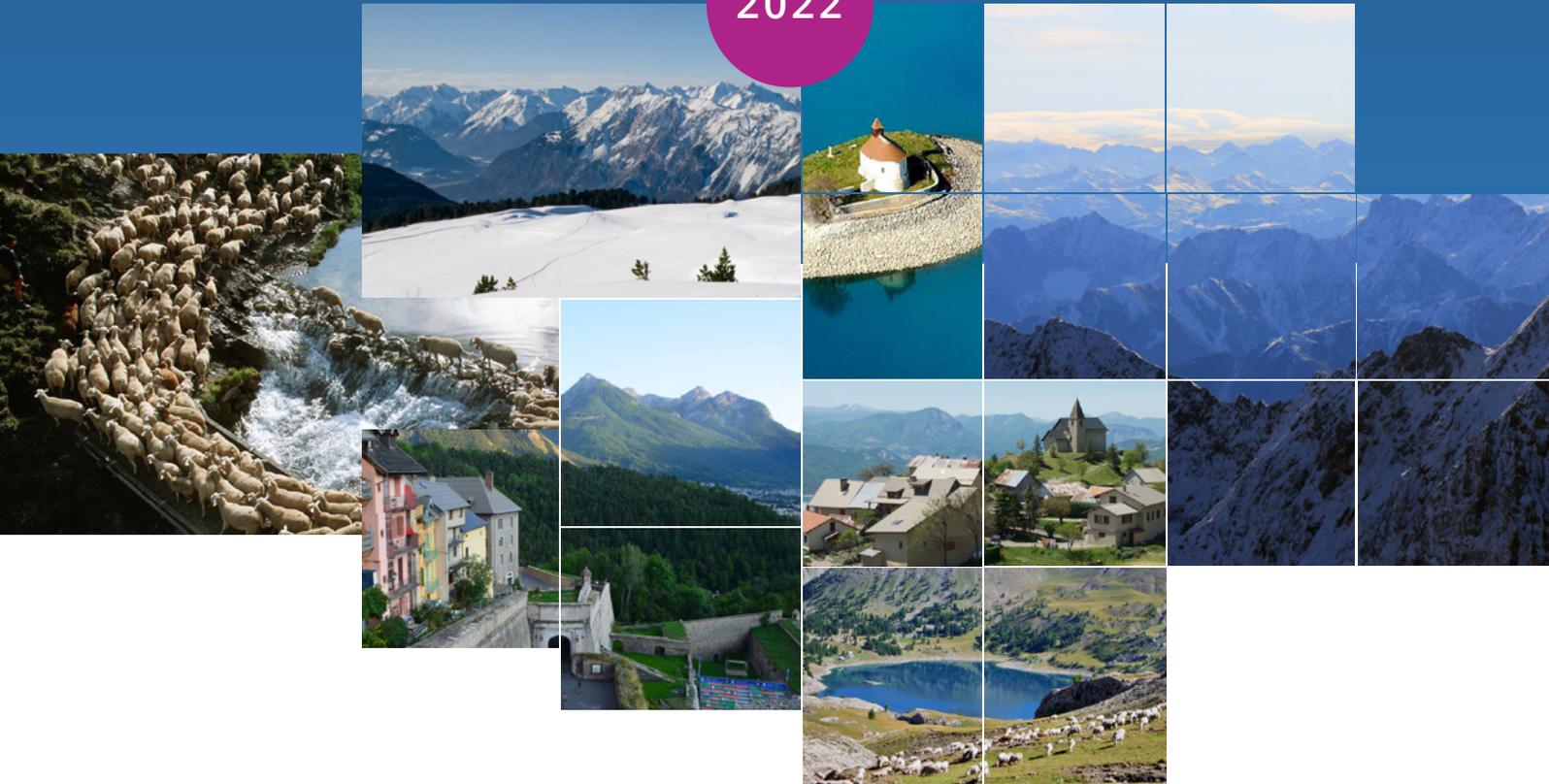




PORTRAIT SOCIO-SANITAIRE ET ENVIRONNEMENTAL DÉPARTEMENT DES HAUTES-ALPES

2022



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

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

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

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

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

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



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



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

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

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

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

L'ensemble des documents produits est disponible sur :

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

et sur le Système d'Information Régional en Santé

www.sirsepac.org.

SOMMAIRE

LE TERRITOIRE	1	L'OFFRE DE SOINS	18
L'ESSENTIEL	1	L'ESSENTIEL	18
Le département avec l'altitude moyenne la plus élevée de France	2	L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ	19
6 sous-territoires singuliers au sein du département	2	16 % de la population des Hautes-Alpes à plus de 10 minutes de route du médecin généraliste le plus proche	19
La mobilité : un enjeu majeur dans les Hautes-Alpes	3	Une baisse de l'effectif de médecins généralistes libéraux moins rapide que dans la région, sauf dans le Briançonnais	20
Des disparités d'accès aux équipements au sein du département	4	Toutes les communes du département identifiées comme ayant des difficultés d'accès aux soins par l'Agence Régionale de Santé	22
Une activité économique présentielle et une forte saisonnalité de l'emploi	5	10 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles dans les Hautes-Alpes, dont la moitié en Zone d'Intervention Prioritaire	22
Un département relativement épargné par la pollution atmosphérique	6	Le recours au médecin généraliste le plus important de la région	23
Un département exposé à de multiples risques naturels	7	Un département globalement bien doté en professionnels paramédicaux, malgré des inégalités territoriales	24
Des changements climatiques rapides et marqués dans les milieux montagneux	9	27 pôles d'attractivité pour les soins de premier recours dans le département	25
Une qualité de l'eau potable qui s'améliore, mais qui reste moins bonne que dans la région	10	Une densité de médecins spécialistes libéraux moins élevée que dans la région	26
Près d'1 logement sur 2 est une résidence secondaire dans les Hautes-Alpes	11	Près de 9 médecins spécialistes sur 10 installés dans la commune de Gap	27
LA POPULATION	12	Une offre de spécialistes libéraux en augmentation depuis 2019	28
L'ESSENTIEL	12	Le recours aux spécialistes libéraux le plus faible de la région, et un des plus bas de France métropolitaine	28
Le département le moins peuplé de la région	13	Une hausse des téléconsultations avec l'épidémie de Covid-19	29
Un fort ralentissement de la croissance démographique	13	L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIÈRE	31
Une population plus âgée que dans la région, surtout dans le pays du Buëch et le Champsaur	14	1 habitant sur 5 à plus de 30 minutes du service d'urgences le plus proche	31
De nombreuses personnes âgées vivant seules, notamment en haute montagne	15	Le taux de passage aux urgences le plus élevé de la région	32
Des inégalités sociales moins marquées que dans la région	15	7 établissements sanitaires sur 10 dans le secteur privé	32
Moins de bénéficiaires de prestations sociales que dans la région	16	Une capacité hospitalière importante en soins de longue durée, soins de suite et en psychiatrie infanto-juvénile	34
Une population qualifiée, malgré des disparités territoriales importantes	16	L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE	34
Un taux de chômage moins élevé que dans la région, y compris chez les jeunes	17	Un taux d'équipement élevé en EHPAD et en services de soins infirmiers à domicile	34
		Le département de la région le mieux équipé en structures d'hébergement, d'insertion professionnelle et d'accompagnement pour les adultes avec un handicap	35
		Le département de la région le mieux équipé de la région en structures de prise en charge des enfants en situation de handicap	36

LA RÉALISATION DES ACTES DE PRÉVENTION37

L'ESSENTIEL..... 37

Près de la moitié des enfants de 6 ans ont bénéficié d'un bilan de prévention buccodentaire ou d'une consultation chez le dentiste 38

Près de 2 femmes sur 3 n'ont pas consulté de gynécologue au cours des 24 derniers mois 38

La participation aux dépistages des cancers la plus élevée de la région 39

Des couvertures vaccinales plus élevées que dans la région, mais inférieures à la moyenne nationale 40

L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION41

L'ESSENTIEL..... 41

La proportion de naissances de petit poids la plus élevée de la région 42

Une augmentation de la prévalence des maladies chroniques 42

Des personnes avec un handicap qui cumulent les difficultés 43

L'espérance de vie à la naissance la plus élevée de la région 43

Le taux de mortalité prématurée le plus faible de la région 44

1 décès sur 2 lié à un cancer ou une maladie de l'appareil circulatoire 45

Des données de mortalité plus favorables que dans la région, malgré des disparités territoriales 45

Une surmortalité par rapport à la région dans le Gapençais pour les pathologies liées à une consommation excessive d'alcool chez les femmes 51

Une surmortalité chez les personnes âgées dans les Hautes-Alpes au 2^{ème} semestre 2020, probablement liée à la Covid-19 52

Davantage de décès par accidents de la vie courante que dans la région 55

De nombreux enjeux associés au vieillissement de la population 56

Davantage de décès liés à une maladie du système nerveux chez les femmes dans le Gapençais et le Champsaur 57

Des personnes dépendantes à domicile de plus en plus nombreuses 58

BIBLIOGRAPHIE59



1

LE TERRITOIRE

L'ESSENTIEL

- ▶ Un territoire faiblement peuplé et largement occupé par les espaces naturels ;
- ▶ Le département avec l'altitude moyenne la plus élevée de France ;
- ▶ Des enjeux liés à la mobilité et à l'accès aux équipements dans le département ;
- ▶ Une qualité de l'eau de consommation moins bonne que dans le reste de la région, mais qui s'améliore ;
- ▶ Un département moins touché par la pollution atmosphérique que le reste de la région ;
- ▶ Un tiers des ménages en situation de vulnérabilité énergétique.

Le département avec l'altitude moyenne la plus élevée de France

Le département des Hautes-Alpes, le plus au nord de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, est encadré par les départements des Alpes-de-Haute-Provence, de la Drôme, de l'Isère et de la Savoie et est frontalier avec l'Italie (Figure 1).



Figure 1 : Carte du département des Hautes-Alpes (Source : encyclopédie Larousse)

Avec une superficie de 5 628 km², il représente 18 % du territoire régional, mais seulement 3 % de sa population. Le département des Hautes-Alpes est entièrement situé en zone de montagne : il se compose de vallées, gorges et massifs étagés de 500 à 4 100 mètres d'altitude, ce qui en fait le département avec l'altitude moyenne la plus élevée de France. Ainsi, la moitié de la population haute-alpine vit au-dessus de 1 000 mètres d'altitude.

En 2018, avec moins de 2 % de sa superficie artificialisée, le département des Hautes-Alpes constituait, avec les Alpes-de-Haute-Provence, le 2^{ème} département le moins urbanisé de France derrière la Lozère. Il constituait également le 3^{ème} département de France avec la proportion la plus élevée d'espaces naturels (83,1 %), derrière la Haute-Corse et la Corse-du-Sud (région : 67,5 %). Par contre, il comptait une proportion plus modeste de territoires agricoles (15,1 %), moins élevée que dans la région (22,8 %) (Source : CORINE Land Cover - CGDD-SDES 2018).

De par sa situation géographique et topographique, au carrefour des Alpes et de la Méditerranée, le département des Hautes-Alpes abrite des milieux naturels variés (11 unités paysagères^[1]) et une

[1] Vallée de la Haute Durance, vallée de la Moyenne Durance, vallée du lac de Serre-Ponçon, vallée des Dracs, massif du Dévoluy, bassin de Gap, vallée du Guil, vallée des Ecrins, vallée de la Guisane, vallée de la Clarée, vallée du Buëch

biodiversité exceptionnelle. Ce département compte de nombreux espaces protégés, parmi lesquels un Parc naturel national (Les Ecrins) et deux Parcs naturels régionaux (les Baronnies Provençales et le Queyras).

6 sous-territoires singuliers au sein du département

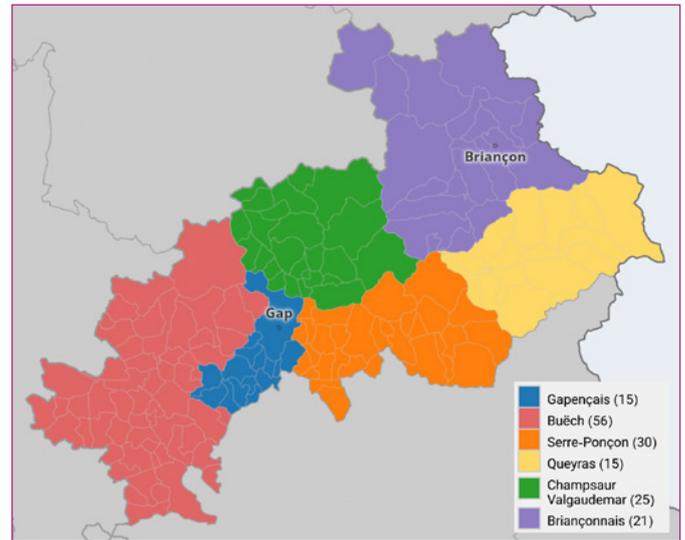


Figure 2 : Proposition de zonage du département des Hautes-Alpes en 6 sous-territoires (Source : ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur)

Ce département peut être découpé en 6 sous-territoires singuliers : le Gapençais, le pays du Buëch, Serre-Ponçon, le Queyras, le Champsaur Valgaudemar et le Briançonnais. (Figure 2).

➔ **Le Gapençais** est une agglomération organisée autour de Gap, ville centre et principal pôle économique et d'équipement du département. Plus d'un tiers de la population des Hautes-Alpes réside au sein de ce territoire. Localisé au centre du département, il est situé au carrefour des axes de communication qui desservent l'ensemble du département. Il correspond à un bassin historiquement agricole gagné peu à peu par la périurbanisation.

➔ **Le pays du Buëch** est situé dans la partie sud-ouest du département, entre Sisteron et Gap et aux portes du Parc naturel régional des Baronnies Provençales. Il s'agit d'un territoire d'arrière-pays composé de montagnes, de collines boisées entrecoupées de plaines et de vallées agricoles. Il bénéficie de la présence de l'autoroute A51 et d'une bonne desserte ferroviaire. Composé essentiellement d'espaces naturels et agricoles, ce territoire à dominante rurale offre un cadre de vie privilégié à sa population.

➔ **Serre-Ponçon** est un territoire situé sur le versant sud du massif des Ecrins, dans la vallée de la Durance, à la limite du département des Alpes-de-Haute-Provence. Sa ville centre est Embrun, commune

comptant un peu plus de 6 200 habitants. Ce territoire s'organise autour de la vallée de la Durance et du lac de Serre-Ponçon, plus grand lac artificiel de France métropolitaine. Il attire de nombreux touristes amateurs de nautisme, de sports d'eaux-vives et d'activités de pleine nature (randonnée, vtt, via ferratas...). Ce territoire compte également 3 stations de ski (Les Orres, Réallon, Crévoux).

→ **Le Champsaur Valgaudemar** est bordé à l'ouest par le massif du Dévoluy, au nord et à l'est par le massif des Écrins, classé parc naturel national. Ce territoire de haute montagne, localisé entre Alpes du Nord et Alpes du Sud, compte 150 sommets de plus de 3000 m et de vastes étendues d'alpages. La population de ce territoire est éparpillée dans de nombreux villages et hameaux de montagne peu peuplés. Les équipements et services de ce territoire sont concentrés dans les trois bourgs-centres du territoire (Saint-Bonnet-en-Champsaur, Saint-Firmin et Saint-Jean-Saint-Nicolas).

→ **Le Queyras** est un territoire de haute montagne situé à l'extrémité est du département des Hautes-Alpes, aux confins de l'Italie. Il compte 28 montagnes dépassant les 3000 mètres d'altitude. Contraint par son relief et son climat, il présente un certain enclavement vis-à-vis des principaux équipements du département et est relativement difficile d'accès. Ce territoire, abritant le Parc naturel régional du Queyras, se distingue par son patrimoine environnemental. Il bénéficie d'une double saisonnalité touristique, liée aux activités de sports d'hiver, à la randonnée pédestre et aux sports de pleine nature.

→ **Le Briançonnais** est localisé au nord du département, à la frontière avec l'Italie et avec les départements de l'Isère et de la Savoie. Ce territoire est notamment composé notamment de la haute vallée de la Durance en amont de L'Argentière-la-Bessée, de la haute vallée de la Guisane, de la Vallouise et de la Clarée. Cependant, ce territoire éloigné des pôles urbains et des grands axes de circulation est difficilement accessible. La commune de Briançon, idéalement placée au centre géographique du territoire et au croisement de différentes vallées, constitue la ville centre du territoire. Le Briançonnais est un territoire hautement touristique, hiver comme été (sports d'hiver et activités de montagne).

La mobilité : un enjeu majeur dans les Hautes-Alpes

Au 31 décembre 2017, la longueur totale du réseau routier du département des Hautes-Alpes était de 4 822 kilomètres, se répartissant en 26 kilomètres d'autoroutes, 153 kilomètres de routes nationales, 1 935 kilomètres de routes départementales et 2 708 kilomètres de voies communales (1). Dans ce département, les voies de communication routières se structurent en peigne, dans les vallées. L'autoroute A51 dessert le sud du département (vallée de la Durance) et se termine à la Saulce, sur un échangeur avec la route nationale 85. Les deux routes nationales partent de Gap et la relie à Embrun, Briançon et à la frontière italienne à l'est (RN 94) et au département de l'Isère au nord (RN 85). Dans ce territoire de montagne, le réseau routier se situe en moyenne à 1 000 mètres d'altitude : les déplacements y sont fortement impactés par la topographie (cols, routes sinueuses), les intempéries (neige) et les risques naturels (glissements de terrain) (2).

Chaque jour, dans les Hautes-Alpes, environ 43 600 actifs se déplacent en voiture pour se rendre sur leur lieu de travail, à en moyenne 19,2 km de leur domicile. En 2019, environ 1 actif sur 6 (16,3 %) travaillait à plus de 30 minutes de son domicile, la proportion la plus faible de la région (22,9 %). La voiture reste le principal mode de déplacement des actifs (75,3 %), surtout dans le Champsaur Valgaudemar (82,1 %) et dans le territoire de Serre-Ponçon (80,8 %) (région : 72,6 %) (Source : Insee RP 2019).

En 2020, le département des Hautes-Alpes comptait 117 équipements de transport, soit un taux d'équipement de 0,8 équipement de transport pour 1 000 habitants, le deuxième taux le plus faible de la région après le Vaucluse (moyenne régionale : 1,4 équipements pour 1 000 habitants) (Source : Insee Base Permanente des Equipements 2020). Le réseau ferré du département est limité (183 km) et s'appuie sur 3 lignes TER (Briançon-Marseille, Briançon-Romans et Briançon-Grenoble) desservant 10 gares. En complément, 36 lignes de car départementales (24 lignes régulières et 12 saisonnières), 7 lignes régionales (LER) et 1 ligne transfrontalière desservent les différents secteurs du département. Au sein de ce territoire, seules les communes de Gap et de Briançon bénéficient d'un réseau urbain de transport en commun.

En 2019, 3,8 % des actifs résidant dans les Hautes-Alpes se rendaient sur leur lieu de travail en transports en commun, une proportion 3 fois plus faible que dans la région (10,6 %). L'utilisation des transports en commun était bien inférieure à la moyenne régionale dans tous les sous-territoires du département (de 1,0 % dans le Champsaur à 5,8 % dans le Gapençais) (Source : Insee 2019).

En 2021, une enquête sur la mobilité a été réalisée auprès des habitants des Hautes-Alpes. Parmi les personnes interrogées, 90 % ont déclaré utiliser régulièrement leur voiture pour leurs déplacements personnels et 75 % pour se rendre au travail. Pour plus de 3 personnes sur 4 (77 %), L'offre ferroviaire est jugée mauvaise par plus des trois quarts des personnes interrogées (77 %), de même que l'offre de cars l'est pour 1 personne sur 2 (49 %). Les principaux freins évoqués à l'utilisation des transports en commun sont une fréquence de passage trop faible (44 %), des horaires inadaptés (22 %) et une mauvaise desserte de certains lieux (21 %) (3)



En 2020, 230 accidents corporels ont été dénombrés dans les Hautes-Alpes. Le nombre des accidents graves (avec blessé hospitalisé ou tué) a fortement baissé dans le département (-29 %) et représente moins d'un tiers du total des accidents corporels (31%). Les deux tiers des accidents graves se sont produits hors agglomération (4).

Entre 2013 et 2017, 9 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'un accident de la route dans les Hautes-Alpes. En comparaison de la région, une surmortalité par accidents de la route est relevée dans le département chez les femmes (+79,4 %), mais pas chez les hommes (différence non significative) (Source : Inserm CépiDC 2013-2017).



Des disparités d'accès aux équipements au sein du département

En 2020, les Hautes-Alpes étaient dotés d'environ 9 150 équipements, soit un taux de 65,1 équipements pour 1 000 habitants, plus élevé que dans la région (54,7 équipements pour 1 000 habitants) (Source : Insee, Base permanente des équipements 2020). Ce fort taux d'équipement résulte de la vocation touristique du département et de sa géographie. Ce constat doit cependant être relativisé au regard des temps d'accès élevés constatés (5).

En effet, en 2014, le temps d'accès moyen au panier de services de proximité pour la vie quotidienne^[2] était d'environ 13 minutes en voiture: il s'agit du 9^e département de France où la population est la plus éloignée des équipements et services de proximité. Dans certains secteurs du département, en haute montagne et dans le sud du pays du Buëch, cet accès dépassait 20 voire 30 minutes (6). De même, environ 30 000 habitants, soit 21 % de la population du département, était située à plus de 30 mn des équipements de la gamme supérieure (lycées, hypermarchés, hôpitaux...). Cet éloignement était particulièrement important pour les établissements de santé : en 2014, plus d'un tiers des habitants (35 %) résidaient à plus de 30 mn de la maternité la plus proche, contre 7 % de la population de la région (6).

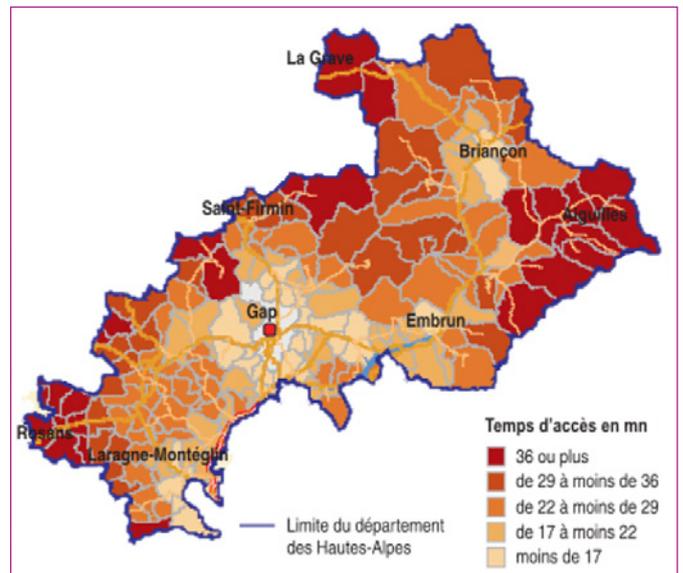


Figure 3 : Temps d'accès moyen aux équipements de la gamme supérieure (Source : Insee IGN 2014)

L'agglomération de Gap dispose de tous les équipements et services, y compris les plus rares (hôpitaux, hypermarchés, lycées, site universitaire...) et constitue le principal pôle d'équipements et de services départemental (7). La population résidant dans les grandes villes du département et dans la

[2] Panier de 27 services pour la vie quotidienne : boulangerie, épicerie, coiffeur, banque, bureau de poste, police ou gendarmerie, déchetterie, bibliothèque...

vallée de la Durance disposent d'un accès satisfaisant aux équipements supérieurs. A l'inverse, un quart de la population des Hautes-Alpes (24 %) vit à plus de 45 minutes des équipements de la gamme supérieure, principalement dans les Baronnies Provençales, et en haute montagne (3).



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

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

En 2020, les Hautes-Alpes comptabilisaient environ 15 600 entreprises et, en 2019, environ 58 000 actifs ayant un emploi. Près de la moitié des emplois référencés dans le département (48,1 %) étaient localisés à Gap (37,4 %) et Briançon (10,7 %). Entre 2013 et 2019, le nombre d'emplois a diminué de - 1,5 % dans le département, contrairement à la tendance régionale (+ 2,1 %) (Source : Insee RP et REE-Sirene 2019).

Le poids de l'économie présente est très important dans ce département : en 2019, près de la moitié des emplois salariés (46,4 %) était dans le secteur des commerces et des services (transports, hébergement restauration, information et communication...) (région : 48,6 %) et 4 emplois sur 10 (39,8 %) dans des administrations publiques (région : 35 %). Par contre, ce département est peu industrialisé : la proportion d'emplois dans ce secteur était 2 fois moins élevée dans les Hautes-Alpes (4,9 %) que dans la région (9,3 %). Enfin, les agriculteurs représentaient 2,8 % des actifs, une proportion 4 fois plus importante que dans la région (0,7 %).

L'agriculture

- ▶ En 2020, environ 195 000 hectares de surfaces agricoles utiles en 2019 (34 % de la superficie du département, dont 34 % en agriculture biologique (3^e rang national) (8) ;
- ▶ 36 % des exploitations spécialisées en élevage d'ovins et caprins : 1^{er} cheptel de la région (8) ;
- ▶ 2^{ème} producteur national de pommes et 3^{ème} de poires de table (8) ;
- ▶ Une activité agricole spécialisée dans certains territoires : arboriculture dans le pays du Buëch et le Gapençais, filière lait dans le Champsaur Valgaudemar, élevage dans le Dévoluy (9).



Accès à une alimentation de qualité : disposer d'une production agricole diversifiée, de qualité, respectant la saisonnalité et l'environnement est une opportunité pour la population de manger sainement et durablement. Les consommateurs privilégient de plus en plus une alimentation de qualité valorisant les productions des territoires (10).

Risques professionnels : l'agriculture est un secteur à risque, de par le nombre et la gravité des accidents du travail qu'il engendre (11). Les salariés sont exposés à des risques professionnels variés (gestes répétitifs, utilisation de machines dangereuses, exposition aux pesticides et engrais, etc.). Par ailleurs, un excès de risque de décès par suicide a été observé chez les agriculteurs (12).

Exposition de la population aux pesticides : Les niveaux d'imprégnation de la population restent mal connus, mais deux études réalisées par Santé Publique France suggèrent une exposition généralisée de la population aux pesticides à usage domestique ou agricole à long terme, mais à faible dose (13).

- ▶ Pour 93 % des habitants de la région, les pesticides représentent un risque pour la santé (10).

Le tourisme

- ▶ De nombreux atouts pour le tourisme : espaces naturels remarquables, lac de Serre-Ponçon, stations de sports d'hiver (9 grands domaines et 18 stations villages) ... ;
- ▶ Une double saisonnalité touristique (été et hiver) (7) ;
- ▶ Une population multipliée par 3 pendant la saison touristique (6) ;
- ▶ En 2019, près de la moitié du parc de logements (45,5 %) constitué de résidences secondaires (région : 17,8 %) (Source : Insee RP 2019).



Le tourisme peut entraîner une saturation majeure des espaces naturels et des réseaux routiers. Il produit une pression supplémentaire sur les milieux et écosystèmes terrestres et marins déjà fragiles. Il soulève la problématique de la gestion des ressources en eau et en énergie ainsi que la gestion des déchets issus de l'activité humaine. Pendant la saison touristique, la population augmente de façon importante, ce qui peut occasionner la saturation des équipements de santé et impacter l'activité des professionnels de santé du territoire.

