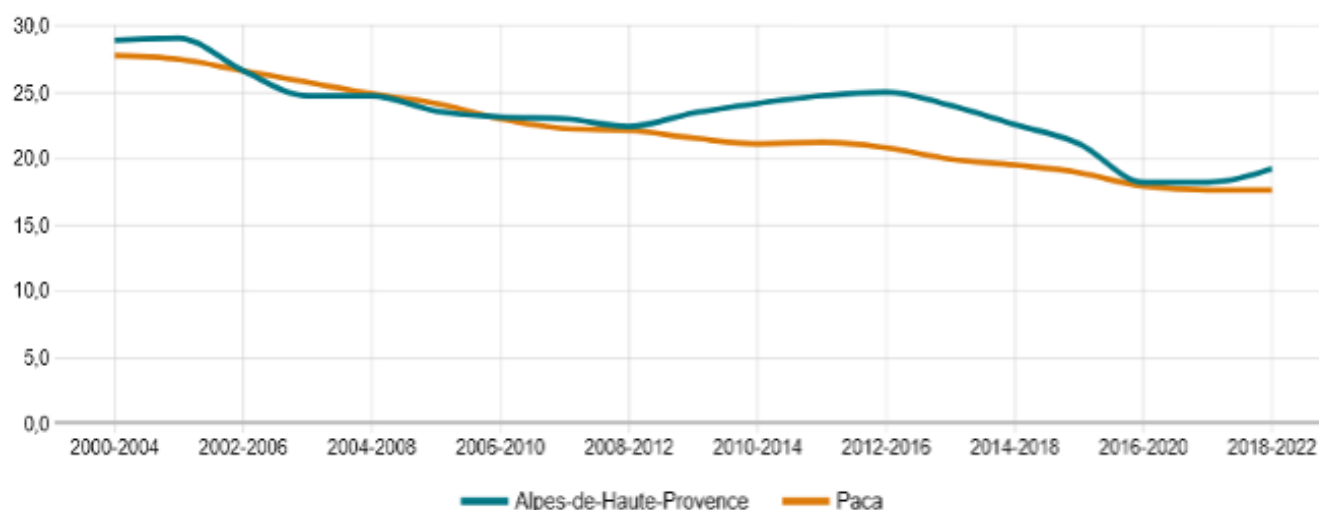


Figure 39 : Évolution du taux comparatif de mortalité pour les pathologies liées à une consommation excessive d'alcool, 2000-2004 à 2018-2022 (Source : Inserm CépiDC, Insee)



Les maladies neurodégénératives

En 2022, 5 140 personnes ont été prises en charge pour une maladie neurologique ou dégénérative dans les Alpes-de-Haute-Provence, soit une prévalence standardisée de 2,4 %, comme dans la région (2,4 %) (Source : CNAM 2022).

Entre 2018 et 2022, 136 personnes sont décédées en moyenne dans les Alpes-de-Haute-Provence d'une maladie du système nerveux, significativement plus que dans la région (+ 11,6 %). Parmi les sous-territoires, la vallée de l'Ubaye (+ 161,8 %) et la Haute Provence (+ 15,3 %) présentaient également une surmortalité significative par rapport à la région. À l'inverse, le Sisteronais était le seul territoire à présenter une sous-mortalité significative par rapport à la région (- 31,1 %).

Entre 2000-2004 et 2014-2018, le taux de mortalité par maladies du système nerveux a augmenté dans le département (+ 21 %), davantage que dans la région (+ 12 %) (Figure 40).

Les maladies neurodégénératives sont des maladies fréquentes et dont la fréquence augmente de manière importante avec l'âge. On estime qu'il y a actuellement en France plus d'un million de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer et autres démences, environ 175 000 personnes traitées pour la maladie de Parkinson. Par ailleurs, le nombre de nouveaux cas de maladies du motoneurone, dont la principale cause est la sclérose latérale amyotrophique (SLA), est estimé à environ 2 300 par an. Les maladies neurodégénératives sont une cause majeure d'invalidité, de dépendance, d'institutionnalisation et d'hospitalisation. Elles ont un impact très important sur la qualité de vie des personnes atteintes ainsi que sur celle de leurs proches et de leurs aidants. Les traitements actuellement disponibles sont à visée uniquement symptomatique et d'efficacité variable.