Les travailleurs saisonniers

- ▶ Les secteurs du tourisme et de l'agriculture : principaux employeurs de travailleurs saisonniers ;
- ▶ La zone d'emploi de Briançon : 1^e territoire employeur de travailleurs saisonniers de la région (1 emploi sur 10) (14).



Les travailleurs saisonniers constituent une population vulnérable sur le plan 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 (15,16).

Un département relativement épargné par la pollution atmosphérique

Les Hautes-Alpes constituent l'un des départements de la région les moins touchés par la pollution de l'air (Figure 4). Les principaux émetteurs du territoire sont le secteur résidentiel/tertiaire (64 % des émissions en particules fines (PM2,5) et le transport routier (55% des émissions de dioxydes d'azote). L'agriculture est un émetteur prépondérant d'autres polluants tels que les Composés Organiques Volatils Non Méthaniques (COVM) et l'ammoniac (NH3). Les émissions d'ammoniac des Hautes-Alpes représentent plus de 14 % des émissions régionales (17).

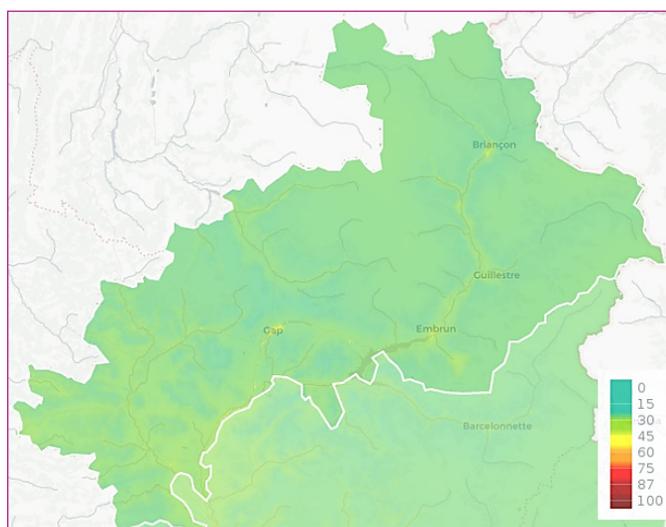


Figure 4 : Indice Synthétique Air (ISA) dans les Hautes-Alpes en 2020 (Source : Atmosud 2020)

Au sein de ce territoire, la pollution atmosphérique du département est plus souvent liée à des transports de polluants venant des territoires limitrophes (Italie, région Auvergne-Rhône-Alpes, départements méridionaux de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur), qu'à la production de polluants primaires locaux. En effet, dans les Hautes-Alpes, les zones urbanisées et les activités industrielles émettrices de polluants sont peu nombreuses. L'essentiel de ce territoire se compose d'espaces naturels dont une grande partie est protégée. Les zones les plus émettrices en polluants atmosphériques sont celles où les activités humaines sont concentrées, principalement la ville de Gap et ses environs. Ce département dispose également d'enjeux plus locaux, tels que le chauffage au bois et le brûlage des déchets verts dans les zones rurales et périurbaines (17).

Ces dernières années, la qualité de l'air s'est améliorée pour la plupart des polluants dans les Hautes-Alpes, comme dans la région : depuis 2000, les niveaux de dioxyde d'azote ont baissé d'environ 50 %, les niveaux de particules fines (PM10) d'environ 40 % et ceux de particules très fines (PM2,5) d'environ 50 %. L'ozone

est le seul polluant qui montre une stagnation de ses niveaux de pollution, ne permettant pas de diminuer la pollution chronique. Une amélioration de la pollution de pointe (épisodes) a toutefois été constatée. Les améliorations technologiques dans les transports et les chauffages ainsi que les actions locales ont contribué à l'amélioration de la qualité de l'air depuis plusieurs décennies (17).

En 2020, 8,7 % de la population des Hautes-Alpes était exposée à une concentration moyenne d'ozone dépassant la valeur cible de l'Union Européenne, la valeur la plus faible de la région (41,8 %). Par ailleurs, 0,1 % de la population était exposée à une concentration moyenne de dioxyde d'azote supérieure aux recommandations de l'OMS (région : 4,4 %). La population des Hautes-Alpes n'était pas concernée par le dépassement des seuils de l'OMS pour le dioxyde d'azote (Source : AtmoSud 2020).



Points de repère sur les impacts sanitaires de la pollution atmosphérique

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la pollution atmosphérique constitue le principal risque environnemental pour la santé. 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 (18), augmentation de la mortalité, développement de maladies cardiovasculaires, de maladies respiratoires chroniques ou aigues et du cancer du poumon. Des études récentes montrent également le rôle de la pollution de l'air sur les troubles de la reproduction, les troubles du développement de l'enfant, les affections neurologiques et le diabète de type 2 (19,20).

- ▶ D'après les dernières estimations de Santé Publique France, l'exposition chronique à la pollution liée aux particules fines engendrerait environ 40 000 décès prématurés en France chaque année (21) ;
- ▶ En 2017, 4 habitants de la région sur 10 jugeaient que les pics de pollution et les niveaux de pollution quotidienne de l'air les exposaient à des risques pour la santé « plutôt ou très élevés » ;
- ▶ La même proportion de répondants a déclaré avoir déjà ressenti les effets de la pollution de l'air extérieur sur leur santé ou celle de leur entourage proche (10).

Un département exposé à de multiples risques naturels

Du fait des influences climatiques diverses du climat, du caractère montagnoux du département et de la nature des cours d'eau, les phénomènes d'origine naturelle (avalanches, crues torrentielles, inondations, mouvements de terrain) sont prépondérants dans les Hautes-Alpes.

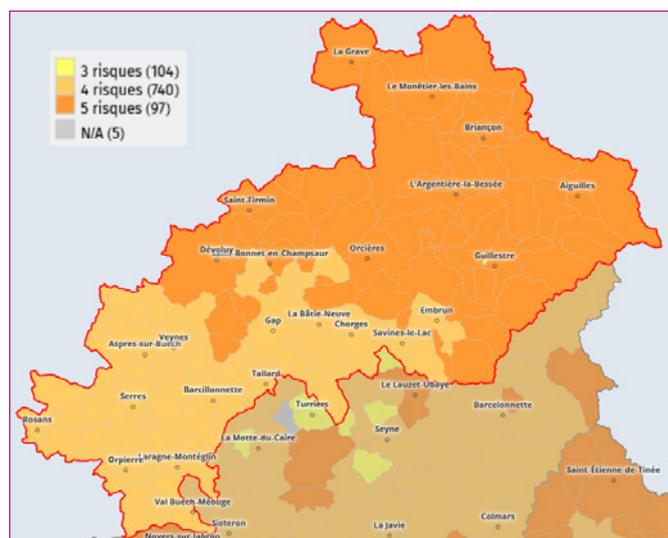


Figure 5 : Nombre de risques naturels potentiels (avalanches, inondations, feux de forêt, mouvements de terrain, séismes) par commune, 2022 (Source : base Gaspar, 2022), www.sirsepaca.org

En 2020, toutes les communes des Hautes-Alpes étaient concernées par au moins 3 risques naturels potentiels, parmi les avalanches, les inondations, les feux de forêt, les séismes et les mouvements de terrain (Figure 5). La totalité des communes du département étaient exposées aux risques de mouvements de terrain, de séisme et d'incendies de forêt et la quasi-totalité d'entre elles (99,4 %) au risque d'inondations. Le risque d'avalanches concernait presque 4 communes sur 10 (38,9 %) (Source : Ministère de la transition écologique et solidaire, Direction générale de la prévention des risques, base Gaspar 2020). Par ailleurs, en 2021, plus d'1 commune des Hautes-Alpes sur 3 (35,8 %) était couverte par au moins un Plan de Prévention des Risques Naturels (région : 56,3 %).

Les feux de forêt

- ▶ Plus de 234 000 hectares de forêt dans le département, un taux de boisement en progression **(22)** ;
- ▶ Environ 70 % de la surface du département concernée par le risque de feux de forêt (altitude inférieure à 2 000 mètres) **(22)** ;
- ▶ De 1982 à 2022, 694 feux ont détruit 3 119 ha de forêt dans les Hautes-Alpes (*Source : Base Prométhée, juillet 2022*).

Les inondations

- ▶ Les crues torrentielles : le risque le plus prégnant dans les Hautes-Alpes, en raison du caractère montagneux du département **(22)** ;
- ▶ Des risques d'inondations de plaine lié à la Durance et au ruissellement pluvial urbain **(22)** ;
- ▶ En 2016, 14 200 personnes résidaient en zone inondable, soit 10 % de la population des Hautes-Alpes **(23)** ;
- ▶ 4 700 emplacements de camping (41 %) et 700 chambres d'hôtels (18 %) étaient localisés en zone inondable **(23)**.

Les avalanches

- ▶ 63 communes concernées par le risque d'avalanches dans les Hautes-Alpes, notamment dans le Queyras, ainsi que dans les vallées de la Clarée, du Valgaudemar et de la Vallouise **(22)** ;
- ▶ Un tiers des communes du département couvertes par un Plan de Prévention des Avalanches **(22)** ;
- ▶ Le 15 septembre 2015 à Pelvoux, 7 alpinistes ont été tués dans une avalanche **(22)**.

Les mouvements de terrain

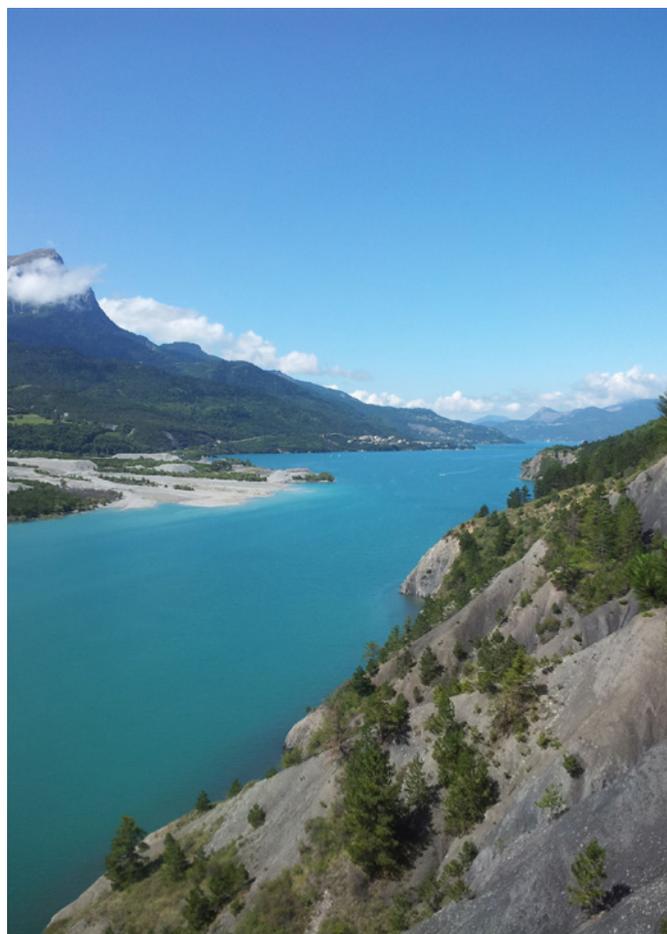
- ▶ La totalité du département concernée par les mouvements de terrain, essentiellement sous forme de chutes de blocs et de glissements de terrain **(22)** ;
- ▶ Des risques qui concernent notamment certains axes de circulation (Méouge, Guil, Valgaudemar, Romanche) **(22)**, avec un risque d'enclavement temporaire de certains villages **(24)** ;
- ▶ Des risques d'effondrement dans certaines communes liés à l'existence d'anciens sites miniers, essentiellement dans le Briançonnais^[3] **(22)**.



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

Les conséquences somatiques sont variables et dépendent notamment du type de catastrophe naturelle ainsi que des niveaux d'exposition : décès, traumatismes, brûlures, hypothermies, infections bactériennes, affections cardio-vasculaires, etc. Les conséquences psychologiques sont également nombreuses (troubles anxieux et dépressifs, état de stress post-traumatique, suicides, etc.), de même que les conséquences sociales (relogement, pertes matérielles, difficultés financières, interruption d'activité professionnelle, etc.) **(25,26)**. En France, plusieurs études ont mis en évidence la survenue et la persistance de troubles psychologiques après des catastrophes naturelles **(27,28)**.

- ▶ Entre 1987 et 2016, les catastrophes naturelles ont provoqué le décès de 51 personnes dans les Hautes-Alpes, soit 9,6 % des décès régionaux liés aux catastrophes naturelles (*Source : Inserm CapiDC 2013-2017, exploitation ORS Paca*).



[3] Risque minier qui concerne les communes de l'Argentière, Aspres-les-Corps, Briançon, Monêtier-les-Bains, Nevache, Puy-St-André, St-Chaffrey, St-Crépin, La-Salle-les-Alpes, les Vigneaux, Villard-St-Pancrace.

Des changements climatiques rapides et marqués dans les milieux montagneux

Malgré une contribution modeste aux émissions de gaz à effet de serre en comparaison espaces urbains densément peuplés, les territoires de montagne subissent des changements climatiques plus rapides et plus marqués qu'en plaine. Comme le recul des glaciers, un enneigement en basse et moyenne altitude moins abondant, une période estivale plus marquée (24).

La hausse des températures

- ▶ Une température de l'air qui a augmenté de près de 2°C par rapport à l'ère préindustrielle dans les Alpes du Sud, contre une hausse d'environ 1°C à l'échelle mondiale (24) ;
- ▶ Un réchauffement plus marqué en été (+ 0,4 à 0,5 °C par décennie) qu'en hiver (0,1 °C par décennie) (24) ;
- ▶ Une augmentation importante du nombre de journées où la température dépasse 30°C en vallée (24).

La diminution de l'enneigement

- ▶ Constat d'un recul des glaciers et d'une diminution de l'enneigement, notamment à basse et moyenne altitude : diminution d'environ 20 cm de l'épaisseur moyenne de la couche neigeuse et d'un peu moins de 50 cm de la hauteur maximale de neige (29).

Une augmentation des risques naturels

- ▶ Augmentation du risque d'incendies, notamment à basse altitude ;
- ▶ Réduction de la biodiversité ;
- ▶ Baisse de la stabilité des sols cimentés par le gel et augmentant l'augmentation des risques de glissements de terrain et d'effondrements rocheux (24).



Les changements climatiques ont des effets directs sur la santé liés à l'augmentation des températures, des rayonnements UV, aux événements climatiques extrêmes et aux risques de maladies à transmission vectorielles. Ils ont également des effets sanitaires indirects liés à la dégradation de la qualité de l'air (augmentation de la pollution atmosphérique, production accrue de pollens, etc.), mais aussi à la dégradation de la qualité des sols et de l'eau. De plus, les changements climatiques aggravent les risques sanitaires existants (30-32).

Les **pics de chaleur**, notamment dans les ICU, peuvent engendrer un stress thermique, un inconfort, des coups de chaleur, une déshydratation et aggraver des maladies chroniques préexistantes. Les personnes âgées, les jeunes enfants, les personnes souffrant de maladies chroniques sont plus vulnérables à ces effets que le reste de la population (33,34). Ainsi, la canicule d'août 2003 a engendré environ 14 800 décès en excès en France métropolitaine (35).

L'exposition excessive au soleil peut, à court terme, provoquer des inflammations cutanées et oculaires, des insulations ou déshydratations. Toute nouvelle exposition aux UV, quel que soit l'âge, augmente le risque de développer ces différentes pathologies (cataracte corticale, cancers cutanés, etc.). L'enfance et l'adolescence sont des périodes critiques (36,37).



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

Sur la période 2015-2017, 598 captages publics (30,6 % des ouvrages de la région) ont permis de prélever en moyenne chaque année 19,1 millions de m³ d'eau dans les Hautes-Alpes, dont 68 % pour l'agriculture, l'élevage et l'irrigation, la proportion la plus élevée de la région, et 26 % pour l'alimentation en eau potable de la population **(38)**.

La spécificité du département, marqué par la ruralité et la montagne, rend la sécurisation du parcours de l'eau potable plus délicate. Outre des installations parfois vieillissantes, de nombreux captages sont implantés dans un environnement qui leur confère une fragilité. Au 31 Décembre 2017, plus de 78 % des captages bénéficiaient d'une protection administrative par une déclaration d'utilité publique (DUP) dans les Hautes-Alpes, un chiffre en nette augmentation par rapport à 2015. Une DUP était également engagée pour 17 % des captages du département **(38)**.

La qualité des eaux de consommation

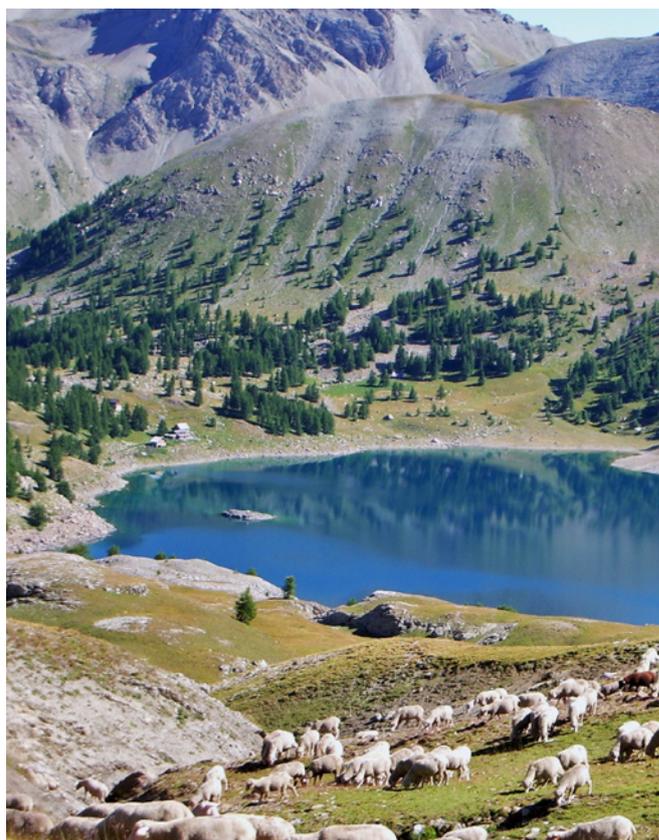
- ▶ 450 unités de distribution (UDI) dans les Hautes-Alpes, la plupart (83 %) de petite taille **(38)**;
- ▶ Sur 2015-2017, 57 % de la population desservie par une eau avec un taux de conformité pour les paramètres microbiologiques supérieur à 95 % (région : 97,15 %) la valeur la plus basse de la région ;
- ▶ Proportion en nette augmentation par rapport à la période 2012-2014 (30 %) **(38)** ;
- ▶ 41 % de la population desservie par une eau avec un taux de conformité compris entre 70 et 95 % **(38)** ;
- ▶ 2 % de la population desservie par une eau avec un taux de conformité inférieur à 70 % **(38)** ;
- ▶ 1 % de la population desservie par une eau présentant ponctuellement des pesticides dépassant la limite réglementaire mais ne présentant pas de risques sanitaires **(38)**.



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 **(39)**.

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



Près d'1 logement sur 2 est une résidence secondaire dans les Hautes-Alpes

En 2019, les Hautes-Alpes comptaient environ 67 000 résidences principales^[4], dont une majorité (54,6 %) de maisons individuelles, contrairement à la région (42,2 %). Dans ce département, environ 3 logements sur 10 (30,5 %) avaient une superficie supérieure à 100m² (22,1 %), une des proportions les plus élevées de la région, et moins d'1 sur 10 (8,4 %) avait une superficie inférieure à 40 m² (région : 13,1 %). Enfin, 6 ménages sur 10 (60,6 %) étaient propriétaires de leur logement, la proportion la plus élevée de la région (54,5 %). (Source : Insee RP 2019).

Des différences peuvent cependant être relevées selon les territoires. Les maisons représentaient environ 3 logements sur 4 dans le Champsaur (75,0 %) et dans le pays du Buëch (72,9 %). Par contre, dans les communes de Briançon et Gap, et surtout dans les communes abritant des stations de sport d'hiver, les appartements et les logements de petite taille étaient majoritaires (Source : Insee RP 2019).

En 2019, le département comptait environ 62 700 résidences secondaires : elles représentaient près de la moitié (45,5 %) du parc de logements, la proportion la plus élevée de la région (17,8 %). Certains territoires touristiques, comme le Queyras (74,0 %), le Briançonnais (60,7 %) et le Champsaur (60,5 %) présentaient des proportions encore plus élevées, contrairement au Gapençais (4,7 %).

Le parc de HLM était composé de près de 7 100 logements sociaux dans le département, soit environ 1 logement sur 10 (10,6 %), une proportion un peu moins élevée que dans la région (11,6 %). La commune de Gap concentrait à elle seule environ la moitié du parc social des Hautes-Alpes (47,9 %). Les territoires du Champsaur (2,8 %) et du Queyras (4,1 %) se démarquaient par des proportions de logements sociaux particulièrement faibles (Source : Insee RP 2019).

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

Les risques liés à l'habitat

- ▶ 17,6 % des logements construits avant 1949 (région : 17,6 %), mais plus d'1 sur 4 dans le pays du Buëch (27,2 %) et dans le Champsaur (24,7 %) (Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale) ;
- ▶ Un parc privé potentiellement indigne estimé à 3 875 logements en 2013 (6,5 % des logements) (Source : DGFIP (enquête FILOCOM) – Insee 2013) ;
- ▶ Situations les plus fréquentes dans les Hautes-Alpes : humidité, absence de ventilation ou d'isolation thermique, chauffage défectueux (40) ;
- ▶ 2,6 % des ménages concernés par la suroccupation des logements (région : 7,2 %)
- ▶ 1 ménage sur 3 (33 %) en situation de vulnérabilité énergétique^[5] (région : 7 %, France : 15 %), notamment des seniors vivant en haute montagne (41).



Vivre dans un habitat dégradé expose les occupants à des risques, souvent cumulés, et pouvant porter atteinte à leur sécurité et à leur santé (sur-occupation, précarité énergétique, humidité, absence d'isolation thermique, plomb, chauffages défectueux, nuisibles ...) (42).

Le risque radon

- ▶ 1 des 4 départements de la région concerné par le risque radon, avec les Alpes-de-Haute-Provence, les Alpes-Maritimes et le Var ;
- ▶ 28 communes (17,3 %) avec un potentiel radon significatif dans le Briançonnais (16 communes), le Champsaur (7 communes) et le Queyras (5 communes) (Source : Base Gaspar - DDRM 2022).



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

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

2

LA POPULATION

L'ESSENTIEL

- ▶ Le 4^{ème} département le moins peuplé de France métropolitaine en nombre d'habitants ;
- ▶ Une densité de population 6 fois moins élevée que dans la région, sauf dans le Gapençais ;
- ▶ Un net déclin de la croissance démographique, lié à une perte d'attractivité ;
- ▶ Une population plus âgée que dans la région, notamment dans le pays du Buëch et dans le Champsaur ;
- ▶ La plus faible proportion de jeunes âgés de 15-24 ans de la région ;
- ▶ De nombreuses personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules, notamment dans les zones de haute montagne ;
- ▶ Le département de la région le moins touché par les inégalités sociales.



Le département le moins peuplé de la région

En 2019, la population des Hautes-Alpes était estimée à 141 220 habitants, soit 2,8 % de la population régionale. Il s'agit du département le moins peuplé de Provence-Alpes-Côte d'Azur, mais aussi le 3^{ème} département français le moins peuplé en nombre d'habitants, derrière la Lozère et la Creuse (Source : Insee RP 2019).

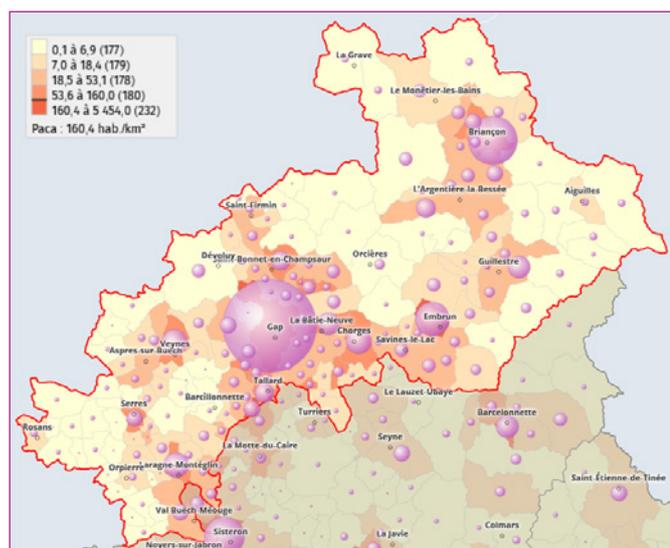


Figure 6 : Population municipale et densité de population (habitants par km2) par commune dans les Hautes-Alpes (Source : Insee RP 2019)

En 2019, le département des Hautes-Alpes était peu densément peuplé (24,8 habitants par km²) ; ce territoire présentait une densité 6,5 fois moins élevée que dans la région (160,4 habitants par km²). Seul le territoire du Gapençais (166,8 habitants par km²) présentait une densité proche de la moyenne régionale. La population était plus nombreuse dans la moitié sud du département, notamment dans la vallée de la Durance et le long des grands axes de circulation.

Sur les 162 communes que compte le département, plus de 9 sur 10 (93,2 %) comptaient moins de 2 000 habitants. Ce territoire comptait seulement deux communes plus de 10 000 habitants : Gap (40 631 habitants) et Briançon (11 339 habitants) : elles concentraient à elles-seules plus d'un tiers (36,8 %) de la population départementale (Figure 6).

Un fort ralentissement de la croissance démographique

Entre 2013 et 2019, la population des Hautes-Alpes a gagné en moyenne 324 nouveaux habitants chaque année, soit une croissance démographique moyenne de + 0,2 % par an, 2 fois moins élevée que dans la région (+ 0,4 % par an) : il s'agit du département présentant la plus faible croissance démographique sur cette période, avec les Alpes-de-Haute-Provence et les Alpes-Maritimes. Ce constat était lié à un solde naturel négatif (- 0,1 %), contrairement à la région (+ 0,2 %), alors que le solde migratoire (+ 0,3 % par an) dans le département était un peu plus élevé que dans la région (+ 0,2 %) (Source : Insee RP 2013-2019). Depuis la période 1999-2008, on observe un net ralentissement de la croissance démographique dans les Hautes-Alpes, lié à une baisse conjointe du solde naturel et migratoire.

Tableau 1 : Taux annuel moyen de variation de la population dans les sous-territoires des Hautes-Alpes sur la période 2013-2019 (Source : Insee RP 2013-2019)

	Taux annuel moyen de variation de la population 2013-2018 (%)	Lié au solde naturel	Lié au solde migratoire
Gapençais	+ 0,3 %	+ 0,8 %	- 0,4 %
Pays du Buëch	+ 0,3 %	- 1,4 %	+ 1,7 %
Serre-Ponçon	+ 1,0 %	+ 0,2 %	+ 0,8 %
Champsaur Valgaudemar	+ 0,3 %	- 3,2 %	+ 3,5 %
Queyras	- 0,4 %	- 0,4 %	- 0,1 %
Briançonnais	- 0,6 %	+ 0,6 %	- 1,2 %
Hautes-Alpes	+ 0,2 %	- 0,1 %	+ 0,3 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	+ 0,4 %	+ 0,2 %	+ 0,2 %

Des différences peuvent cependant être relevées selon les territoires (Tableau 1) :

- ▶ Le territoire de Serre-Ponçon était le territoire qui présentait la croissance démographique la plus élevée du département (+ 1,0 % par an), en lien avec un solde migratoire bien plus élevé (+ 0,8 %) que dans le département (+ 0,3 %) et la région (+ 0,2 %), reflétant l'attractivité résidentielle de ce territoire, couplé à un solde naturel faiblement positif (+ 0,2 %), comme dans la région ;
- ▶ Le Champsaur Valgaudemar et le pays du Buëch présentaient une croissance démographique (+ 0,3 %) un peu plus élevée que dans département (+ 0,2 %) : ces territoires avaient comme point commun de présenter un solde migratoire très élevé, mettant en évidence leur attractivité, couplé à un solde naturel négatif, reflétant le vieillissement de la population ;
- ▶ A l'inverse, dans le Gapençais, la croissance démographique + 0,3 % par an s'expliquait par la jeunesse de la population (solde naturel de + 0,8 %) couplé à un solde migratoire négatif (- 0,4 %), montrant la faible attractivité de ce territoire ;
- ▶ Enfin, dans deux sous-territoires, le Briançonnais et le Queyras, on observait un nombre d'habitants en baisse (respectivement - 0,6 % et - 0,4 % par an), pour des raisons différentes : un manque d'attractivité dans le Briançonnais (solde migratoire de - 1,2 % par an) et le vieillissement de la population (solde naturel de - 0,4 %) dans le Queyras.