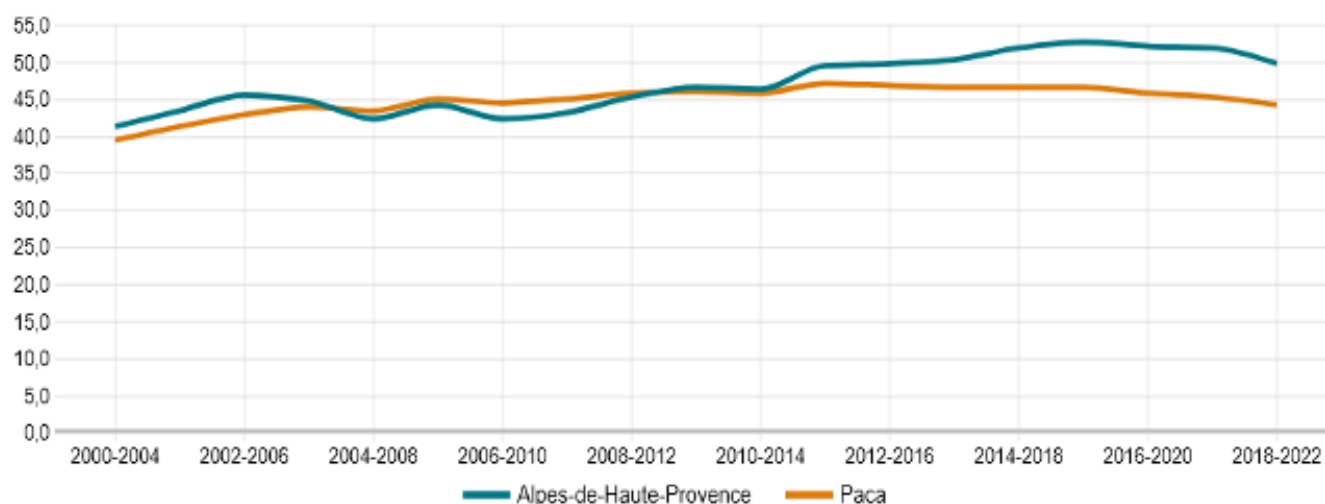


Figure 40 : Évolution du taux comparatif de mortalité par maladies du système nerveux, 2000-2004 à 2018-2022 (Source : Inserm CépiDC, Insee)



Les maladies infectieuses

Les maladies infectieuses regroupent toutes les maladies provoquées par la transmission d'un agent pathogène tel que les bactéries, les virus, les parasites, les prions et les champignons. Si la recherche a permis l'éradication de certaines d'entre elles grâce à la mise au point de vaccins spécifiques et des antibiotiques, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir pour que toutes ces pathologies soient traitées et pour développer des moyens de lutter contre l'ensemble des pathogènes émergents.

Entre 2018 et 2022, 38 personnes sont décédées en moyenne chaque année dans les Alpes-de-Haute-Provence d'une maladie infectieuse ou parasitaire (différence non significative avec la région) (Source : Inserm CépiDC).

Entre 2000-2004 et 2018-2022, le taux de mortalité par maladies infectieuses a baissé dans le département (- 39 %), comme dans la région (- 36 %) (Figure 41).

La grippe

Entre 2018 et 2022, 5 personnes sont décédées en moyenne chaque année dans les Alpes-de-Haute-Provence d'une grippe (différence non significative avec la région) (Source : Inserm CépiDC).

Au cours de l'hiver 2024-2025, l'épidémie de grippe a été d'une très forte ampleur en Provence-Alpes-Côte d'Azur, et sur l'ensemble du territoire national, dépassant le pic enregistré les années précédentes à la même période. Cette épidémie de grippe s'est traduite par une forte activité dans les établissements de santé.

La grippe saisonnière peut être grave pour les personnes vulnérables. En France, elle affecte chaque année entre 2 et 6 millions de personnes, entraînant l'hospitalisation et le décès de plusieurs milliers de personnes fragiles, essentiellement chez les 65 ans et plus.