Une population plus âgée que dans la région, surtout dans le pays du Buëch et le Champsaur

En 2019, environ 30 300 personnes de moins de 20 ans résidaient dans les Hautes-Alpes : elles représentaient 21,5 % de la population, une proportion un peu moins élevée que dans la région (22,4 %). Les jeunes âgés de moins de 20 ans étaient plus nombreux dans le Briançonnais (22,6 %) (Source : Insee RP 2019).

En 2019, toujours, environ 44 000 habitants des Hautes-Alpes étaient âgés de 60 ans ou plus, représentant près d'un tiers de la population (31,8 %), une proportion plus élevée que dans la région (29,2 %). Le pays du Buëch (37,3 %) et le Champsaur (34,0 %) se démarquaient du reste du département par des proportions de séniors plus élevées (Source : Insee RP 2019).

Les enfants et les jeunes

- ▶ En 2019, une proportion d'enfants de moins de 14 ans (16,0 %) un peu moins élevée que dans la région (région : 16,7 %) ;
- ▶ Des enfants plus nombreux dans le Briançonnais (17,4 %) ;
- ▶ Une des proportions de jeunes âgés de 15 à 29 (13,7 %) les plus faibles de la région (16,1 %), sauf dans le Gapençais (16,2 %).

(Source : Insee RP 2019)

Les personnes âgées de 75 ans ou plus

- ▶ En 2019, 11,6 % de la population âgée de 75 ans ou plus (région : 11,1 %), mais 13,7 % dans le pays du Buëch ;
- ▶ Près de 1 700 personnes âgées vivant en établissement (10,2 %) : la proportion la plus élevée de la région (8,1 %) ;
- ▶ D'après les estimations, plus de 37 000 habitants seront âgés de 75 ans ou plus en 2050, soit 23,2 % de la population, la proportion la plus élevée de la région (18,8 %) (Source : Insee, projections Omphale).

(Source : Insee RP 2019)

De nombreuses personnes âgées vivant seules, notamment en haute montagne

En 2019, environ 67 000 ménages résidaient dans les Hautes-Alpes : ils comprenaient en moyenne 2,1 personnes, comme dans la région. Parmi ces ménages, près de 4 sur 10 (38,9 %) étaient composés d'une seule personne, une proportion plus élevée que dans la région (région 38,0 %). Ils étaient particulièrement nombreux dans les zones urbaines du département, par exemple à Embrun (47,2 %), Gap (43,1 %) et Briançon (42,4 %) (Source : Insee RP 2019).

En 2019, environ 18 600 familles avec au moins un enfant de 25 ans résidaient dans les Hautes-Alpes : elles représentaient 27,8 % des ménages, contre 30,1 % dans la région (Source : Insee RP 2019).

Les familles monoparentales

- ▶ En 2019, environ 4 960 familles monoparentales soit un peu plus d'1 famille sur 4 (26,7 %), une des proportions les plus faibles de la région (28,9 %) après le Vaucluse ;
- ▶ Une proportion plus élevée dans le Gapençais (29,3 %) et le pays du Buëch (29,0 %)

(Source : Insee, RP 2019)



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

Les personnes âgées de 75 ans vivant seules

- ▶ 43,1 % de personnes âgées de plus de 75 ans ou plus Près de 6 300 personnes âgées de 75 ans ou plus vivent seul à domicile (43,3 %), mais davantage dans le Queyras (47,9 %) et à Briançon (45,8 %).

(Source : Insee RP 2019)



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

Des inégalités sociales moins marquées que dans la région

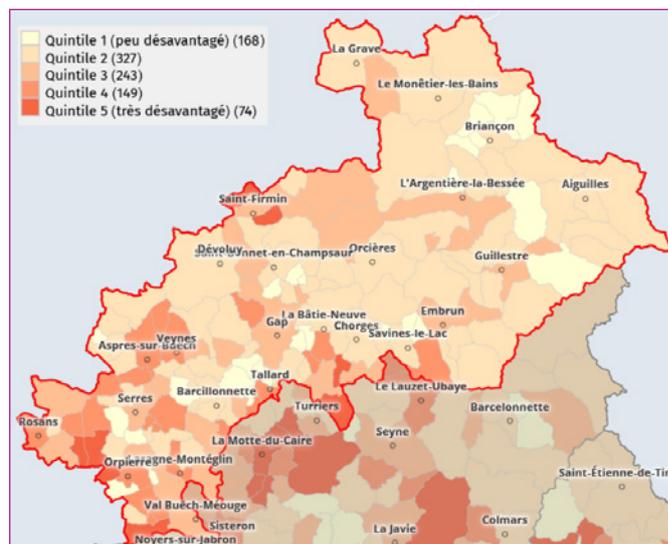


Figure 7 : Classification de l'indicateur de désavantage social (Fdep)* en quintiles dans les Hautes-Alpes par commune (Source : Insee 2015, www.sirsepa.org)

En 2019, le département présentait un revenu annuel médian (20 560 €) inférieur à la moyenne régionale (21 340 €). Néanmoins, ce revenu pouvait varier presque du simple au double (de 15 650 € à 26 880 €) selon les communes. Globalement, les revenus les plus élevés étaient observés dans le Briançonnais, le Queyras et dans la banlieue de Gap, et les plus faibles dans les territoires les plus reculés du département, notamment à la frontière de la Drôme et de l'Isère (Source : Insee RP 2019) (Figure 7).

De plus, le rapport entre les revenus des 10 % des ménages les plus aisés et les 10 % les plus pauvres était de 4,4, le plus faible de la région (7,1) (Source : Insee, Direction générale des finances publiques (DGFIP), Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) 2019).

La pauvreté

13,9 % des ménages avec des revenus inférieurs au seuil de pauvreté en 2019, la proportion la plus faible de la région (17,1 %) :

- ▶ Les jeunes de moins de 30 ans (21,6 %) particulièrement touchés, comme dans la région (25 %) ;
- ▶ 1 personne âgée de 75 ans ou plus sur 10 (10,1 %) en situation de pauvreté (région : 11,4 %).

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

Moins de bénéficiaires de prestations sociales que dans la région

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

Les allocataires Caf

- ▶ En 2020, environ 27 000 allocataires de la Caf en 2020, soit une couverture de 43,5 % de la population (région 49,8 %) ;
- ▶ 1 allocataire de la Caf sur 5 (19,6 %) avec des revenus dépendant à \geq 50 % des allocations (région : 24,0 %) ;
- ▶ Moins de bénéficiaires du RSA (2,2 %) que dans la région (3,4 %).

(Source : Cnaf MSA 2020)

Les bénéficiaires de la C2S

- ▶ En 2021, environ 5 880 bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire gratuite en 2021 (6,2 % des assurés de moins de 65 ans (région : 10,1 %).

(Source : DRSM Paca-Corse 2021)



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

Une population qualifiée, malgré des disparités territoriales importantes

La population des Hautes-Alpes présente un niveau de qualification globalement élevé, malgré des disparités territoriales importantes.

Les diplômés de l'enseignement supérieur

- ▶ 23,8 % des personnes âgées de 15 ans ou plus sans aucun diplôme, la proportion la plus basse de la région (région 27,6 %) ;
- ▶ 3 personnes sur 10 (30,4 %) diplômées de l'enseignement supérieur, un peu moins que dans la région (31,1 %) ;
- ▶ Davantage de diplômés du supérieur dans le Briançonnais (33,3 %) que dans l'ensemble du département, moins dans le pays du Buëch (24,7 %).

(Source : Insee RP 2019)

Les étudiants

- ▶ 1 120 étudiants inscrits dans un établissement de l'enseignement supérieur dans les Hautes-Alpes en 2019 (0,6 % des étudiants de la région ;) ;
- ▶ 80,5 % des étudiants localisés à Gap.

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



Les études supérieures constituent une étape importante de l'entrée dans la vie adulte. Les étudiants y découvrent les spécificités de l'expérience académique et ses difficultés, mais aussi l'accès progressif à l'autonomie. La population étudiante présente différentes vulnérabilités, liées notamment à la faiblesse des ressources financières et la dépendance économique à l'égard de la famille, aux emplois du temps éprouvants et chronophages pour les étudiants conciliant études et travail, au coût élevé des loyers, à la vétusté des logements, l'éloignement du lieu d'études, à l'isolement suite au départ du logement familial et la mise à l'épreuve de la santé (44).

Un taux de chômage moins élevé que dans la région, y compris chez les jeunes

En 2019, 10,3 % des habitants des Hautes-Alpes âgés de 15 à 64 ans étaient au chômage, la proportion la plus faible de la région (14,1 %), aussi bien chez les hommes (9,8 % contre 13,3 %) que chez les femmes (10,7 % contre 15,1 %). Les jeunes âgés de 15 à 24 ans étaient davantage touchés (20,9 %), mais moins que dans la région (28,9 %) (Source : Insee RP 2019).

En 2021, plus de la moitié des demandeurs d'emploi (51,8 %) étaient au chômage depuis plus d'1 an, la proportion la plus élevée de la région (46,7 %) (Source : Statistique mensuelle sur le marché du travail (STMT), Pôle emploi - Dares 2021).

En 2019, environ 1 280 personnes en situation de handicap étaient demandeurs d'emploi dans les Alpes-Maritimes, depuis plus de 12 mois pour 59 % d'entre eux, contre 46 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi (Source : AGEFIPH 2019) (45).



Au-delà de la précarité financière qu'il engendre, le chômage a de nombreuses conséquences sur la santé : il favorise notamment l'apparition ou l'aggravation de certains problèmes de santé (maladies cardiovasculaires, cancers, dépression, ...) (46).



3

L'OFFRE DE SOINS

L'ESSENTIEL

- ▶ La densité de médecins généralistes libéraux la plus élevée de la région ;
- ▶ 1 habitant sur 6 à plus de 10 minutes de route du médecin généraliste le plus proche ;
- ▶ Le département de la région avec le plus de femmes et de jeunes parmi les médecins généralistes et spécialistes ;
- ▶ Une densité de médecins spécialistes libéraux moins élevée que dans la région, mais en augmentation depuis 2019 ;
- ▶ Plus de la moitié des communes des Hautes-Alpes à plus de 30 minutes du service d'urgences le plus proche ;
- ▶ Le taux de passage aux urgences le plus élevé de la région ;
- ▶ Une offre médico-sociale développée, pour les personnes âgées comme pour les personnes avec un handicap.

L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ



Le pays du Buëch et du Briançonnais sont les territoires présentant les densités les plus faibles du département (respectivement 86,4 MG et 95,5 MG pour 100 000 habitants) (Figure 8).

Plus de la moitié de l'offre de médecine générale des Hautes-Alpes (52,5 %) est concentrée dans les 3 villes centres du département (Gap, Embrun et Briançon), alors qu'à l'inverse, 8 communes des Hautes-Alpes sur 10 (81 %) n'en comptent aucun. Ainsi 46 000 habitants vivaient dans une commune sans aucun médecin généraliste en exercice soit un tiers de la population (32,7 %) (Source : DRSM Paca-Corse 2021).

16 % de la population des Hautes-Alpes à plus de 10 minutes de route du médecin généraliste le plus proche

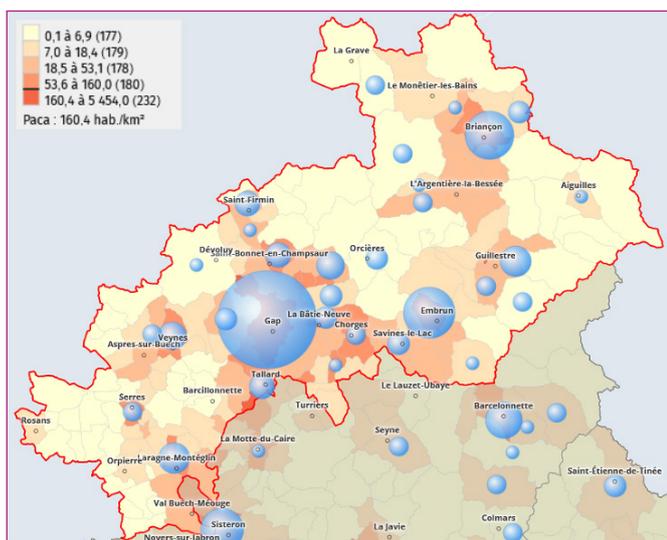


Figure 8 : Nombre de médecins généralistes libéraux (Source : DRSM Paca-Corse 2021) et densité de population par commune (habitants par km2) (Source : Insee RP 2019) www.sirsepeca.org

En 2021, 158 médecins généralistes (MG) libéraux étaient en exercice dans les Hautes-Alpes, soit une densité de 112,3 médecins généralistes pour 100 000 habitants, la plus élevée de la région (102,3 MG pour 100 000 habitants).

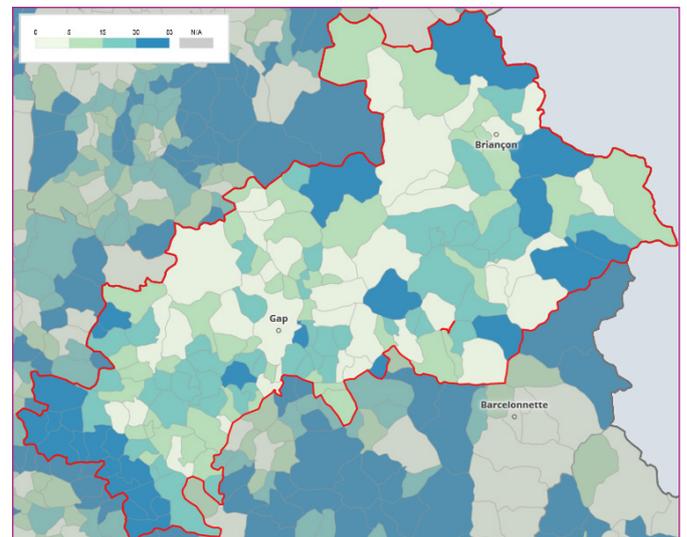


Figure 9 : Temps d'accès au médecin généraliste le plus proche en minutes (min), 2021 (Source : FNPS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS 2021)

En 2021, le temps d'accès médian au médecin généraliste libéral le plus proche était de 9 mn dans les Hautes-Alpes, mais il variait entre 0 et 29 mn selon les communes du territoire. Dans 77 communes, le temps d'accès de trajet était supérieur ou égal à 10 minutes (16 % de la population) (Source : FNPS-Insee-Distancier METRIC 2021) (Figure 9).



Une baisse de l'effectif de médecins généralistes libéraux moins rapide que dans la région, sauf dans le Briançonnais

Entre 2011 et 2021, le nombre de médecins généralistes libéraux en exercice a globalement baissé dans le département des Hautes-Alpes, mais moins rapidement (- 8 %) que dans la région (- 14 %). A noter que le département ne perd plus de médecin depuis 2020 (Figure 10).

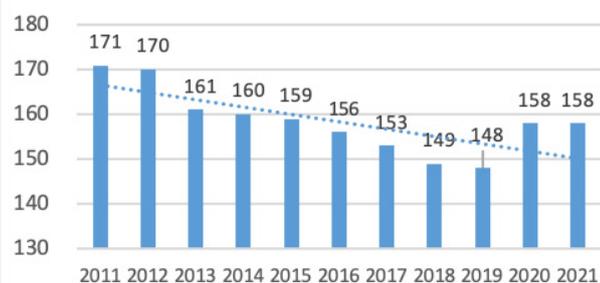


Figure 10 : Evolution du nombre de médecins généralistes libéraux en exercice au cours des 10 dernières années dans le Vaucluse (Source : DRSM Paca-Corse 2011-2021)

Les caractéristiques des médecins généralistes libéraux des Hautes-Alpes en 2021

- ▶ Près d'1 médecin généraliste sur 2 (48,1 %) est une femme, la proportion la plus élevée de la région (région : 39,4 %);
- ▶ Plus de 9 médecins généralistes sur 10 (94,9 %) exercent en secteur 1 (région : 91,1 %);
- ▶ 2,3 % des MG avec un mode d'exercice particulier (région : 7,8 %);
- ▶ 3 921 actes et consultations en moyenne par médecin généraliste libéral en 2020, l'activité la plus basse de la région (région : 4 441) (Source : SNDS 2020).

(Source : DRSM Paca-Corse 2021)

Les différents sous-territoires n'ont pas été touchés de la même façon par la désertification médicale : les baisses les plus importantes du nombre de médecins généralistes libéraux ont été relevées dans le Briançonnais (- 24 %), ainsi que dans le Gapençais (- 15 %) et le pays du Buëch (- 14 %). Les autres sous-territoires ont, quant à eux, observé une hausse du nombre de médecins : + 25 % dans le Champsaur, + 14 % dans le territoire de Serre-Ponçon et + 10 % dans le Queyras (Figure 11).

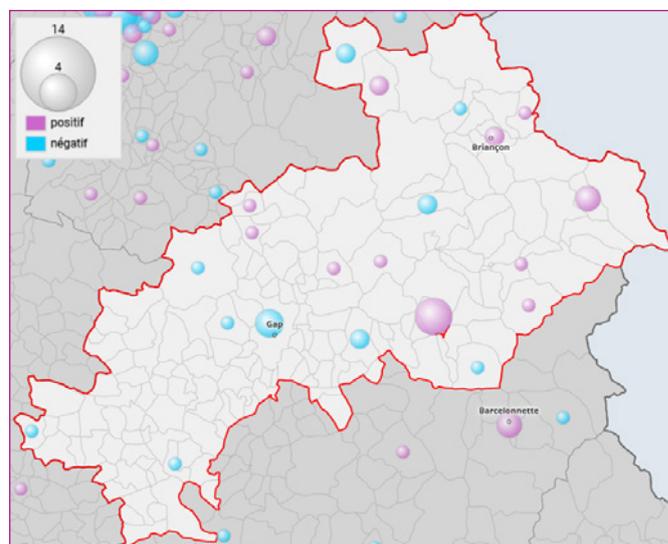


Figure 11 : Evolution entre 2016 et 2021 du nombre de médecins généralistes libéraux en exercice dans les Hautes-Alpes (Source : FNPS 2021)

En 2021, environ 4 médecins généralistes des Hautes-Alpes sur 10 (42,4 %) étaient âgés de 55 ans ou plus, la proportion la plus faible de la région (55 %). Seul le pays du Buëch présentait un vieillissement plus important des médecins généralistes libéraux, avec près de 2 médecins généralistes sur 3 (63 %) âgés de 55 ans ou plus (Source : DRSM Paca-Corse 2021).



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

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

Les différentes vagues de cette enquête mettent en avant les résultats suivants (47) :

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



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

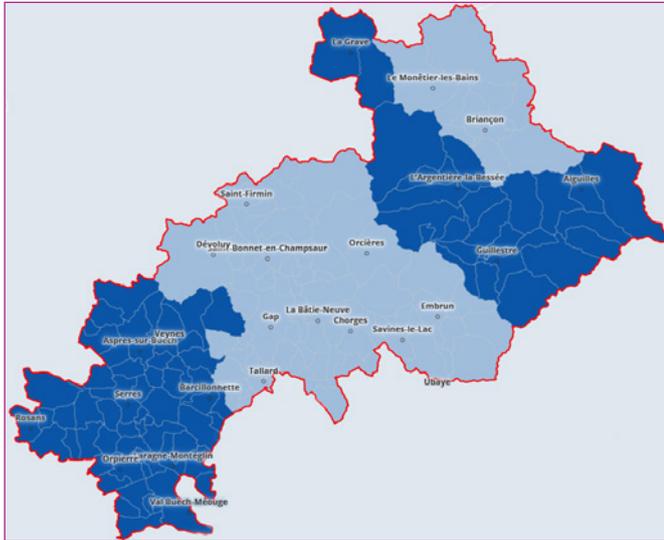


Figure 12 : Zonage conventionnel des médecins généralistes, 2022 (Source: Agence Régionale de Santé 2022)

En 2022, 81 communes du département ont été classées Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP) et le même nombre Zone d'Action Complémentaire (ZAC) par l'Agence Régionale de Santé compte tenu d'une offre de soins insuffisante ou de difficultés d'accès aux soins (48) (Figure 12).

10 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles dans les Hautes-Alpes, dont la moitié en Zone d'Intervention Prioritaire

En septembre 2022, 11 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles sont labellisées dans les Hautes-Alpes. Parmi elles, la moitié est classée en ZIP^[6] (n=5) et l'autre moitié en ZAC (n=6)^[7].

Ce territoire compte également 4 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) : la CPTS Champsaur Valgaudemar, première CPTS créée en Provence-Alpes-Côte d'Azur en décembre 2020, les CPTS du Gapençais, du Grand Briançonnais-Ecrins et Buëch-Dévoluy (48) (Figure 13).

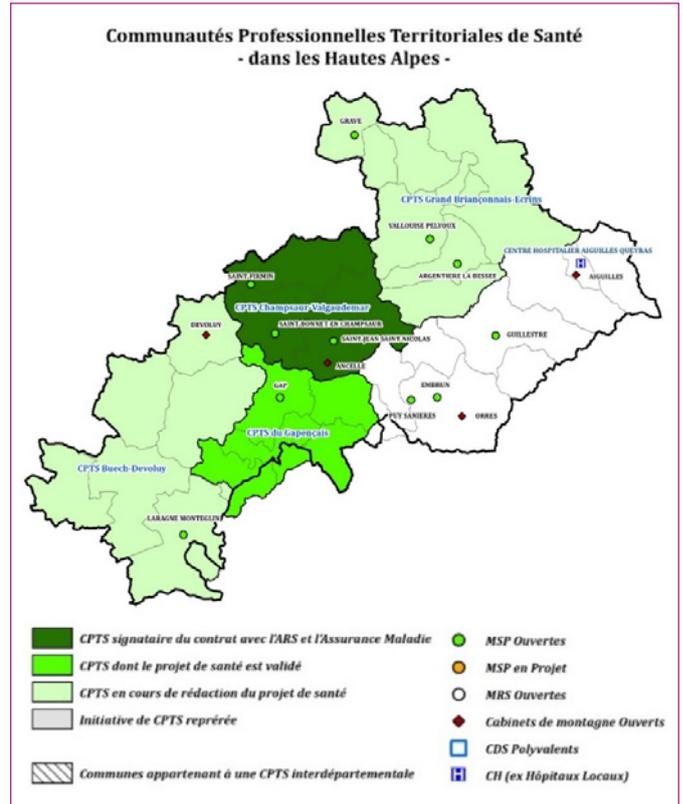


Figure 13 : Maisons de santé Pluriprofessionnelles et Communautés Professionnelles Territoriales de Santé dans les Hautes-Alpes, 2022 (Source : Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, mai 2022)

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

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

Entre 2008 et 2020, environ 1 300 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) ont été créés en France, majoritairement dans des territoires médicalement défavorisés (49). Les MSP semblent avoir un effet favorable sur la démographie médicale et favoriser l'installation des jeunes médecins (50). La qualité des soins et des services rendus y serait également plus élevée que celle observée en exercice isolé (51).

[6] Guillestre, Lagne-Montéglin, L'Argentière-la-Bessée, Vallouise-Pelvoux et Villar-d'Arène

[7] Charges, Embrun, Gap, Saint Bonnet en Champsaur, Saint Firmin et Sain Jean Saint Nicolas



Le recours au médecin généraliste le plus important de la région

En 2020, 3 assurés du régime général sur 4 (76,0 %) ont consulté au moins une fois dans l'année un médecin généraliste libéral, la proportion la plus élevée de la région (72,2 %). Ainsi, le niveau de recours au médecin généraliste était significativement plus élevé que dans la région (+ 4,6 %), excepté dans les territoires du Briançonnais et du Queyras (différence non significative). Les niveaux de recours les plus élevés étaient constatés dans le Champsaur (+ 9,5 %), dans le territoire de Serre-Ponçon (+ 6,2 %) et du Gapençais (+ 6,4 %).

Chaque assuré a consulté en moyenne 4,0 fois dans l'année, une valeur plus faible que dans la région (4,4 consultations par an), malgré de fortes disparités communales (entre 0,6 et 5,6 consultations par assuré et par an) (Source : DRSM Paca-Corse 2021).

En 2021, parmi les assurés du régime général âgés de 16 ans ou plus, 7,4 % n'avait pas de médecin traitant déclaré, une des valeurs les plus faibles de la région (9,5 %). A cette date, 8,5 % des assurés n'avaient eu aucun recours aux soins au cours des 24 derniers mois, un chiffre proche de la moyenne régionale (8,7 %) (Source : CNAM SIAM ERASME 2021).

Plus spécifiquement chez les seniors âgés de 65 ans ou plus, 2,2 % n'avaient pas de médecin traitant déclaré, une des valeurs les plus faibles de la région (2,5 %). De même, 4,7 % d'entre eux n'avaient eu aucun recours aux soins au cours des 24 derniers mois, une proportion un peu moins élevée que dans la région (5,2 %) (Source : Inter-régime MSA, CNAM 2021).



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

En 2017, 3,1 % des Français interrogés dans le cadre de l'enquête « Statistiques sur les ressources et conditions de vie » de l'Insee ont déclaré avoir déjà renoncé à des soins médicaux. Toutes choses égales par ailleurs, vivre dans une zone sous dotée en médecins généralistes ou présentant des difficultés d'accessibilité aux soins importante multipliait par 2 le risque de renoncement aux soins. Ce risque était même multiplié par 8 chez les personnes en situation de précarité sociale. D'autres facteurs intervenaient dans le renoncement aux soins, comme l'isolement social, un mauvais état de santé et en particulier la situation de handicap (52).



Un département globalement bien doté en professionnels paramédicaux, malgré des inégalités territoriales

En 2021, le département comptait un grand nombre de professionnels paramédicaux (Tableau 2). Les densités relevées dans le département pour les différentes professions étaient proches ou supérieures de la moyenne régionale, à l'exception des infirmiers et des chirurgiens-dentistes. La densité de masseurs-kinésithérapeutes était plus de 2 fois supérieure à la moyenne régionale. A noter également que l'offre a augmenté dans les Hautes-Alpes au cours des 5 dernières années pour l'ensemble des professions (Source : DRSM Paca-Corse 2021).

En ce qui concerne les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes libéraux, la quasi-totalité du département est bien couverte. D'après les zonages de l'Agence Régionale de Santé, deux sous-territoires sont sous-dotés pour certaines professions de santé et notamment les chirurgiens-dentistes, les orthophonistes et les sages-femmes : le Champsaur Valgaudemar et une partie du pays du Buëch (Espace de Santé de Proximité de Laragne-Montéglin) (48).

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

	Nombre en 2021	Evolution en 5 ans	Densité pour 100 000 habitants en 2021	
			Hautes-Alpes	Région
Infirmiers	304	↑ +27	216,1	258,9
Masseurs-kinésithérapeutes	322	↑ +54	228,9	155,6
Chirurgiens-dentistes	86	↑ +2	61,1	72,4
Orthophonistes	51	↑ +6	36,2	39,3
Sages-Femmes	19	↑ +5	72	51,5
Pédicures-podologues	30	↑ +5	21,3	21,3
Pharmaciens	75	↑ +15	53,3	40

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

Le département compte 27 pôles d'attractivité principaux pour les soins de premiers recours, dont Gap qui regroupe 22 communes (jusqu'à 30 km et/ou 30 minutes de trajet) et Briançon (13 communes) (Figure 14) (53).

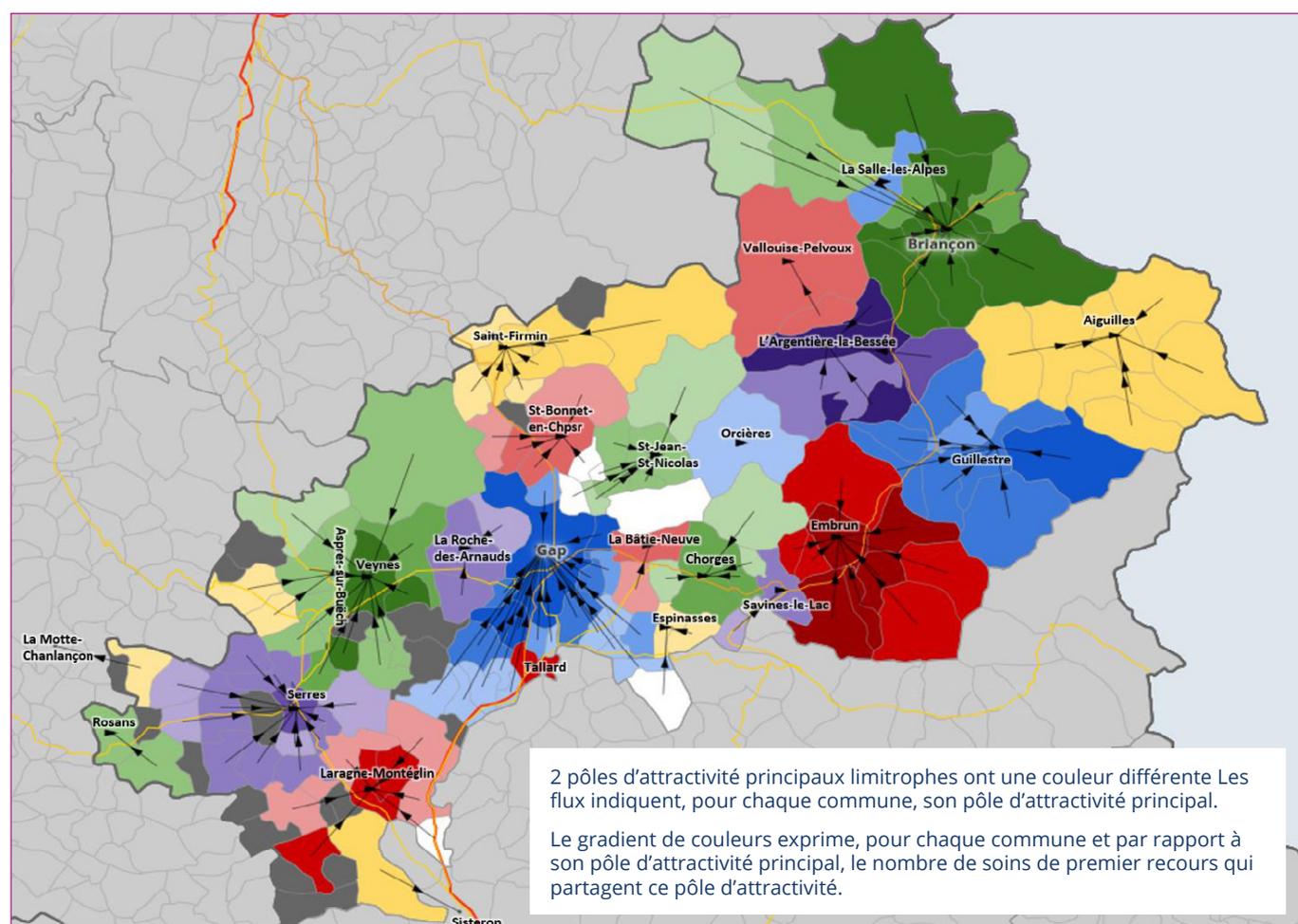


Figure 14 : Principaux pôles d'attractivité des soins de premier recours* dans les Hautes-Alpes en 2019 (Source : Atlasanté, exploitation ORS Paca 2019)

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



Une densité de médecins spécialistes libéraux moins élevée que dans la région

En 2021, 143 médecins spécialistes exerçaient en libéral dans les Hautes-Alpes, représentant un peu plus de 3 % de l'offre régionale. Les spécialités libérales les plus représentées en nombre de praticiens étaient la radiologie (10 spécialistes), la cardiologie (9 spécialistes), l'ophtalmologie (9 spécialistes) et la chirurgie orthopédique (8 spécialistes).

Globalement, la densité de médecins spécialistes s'élevait à 101,6 spécialistes pour 100 000 habitants et était bien inférieure à la moyenne régionale (120,5 pour 100 000). Les densités relevées dans le département étaient inférieures à celles relevées dans la région pour la plupart des spécialités médicales, y compris des spécialités de premier recours en accès direct (ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie, gynécologie). Seule la densité d'endocrinologues était supérieure à la moyenne régionale dans le département. Pour certaines spécialités, comme la gynécologie, la pédiatrie et la psychiatrie, les écarts avec la région étaient particulièrement marqués (Figure 15).

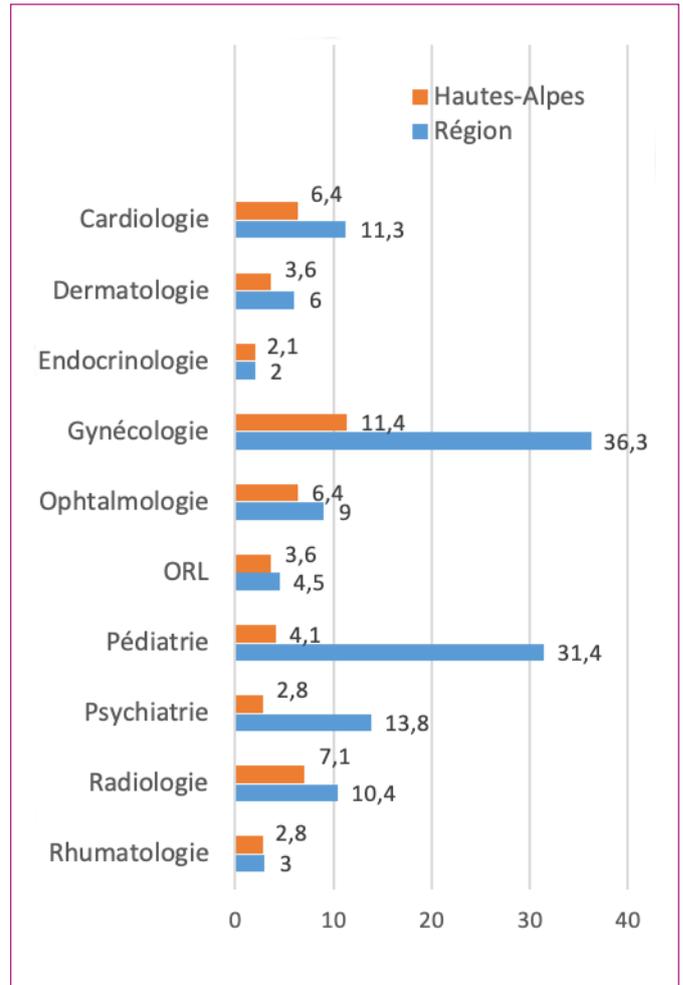
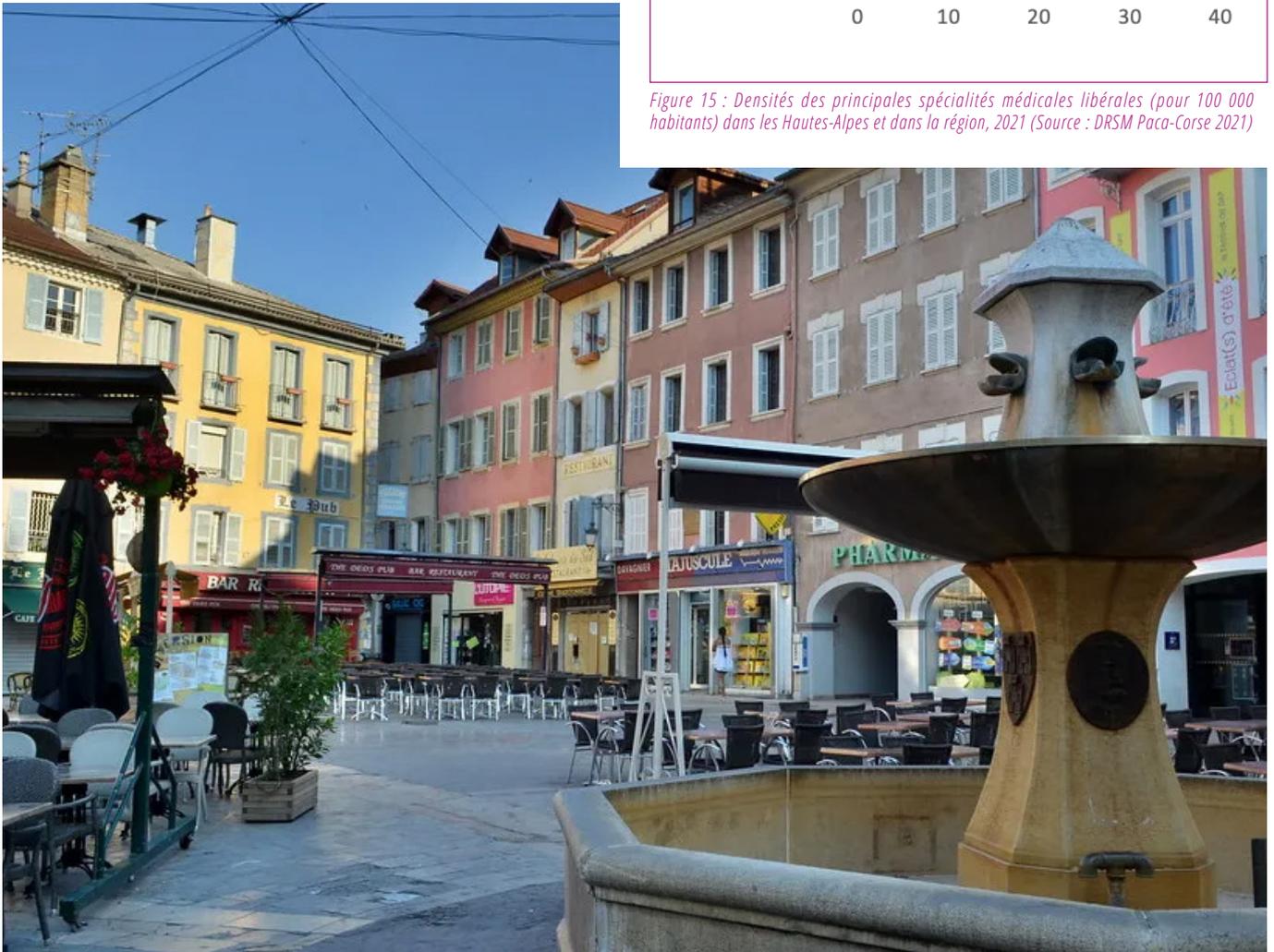


Figure 15 : Densités des principales spécialités médicales libérales (pour 100 000 habitants) dans les Hautes-Alpes et dans la région, 2021 (Source : DRSM Paca-Corse 2021)





Près de 9 médecins spécialistes sur 10 installés dans la commune de Gap

En 2021, l'offre spécialisée des Hautes-Alpes était concentrée dans 5 communes, mais essentiellement dans deux d'entre elles : Gap (122 spécialistes, soit 85 % de l'offre départementale) et Briançon (16 spécialistes, soit 11 % de l'offre). Ainsi, les territoires du Champsaur Valgaudemar et du Queyras ne comptaient aucun spécialiste exerçant en libéral, le territoire de Serre-Ponçon n'en comptait que 3 et le pays du Buëch un seul (Source : DRSM Paca-Corse 2021) (Figure 16).

Dans les deux tiers des communes du département, il fallait faire un trajet compris entre 30 et 60 minutes pour se rendre chez les spécialistes de premier recours (psychiatre, pédiatre, gynécologue et ophtalmologue). Dans certaines communes du Champsaur, du Queyras, du Briançonnais ou dans le Rosanais, il fallait même faire plus d'1h de route pour y parvenir (Source : FNPS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS 2021) (Figure 17).

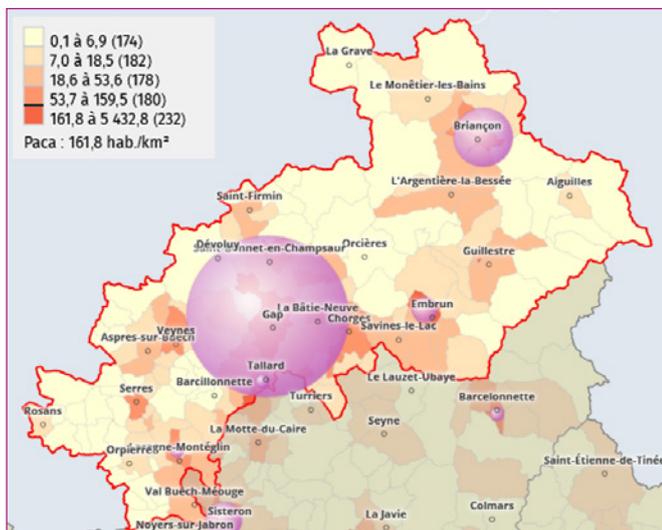


Figure 16 : Nombre de médecins spécialistes libéraux en exercice en 2021 (Source : DRSM Paca-Corse 2021) et densité de population (habitants par km²) par commune dans les Hautes-Alpes (Source : Insee RP 2019)

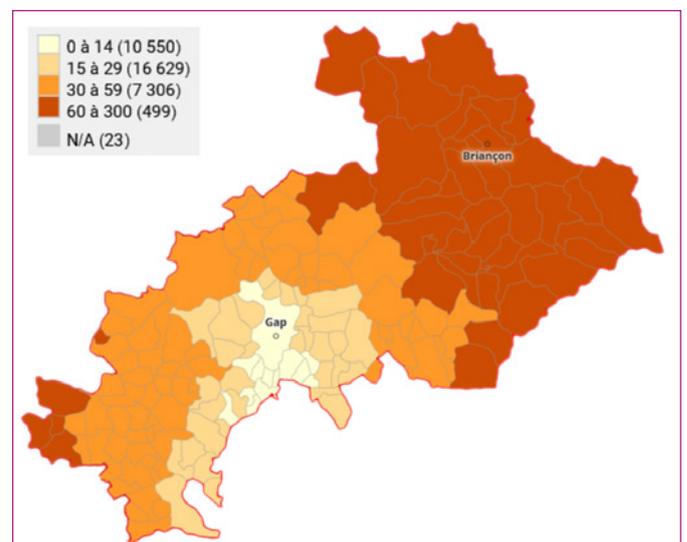


Figure 17 : Temps d'accès aux cardiologues libéraux (en minutes) par commune en 2021 (Source : FNPS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS 2021)



Une offre de spécialistes libéraux en augmentation depuis 2019

Entre 2011 et 2021, dans les Hautes-Alpes, le nombre de médecins spécialistes libéraux en exercice a stagné, puis augmenté fortement depuis 2019, ce qui équivaut à une augmentation de l'offre de + 35 %, contrairement à la tendance régionale (Source : DRSM Paca-Corse 2011-2021) (Figure 18). A noter cependant pour nuancer ce constat que, selon les acteurs locaux, de nombreux spécialistes libéraux n'exercent pas à temps plein ou toute l'année dans le département.

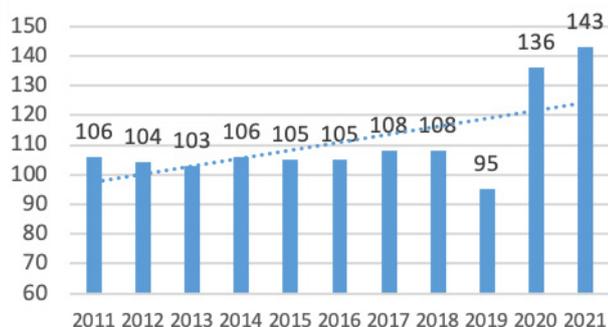


Figure 18 : Evolution du nombre de médecins spécialistes libéraux dans les Hautes-Alpes entre 2011 et 2021 (Source : DRSM Paca-Corse 2011-2021)

Caractéristiques des médecins spécialistes libéraux des Hautes-Alpes en 2021

(Source : DRSM Paca-Corse 2021)

- ▶ 37,8 % des médecins spécialistes sont des femmes (région : 35,4 %), la proportion la plus élevée de la région ;
- ▶ Plus de 2 médecins spécialistes sur 3 (58,5 %) exercent en secteur 1 (région : 51,4 %), une des proportions les plus élevées de la région ;
- ▶ Moins d'1 médecin spécialiste sur 2 (47,6 %) âgé de plus de 55 ans, la proportion la plus faible de la région (52,8 %).

Le recours aux spécialistes libéraux le plus faible de la région, et un des plus bas de France métropolitaine

En 2020, moins de 3 habitants des Hautes-Alpes sur 10 (28,6 %) ont eu recours au moins une fois dans l'année à un médecin spécialiste libéral, la proportion la plus basse de la région (43 %) et une des plus faibles de France métropolitaine (3^{ème} rang derrière la Haute-Corse et la Lozère) (Source : SNDS 2020). Par exemple, en 2020, 9,9 % des assurés de moins de 16 ans ont consulté un pédiatre, la proportion la plus faible de la région (25,8 %). De même, 1 % des assurés ont eu recours au moins une fois dans l'année à un psychiatre libéral, presque 4 fois moins que dans la région (3,7 %) (Source : DRSM Paca-Corse 2020).

Le département des Hautes-Alpes compte 2 pôles d'attractivité principaux pour les soins spécialisés, Gap et Briançon. On observe également des flux allant et venant des Alpes-de-Haute-Provence.

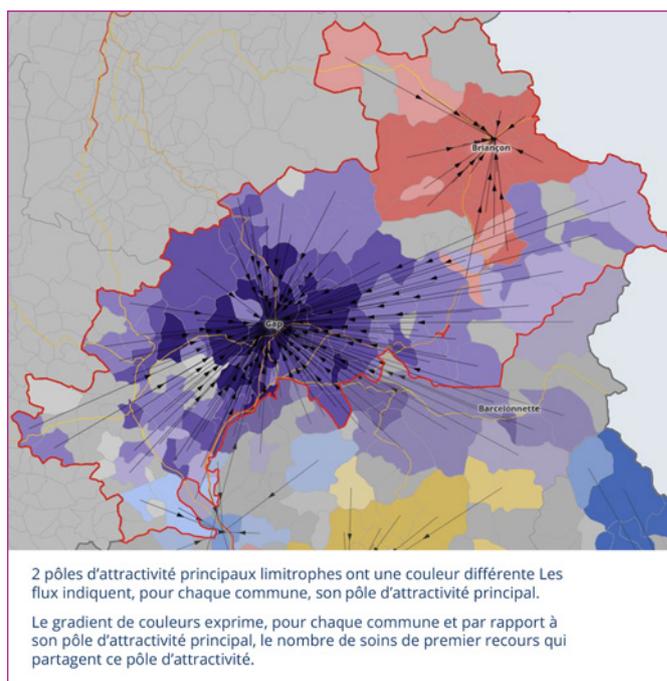


Figure 19 : Principaux pôles d'attractivité des soins spécialisés* dans les Hautes-Alpes en 2019 (Source : AtlaSanté, exploitation ORS Paca 2019)

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

Zoom : de nombreux dispositifs de télé-médecine expérimentés dans les Hautes-Alpes



La télé-médecine est définie comme une « forme de pratique médicale à distance utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication ». Les domaines d'application sont la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance médicale, la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale. La télé-médecine présente de nombreux bénéfices, aussi bien pour les patients (meilleur accès à des soins sûrs et de qualité, possibilité de maintien à domicile, diminution des délais de prise en charge et de la fréquence et de la durée des hospitalisations) que pour les professionnels de santé (isolement réduit en zone sous-dense, meilleure coordination, pratiques professionnelles sécurisées...).

De nombreuses actions de télé-médecine ont été développées dans les Hautes-Alpes (54) :

- ▶ Outil de télé-expertise en dermatologie, avec un dermatologue référent : la prise en charge des patients atteints de pathologies cancéreuses peut se faire par visioconférences mettant en relation les médecins de la structure hospitalière accueillant le patient et l'établissement de référence (Réunions de concertation pluridisciplinaires) ;
- ▶ Dispositif de téléconsultation entre le centre hospitalier d'Aiguilles-en-Queyras et l'hôpital d'Embrun (gériatres, médecins généralistes, urgentistes) et avec l'hôpital psychiatrique du Vinatier ;
- ▶ Dépistage de maladies chroniques ophtalmologiques telles que la DLMA ou la rétinopathie diabétique à l'aide d'un appareil rétinographe portable permettant le dépistage « au lit du patient » ;
- ▶ Dispositif « Orubox AVC » en neurologie permettant la prise en charge des accidents vasculaires à distance grâce à la collaboration entre les urgentistes du CHICAS de Gap et les unités neurovasculaires régionales ;
- ▶ Expérimentation en cours entre certains établissements d'hébergement des personnes âgées et le service de gérontologie du Chicas (Centre hospitalier des Alpes du Sud), afin de limiter le plus possible les hospitalisations des personnes âgées.

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

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

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



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

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

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

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

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

En 2020, près de 26 000 téléconsultations ont été réalisées par des MG dans les Hautes-Alpes, avec des pics observés pendant les deux confinements, au printemps et à l'automne 2020. Cependant, cette pratique ne s'est pas maintenue dans le temps : on observe en 2021 une baisse du nombre de téléconsultations par rapport à l'année précédente (- 29,8 %), plus marquée que dans la région (- 21,1 %) (Figure 20).

En 2020, près de 1 400 téléconsultations ont été réalisées par des médecins spécialistes libéraux dans les Hautes-Alpes, avec un pic observé pendant le premier confinement, entre mars et mai 2020. Cependant, cette pratique ne s'est pas maintenue dans le temps : on observe en 2021 une baisse importante du nombre de téléconsultations par rapport à l'année précédente (- 47,8 %), bien plus marquée que dans la région (- 10,7 %) (Figure 21).

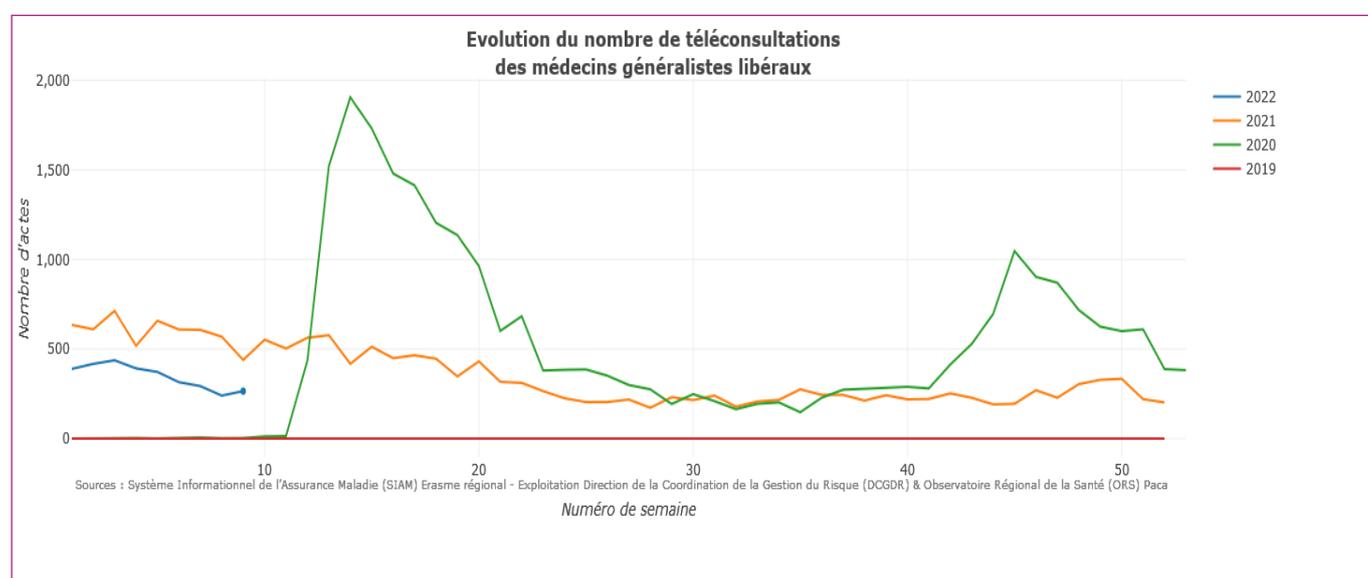


Figure 20 : Evolution du nombre de téléconsultations des médecins généralistes libéraux, 2019-2022 (Source : Système informatique de l'Assurance Maladie (SIAM), Erasme régional – Exploitation Direction de la Coordination de la Gestion du Risque et Observatoire Régional de la Santé Paca 2022)

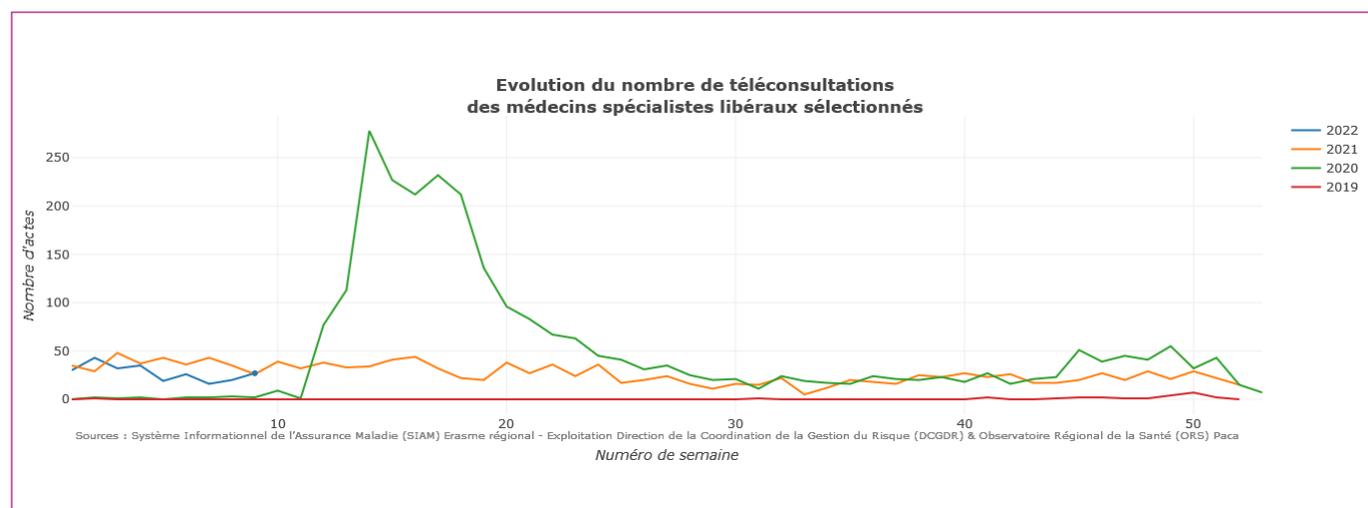


Figure 21 : Evolution du nombre de téléconsultations des médecins spécialistes libéraux, 2019-2022 (Source : Système informatique de l'Assurance Maladie (SIAM), Erasme régional – Exploitation Direction de la Coordination de la Gestion du Risque et Observatoire Régional de la Santé Paca 2022)

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

- ▶ En 2021, près de 7 habitants de la région sur 10 ont déclaré avoir déjà pris un rendez-vous en ligne, et parmi eux, 1 sur 2 l'avoir fait plusieurs fois ;
- ▶ Parmi les non-utilisateurs (34 %), un quart des répondants ont déclaré ne pas avoir le réflexe d'utiliser les outils numériques, sans pour autant y être opposés ;
- ▶ La téléconsultation reste une pratique relativement peu fréquente : seul 1 habitant sur 10 a déjà eu un rendez-vous médical en téléconsultation (13 %), une seule fois pour les deux tiers d'entre eux ;
- ▶ Le souhait d'une relation en présentiel, le manque de confiance et d'équipements par rapport aux outils numériques ou l'absence de proposition de ce type sont les principales causes citées pour expliquer l'absence de recours à la téléconsultation ;
- ▶ Plus de la moitié des habitants pensent que le numérique dégrade les relations entre patients et professionnels de santé, jusqu'à accentuer l'isolement de certaines. Un tiers des personnes interrogées pensent au contraire que le numérique contribue à créer du lien (55).