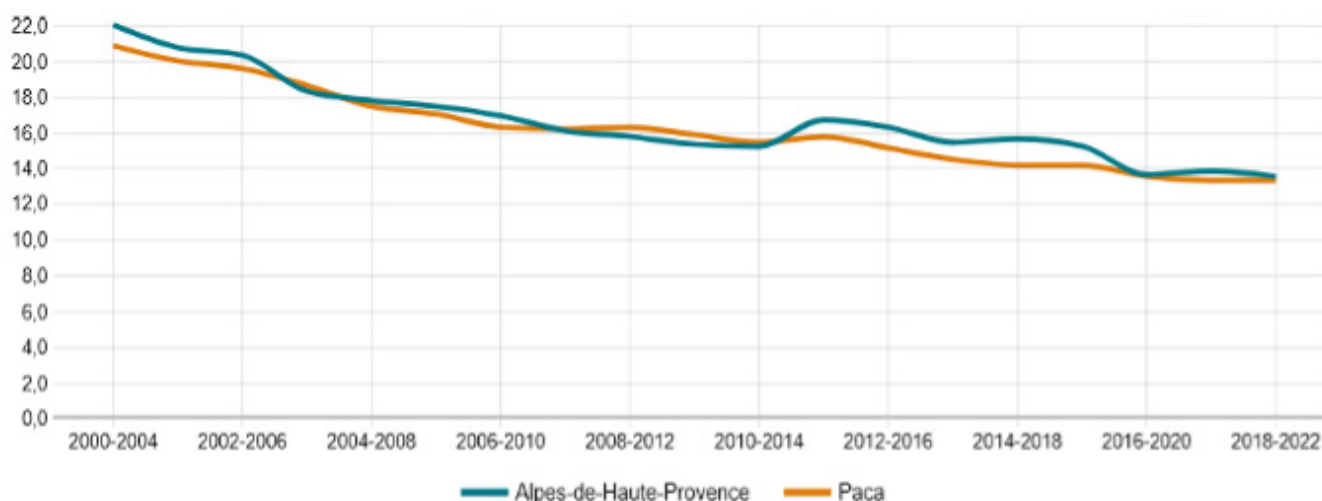


Figure 41 : Évolution du taux comparatif de mortalité par maladies infectieuses, 2000-2004 à 2018-2022 (Source : Inserm CépiDC, Insee)

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).

Le moustique tigre est vecteur de maladies appelées « arboviroses », comme la dengue, le chikungunya et l'infection à virus Zika. Dans la région, plus de 97 % de la population vit à son contact. En 2023, 8 cas d'arboviroses ont été comptabilisés dans les Alpes-de-Haute-Provence (4 % des cas de la région) : tous étaient des cas de dengue importés (*Source : Santé Publique France*). Par ailleurs, l'épisode d'infection au virus West Nile se poursuit dans les départements méditerranéens du sud de la France avec 25 cas humains recensés en 2024, même si aucun cas n'a été identifié dans les Alpes-de-Haute-Provence. Enfin, la borréliose de Lyme est une maladie transmise à l'être humain par des piqûres de tiques infectées. Si la région Provence-Alpes-Côte d'Azur n'est pas la plus touchée par cette maladie qui épargnait plutôt la zone méditerranéenne, la progression de cette pathologie est manifeste, y compris dans notre région.

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) (76,77).

Les infections sexuellement transmissibles

Le VIH/Sida

En 2022, 0,21 % des assurés du régime était pris en charge dans le département pour le VIH ou le Sida (région : 0,29 %) (*Source : CNAM*).

En 2023, d'après les estimations de Santé Publique France, le nombre de nouvelles découvertes de séropositivité s'élevait à 358 dans la région, un nombre en augmentation, soit un taux corrigé de 69,2 par million d'habitants : il s'agissait de la 2^e région de France métropolitaine la plus touchée par l'épidémie de VIH, derrière la région Ile-de-France. Par ailleurs, 50 diagnostics de Sida auraient été posés dans l'année. Fin 2023, d'après les estimations, 663 personnes vivaient avec le VIH sans connaître leur séropositivité dans la région. En baisse constante entre 2012 et 2021, l'incidence du VIH ne diminue plus au cours des deux dernières années, voire amorce une reprise. La baisse observée pendant dix ans était essentiellement concentrée dans la population des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) nés en France, notamment grâce à une fréquence plus élevée du dépistage et au déploiement de la PrEP dans cette population. Or l'incidence ne diminue plus dans ce groupe depuis 2021. Cette situation chez les HSH, qui concentrent près de la moitié des nouvelles contaminations, est préoccupante.

Entre 2018 et 2022, moins d'une 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*).