L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIÈRE



1 habitant sur 5 à plus de 30 minutes du service d'urgences le plus proche

En 2020, 3 services d'urgences publics étaient en activité dans les Hautes-Alpes, dans les communes de Briançon, Embrun et Gap, soit un taux d'équipement de 2,1 services d'urgences pour 100 000 habitants, près du double de la moyenne régionale (1,1 service pour 100 000 habitants) (56).

L'accès aux urgences est cependant inégal au sein du département : en 2021, dans 89 communes des Hautes-Alpes (20 % de la population), le temps de trajet était supérieur ou égal à 30 minutes. Il était de plus de 60 minutes pour 7 communes (1 % de la population) (Figure 22).

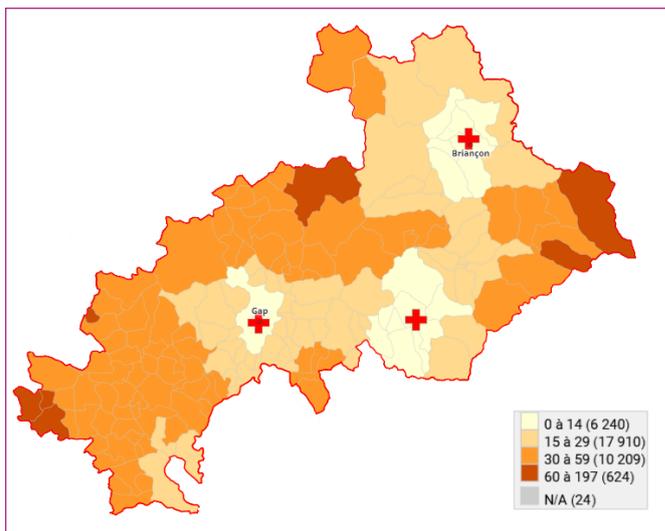


Figure 22 : Temps d'accès au service d'urgences le plus proche (min), 2021 (Source : FINESS – SAE – ARS – INSEE distancier METRIC – Calculs ARS 2021)

Le déploiement d'un réseau rénové de Médecins Correspondants du Samu (MCS) constitue un des dispositifs permettant de sécuriser les prises en charge en urgence de patients et d'améliorer les temps d'accès à un SMUR. En 2020, on recensait près de 40 MCS dans les Hautes-Alpes.



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

En 2019, environ 68 700 passages aux urgences ont été enregistrés dans les Hautes-Alpes (4 % des passages de la région), soit un taux de passage aux urgences de 48,9 % dans ce département, le plus élevé de la région (moyenne régionale : 36,6 %). L'activité des 3 services d'urgences du département est marquée par une double saisonnalité, avec des pics d'activité observés pendant les vacances d'été et d'hiver (56).

Avec environ 38 800 passages comptabilisés dans l'année, le service d'urgences de Gap était le plus fréquenté du département (16^{ème} rang régional). L'activité de ce service a augmenté de + 3,6 % par rapport à 2018. Avec environ 8 700 passages en 2019, le service d'urgences d'Embrun était le moins fréquenté de la région ; ce service a vu son activité baisser entre 2018 et 2019 (- 1,6 %) (56).



7 établissements sanitaires sur 10 dans le secteur privé

En 2020, le département comptait 21 établissements sanitaires (6 % de l'offre régionale), dont 7 sur 10 étaient dans le secteur privé (Tableau 3) (57).

Tableau 3 : Répartition des établissements sanitaires publics et privés ayant eu une activité en 2020
(Source : STATISS ARS SAE 2020)

	Hautes-Alpes	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Secteur public		
Centre Hospitalier Régional (CHR/CHU)	0	19
Centre Hospitalier (CH), dont anciens hôpitaux locaux	6	64
Etablissement de lutte contre les maladies mentales (y compris CHS)	0	6
Autre unité du service public	0	2
Ensemble du secteur public	6	91
Secteur privé		
Etablissement de soins de courte durée	1	64
Centre de lutte contre le cancer	1	4
Etablissement de lutte contre les maladies mentales (y compris CHS)	1	27
Etablissement de soins de suite et réadaptation	10	92
Centre de dialyse	2	50
Autre établissement privé	0	20
Ensemble du secteur privé	15	257
Secteur public et privé		
Ensemble	21	348
Dont établissements ayant une maternité	2	37

La majorité des établissements sanitaires des Hautes-Alpes sont localisés dans les principales villes du département (Gap, Briançon, Embrun), mais même si certains sont situés dans des villes moyennes (Figures 23, 24 et 25).

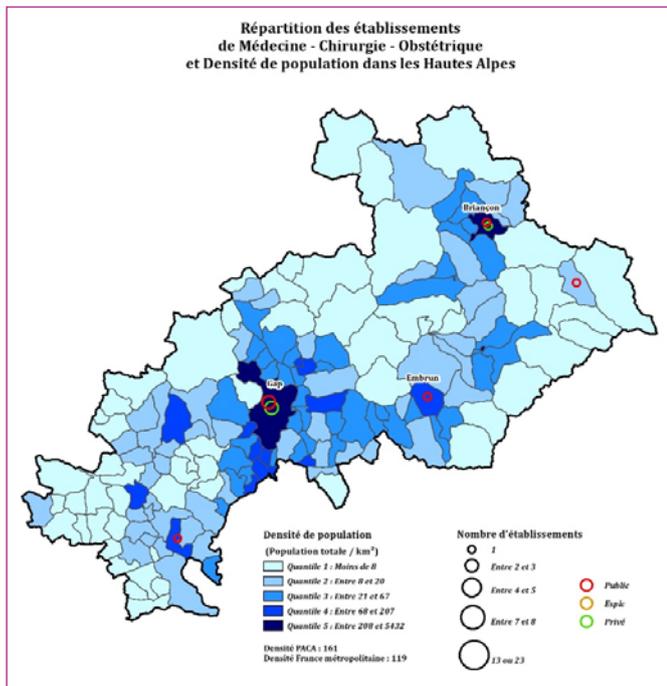


Figure 23 : Répartition des établissements de médecine chirurgie obstétrique (Source : ARS Paca, exploitation base Finess 2020) et densité de population (habitants par km²) (Source : Insee RP 2019)

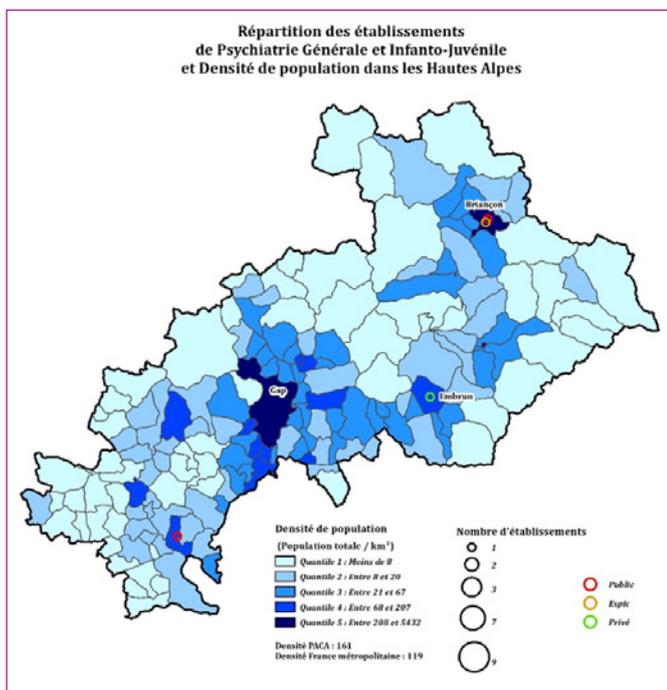


Figure 24 : Répartition des établissements de psychiatrie générale et infanto-juvenile (Source : ARS Paca, exploitation base Finess 2020) et densité de population (habitants par km²) (Source : Insee RP 2019)

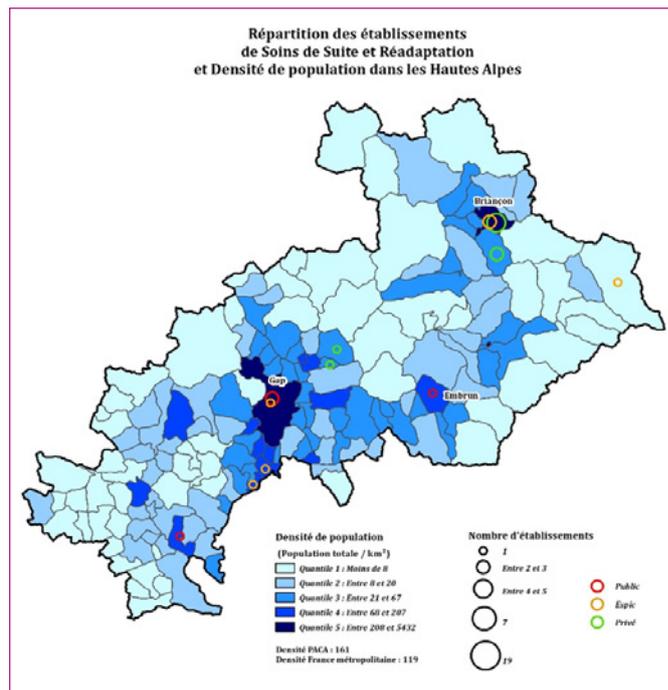
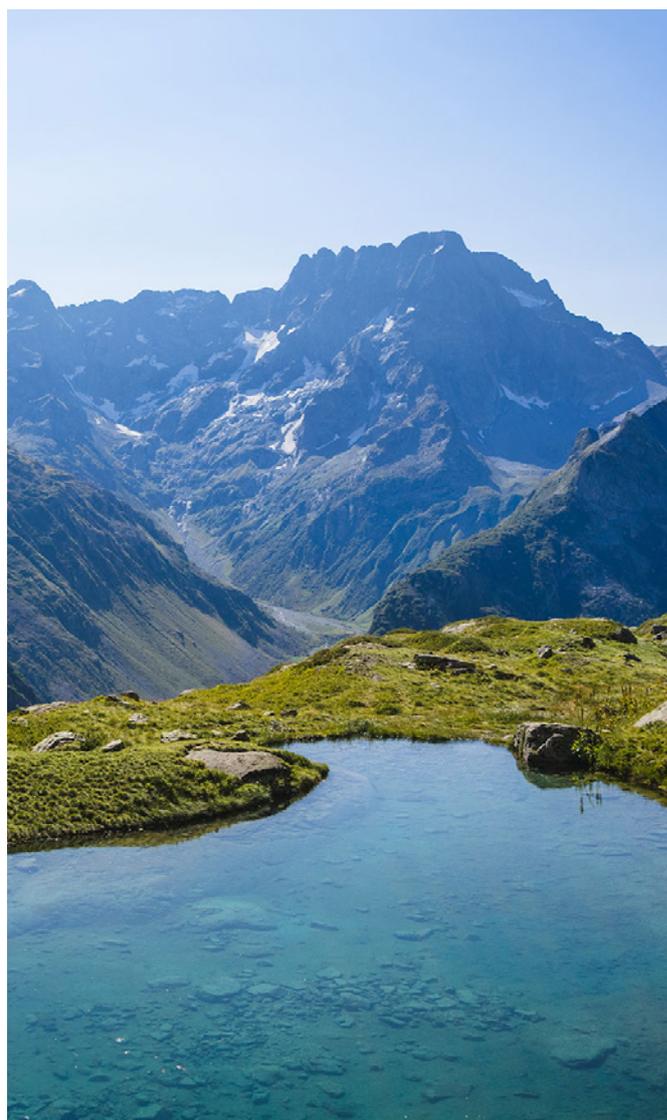


Figure 25 : Répartition des établissements de soins de suite et réadaptation (Source : ARS Paca, exploitation base Finess 2020) et densité de population (habitants par km²) (Source : Insee RP 2019)



Une capacité hospitalière importante en soins de longue durée, soins de suite et en psychiatrie infanto-juvénile

En 2020, le département des Hautes-Alpes se démarquait des autres départements de la région par des taux d'équipement particulièrement élevés en soins de longue durée (SLD) (83,6 places pour 10 000 habitants de 75 ans et plus, contre 32,3 dans la région) en Soins de Suite et Réadaptation (SSR) (54,6 places pour 10 000 habitants, contre 24 pour 10 000) et en psychiatrie infanto-juvénile (21 places pour 10 000 habitants de moins de 18 ans, contre 8 pour 10 000 dans la région). Ce territoire présentait par contre des taux d'équipement inférieurs aux valeurs régionales pour la Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et la psychiatrie générale (Tableau 4).

Tableau 4 : Taux d'équipement pour 10 000 habitants par spécialité dans les Hautes-Alpes en 2019 (Source : Drees, SAE, Insee RP 2019)

	Taux d'équipement (places pour 10 000 habitants) en 2020	
	Hautes-Alpes	Région
Médecine chirurgie obstétrique	37,2	39,3
Psychiatrie générale	13,7	16,3
Soins de longue durée	83,6	32,3*
Psychiatrie infanto-juvénile	21	8
Soins de suite et de réadaptation	54,6	24
Hospitalisation à domicile	2,8	2,3

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

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

L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE



Un taux d'équipement élevé en EHPAD et en services de soins infirmiers à domicile

En 2021, le département des Hautes-Alpes présentait le taux d'équipement le plus élevé de la région en services de soins infirmiers à domicile de la région (29,1 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus), près du double de la moyenne régionale. Il était également le 2^{ème} département de la région le mieux équipé en EHPAD derrière les Alpes-de-Haute-Provence (90 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, contre 80,8 pour 1 000 dans la région). Par contre, ce département est le seul de la région à ne disposer d'aucune résidence autonomie (Tableau 5).

Tableau 5 : Nombre de places et taux d'équipement (pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus) en établissements et services médico-sociaux par type de structures, 2021 (Source : Drees, Finess - (traitement ARS Paca) 2021 - Insee RP 2019)

	Nombre de places	Taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus	
		Hautes-Alpes	Région
EHPA/EHPAD	1 453	90	80,8
Résidences autonomie	0	0	12,6
Services de Soins Infirmiers à Domicile	470	29,1	16,8
Accueils de jour	29	1,8	2,1
Hébergements temporaire	16	1	1,1

Seul le Briançonnais présentait un taux d'équipement

(65,5 places pour 1 000 personnes âgées ou plus) inférieur à la moyenne régionale (Figure 26).

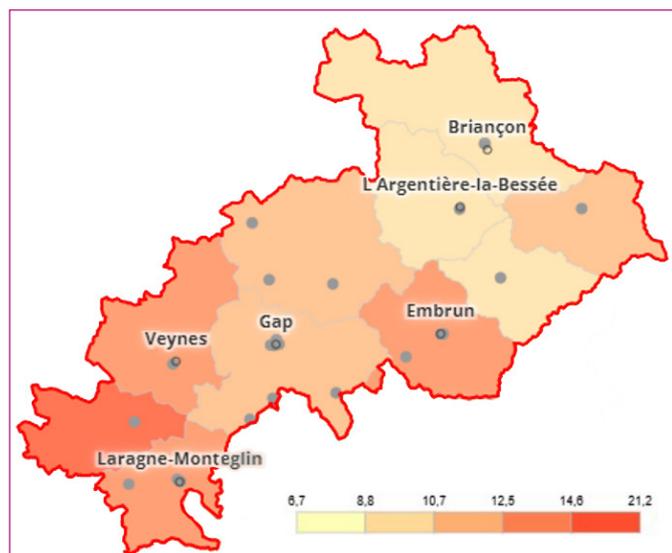


Figure 26 : Localisation des EHPAD (Source : FINESS 2021) et part de personnes âgées de 75 ans et plus dans la population (%) par espace de santé de proximité (Source : Insee RP 2019)

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

En 2021, le département des Hautes-Alpes était le mieux équipé de la région en structures d'hébergement (9,7 places pour 1 000 personnes avec un handicap âgées de 20 à 64 ans, contre 4 dans la région), structures d'insertion professionnelle (6,1 pour 1 000 personnes avec un handicap âgées de 20 à 64 ans, contre 3,5 dans la région) et en services d'accompagnement des adultes avec un handicap (2,9 places pour 1 000 personnes avec un handicap âgées de 20 à 64 ans, contre 1,4 dans la région) (Tableau 6).

Tableau 6 : Nombre de places et taux d'équipement

en structures et services médico-sociaux pour les adultes avec un handicap par type de structures, 2021 (Source : Drees, Finess 2021 - (traitement ARS Paca) - Insee RP 2019)

	Nombre de places	Taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 20 à 64 ans	
		Hautes-Alpes	Région
Structures d'hébergement	641	9,7	4
Structures d'insertion professionnelle	400	6,1	3,5
Services d'accompagnement	192	2,9	1,4

Avec respectivement 16,3, 13,5 et 10,6 places pour 1 000 adultes, le Gapençais, le Queyras et le pays du Buëch disposaient de taux d'équipement particulièrement élevés en structures d'hébergements pour les adultes en situation de handicap. Par contre, aucune place d'hébergement n'existait dans le Champsaur (Figure 27).

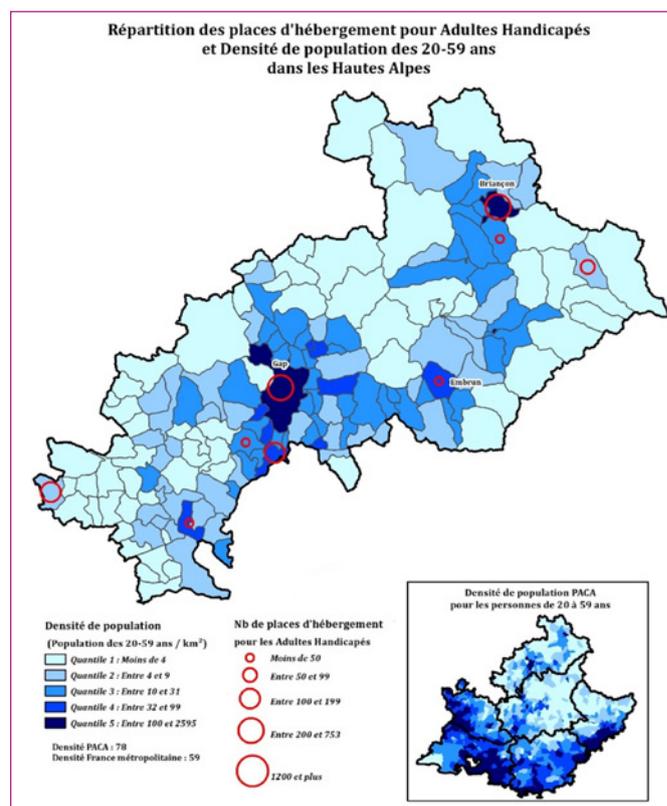


Figure 27 : Répartition des places d'hébergement pour les adultes avec un handicap (Source : ARS Paca, exploitation base Finess 2020) et densité de population des 20-59 ans (Source : Insee RP 2019)



Le département de la région le mieux équipé de la région en structures de prise en charge des enfants en situation de handicap

En 2021, il existait 430 places dans des structures de prise en charge pour les enfants en situation de handicap dans les Hautes-Alpes, soit un taux d'équipement de 14,1 places pour 1 000 personnes de 0-18 ans, le plus élevé de la région (9,8 pour 1 000 personnes de 0-18 ans). A noter cependant qu'il n'existait aucune structure pour les enfants avec une déficience motrice ou sensorielle dans le département.

Tableau 7 : Nombre de places et taux d'équipement en structures et services médico-sociaux pour les enfants et adolescents avec un handicap par type de structures, 2021 (Source : Drees, Finess 2021 (traitement ARS Paca) – Insee RP 2019)

	Nombre de places	Taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 0 à 18 ans	
		Hautes-Alpes	Région
Structures de prise en charge	430	14,1	9,8
Structures de consultation	1	nd*	nd*

* non disponible

Les structures d'hébergement pour les enfants avec un handicap étaient principalement localisées à Gap et Briançon (Figure 28).

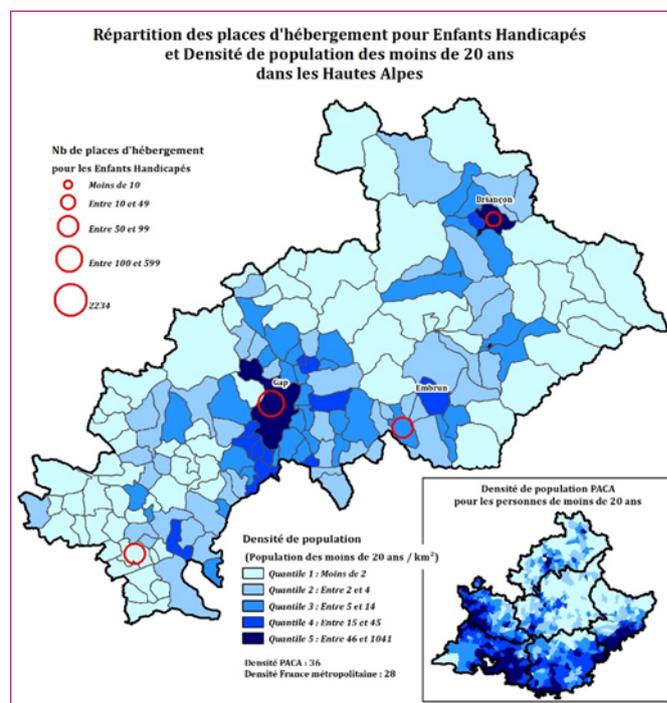


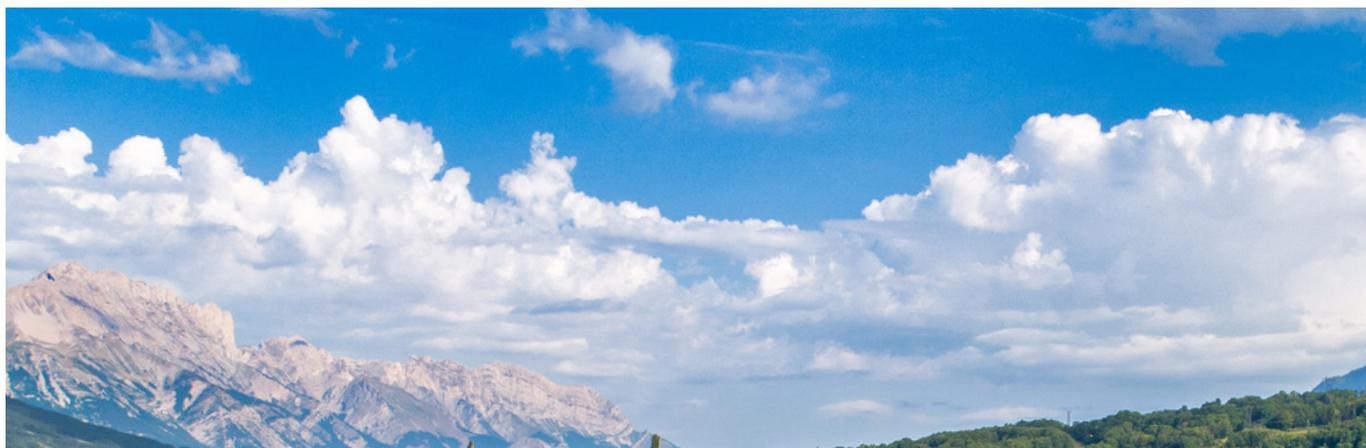
Figure 28 : Répartition des places d'hébergement pour les enfants de 0 à 19 ans avec un handicap (Source : ARS Paca, exploitation base Finess 2020) et densité de population des moins de 20 ans (Source : Insee RP 2019)

4

LA RÉALISATION DES ACTES DE PRÉVENTION

L'ESSENTIEL

- ▶ La participation au dépistage des cancers la plus élevée de la région ;
- ▶ La proportion la plus élevée de la région d'enfants ayant bénéficié d'un bilan de santé buccodentaire ;
- ▶ Des couvertures vaccinales plus élevées que dans la région, mais moins élevées qu'en France ;
- ▶ Près de 2 femmes sur 3 n'ont pas consulté de gynécologue libéral depuis au moins 24 mois ;
- ▶ Des actes de prévention à promouvoir auprès des publics précaires.



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

En 2019, près de la moitié des enfants âgés de 6 ans (46,7 %) ont bénéficié d'un bilan de santé buccodentaire ou d'une consultation chez un dentiste libéral dans les Hautes-Alpes, la proportion la plus élevée de la région (44,1 %). A noter que les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire étaient moins nombreux à en avoir bénéficié (33,9 %) que les non-bénéficiaires (48,1 %). L'écart observé dans le département était cependant plus important (14,2 points) que celui observé dans la région (8,9 points) (Source : DRSM Paca-Corse 2019).



Si les enfants sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. Chez les enfants, les habitudes de vie sont en construction et les compétences en cours d'acquisition. Cette population est donc particulièrement réceptive aux apprentissages et à la prévention. Une stratégie globale de prévention devrait être menée auprès de ce public et s'appuyer sur le développement d'environnements favorables à la santé, le renforcement des facteurs de protection et l'acquisition des compétences favorisant l'adoption de comportements favorables à la santé (59). Les services de protection maternelle et infantile (PMI) organisent des consultations et des actions médico-sociales de prévention, de dépistage et de suivi en faveur des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de 6 ans, ainsi que des activités de planification familiale et d'éducation familiale. Ils constituent un acteur de premier plan dans la prévention auprès enfants et de leurs familles (60).



Près de 2 femmes sur 3 n'ont pas consulté de gynécologue au cours des 24 derniers mois

En 2021, près de femmes âgées de 20 à 64 ans sur 3 (63,7 %) n'ont pas consulté de gynécologue libéral au cours des 24 derniers mois, la proportion la plus élevée de la région (45,7 %). Le non recours était particulièrement élevé dans le Champsaur et dans le pays du Buëch (Source : CNAM SIAM ERASME 2021).



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



La participation aux dépistages des cancers la plus élevée de la région

Cancer du sein

En 2000-2021, plus de la moitié des femmes âgées de 50 à 74 ans (52,7 %) et résidant dans les Hautes-Alpes ont participé au dépistage organisé du cancer du sein : il s'agit de la participation la plus élevée de la région (36,1 %), et une participation également supérieure également à la moyenne nationale (France : 46,6 %) (Source : Données issues des Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers et Estimations Localisées de Population (ELP) de l'Insee - Traitement Santé publique France 2021).



Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent en France et représente la première cause de décès par cancer chez la femme (61). Plus les cancers du sein sont détectés tôt et plus les chances de guérison sont importantes : la survie à 5 ans est de 99 % pour un cancer du sein détecté à un stade précoce, elle est de 26 % pour un cancer métastasé (62). On estime que près de 20 000 cancers du sein pourraient être évités chaque année (soit un tiers des nouveaux cas de cancer pour l'année 2018) par une réduction des comportements à risque (63).

Cancer du col de l'utérus

Sur la période 2018-2020, plus de 6 femmes âgées de 25 à 65 ans sur 10 (61,5 %) ont participé au dépistage triennal du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin dans les Hautes-Alpes, soit la 2^{ème} participation la plus élevée de la région (60,4 %), derrière les Alpes-Maritimes (Source : SNDS (DCIR), Insee - Exploitation Santé publique France 2021).



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

Cancer colorectal

Sur la période 2020-2021, 37,1 % des habitants âgés de 50-74 ans du département ont participé au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum, la valeur la plus élevée de la région (31,1 %), chez les hommes (35,5 %) comme chez les femmes (38,6 %). La participation à ce dépistage était également plus élevée qu'en France métropolitaine (34,6 %) (Source : Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers et Estimations Localisées de Population de l'Insee 2021).



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

Des couvertures vaccinales plus élevées que dans la région, mais inférieures à la moyenne nationale

Vaccination contre les infections à papillomavirus (HPV)

En 2021, dans les Hautes-Alpes, 4 jeunes âgés de 15 ans sur 10 (39,8 %) avaient reçu 1 dose de vaccin contre le papillomavirus et un peu plus de 3 sur 10 (31,8 %) avaient reçu le schéma complet à 16 ans, des chiffres un peu plus élevés que dans la région (respectivement 38,4 % et 30,4 %) mais inférieurs à la moyenne nationale (respectivement 45,8 % et 37,4 %) (Source : Santé publique France-SNDS 2021).



Les HPV oncogènes peuvent être à l'origine de différents cancers comme celui de l'anus, du vagin, de la vulve, du pénis et certains cancers de la sphère ORL. Néanmoins, le principal cancer attribuable aux HPV est le cancer du col de l'utérus (65).

Vaccination contre la grippe

En 2021-2022, un peu plus de la moitié (52,6 %) des personnes âgées de 65 ans et plus se sont faites vacciner contre la grippe dans les Hautes-Alpes, une couverture vaccinale proche de la moyenne régionale (région : 52,4 %), mais bien inférieure à la moyenne de France métropolitaine (56,8 %) (Source : Santé publique France - SNDS (DCIR) 2021).



L'épidémie de grippe saisonnière est responsable chaque année d'environ 8 000 à 14 500 décès dont la très grande majorité rapportés chez les personnes de 65 ans et plus (66). En raison de la fragilité de leur système immunitaire et de la présence plus fréquente de maladies chroniques les plus de 65 ans sont plus susceptibles d'être hospitalisés.

Vaccination contre la Covid-19

Au 7 juillet 2022, 77,7 % des habitants des Hautes-Alpes avaient reçu une dose de vaccin contre la Covid-19 et 76,7 % la vaccination complète (2 doses), une couverture vaccinale plus élevée que dans la région (respectivement 75,2 % et 74,1 % dans la région), mais moins élevée qu'en France (80,3 % et 79 %) (Source : Vaccin Covid, Cnam, analyse Santé publique France 2022).



En France, la COVID-19 a provoqué environ 149 000 décès depuis le début de l'épidémie (Source : John Hopkins University). Pour faire face à la propagation de ce virus en France, une vaste campagne de vaccination a débuté depuis le 27 décembre 2020 auprès de la population, conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé. La stratégie vaccinale mise en place contre la COVID-19 a pour objectifs principaux de protéger les populations les plus vulnérables, de faire baisser la mortalité et les formes graves, mais aussi de protéger les soignants et le système de soins.

Pour 8 médecins généralistes français sur 10, la vaccination est le meilleur moyen pour éviter la survenue de nouvelles vagues épidémiques de Covid-19 et constitue le seul moyen de développer une immunité de groupe dans la population (67).



5

L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

L'ESSENTIEL

- ▶ L'espérance de vie à la naissance la plus élevée de la région ;
- ▶ Les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire responsables de la moitié des décès, comme dans la région ;
- ▶ Des indicateurs de santé globalement plus favorables que dans la région ;
- ▶ Une sous-mortalité significative par rapport à la région pour de nombreuses causes de décès et pour la mortalité prématurée et infantile ;
- ▶ Mais une surmortalité significative par rapport à la région pour les traumatismes (suicides, accidents de la vie courante et de la circulation) ;
- ▶ Une augmentation de la prévalence des maladies chroniques, comme dans la région ;
- ▶ Des enjeux de santé importants liés au vieillissement de la population ;
- ▶ Des indicateurs sur l'état de santé plus favorables dans le Briançonnais que dans les autres sous-territoires.

La proportion de naissances de petit poids la plus élevée de la région

Entre 2015 et 2019, 77 naissances prématurées (accouchement entre la 22^e et la 37^e semaine d'aménorrhée (SA)) ont été relevées en moyenne dans les Hautes-Alpes, soit 6,1 % des naissances, une proportion moins élevée que dans la région (6,8 %). Les cas de très grande prématurité (entre la 22^e et la 27^e SA) représentaient 0,2 % des naissances (région : 0,3 %), les cas de grande prématurité (entre la 28^e et la 31^e SA) 0,6 % des naissances (région : 0,7 %) et les cas de prématurité moyenne (entre la 32^e et la 37^e semaine d'aménorrhée (SA)) 5,3 % des naissances (région 5,8 %) (Source : PMSI, SNDS, 2015-2019).

La part des naissances vivantes à terme (> 37 SA) hypotrophes (poids de naissance inférieur à 2 500 grammes) représentaient 3,5 % des naissances, la proportion la plus élevée de la région (2,8 %). A l'inverse, la part des naissances vivantes à terme (> 37 SA) macrosomes (poids de naissance supérieur à 4 000 grammes) représentaient 5,1 % des naissances, la proportion la plus faible de la région (6,4 %) (Source : PMSI, SNDS, 2015-2019).

Parmi les enfants âgés de 0 à 6 ans, 11,8 % ont été hospitalisés en court séjour sur la période 2015-2019, une proportion un peu moins élevée de la région (12,3 %). Le taux d'hospitalisations en court séjour pour lésion traumatique était de 0,7 % chez les 0 à 6 ans et était proche de la moyenne régionale (0,6 %) (Source : PMSI, SNDS, 2015-2019).

Une augmentation de la prévalence des maladies chroniques

En 2020, 54,3 % des assurés résidant dans les Hautes-Alpes n'avaient aucune pathologie repérée, ne suivaient aucun traitement, et n'avaient fait l'objet ni d'une maternité ou d'une hospitalisation, une proportion proche de la moyenne régionale (54,6 %) (Source : CNAM, 2022).

En 2021, 18,0 % des assurés du régime général étaient bénéficiaires d'une Affection Longue Durée (ALD), une proportion significativement plus élevée que dans la région (17,4 %) (Source : DRSM Paca-Corse 2021).

Entre 2016 et 2020, on observe une augmentation de la prévalence des maladies chroniques dans les Hautes-Alpes, excepté pour les maladies respiratoires chroniques, comme dans la région. Cette hausse peut être expliquée par l'allongement de l'espérance de vie et les progrès de la médecine, mais aussi par les changements de mode de vie (alimentation, activité physique notamment) (68). D'après les projections, cette augmentation devrait se poursuivre dans les années à venir (69) (Tableau 9).

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

		Prévalence brute Hautes-Alpes			Prévalence brute Provence-Alpes-Côte d'Azur		
		2016*	2020*	Projections 2028**	2016*	2020*	Projections 2028**
Cancers	8 700	5,9 %	↑ 6,1 %	6,9 %	5,1 %	↑ 5,7 %	5,5 %
Diabète	7 360	4,9 %	↑ 5,2 %	5,9 %	5,9 %	↑ 6,2 %	6,6 %
Maladies cardiovasculaires	13 360	8,6 %	↑ 9,4 %	10,7 %	8,0 %	↑ 8,7 %	9,3 %
Maladies respiratoires chroniques	7 100	5,2 %	↓ 5,0 %	5,8 %	5,8 %	↓ 5,6 %	6,1 %
Maladies neurologiques ou dégénératives	4 410	3,0 %	↑ 3,1 %	3,6 %	2,7 %	→ 2,7 %	3,0 %

Des personnes avec un handicap qui cumulent les difficultés

En 2020, on estimait à environ 1 400 personnes le nombre d'adultes âgés de 20 à 64 ans avec un handicap soit un taux de 18,6 personnes avec un handicap pour 1 000 personnes, le taux le plus élevé de la région. Par ailleurs, on estimait à 430 le nombre d'enfants en situation de handicap, soit un taux de 14,1 pour 1 000 enfant âgés de 0 à 19 ans (45).

En 2020, on comptabilisait dans les Hautes-Alpes environ 2 700 bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé, soit un taux de 41,3 bénéficiaires pour 1 000 adultes âgés de 20 à 64 ans, plus élevé que dans la région (38,4 pour 1 000) (Source : Cnaf, MSA 2020). On comptabilisait également dans le département 705 foyers bénéficiaires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé, soit un taux de 23,2 bénéficiaires pour 1 000 enfants de moins de 20 ans, un peu moins élevé que dans la région (24,3 pour 1 000) (Source : Cnaf, MSA 2020 - Insee RP 2019).



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

- ▶ Dans la région, 31 % des personnes avec un handicap interrogées dans le cadre du Baromètre Santé Handifaction ont déclaré ne pas avoir pu effectuer leur(s) soin(s) ;
- ▶ 5 sites de consultation dédiés aux personnes avec un handicap dans la région, mais aucun dans les Hautes-Alpes.

L'espérance de vie à la naissance la plus élevée de la région

En 2021, l'espérance de vie à la naissance des habitants des Hautes-Alpes s'élevait à 80,5 ans pour les hommes et 85,8 ans pour les femmes, les plus élevées de la région (79,5 chez les hommes et 85,2 ans chez les femmes) et plus élevées également qu'en France métropolitaine (79,3 chez les hommes et 85,4 chez les femmes). Après avoir baissé en 2020, vraisemblablement en lien avec l'épidémie de Covid-19, l'espérance de vie augmente de nouveau dans le département en 2021 (Source : Insee, État civil, estimations de population 2021).



Zoom : d'importantes inégalités sociales de mortalité en France

L'espérance de vie des hommes disposant des revenus les plus faibles est 13 années plus courte que celle des hommes ayant des revenus les plus élevés. L'écart était de 8 ans chez les femmes. Cette disparité selon les revenus peut s'expliquer, en partie tout du moins, par les différences de niveau d'éducation et de conditions de vie, d'exposition aux facteurs de risque et d'accès aux soins de santé (70).





Le taux de mortalité prématurée le plus faible de la région

Entre 2013 et 2017, 1 369 décès ont été enregistrés en moyenne chaque année dans les Hautes-Alpes, soit une sous-mortalité significative de - 8,3 % par rapport à la région. Parmi ces décès, 205 étaient prématurés (avant l'âge de 65 ans), représentant 15 % des décès et 98 auraient pu être évités par une réduction des comportements à risque (tabagisme, consommation d'alcool, conduites dangereuses) (7,2 % des décès) (Source : Inserm CépiDC 2013-2017).

Sur la période 2013-2017, le département des Hautes-Alpes présentait le taux de mortalité prématurée (125,2 pour 100 000) le plus faible de la région (132,6 pour 100 000). Ce département présentait ainsi une mortalité prématurée significativement moins élevée que dans la région (- 8,4 %), de même que le territoire du Briançonnais (- 15,6 %).

Globalement, le taux de mortalité prématurée a baissé dans le département entre 2000-2004 et 2013-2017 (- 26 %), un peu plus fortement que dans la région (- 22 %) (Figure 29).

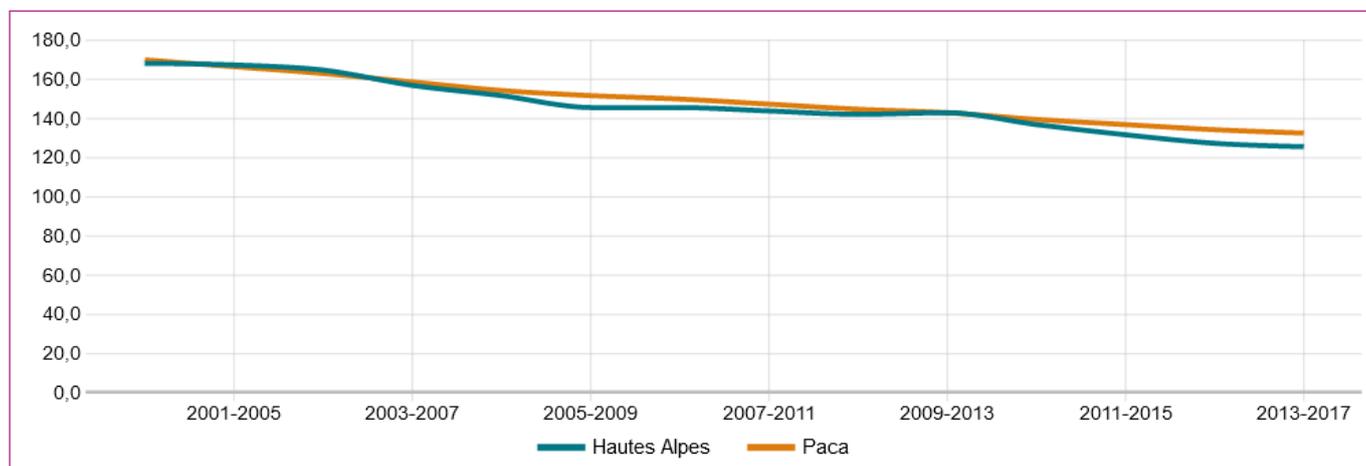


Figure 29 : Evolution du taux comparatif de mortalité prématurée dans les Hautes-Alpes et dans la région entre 2000-2004 et 2013-2017 (Source : Inserm CépiDC 2000-2004, 2013-2017, Insee RP)



1 décès sur 2 lié à un cancer ou une maladie de l'appareil circulatoire

Sur la période 2013-2017, les principales causes de décès dans le département étaient, comme dans la région, les cancers (25,5 %), les maladies de l'appareil circulatoire (25,3 %). Ces pathologies étaient à l'origine de plus d'environ la moitié des décès, comme dans la région (Figure 30).

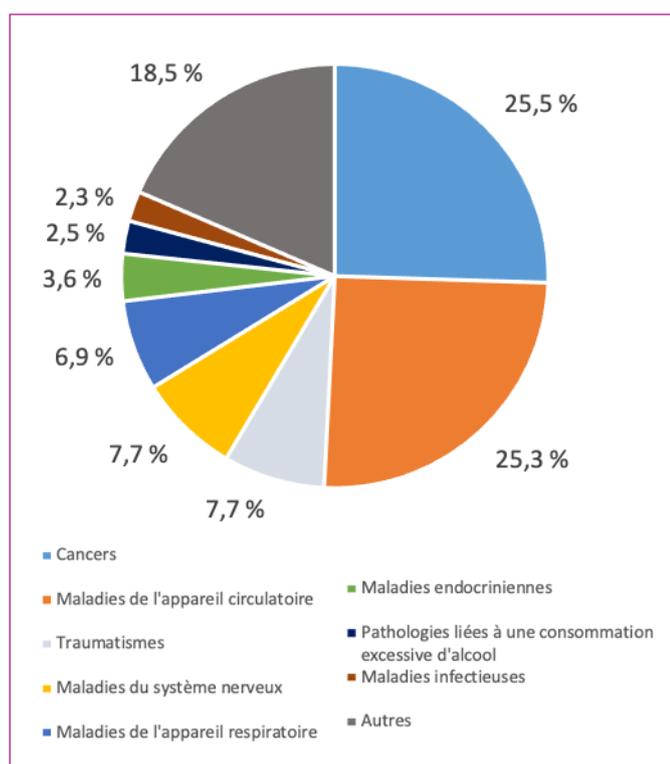


Figure 30 : Principales causes de décès dans les Hautes-Alpes entre 2013 et 2017 (Source: Inserm CépiDC 2013-2017)

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

Globalement, les données de mortalité relevées dans les Hautes-Alpes étaient plus favorables que celles relevées dans la région. Une sous-mortalité par rapport à la région a ainsi été observée toutes causes de décès confondues (- 8,3 %), pour la mortalité prématurée (- 8,4 %) et infantile (- 60 %), ainsi que pour les cancers, les maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif et du rein.

Cependant, il faut souligner la présence d'inégalités territoriales de mortalité : le territoire du Briançonnais se démarquait des autres territoires par des données de mortalité particulièrement favorables.

Les cancers

En 2020, 8 700 personnes ont été prises en charge^[8] pour un cancer dans les Hautes-Alpes, soit une prévalence de 6,1 %, plus élevée que dans la région (5,7 %) (Source : CNAM 2022).

Avec 345 personnes décédées en moyenne chaque année entre 2013 et 2017 (25,5 % des décès), les cancers constituaient la première cause de décès dans les Hautes-Alpes, comme dans la région et en France (Source : Inserm CépiDC 2013-2017).

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

Les cancers responsables du plus grand nombre de décès masculins étaient, par ordre décroissant, ceux du poumon, de la prostate et du côlon-rectum. Chez la femme, le cancer du sein constitue la première cause de décès par cancer, suivie du cancer du poumon et du cancer colorectal, comme dans la région.

Comparativement à la région, le département des Hautes-Alpes (- 8,7 %), ainsi que les sous-territoires du Briançonnais (- 14,6 %) et du Gapençais (- 8,5 %) présentaient une sous-mortalité significative par rapport à la région pour l'ensemble des cancers. Une sous-mortalité a également été relevée dans les Hautes-Alpes pour différents cancers, dont les cancers de la vessie (- 29,3 %), du poumon (- 21 %) et du côlon (- 20,4 %). Par contre, une surmortalité pour le cancer de l'ovaire a été relevée dans le département par rapport à la région (+ 2,3 %).

Les territoires du Briançonnais (- 41 %), du Champsaur (- 39,4 %) et du Gapençais (- 21 %) présentaient une sous-mortalité par rapport à la région pour le cancer du poumon, le pays du Buëch pour les cancers du sein (- 43 %) et de la prostate (- 49,8 %). Par contre, une surmortalité par rapport à la région a été relevée pour le cancer de l'ovaire dans le pays du Buëch (+ 97,2 %) et le territoire de Serre-Ponçon (+ 104 %).

En terme d'évolution, une baisse de la mortalité par cancers de - 18 % a été constatée entre les périodes 2000-2004 et 2013-2017 dans le département, un peu moins rapide que celle observée dans la région (- 22 %) (Figure 31).



La progression de l'espérance de vie et le vieillissement de la population contribuent à l'augmentation du nombre de nouveaux cas de cancers. Nos comportements et modes de vie (tabagisme, consommation excessive d'alcool, alimentation déséquilibrée, manque d'activité physique...) jouent également un rôle non négligeable : on estime que 40 % des nouveaux cas de cancers détectés chaque année sont attribuables à ces facteurs de risque. La prévention de ces facteurs de risque constitue donc un enjeu majeur de santé publique (63).

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 (71).

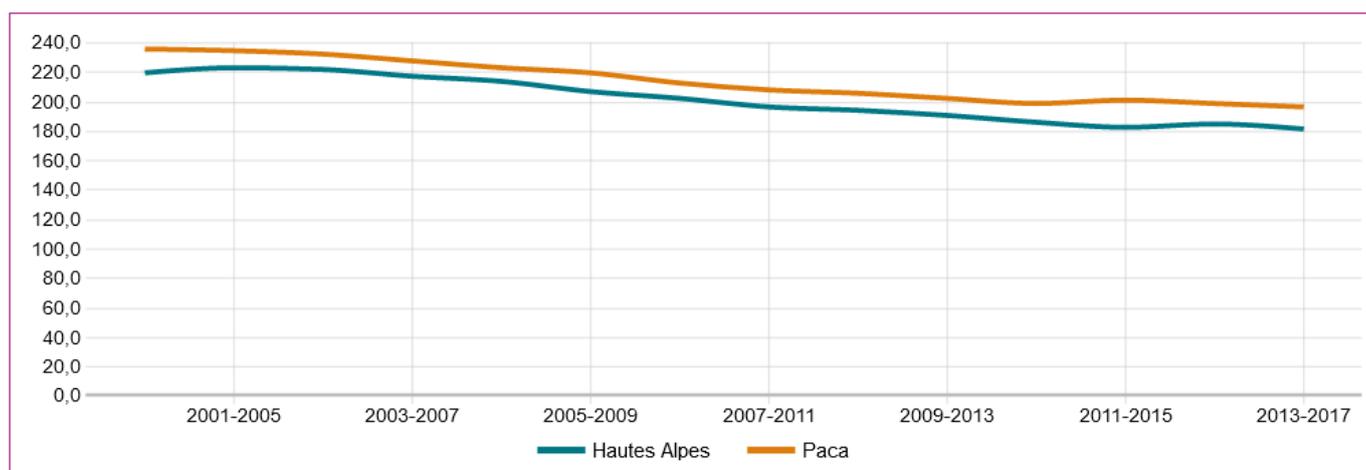


Figure 31 : Evolution du taux comparatif de mortalité par cancers dans les Hautes-Alpes et dans la région entre 2000-2004 et 2013-2017 (Source : Inserm CépiDC, Insee 2013-2017)



Les maladies cardio-vasculaires

En 2020, 48 330 personnes ont été prises en charge^[9] pour une maladie cardio-vasculaire dans les Hautes-Alpes, soit une prévalence de 9,4 %, un chiffre plus élevé que dans la région (8,7 %). Par ailleurs, 12,6 % des assurés du département suivaient un traitement pour le risque vasculaire (hors pathologies), là encore, une prévalence plus élevée que dans la région (11,9 %) (Source : CNAM 2022).

Entre 2013 et 2017, 347 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'une maladie de l'appareil circulatoire dans les Hautes-Alpes, soit 25,3 % de l'ensemble des décès : il s'agissait de la deuxième cause de décès dans le département, tout comme dans la région. Le département présentait une mortalité comparable à celle de la région pour les maladies de l'appareil circulatoire. Cependant, une surmortalité significative par rapport à la région a été observée pour ce type de pathologies dans le pays du Buëch (+ 12,1 %) et dans le Champsaur, chez les femmes uniquement (+ 35,2 %). A l'inverse, une sous-mortalité significative par rapport à la région a été relevée dans le Briançonnais chez les hommes (- 20,6 %) (Source : Inserm CéPIDC 2013-2017).

En terme d'évolution, on a observé, entre les périodes 2000-2004 et 2013-2017, une baisse de la mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire dans le département (- 38 %), comme dans la région (- 39 %) (Figure 32).

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

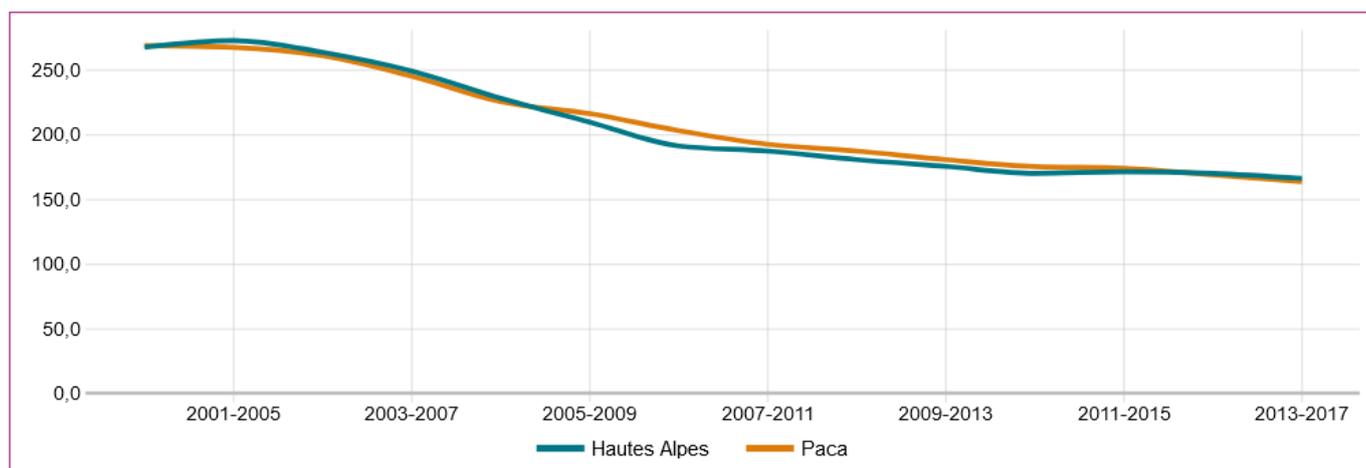


Figure 32 : Evolution du taux comparatif de mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire dans les Hautes-Alpes et dans la région entre 2000-2004 et 2013-2017 (Source : Inserm CépiDC, Insee 2013-2017)

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

Le diabète

En 2020, 7 360 personnes ont été prises en charge^[10] pour un diabète dans les Hautes-Alpes, soit une prévalence de 5,2 %, moins élevée que dans la région (6,2 %) (Source : CNAM 2022).

Entre 2013 et 2017, 27 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'un diabète dans les Hautes-Alpes, un niveau de mortalité proche de celui relevé dans la région. Le territoire du Briançonnais était le seul à présenter une sous-mortalité significative par rapport à la région pour le diabète (Source : Inserm CépiDC 2013-2017).

En terme d'évolution, on observe, entre les périodes 2000-2004 et 2013-2017, une baisse de la mortalité pour les maladies endocriniennes de - 21 % dans les Hautes-Alpes, un peu moins élevée que celle observée dans la région (- 30 %) (Figure 33).



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 (72).