Environ 180 000 personnes vivent avec le VIH en France, dont plus de 10 000 ignorent leur séropositivité. Avec 7,5 millions de sérologie VIH réalisées en 2023, l'augmentation de l'activité de dépistage du VIH s'est accélérée, portée pour moitié par la montée en charge du dispositif VIHTest, dépistage sans ordonnance et gratuit en laboratoire pour les assurés sociaux, mis en place à partir de 2022. Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité a augmenté depuis 2020, mais la part des diagnostics tardifs reste élevée, proche de 40 %. 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 (78).

Les hépatites virales

Dans les Alpes-de-Haute-Provence, 3 cas d'hépatites A ont été déclarés en 2024 (6 % des cas déclarés dans la région), et 2 en 2023 (4 % des cas dans la région) (données provisoires) (79).

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 2018 et 2022, 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).

Les infections par les virus de l'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 (80). 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.



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 (enquête Obépi- Roche) et les plus récentes datent de 2020. A cette date, près d'1 Français sur 3 (30,3 %) était en surpoids et 17 % en situation d'obésité, contre 15 % en 2012 (81). 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 42).

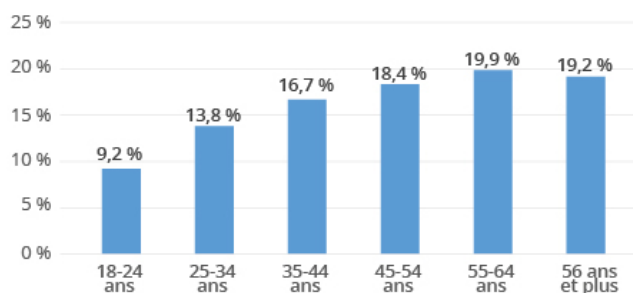


Figure 42 : Part des personnes en situation d'obésité en France par tranche d'âge (Source : enquête épidémiologique nationale Obépi-Roche)

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 %) (81).

Des disparités territoriales existent en France. Dans deux régions, les Hauts-de-France (22,1 %) et le Grand Est (20,1 %), plus d'1 habitant sur 5 est obèse. Provence-Alpes-Côte d'Azur est l'une des régions de France les moins touchées par l'obésité (15,9 %, soit le 4^e taux national), malgré une prévalence en augmentation (81).

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 musculosquelettiques (82).

Les enjeux associés au vieillissement

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 (83). 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.

La multimorbidité : 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 (84). 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 (85).

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 (86). 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 (87).

En 2021, dans le département, environ 4 300 personnes âgées de 75 ans ou plus vivaient seules à leur domicile dans le département et étaient en situation de perte d'autonomie modérée à sévère (22,6 %, contre 26, % dans la région), une proportion en nette augmentation depuis 2010 (+ 15 %), comme dans la région (+ 12 %) et en France (+ 9 %). Près de 1 600 étaient en situation de perte d'autonomie sévère (8,3 %) (région : 11,9 %). D'après les estimations de l'Insee, en 2035, elles seront près de 6 500 personnes en situation de perte d'autonomie modérée à sévère et 2 400 en perte d'autonomie sévère (34).

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. Un Français sur 4 a déclaré aider au moins une fois par mois un parent en situation de perte d'autonomie (88). 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).



6

CONCLUSION

Principaux constats

Le département des Alpes-de-Haute-Provence dispose de nombreux atouts (climat, cadre de vie et patrimoine naturel, sports de nature, qualité de l'air...) qui contribuent à son attractivité résidentielle et touristique : ce territoire présente le 2^e taux annuel moyen de variation de la population lié au solde migratoire le plus élevé de la région. Ce territoire présente d'autres caractéristiques (grande taille, ruralité, saisonnalité) qui posent des problématiques spécifiques (mobilité, accès aux équipements, précarité de l'emploi, travailleurs saisonniers).

La population du département est parmi les plus âgées de la région. Plus de 21 000 personnes âgées de 75 ans et plus résident dans les Alpes-de-Haute-Provence (12,8 % de la population). Environ 4 sur 10 vivent seules à domicile, dont près d'1 sur 4 en situation de perte d'autonomie modérée à sévère. De plus, plus d'1 senior sur 10 vit dans un établissement médico-social, une proportion plus élevée que dans le reste de la région : ce constat pourrait s'expliquer en partie par le fait que ce département est le mieux équipé de la région en structures et services pour les personnes âgées.