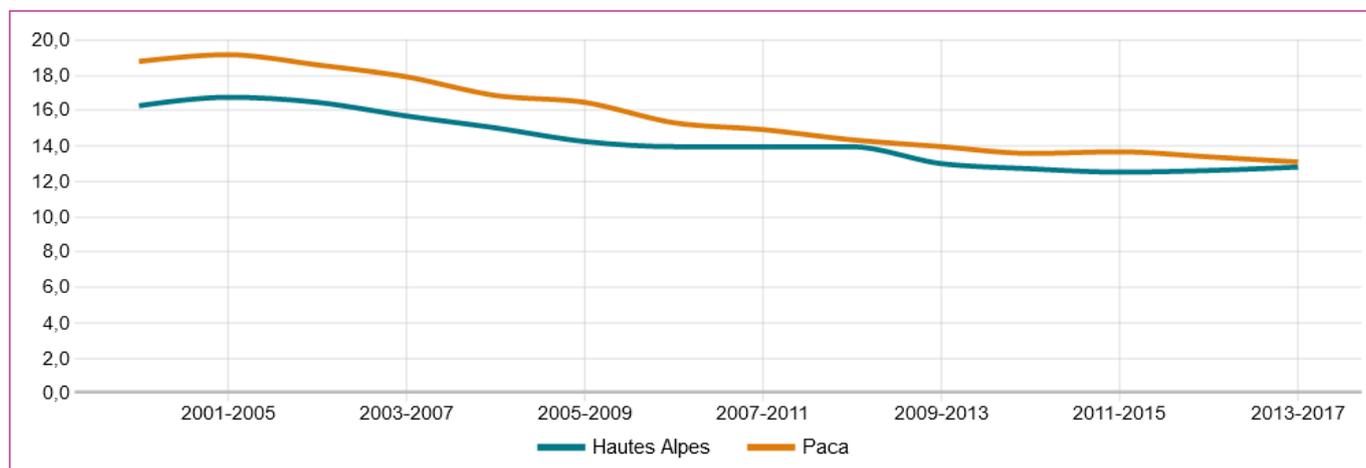


Figure 33 : Evolution du taux comparatif de mortalité pour le diabète dans les Hautes-Alpes et dans la région entre 2000-2004 et 2013-2017 (Source : Inserm CépiDC, Insee 2013-2017)



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

L'obésité

En 2020, près d'une personne sur 3 vivant en France (30,3 %) était en surpoids et 17 % en situation d'obésité, contre 15 % en 2012 (73). 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 34).

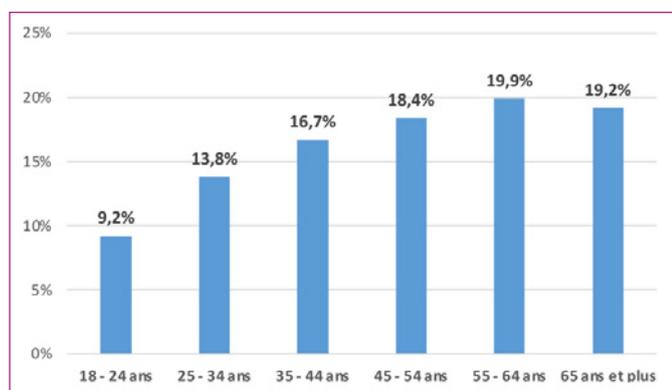


Figure 34 : Part des personnes en situation d'obésité en France par tranche d'âge (Source : enquête épidémiologique nationale ObÉpi-Roche 2020)

Concernant les enfants et les adolescents, près d'un enfant sur 3 (34 %) âgé de 2 à 7 ans et près d'un jeune âgé de 8 à 17 ans sur 5 (21 %) seraient en situation de surpoids ou d'obésité en France. Néanmoins, ces chiffres élevés posent la question de l'adéquation des seuils actuels pour mesurer la prévalence de l'obésité ou du surpoids, particulièrement chez les plus jeunes. L'obésité est un marqueur d'inégalités sociales : cette pathologie est deux fois plus fréquente chez les CSP moins qualifiées (employés et ouvriers) (18 %) que chez les cadres (9,9 %) (73).

Provence-Alpes-Côte d'Azur est l'une des régions de France les moins touchées par l'obésité, malgré une prévalence en augmentation (73).



L'obésité peut être à l'origine de différentes pathologies comme le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les maladies respiratoires (syndrome d'apnée du sommeil, hypoventilation, etc.), les troubles hormonaux (perturbation des cycles menstruels chez la femme) ou encore les maladies articulaires, telles que l'arthrose. Ainsi une perte de poids même modeste est bénéfique sur le plan métabolique, cardiovasculaire, respiratoire et musculo-squelettique (74).

Les troubles anxieux et dépressifs

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

En 2020, environ 9 900 assurés du régime général (7,2 %) ont reçu au moins 6 remboursements de médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques-hypniques, neuroleptiques), la proportion la plus faible de la région (7,9 %), et significativement moins élevée (- 10,1 %). Tous les sous-territoires, à l'exception du pays du Buëch présentaient des remboursements de psychotropes significativement plus faibles que la région (Source : DRSM Paca-Corse 2021).

En 2020, 3,9 % des assurés ont reçu au moins 6 remboursements d'antidépresseurs, significativement moins que dans la région (- 9,2 %). De même, 4,3 % des assurés ont reçu au moins 6 remboursements d'anxiolytiques-hypnotiques, significativement moins que dans la région (- 10,4 %). Enfin, 1,1 % des assurés ont reçu au moins 6 remboursement de neuroleptiques, là encore, significativement moins que dans la région (- 16,7 %).



La dépression et l'anxiété ont des causes variées : évènements de vie significatifs (traumatismes, deuil, ruptures conjugales, conditions de travail, etc.) (75). Ces troubles se traduisent par la survenue d'une association de symptômes (tristesse, perte d'intérêt ou de plaisir quasiment toute la journée et presque tous les jours, troubles du sommeil, fatigue, etc.), pouvant avoir un fort impact sur la vie quotidienne. La dépression constitue par ailleurs le premier facteur de risque de suicide. D'après l'enquête « Baromètre santé 2017 », les femmes, notamment celles âgées de 35-44 ans, les chômeurs et autres inactifs, les personnes veuves ou divorcées ainsi que les personnes déclarant de faibles revenus sont les plus concernés (76).

Les suicides et tentatives de suicides

Entre 2013 et 2017, 24 décès par suicides ont été enregistrés en moyenne chaque année dans les Hautes-Alpes, significativement plus que dans la région (+ 26,4 %) : un quart de ces décès concernait une personne âgée de 65 ans ou plus (Source : Inserm CépiDC, Insee 2013-2017).

Le territoire du Gapençais présentait une surmortalité par rapport à la région pour les suicides (+ 42 %), de même que le territoire de Serre-Ponçon, mais uniquement pour les jeunes âgés de 15 à 34 ans (+ 214,7 %).

En terme d'évolution, on observe, entre les périodes 2000-2004 et 2013-2017, une baisse de la mortalité par suicide de - 26 %, comme dans la région (- 29 %) (Figure 35).



Zoom : Une proportion similaire de tentatives de suicide en Provence-Alpes-Côte d'Azur qu'en France

- ▶ En 2017, 4,8 % des personnes interrogées en Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,3 % des femmes et 4,2 % des hommes) ont déclaré avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois, un chiffre proche de la moyenne nationale (4,7 %). Les jeunes âgés de 18 à 24 ans étaient particulièrement concernés (77) ;
- ▶ 7,7 % des personnes interrogées (10,9 % chez les femmes et 4,2 % les hommes) ont déclaré avoir déjà tenté de se suicider au cours de leur vie, un chiffre légèrement supérieur à la valeur nationale (7,2 %) (77).

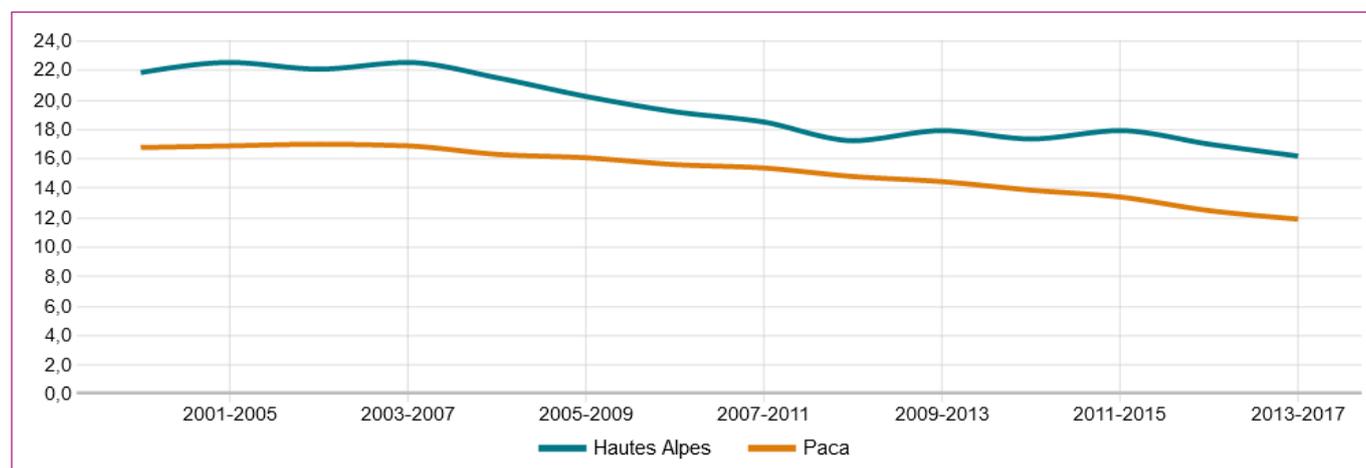
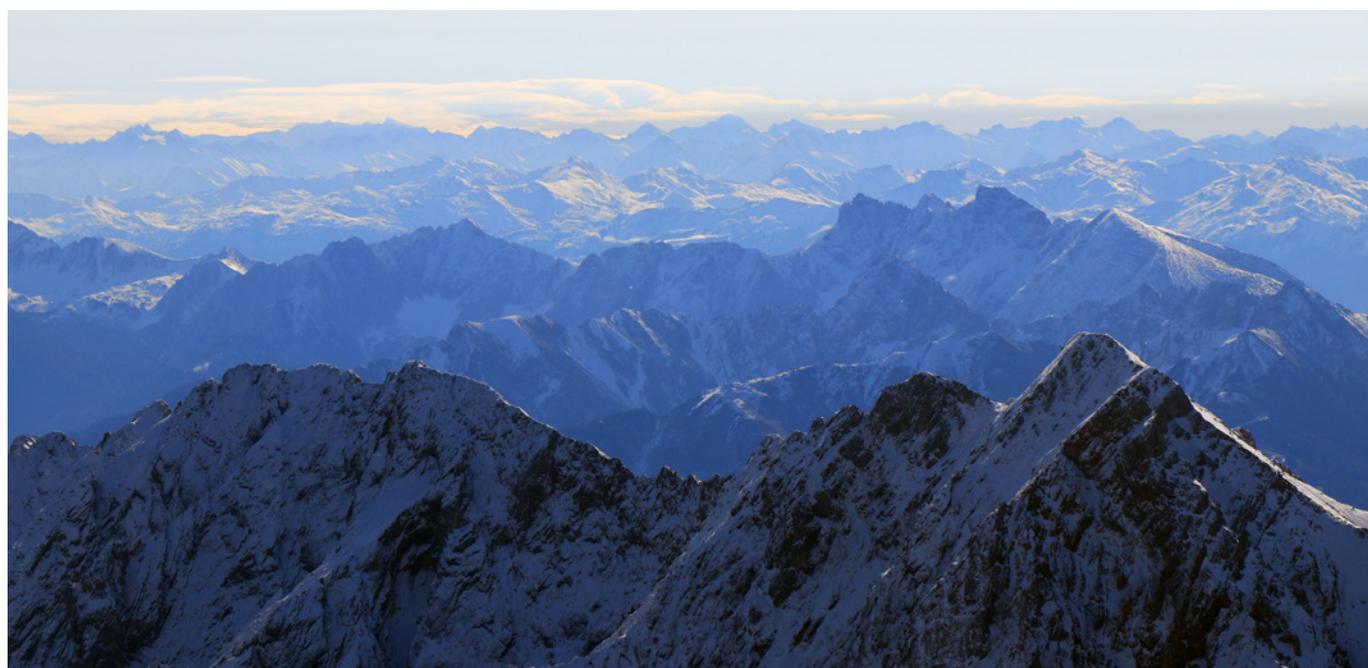


Figure 35 : Evolution du taux comparatif de mortalité par suicide dans les Hautes-Alpes et dans la région entre 2000-2004 et 2013-2017 (Source : Inserm CépiDC, Insee 2013-2017)





Une surmortalité par rapport à la région dans le Gapençais pour les pathologies liées à une consommation excessive d'alcool chez les femmes

En 2017, parmi les jeunes de 17 ans résidant dans la région et interrogés dans le cadre de l'enquête Escapad^[11], plus de 8 sur 10 ont déclaré avoir déjà expérimenté l'usage d'alcool (83,5 %) et 13,1 % une alcoolisation ponctuelle importante (au moins 3 fois dans le mois), des valeurs légèrement inférieures à celles observées au niveau nationale (respectivement 85,7 % et 16,4 %). Par ailleurs, près de 6 jeunes sur 10 (57,5 %) ont déclaré avoir déjà expérimenté la consommation de tabac en Provence-Alpes-Côte d'Azur (59,0 % en France métropolitaine) et plus d'un 1 sur 4 (26,0 %) fumait quotidiennement au moins une cigarette par jour (25,1 % en France métropolitaine) (78).

Entre 2013 et 2017, 34 décès liés à une consommation excessive d'alcool ont été enregistrés en moyenne chaque année dans les Hautes-Alpes (différence non significative avec la région). Une surmortalité par rapport à la région de + 51,1 % a été relevée dans le Gapençais chez les femmes uniquement (Source : Inserm CépiDC 2013-2017).

Globalement, la mortalité pour les pathologies liées à une consommation excessive d'alcool a diminué dans le département (- 38 %) entre 2000-2004 et 2013-2017, plus fortement que dans la région (- 28 %). Une reprise à la hausse de la mortalité a ainsi été constatée depuis la période 2009-2013, contrairement à la tendance régionale (Figure 36).

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 (79).

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 (80,81).

Le cancer de l'œsophage est plus fréquent en cas d'association du tabac et de l'alcool.

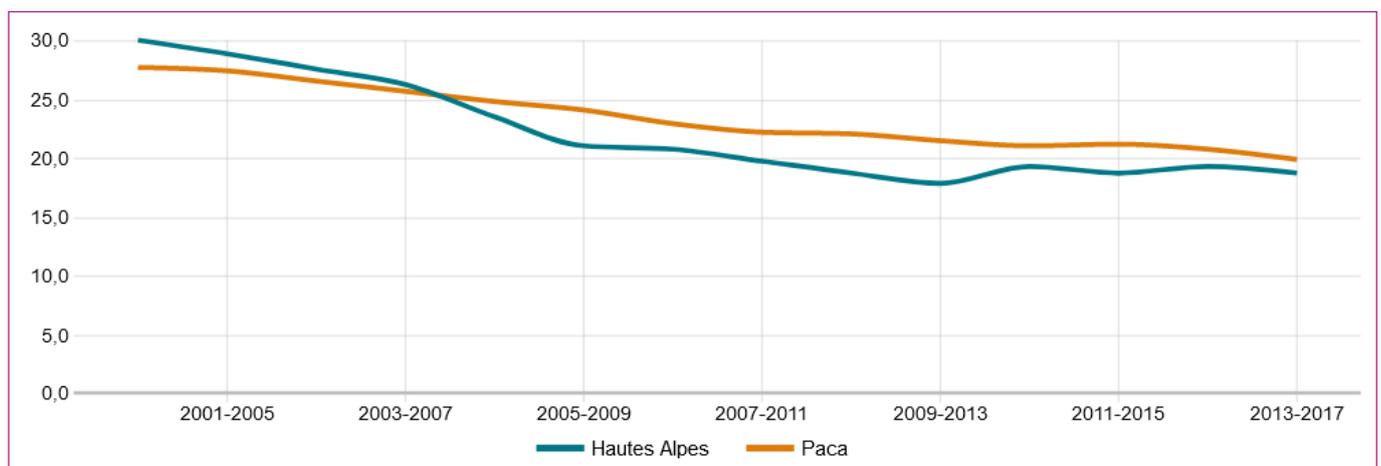
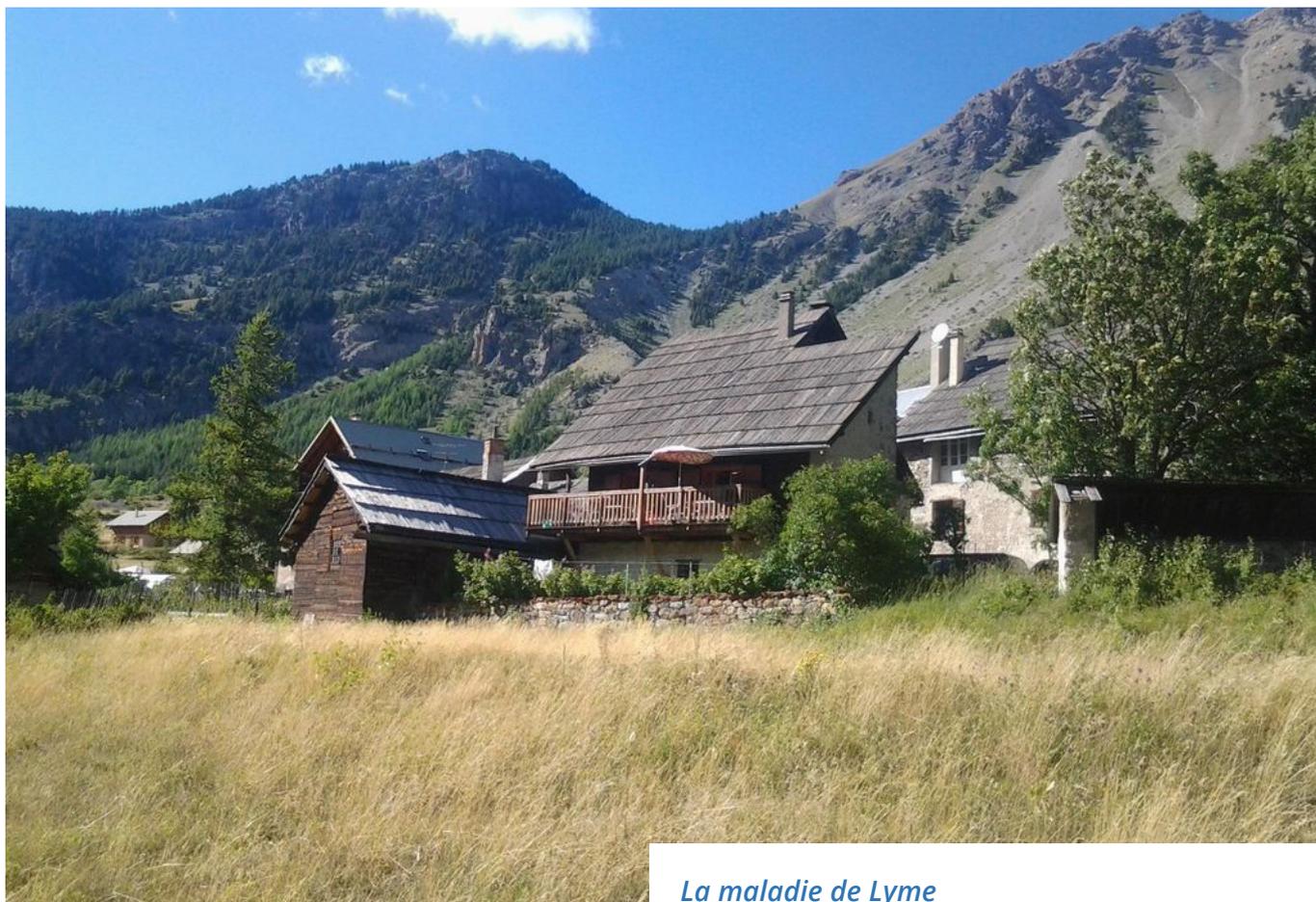


Figure 36 : Evolution du taux de mortalité pour les pathologies liées à une consommation excessive d'alcool dans les Hautes-Alpes et dans la région (Source : Inserm CépiDC 2000-2004, 2013-2017)

[11] L'enquête Escapad mise en place depuis 2000 vise prioritairement à quantifier la consommation de drogues, licites et illicites, dans la population adolescente. Sa régularité permet de suivre et d'analyser les évolutions des niveaux d'usages de drogue à l'échelle nationale, mais également régionale. Cette observation continue est en outre l'occasion d'identifier l'émergence et la généralisation ou au contraire le recul de certaines consommations et d'étudier les caractéristiques liées aux pratiques de ces usages (78).



Une surmortalité chez les personnes âgées dans les Hautes-Alpes au 2^{ème} semestre 2020, probablement liée à la Covid-19

Les maladies vectorielles

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

Maladies liées au moustique tigre

Le moustique tigre est vecteur de maladies appelées « arboviroses », comme la dengue, le chikungunya et l'infection à virus Zika.

En 2020, 7 cas d'arboviroses ont été comptabilisés dans les Hautes-Alpes : 6 cas de dengue et 1 de chikungunya, tous importés (Source : Santé Publique France 2020). Par ailleurs, un épisode exceptionnel de circulation du virus West Nile dans les départements méditerranéens du sud de la France est survenu en 2018, avec 27 cas humains recensés, contre 2 en 2017. En 2020, aucun cas n'a été identifié dans les Hautes-Alpes (82).

La maladie de Lyme

La borréliose de Lyme est une maladie transmise à l'être humain par des piqûres de tiques infectées. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur, bénéficiant d'un climat méditerranéen, fait partie des régions les moins touchées de France sur la période 2009-2016 (83).



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) (84,85).

Les infections sexuellement transmissibles

Le Sida

D'après les estimations de Santé Publique France, le nombre de découvertes de séropositivité s'élevait à 79 par million d'habitants en 2018 en Provence-Alpes-Côte d'Azur : il s'agissait de la 3^e région de France métropolitaine la plus touchée par l'épidémie de VIH, derrière les régions Ile-de-France et Centre-Val-de-Loire métropolitaine (86). Au vue des effectifs, aucune estimation n'a pu être réalisée pour le département des Hautes-Alpes. Dans la région, le nombre de découvertes de séropositivité a baissé de 9 % entre 2017 et 2018 et de 12 % entre 2015 et 2018 : cette baisse concerne principalement les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) nés en France (- 22 % entre 2017 et 2018), et plus modérément les hétérosexuels nés en France (- 11 %). Une augmentation du nombre de cas a par contre été relevée chez les HSH et hétérosexuels nés à l'étranger (86).

En 2019, on estimait que 1,2 ‰ assurés du régime général du régime général étaient pris en charge dans le département pour le VIH ou le Sida : il s'agit de la prévalence départementale la plus faible de la région (87).

Entre 2013 et 2017, 1 personne est décédée en moyenne chaque année du sida dans les Hautes-Alpes (différence non significative par rapport à la région) (Source : Inserm CépiDC 2013-2017).



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

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

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

Les baisses du recours au dépistage en 2020, observées à la fois pour le VIH et les IST bactériennes, peuvent laisser craindre un retard au diagnostic et une circulation plus importante de ces infections (88).



Les hépatites virales

En 2020, les Hautes-Alpes constituaient le 2^{ème} département de la région avec le taux le plus élevé de personnes en Affection Longue Durée au titre d'une hépatite C (159,5 pour 100 000 habitants, contre 154,4 pour 100 000 dans la région). Par contre, ce territoire présentait le taux le plus faible de personnes en ALD au titre d'une hépatite B (27,5 pour 100 000 habitants), presque la moitié de la moyenne régionale (42,7 pour 100 000 assurés) (Source : Santé publique France – SNDS 2020).

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



Les infections par les virus de hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) constituent un enjeu important de santé publique du fait de leur gravité potentielle (évolution vers la cirrhose ou le cancer primitif du foie), du nombre de personnes infectées et du coût engendré par leur prise en charge (89). Les nouveaux traitements antiviraux d'action directe (AAD) permettent la guérison dans plus de 90 % des cas d'hépatite C, laissant espérer un profond changement de l'épidémiologie de la maladie.

La Covid-19

Au 14 septembre 2022, 382 personnes sont décédées de la Covid-19^[12] à l'hôpital dans les Hautes-Alpes (90). Bien que les données de décès toutes causes confondues ne permettent pas de relier formellement la hausse de la mortalité à la Covid-19, une surmortalité significative a été observée durant le 2^{ème} semestre 2020 par rapport à la période 2018-2019 dans les Hautes-Alpes, de + 40 % chez les personnes âgées de 65 à 74 ans, de + 30 % chez les 75-84 ans et de + 36 % chez les 85 ans et plus (91).



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

Les soins de premier recours

Le confinement du 17 mars au 11 mai 2020 a conduit à une forte baisse de l'activité des médecins généralistes de ville dans la région. Cette baisse n'a pas été suivie d'un rattrapage d'activité ensuite, mais plutôt d'un retour à la normale comparativement à l'activité de l'année précédente. Le renouvellement automatique des ordonnances en pharmacie peut expliquer en partie le constat pour le suivi des maladies chroniques. En revanche, un tel argument ne peut pas s'appliquer à d'autres motifs de consultation (suivis pédiatriques, demande de soins suite à des complications de maladies chroniques, suivis de grossesse) dont la fréquence n'aurait a priori pas dû baisser (92).

La santé mentale

La dégradation de l'état de santé mentale d'une partie de la population est une des conséquences liées à la crise épidémique (peur de la maladie pour soi et son entourage) et aux conditions de vie en période de confinement (promiscuité, isolement social, perte de salaire, etc.). Elle pourrait avoir des conséquences sur l'adoption d'habitudes de vie défavorables (consommation d'alcool et autres substances psychoactives, nutrition, sommeil, etc.), contribuer à l'augmentation des violences (notamment intrafamiliale) ou favoriser les interruptions momentanées de travail (93).

La crise récente de la Covid-19 a révélé la diversité des conditions de vie du monde étudiant et sa fragilité par rapport à la santé mentale (94,95). Elle a montré le lourd tribut payé par les plus précaires au maintien de leur condition d'étudiant (notamment pour certains qui ont continué à travailler et ont été exposés à des conditions de travail qui les ont parfois amenés à contourner les règles sanitaires), tout en suscitant chez nombre d'étudiants une anxiété particulièrement forte (incertitudes sur la validation de leur année et sur leur avenir, désorganisation du rythme de sommeil, abandon des routines quotidiennes, restriction des contacts sociaux) (44). L'épidémie a constitué un facteur de renforcement des inégalités sociales face aux études accélérant le décrochage des publics récemment inscrits dans l'enseignement supérieur et aggravant la situation des plus vulnérables d'entre eux.

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



Davantage de décès par accidents de la vie courante que dans la région

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 (96).

Entre 2013 et 2017, 66 personnes sont décédées en moyenne d'un accident de la vie courante dans les Hautes-Alpes, soit une surmortalité par rapport à

la région de 12,3%. Sur les 66 décès enregistrés, 51 concernaient une personne âgée de 65 ans ou plus (77% des décès) : une surmortalité de + 6,2% a été observée par rapport à la région pour les accidents de la vie courante au sein de cette classe d'âge (Source : Inserm CépiDC 2013-2017). Enfin, une surmortalité par rapport à la région a été observée pour les décès liés à une chute accidentelle dans le Gapençais (+ 42,9%).

Depuis 2000-2004, on observe une baisse de la mortalité par accidents de la vie courante, plus importante dans les Hautes-Alpes (- 28%) que dans la région (- 16%) (Figure 37).