Ce département accueille de nombreux publics vulnérables sur les plans sanitaire et social. Environ 1 habitant sur 6 est en situation de pauvreté, mais certains groupes de populations sont particulièrement touchés (habitants des quartiers prioritaires, familles monoparentales, jeunes de moins de 30 ans). Par ailleurs, parmi les 21 400 familles résidant dans les Alpes-de-Haute-Provence, environ 1 sur 3 est de type monoparental (31,0 %), une proportion parmi les plus élevées de la région (2^e rang régional) et de France métropolitaine (4^e rang national).

Le département est confronté à d'importantes difficultés d'accès aux soins. Environ 1 habitant sur 5 habite à plus de 30 minutes de route du service d'urgences le plus proche. Le département présente les plus faibles densités de spécialistes libéraux et de chirurgiens-dentistes de la région. La population de médecins généralistes est également la plus âgée de la région : environ 4 sur 10 sont âgés de 60 ans ou plus. La baisse de la démographie médicale est plus marquée dans le département que dans le reste de la région, malgré des évolutions contrastées selon les territoires. Cependant, une augmentation récente du nombre de médecins généralistes semble indiquer une attractivité pour les professionnels de santé et une dynamique territoriale favorable. Un autre signe encourageant est le développement récent des structures d'exercice coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelle et communautés professionnelles territoriales de santé), susceptible d'attirer de

nouveaux professionnels de santé, notamment des jeunes médecins.

Les niveaux de recours aux soins médicaux sont parmi les plus faibles de la région, alors que le taux de passage aux urgences est le plus élevé de la région. Cela pourrait suggérer l'existence de difficultés d'accès aux soins qui se répercutent sur les services d'urgences. Cependant, d'autres facteurs pourraient contribuer à un niveau élevé de recours aux urgences (précarité, vieillissement et état de santé de la population, accessibilité réduite à des offres alternatives...). A noter que le Conseil Départemental des Alpes-de-Haute-Provence met en place des dispositifs pour améliorer l'accès aux soins de proximité. Un centre de santé départemental a ouvert à Digne-les-Bains en janvier 2025. Un medicobus devrait être mis en service courant 2026.

La réalisation des actes de santé publique (dépistage des cancers, bilans bucco-dentaires, suivi gynécologique...) est parmi les plus faibles de la région, surtout chez les publics précaires. Le département présente notamment les couvertures vaccinales chez les nourrissons les plus faibles de la région et les retards de vaccination concernant un nombre non négligeable d'enfants.

Enfin, les indicateurs de santé sont moins favorables dans le département que dans la région. Les prévalences des maladies chroniques, et notamment de maladies cardio-vasculaires et de maladies psychiatriques, sont élevées, et devraient continuer à augmenter dans les années à venir. Le taux de mortalité prématurée est le plus élevée de la région. Le département présente également une surmortalité significative par rapport à la région pour de multiples causes, dont les cancers, les maladies cardio-vasculaires et les traumatismes (accidents de la vie courant et de la circulation, suicides).



Évolution de la situation du territoire

Depuis le précédent portrait départemental datant de 2022, on observe la persistance d'un cumul de difficultés dans le département des Alpes-de-Haute-Provence, avec des données souvent moins favorables que dans la région et qu'en France concernant la démographie médicale et les inégalités territoriales d'accès aux soins, les populations vulnérables, la réalisation des actes de prévention et l'état de santé de la population.

Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes avec une ou plusieurs maladies chroniques laisse présager, pour les années à venir, une augmentation des besoins et de la demande de soins et d'accompagnement à domicile.

Certains signes encourageants doivent cependant être relevés, comme la reprise de la croissance démographique, l'augmentation récente des effectifs de médecins généralistes et des structures d'exercice coordonné dans le département, mettant en évidence une augmentation de l'attractivité de ce territoire et une dynamique territoriale à conforter.

Perspectives d'intervention

Cet état des lieux met en évidence différentes perspectives d'intervention prioritaires dans le département :

- ▶ Favoriser et accompagner le maintien de la qualité de vie et de l'autonomie des personnes vieillissantes et en perte d'autonomie à domicile ;
- ▶ Renforcer les mesures favorisant l'installation et le maintien des médecins généralistes (développement des lieux de stage, des structures d'exercice coordonné...) ;
- ▶ Expérimenter des solutions innovantes pour favoriser la mobilité et l'accès aux équipements et à la santé (télémédecine) dans les territoires les plus isolés ;
- ▶ Favoriser les comportements de santé favorables à la santé et promouvoir la réalisation des actes de santé publique, notamment auprès des publics les plus vulnérables, par des dispositifs ciblés et d'aller-vers et la formation des professionnels de santé (entretien motivationnel).





RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

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. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Biodiversité et santé humaine : quels liens ? [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.orspaca.org/sites/default/files/biodiversite-sante-2022.pdf>
4. Département des Alpes-de-Haute-Provence. Schéma Départemental d'Amélioration de
5. 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
6. 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
7. 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
8. Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt Provence-Alpes Côte d'Azur. AGRESTE Provence-Alpes Côte d'Azur Memento 2024 : l'essentiel de l'agriculture régionale. [Internet]. 2024. Disponible sur: https://draaf.paca.agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/memento_paca_2024.pdf
9. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Baromètre santé environnement en région Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.orspaca.org/sites/default/files/ORSPACA_BAROMETRE_ENV.pdf
10. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Tableau de bord régional Santé, Sécurité et conditions de travail 2016 [Internet]. Disponible sur: http://www.sistepaca.org/sites/default/files/pdf/tbst/TBST_2016.pdf
11. Gigonzac V, Breuillard E, Bossard C, Guseva Canu I, Khiredine 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>
12. 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.
13. 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> AtmoSud.
14. L'air de votre département : Alpes-de-Haute-Provence [Internet]. Disponible sur: <https://www.atmosud.org/article/alpes-de-haute-provence> 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.
15. Nieuwenhuijsen. Environmental health : a global access science source. 2016 [cité 16 juin 2020]. Urban and Transport Planning, Environmental Exposures and Health- New Concepts, Methods and Tools to Improve Health in Cities. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26960529/>
16. 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>
17. Pascal L, Caserio-Schönemann C. Estimation des bénéfices potentiels pour la santé d'une amélioration de la qualité de l'air ambiant en Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. Saint Maurice: Santé Publique France; 2025 janv. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/694797/4562064?version=1>
18. 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>
19. Préfecture des Alpes-de-Haute-Provence. Dossier Départemental sur les risques majeurs dans les Alpes-de-Haute-Provence. [Internet]. Disponible sur: <https://www.alpes-de-haute-provence.gouv.fr/Actions-de-l-Etat/Environnement-risques-naturels-et-technologiques/Prevention-des-Risques/Connaitre-les-risques-le-Dossier-Departemental-des-Risques-Majeurs>
20. Redmond AD. Natural disasters. BMJ. 28 mai 2005;330(7502):1259-61.
21. 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.
22. 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
23. 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.
24. Benmarhnia T, Beaudeau 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 France. 2018;(16-17).