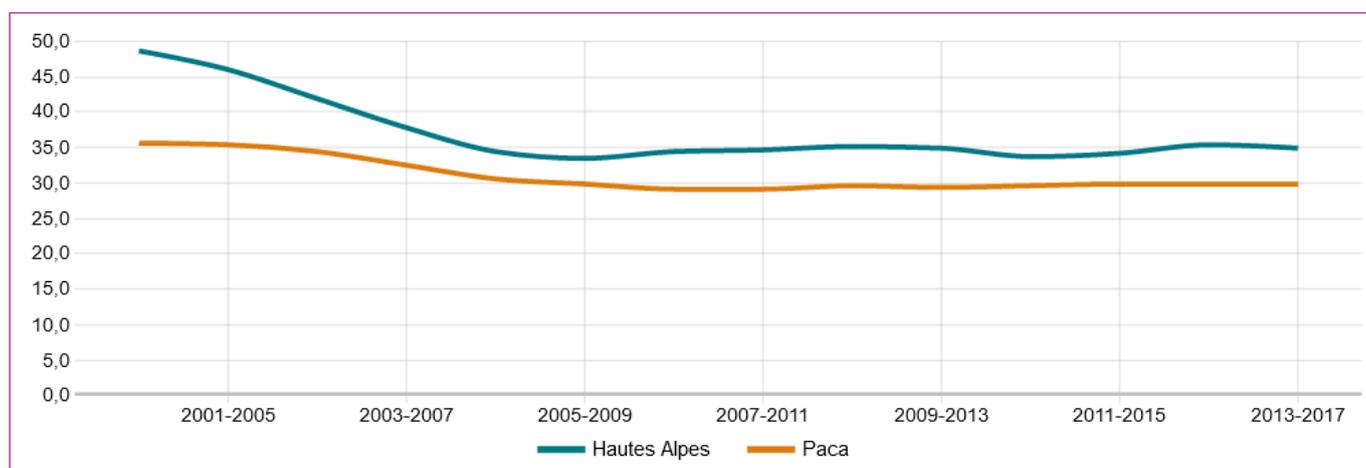


Figure 37 : Evolution du taux de mortalité par accidents de la vie courante dans les Hautes-Alpes et dans la région entre 2000-2004 et 2013-2017 (Source : Inserm CépiDC 2000-2004 – 2013-2017).



Les chutes chez les personnes âgées

En France, les chutes des personnes âgées entraînent chaque année plus de 100 000 hospitalisations et plus de 10 000 décès. Ces chutes ont des conséquences physiques, psychologiques, sociales et marquent une rupture dans la vie des individus et une perte d'autonomie (97).

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 (97,98).

Les accidents de la vie courante chez les enfants

Responsables chaque année de plus de 200 décès d'enfants de moins de 15 ans en France, les Accidents de la vie courante (AcVC) constituent un enjeu majeur de santé de santé publique et font partie de la stratégie nationale de santé 2018-2022. D'après l'enquête Epac (enquête permanente sur les accidents de la vie courante) de Santé publique France, les recours aux urgences pour AcVC étaient plus fréquents chez les très jeunes enfants (1-3 ans) et les « pré-adolescents » (10-13 ans) par rapport aux enfants des autres classes d'âge. Les victimes d'accidents étaient en majorité des garçons, quel que soit l'âge et pourrait s'expliquer par la pratique plus fréquente d'activités accidentogènes (96).

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 (99).

Les noyades accidentelles chez les moins de 6 ans ont davantage lieu en piscine (privée ou publique), alors que celles concernant des adultes de 20 à 64 ans sont plus fréquemment intervenues en cours d'eau, plan d'eau et mer. La proportion de décès parmi les noyades est plus importante chez les adultes que chez les enfants, et ce quel que soit le lieu de noyade (99).

De nombreux enjeux associés au vieillissement de la population

Le vieillissement entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. Ainsi, à partir de 65 ans, les français peuvent s'attendre à souffrir d'une maladie chronique ou d'une incapacité pendant plus de la moitié des années leur restant à vivre (100). En outre, à mesure qu'ils prennent de l'âge, les gens risquent davantage de souffrir simultanément de plusieurs problèmes de santé (voir encadré sur la multi morbidité). Cependant, ces changements ne sont pas linéaires : alors qu'à 70 ans, certaines personnes jouissent encore d'une très bonne santé et de solides capacités fonctionnelles, d'autres, au même âge, sont fragiles et ont besoin de beaucoup d'aide.



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

De nombreuses personnes âgées souffrent simultanément de plusieurs maladies chroniques, ce que l'on appelle la multi morbidité. Cette situation a d'importantes conséquences pour le patient en termes de qualité de vie et induit un risque de perte d'autonomie et une vulnérabilité sur le plan social. Les patients atteints de plusieurs maladies chroniques reçoivent en général des médicaments pour traiter chacune d'elles (poly médication), ce qui place les médecins généralistes face aux enjeux complexes de la gestion de l'ordonnance et face à la question de la déprescription. Les médecins généralistes occupent un rôle central dans la prise en charge des personnes souffrant de plusieurs maladies chroniques et notamment à la gestion des ordonnances. Une grande majorité des généralistes assument leur rôle central dans la gestion de l'ordonnance de ces patients et se sentent à l'aise pour proposer de déprescrire les médicaments qu'ils jugent inappropriés (101).

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 (102).



Davantage de décès liés à une maladie du système nerveux chez les femmes dans le Gapençais et le Champsaur

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

Entre 2013 et 2017, 105 personnes sont décédées en moyenne dans les Hautes-Alpes d'une maladie du système nerveux, un chiffre comparable à la moyenne régionale. Cependant, une surmortalité pour cette cause de décès a été relevé dans le Gapençais (+ 21,7 %) et dans le Champsaur chez les femmes uniquement (+ 54,6 %) (Source : Inserm CépiDC 2013-2017).

Depuis 2000-2004, le taux de mortalité par maladies du système nerveux est en augmentation dans le département (+56 %), davantage que dans la région (+ 19 %) (Figure 38).



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

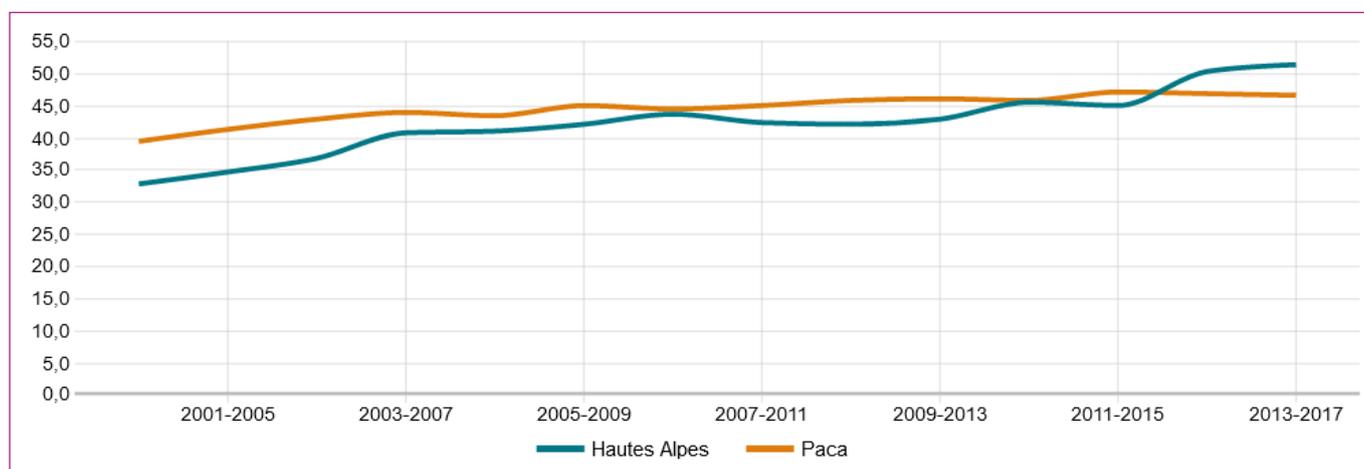


Figure 38 : Evolution du taux comparatif de mortalité par maladies du système nerveux dans les Hautes-Alpes et dans la région entre 2000-2004 et 2013-2017 (Source : Inserm CépiDC, Insee 2013-2017)

Des personnes dépendantes à domicile de plus en plus nombreuses

Dans les Hautes-Alpes, 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 **(103)**.

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 **(104)**.

Les personnes dépendantes à domicile

- ▶ La plupart des séniors veulent rester dans leur logement, même lorsqu'ils font l'expérience d'un déclin physique ou cognitif ;
- ▶ D'après les estimations issues de l'enquête CARE-Ménages de 2015, 4 à 10 % (0,4 à 1,5 million) des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant en domicile ordinaire auraient besoin d'aide pour la réalisation des activités de la vie courante, dont 220 000 à 260 000 seraient en perte sévère d'autonomie ;
- ▶ En 2014, près de 3 900 personnes étaient en situation de perte d'autonomie modérée ou sévère à domicile dans les Hautes-Alpes ; ils devraient être entre 5 500 et 5 700 à l'horizon 2028 **(105)**.

Les plateformes territoriales d'appui

- ▶ Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) visent à apporter un soutien et des solutions concrètes adaptées aux professionnels, et en particulier aux médecins traitants, dans la prise en charge des situations complexes (polypathologies, multiplicité des interventions au domicile, enchevêtrement des problématiques médico-sociales) **(106)** ;
- ▶ 1 PTA couvre les Hautes-Alpes (PTA Symbiose) **(106)**.

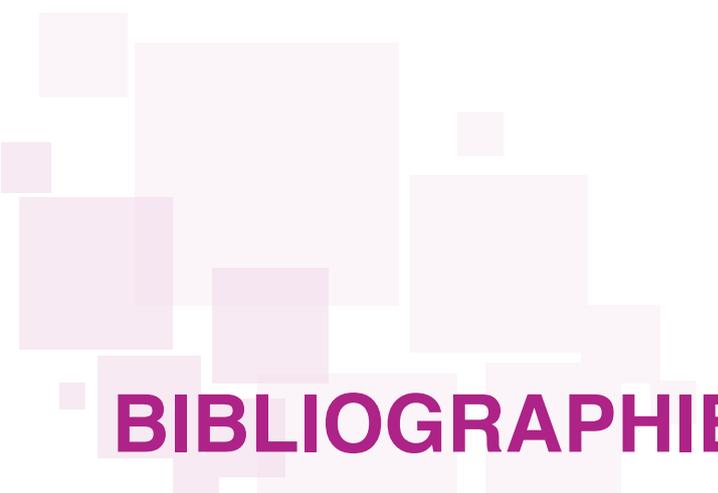


Les aidants des personnes en perte d'autonomie

On appelle aidants ceux qui viennent en aide, de manière régulière et fréquente, et à titre non professionnel, à une personne en perte d'autonomie du fait de son état de santé. L'aide apportée peut consister en un soutien moral, une aide dans les activités de la vie quotidienne ou encore un soutien matériel. Les aidants sont susceptibles de rencontrer des difficultés d'ordre psychologique, social et financier. Un Français sur 4 a déclaré aider au moins une fois par mois un parent en situation de perte d'autonomie **(107)**.

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 .





BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Transition Ecologique et Solidaire. Mémento des transports urbains et routiers 2017. 2017.
2. Préfecture des Hautes-Alpes. Sécurité routière : Document Général d'Orientations 2018-2022. [Internet]. 2018. Disponible sur: http://www.hautes-alpes.gouv.fr/IMG/pdf/dgo_2018-2022.pdf
3. Collectif Mobil'Hautes-Alpes. La mobilité des haut-alpins [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.mobilhautesalpes.com/enqu%C3%Aates>
4. Observatoire Départemental de sécurité routière des Hautes-Alpes. Accidentalité routière dans les Hautes-Alpes : chiffres clés 2020. [Internet]. 2021. Disponible sur: http://www.hautes-alpes.gouv.fr/IMG/pdf/securite_routiere_de_pliants2021.pdf
5. INSEE Provence-Alpes-Côte d'Azur. Hautes-Alpes : des arrivées toujours plus nombreuses. INSEE Analyses n°3 [Internet]. sept 2014; Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/1285745/ina_03.pdf
6. Préfecture des Hautes-Alpes, Département des Hautes-Alpes. Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public des Hautes-Alpes [Internet]. 2018. Disponible sur: http://www.hautes-alpes.gouv.fr/IMG/pdf/schema_departemental_d_amelioration_de_l_accessibilite_des_services_au_public.pdf
7. Anton Monsef, Daniel Martinelli. Baisse de l'excédent migratoire dans les Hautes-Alpes [Internet]. Insee analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur n°81; 2020. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4288108#titre-bloc-25>
8. Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt. L'agriculture, l'agroalimentaire et la forêt dans les Hautes-Alpes [Internet]. 2022. Disponible sur: https://draaf.paca.agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/124-2-Portrait_DEP05_MARS_2022_cle471c59.pdf
9. Site internet du département des Hautes-Alpes. Filière agriculture-agroalimentaire [Internet]. Disponible sur: <https://www.hautes-alpes.net/fr/economie/attractivite/filieres/agriculture-agroalimentaire.html>
10. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Baromètre santé environnement en région Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.orspaca.org/sites/default/files/ORSPACA_BAROMETRE_ENV.pdf
11. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Tableau de bord régional santé, sécurité et conditions de travail 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.sistepaca.org/tableau-de-bord/tableau-de-bord-sante-travail-2016>
12. Gigonzac V, Breuillard E, Bossard C, Guseva Canu I, Khireddine Medouni I. Caractéristiques associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011 [Internet]. Santé Publique France; 2017. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/183059/2308801>
13. Santé Publique France. Dossier thématique sur les pesticides [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/exposition-a-des-substances-chimiques/pesticides/donnees/#tabs>
14. INSEE Provence-Alpes-Côte d'Azur. Emplois saisonniers : 174 000 contrats salariés et 30 000 missions d'intérim [Internet]. Insee Analyses; 2016. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2019636>
15. 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>
16. 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.
17. AtmoSud. Hautes-Alpes : chiffres clés [Internet]. Disponible sur: <https://www.atmosud.org/article/hautes-alpes-chiffres-cles>
18. 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.
19. 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>
20. Nieuwenhuijsen. Urban and Transport Planning, Environmental Exposures and Health-New Concepts, Methods and Tools to Improve Health in Cities [Internet]. Environmental health : a global access science source. 2016 [cité 16 juin 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26960529/>
21. Medina Sylvia, Adélaïde Lucie, Wagner Véréne, de Crouy Chanel Perrine, Real Elsa, Colette Augustin, Couvidat Florian, Bessagnet Bertrand, Durou Amélie, Host Sabine, Hulin Marion, Corso Magali, Pascal Mathilde. Impact de pollution de l'air ambiant sur la mortalité en France métropolitaine. Réduction en lien avec le confinement du printemps 2020 et nouvelles données sur le poids total pour la période 2016-2019 [Internet]. Santé Publique France; 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/369929/3138075>
22. Préfecture des Hautes-Alpes. Dossier départemental des Risques Majeurs des Hautes-Alpes [Internet]. Disponible sur: <http://www.hautes-alpes.gouv.fr/dossier-departemental-des-risques-majeurs-ddrm-r129.html>
23. 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>

24. 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
25. Redmond AD. Natural disasters. *BMJ*. 28 mai 2005;330(7502):1259-61.
26. Beaglehole B, Mulder RT, Frampton CM, Boden JM, Newton-Howes G, Bell CJ. Psychological distress and psychiatric disorder after natural disasters: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. déc 2018;213(6):716-22.
27. Verger P, Hunault C, Rotily M, Baruffol E. [Risk factors for post traumatic stress symptoms five years after the 1992 flood in the Vaucluse (France)]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. août 2000;48 Suppl 2:2544-53.
28. Raguenaud ME, Germonneau P, Leseigneur J, Chavagnat JJ, Motreff Y, Vivier-Darrigol M, et al. Epidemiological surveillance linked to an outreach psychological support program after the Xynthia storm in Charente-Maritime, France, 2010. *Prehospital Disaster Med*. oct 2012;27(5):483-8.
29. Matiu M, Crespi A, Bertoldi G, Carmagnola C, Marty C, Morin S, et al. Observed snow depth trends in the European Alps: 1971 to 2019. *CRYOSPHERE*. 18 mars 2021;15(3):1343-82.
30. GREC Sud. La santé face au changement climatique en Provence-Alpes-Côte d'Azur - cahier thématique du groupe de travail « santé et climat » [Internet]. 2019. Disponible sur: http://www.grec-sud.fr/wp-content/uploads/2019/11/cahier_sante_GREC-SUD_112019-VF.pdf
31. MedECC. LES RISQUES LIÉS AUX CHANGEMENTS CLIMATIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX DANS LA RÉGION MÉDITERRANÉE - Une évaluation préliminaire par le réseau MedECC L'interface science-décideurs - 2019 [Internet]. 2019 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: https://ufmsecretariat.org/wp-content/uploads/2019/10/MedECC-Booklet_FR_WEB.pdf
32. Lancet Countdown. 2019 Report [Internet]. Lancet Countdown. 2019 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <https://www.lancetcountdown.org/2019-report/>
33. 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.
34. 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>
35. Institut de Veille Sanitaire. Impact sanitaire de la vague de chaleur d'août 2003 : premiers résultats et travaux à mener. *BEH* n°45-46 [Internet]. 25 nov 2003; Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2003/45_46/beh_45_46_2003.pdf
36. Lucas R, McMichael T, Smith W, Armstrong B. Solar Ultraviolet Radiation : Global burden of disease from solar ultraviolet radiation. Organisation Mondiale de la Santé; 2006.
37. Santé Publique France. Dossier thématique « Rayonnement ultraviolet » [Internet]. 2019 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: [/determinants-de-sante/climat/uv](https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/climat/uv)
38. Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Qualité des eaux distribuées en Provence-Alpes-Côte d'Azur - Résultats 2015-2017 [Internet]. 2018. Disponible sur: http://prsepaca.fr/wordpress/wp-content/uploads/2018/09/Bilan%20EDCH%202015-2017_ars_paca.pdf
39. 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>
40. Agence Départementale d'Information sur le Logement. Observatoire de l'Habitat Dégradé et de la précarité énergétique. Hautes-Alpes, édition 2020. [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://fr.calameo.com/read/006787181488d6ae004f3?authid=xynZOEtNEXLD>
41. Nicolas Chauvot, Carole Zampini. Hautes-Alpes : 10 000 ménages âgés vulnérables face aux dépenses de chauffage [Internet]. Insee Provence-Alpes-Côte d'Azur; Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4986851>
42. 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>
43. Observatoire des inégalités. Portrait social des familles monoparentales [Internet]. Observatoire des inégalités. [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.inegalites.fr/Portrait-social-des-familles-monoparentales?id_theme=22
44. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. SYNTHÈSE SANTÉ ET CONDITIONS DE VIE DES ÉTUDIANTS EN RÉGION PROVENCE ALPES-CÔTE D'AZUR [Internet]. 2020 [cité 28 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.orspaca.org/sites/default/files/synthese-enquete-etudiants.pdf>
45. CREAI Paca Corse. HandiDonnées PACA 2021 [Internet]. 2021. Disponible sur: http://creai-pacacorse.com/_depot_creai/documentation/205/205_17_doc.pdf
46. 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

47. Hélène Chaput, Martin Monziols, Bruno Ventelou, Anna Zaytseva, Guillaume Chevillard-Julien Mousquès, Lisa Fressard, Pierre Verger, Marie-Christine, Bournot, Jean-François Buyck, Anne Jolivet, Florence Zémour, Thomas Hérault. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. Etudes et Résultats n°1140 [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1140.pdf>
48. Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Zonages et aides à l'installation [Internet]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/zonages-des-professionnels-de-sante-liberaux-0>
49. Cassou M, Mousquès J, Franc C. Exercer en Maison de Santé Pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes. Etudes et Résultats n° 1193 [Internet]. Direction de la Recherche des Etudes et. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-05/ER1193.pdf>
50. 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>
51. Mousquès J. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Questions d'économie de la santé n°211 [Internet]. 2015; Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/211-l-impact-de-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-sur-la-qualite-des-pratiques-des-medecins-generalistes.pdf>
52. 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>
53. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Cartographie des flux de patients un outil au service des CPTS en région Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. 2019 [cité 10 déc 2021]. Disponible sur: http://www.orspaca.org/sites/default/files/publications/diapos_cartographie_flux_patients_CPTS2019.pdf
54. Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Maisons de santé pluriprofessionnelles et télémedecine : une réponse à la désertification médicale. [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/maisons-de-sante-pluri-professionnelles-et-telemedecine-une-reponse-la-desertification-medicale>
55. France Assos Santé. Enquête « La santé 2.0 ? les Habitants de PACA se confient » [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://paca.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/sites/20/2021/03/Rapport-Viavoice.-Etude-France-Assos-Sante-PACA-002.pdf>
56. Innovation e-santé Sud. Panorama 2019 - Activité des services d'urgence [Internet] [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/00460588720879ad770d4>
57. Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/media/42856/download?inline>
58. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Les établissements de santé - édition 2021 [Internet]. Panoramas de la DREES; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ES2021.pdf>
59. Santé Publique France. Dossier : Enfants et jeunes [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/enfants-et-jeunes>
60. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Protection maternelle et infantile [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/protection-maternelle-et-infantile>
61. Institut national du cancer. Panorama des cancers en France 2021 [Internet]. 2021 [cité 21 juin 2021]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/pdf_inca/preview/303372/4327939/file/Panorama%20des%20cancers%20en%20France_2021.pdf
62. Coureau Gaëlle, Mounier Morgane, Trétarre Brigitte, Dantony Emmanuelle, Uhry Zoé, Monnerieu Alain, Woronoff Anne-Sophie, Grosclaude Pascale, Defossez Gautier, Colonna Marc, Lecoffre Camille, de Maria Florence, de Brauer Camille, Lafay Lionel, Bousquet Philippe-Jean, Bossard Nadine, Remontet Laurent, Molinié Florence. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018. Synthèse des résultats : tumeurs solides et hémopathies malignes. [Internet]. Santé Publique France; 2021. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/383032/document_file/423944_spf00003151.pdf
63. Santé Publique France. Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/142818/document_file/41743_spf00000207.pdf
64. Santé Publique France. Dossier : Cancer du col de l'utérus [Internet]. 2021 [cité 21 juin 2021]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus

65. Santé Publique France. Dossier : Infections à papillomavirus [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/infections-a-papillomavirus/la-maladie/#tabs>
66. Améli. Vaccination contre la grippe saisonnière [Internet]. 2021 [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/campagnes-vaccination/vaccination-grippe-saisonniere>
67. Pierre Verger, Dimitri Scronias, Maxime Bergeat, Hélène Chaput. Pour huit médecins généralistes sur dix, la vaccination contre la Covid-19 est le meilleur moyen d'éviter de nouvelles vagues épidémiques. Etudes Résultats N° 1187. mars 2021;
68. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Projections des maladies chroniques en région Provence-Alpes-Côte d'Azur à l'horizon 2028 [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://www.orspaca.org/sites/default/files/publications/projection-maladies-chroniques-tome1.pdf>
69. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Projections des maladies chroniques en Provence-Alpes-Côte d'Azur à l'horizon 2028 - Tome II [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://www.orspaca.org/sites/default/files/publications/projection-maladies-chroniques-tome2.pdf>
70. 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>
71. Institut National du Cancer. VICAN 5 - La vie cinq ans après un diagnostic de cancer. [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.proinfoscancer.org/sites/default/files/2018-6-19-la_vie_cinq_ans_apres_un_diagnostic_de_cancer_rapport_mel_inserm-inca.pdf
72. Santé Publique France. Dossier diabète [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete>
73. 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/>
74. INSERM. Obésité : Une maladie des tissus adipeux [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite>
75. Santé Publique France. Dossier : Dépression et anxiété [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete>
76. Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E et le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidémiol Hebd ; 2018 (32-33). :637-44.
77. E. JANSSEN; S. SPILKA; E. DU ROSCOAT. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (3-4) [Internet]. OFDT. 5 févr 2019; Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/pdf/2019_3-4_6.pdf
78. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Les drogues à 17 ans : analyse régionale Enquête ESCAPAD [Internet]. 2017 [cité 23 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxs9.pdf>
79. 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>
80. Santé Publique France. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n° 5-6 [Internet]. 2019; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/376259/3164457>
81. Santé Publique France. Dossier : Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé ?
82. Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Surveillance épidémiologique des infections à virus West-Nile [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://www.paca.ars.sante.fr/surveillance-epidemiologique-des-infections-virus-west-nile>
83. Fournier L, Roussel V, Couturier E, Jaulhac B, Goronflot T, Septfons A, et al. Épidémiologie de la borréliose de Lyme en médecine générale, France métropolitaine, 2009-2016. Bull Epidémiologique Hebd N°19-20 [Internet]. 2018; Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/19-20/2018_19-20_1.html
84. Semenza JC, Suk JE. Vector-borne diseases and climate change: a European perspective. FEMS Microbiol Lett. 1 févr 2018;365(2).
85. Santé Publique France. Dossier : Maladies à transmission vectorielle [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-transmission-vectorielle>
86. Santé Publique France. Surveillance et prévention des infections à VIH et du sida [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/209787/2417263>
87. Caisse nationale d'Assurance Maladie. Cartographie - Prévalence standardisée des personnes prises en charges pour une VIH ou SIDA par département en 2019 [Internet]. 2021. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2019_carte-prevalence_vih-sida.pdf
88. Santé Publique France. Bulletin de santé publique VIH-IST [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/393745/3276807>

89. 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
90. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Covid-19 – Point de situation hebdomadaire sur la région Provence-Alpes-Côte d'Azur Semaine n°40 (du lundi 4 octobre 2021 au dimanche 10 octobre 2021) [Internet]. 2021 [cité 14 oct 2021]. Disponible sur: http://www.orspaca.org/sites/default/files/Covid19_Point_situation_hebdo_2021_S40.pdf
91. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Analyse des données de mortalité toutes causes dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. 2021. Disponible sur: http://www.orspaca.org/sites/default/files/Presentation-note-mortalite_150221.pdf
92. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR L'IMPACT DE LA CRISE LIÉE À LA COVID-19 SUR LES SOINS DE PREMIERS RECOURS PENDANT LES PREMIERS CONFINEMENT ET DÉCONFINEMENT - Données de surveillance d'activité & résultats d'enquêtes [Internet]. 2021. Disponible sur: <http://www.orspaca.org/sites/default/files/publications/Synthese-impact-epidemie-soins-premier-recours.pdf>
93. Santé Publique France. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>
94. Observatoire de la vie étudiante. La vie étudiante au temps du COVID-19 : Incertitudes, transformations et fragilités. OVE Infos n°42 [Internet]. Disponible sur: <http://www.ovenational.education.fr/wp-content/uploads/2020/09/OVE-INFO-42-La-vie-etudiante-au-temps-du-COVID-19.pdf>
95. Grubic N, Badovinac S, Johri AM. Student mental health in the midst of the COVID-19 pandemic: A call for further research and immediate solutions. *Int J Soc Psychiatry*. 2020/05/02 éd. août 2020;66(5):517-8.
96. 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>
97. 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
98. 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
99. Santé Publique France. Surveillance épidémiologique des noyades. Enquête NOYADES 2021. 1er juin - 31 août 2021 [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/374078/3155243>
100. 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
101. 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>
102. 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
103. Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport de la concertation Grand âge et autonomie [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/consultation-place-des-personnes-agees/consultation-grand-age-et-autonomie/article/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie>
104. 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/>
105. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Projections de la perte d'autonomie et de sa prise en charge chez les personnes âgées de 75 ans et plus [Internet]. 2017 [cité 6 déc 2021]. Disponible sur: http://sirsepaca.org/content/actualites/depot/172_actu_fichier_joint.pdf
106. Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les plateformes territoriales d'appui [Internet]. 2021 [cité 2 déc 2021]. Disponible sur: <http://www.paca.ars.sante.fr/pta>
107. Fondation Médéric Alzheimer. Baromètre : Perte d'autonomie, maladie d'Alzheimer et Aide : qu'en disent les Français ? [Internet]. 2020. Disponible sur: http://www.gerontopolesud.fr/sites/default/files/Publication_du_barom_tre_Fondation_Mederic_Alzheimer__1600705624.pdf

SIRS PACA

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

www.sirsepaca.org



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

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



Indicateurs :
cartes, tableaux et graphiques

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



Portraits de territoire :
éditez un rapport sur mesure

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



Zonages :
sélectionnez et comparez

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