25. 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- chaleurs-canicule/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-canicule.-bilan-ete-2019>
26. Santé Publique France. Bulletin. Chaleur et santé. Bilan de l'été 2024. Édition régionale Provence-Alpes-Côte d'Azur. [Internet]. 2025. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/provence-alpes-cote-d-azur-et-corse/documents/bulletin-regional/2025/chaleur-et-sante-en-paca.-bilan-de-l-ete-2024>
27. Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Rapport quinquennal sur les eaux destinées à la consommation humaine. Résultats 2018-2022 [Internet]. Disponible sur: https://prse-paca.fr/wp-content/uploads/2024/06/Rapport_quinquennal_eaux_conso_humaine_VF.pdf
28. 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>
29. INSEE Provence-Alpes-Côte d'Azur. Logement : plus d'un ménage sur dix en situation de vulnérabilité énergétique. INSEE Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur n°133 [Internet]. sept 2024; Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/8250043/pr_ina_133.pdf
30. Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement en Provence- Alpes-Côte d'Azur. Etude sur les signalements de mal-logement déposés en 2023 en Provence- Alpes-Côte d'Azur [Internet]. 2025 janv. Disponible sur: https://www.paca.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/2025_01_24_resume_etude_signalements_lhi_2023_version_public_e-2.pdf
31. 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>
32. Colleville AC, Kermarec F. Étude Qualisurv-Habitat 2013-2014 : effets des conditions de logement dégradées sur la santé. Éléments descriptifs. Santé Publique France. avr 2021; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/369912/3138024?version=1>
33. Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Dossier radon [Internet]. Disponible sur: <http://www.paca.ars.sante.fr/radon>
34. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Actualisation des projections de la perte d'autonomie et de sa prise en charge chez les personnes âgées de 75 ans et plus en région Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. 2024 mars. Disponible sur: <https://www.orspaca.org/sites/default/files/Note-perte-autonomie-2024.pdf>
35. Petits frères des pauvres. Baromètre solitude et isolement des personnes âgées en France en 2021 [Internet]. 2021 sept. Disponible sur: https://www.petitsfreresdespauvres.fr/wp-content/uploads/2024/01/Barometre-2021_PFP_-sans-embargo_BD-1.pdf
36. Centre d'observation de la société. De plus en plus de personnes vivent seules [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.observationsociete.fr/structures-familiales/personnes-seules/evol_vie_solo_2/
37. Soudrie U, Bigo S. La monoparentalité en France [Internet]. Compas Zoom pour agir n°30; 2025. Disponible sur: http://www.lecompas.fr/doc/CompasZOom30_24mars2025.pdf
38. 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>
39. Pasquereau A., Guignard R., Andler R., Le Nézet O., Spilka S., Obradovic I., Airagnes G., Beck F., Nguyen-Thanh V. Prévalence du tabagisme en France hexagonale en 2023 parmi les 18-75 ans. Résultats de l'édition 2023 de l'enquête EROPP de l'OFDT [Internet]. Santé Publique France; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/674822/4476802?version=4>
40. Vaux S, Gautier A, Fonteneau L, Gault G, Gagnière B, Soullier N., et al. Couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de 65 à 85 ans et étude des déterminants, Baromètre de Santé publique France 2021. Bull Épidémiol Hebd 2025;216-23 [Internet]. 28 janv 2025; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/694812/4562109?version=1>
41. 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>
42. 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: <https://www.orspaca.org/sites/default/files/synthese-enquete-etudiants.pdf>
43. CREAI Paca Corse. HandiDonnées PACA 2022 [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://paca.handidonnees.fr/>
44. 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
45. Davin-Casalena B, Scronias D, Videau Y, Verger P. How general practitioners in France are coping with increased healthcare demand and physician shortages. A panel data survey and hierarchical clustering. Health Policy Amst Neth. nov 2024;149:105175.
46. Dumesnil H, Lutaud R, Bellon-Curutchet J, Deffontaines A, Verger P. Dealing with the doctor shortage: a qualitative study exploring French general practitioners' lived experiences, difficulties, and adaptive behaviours. Fam Pract. 2 déc 2024;41(6):1039-47.

47. Directeur général de l'Agence régionale de santé. Arrêté n° DSDP-0322-0500-I modifiant l'arrêté n° DSDP-0122-0179-I relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin [Internet]. DSDP-0322-0500-I févr 2, 2022. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/media/24530/download?inline>
48. Bergeat M, Vergier N, Verger P, Lutaud R, Fery-Lemonnier E, Ourliac B, Ventelou B, Bournot MC, Hérault T & Zemour F. Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022. Etudes et Résultats n° 1244 [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 26 oct 2022; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/ER1244.pdf>
49. 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>
50. 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>
51. Innovation e-santé Sud. Panorama 2019 - Activité des services d'urgence [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/00460588720879ad770d4>
52. Assistance publiques des hôpitaux de Paris. Dossier : Cancers gynécologiques [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.aphp.fr/cancers-gynecologiques>
53. Cnam. Baromètre Handifaction : résultats et analyses [Internet]. Disponible sur: <https://www.handifaction.fr/barometre/>
54. INSEE. Les écarts d'espérance de vie entre cadres et ouvriers : 5 ans chez les hommes, 3 ans chez les femmes. Insee Première n°2005. juill 2024; Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/8220688/ip2005.pdf>
55. Institut national du cancer. Panorama des cancers en France édition 2023 [Internet]. 2023 juill. Disponible sur: https://www.cancer.fr/content/download/8030/file/Panorama_des_cancers_2023.pdf?version=12
56. Marant-Micallef C, Shield K, Vignat J, Hill C, Rogel A, Menvielle G, Dossus L, Ormsby JN, Rehm J, Rushton L, Vineis P, Parkin M, Bray F, Soerjomataram I. Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. Bull Épidémiologique Hebd 45-46. 2018, n°. 21:442-8.
57. Institut National du Cancer. VICAN 5 - La vie cinq ans après un diagnostic de cancer. [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.proinfooscancer.org/sites/default/files/2018-6-19-la_vie_cinq_ans_apres_un_diagnostic_de_cancer_rapport_mel_inserm-inca.pdf
58. Épidémiologie des maladies cardiovasculaires en France. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire [Internet]. 4 mars 2025; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-4-mars-2025-n-hs-epidemiologie-des-maladies-cardiovasculaires-en-france>
59. Santé Publique France. Dossier diabète [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete>
60. 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>
61. 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
62. 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
63. Réseau Sentinelles, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique (IPLESP, UMR- S1136 Inserm/Sorbonne Université), Ministère des solidarités et de la santé. Etude AVICOU: Epidémiologie des accidents de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans vus en consultation de médecine générale et de pédiatrie en France hexagonale, 2022-2023 [Internet]. Disponible sur: https://www.sentiweb.fr/document/i_58BatiDRFq
64. Santé Publique France. Surveillance des noyades durant l'été 2024. Point au 30 août 2024. [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/654308/4394413?version=1>
65. Léon C, du Roscoat E, Beck F. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du baromètre 2021. Bull Épidémiologique Hebd 2023 N° 2. :28-40.
66. Léon C, du Roscoat E, Beck C. Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. Bull Épidémiol Hebd 2024342-56 [Internet]. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/3/pdf/2024_3_1.pdf
67. Observatoire national du suicide. Suicide : Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associations [Internet]. 2016. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/ons2016_mel_220216.pdf
68. Khiredine Medouni I, Breuillard E, Bossard C. Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants - Situation 2010-2011 et évolution 2007-2011. [Internet]. Santé Publique France; 2016. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/182911/2308357?version=1>

69. Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière. Accidentalité routière 2024 en France : résultats provisoires au 30 janvier 2025 [Internet]. Disponible sur: https://www.onisr.securite-routiere.gouv.fr/sites/default/files/2025-01/2025%2001%2030_ONISR_Accidentalite%20C3%A9_Bilan_provisoire_2024_v8ter.pdf
70. Le point épidémiologique. Indicateurs tabac 201. Provence-Alpes-Côte d'Azur. [Internet]. Santé Publique France; 2023. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/547512/document_file/pe_tabac_paca_170723.pdf
71. Santé Publique France. Alcool en Paca. Bilan de la consommation en 2021 et des passages aux urgences en 2023. [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/622513/4271176?version=2>
72. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Philippon A, Brissot A, Eroukmanoff V, PHILIPPON, Antoine, BRISSOT, Alex, EROUKMANOFF, et al. Les drogues à 17 ans : analyses régionales. Enquête ESCAPAD 2022 [Internet]. Observatoire français des drogues et toxicomanies; 2024 févr. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2025-03/rapport-escapad-regions-2022_1.pdf
73. 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>
74. Santé Publique France. Consommation d'alcool dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire n° 5-6 [Internet]. 2019; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/376259/3164457>
75. Santé Publique France. Dossier : Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé ?
76. Semenza JC, Suk JE. Vector-borne diseases and climate change: a European perspective. FEMS Microbiol Lett. 1 févr 2018;365(2).
77. Santé Publique France. Dossier : Maladies à transmission vectorielle [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-transmission-vectorielle>
78. Cazein F, Pichon P, Kunkel A, Lot F. Qui sont les personnes ayant développé un sida en France depuis 2012, malgré l'existence de traitements efficaces ? Ull Épidémiol Hebd 202423-24549-57 [Internet]. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/23-24/pdf/2024_23-24_6.pdf
79. Santé Publique France. Surveillance sanitaire. Bulletin hebdomadaire. Édition Provence-Alpes- Côte d'Azur. [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.sante-publiquefrance.fr/content/download/660800/4420149%3Fversion%3D2>
80. 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
81. 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/>
82. INSERM. Obésité : Une maladie des tissus adipeux [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite>
83. 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
84. 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>
85. 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
86. 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/concertation-grand-age-et-autonomie/article/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie>
87. 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-veillissement/>
88. 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_Mede_ric_Alzheimer_1600705624.pdf



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 Mai 2025
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.